



tableau 1

Accès aux services de santé pour les migrants irréguliers dans les 28 pays de l'UE (2018)

État	Soins urgents	Soins primaires/secondaires
Belgique, France, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume Uni	Gratuit	Gratuit
Allemagne, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, Grèce, Irlande, Lituanie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie	Gratuit (ou presque)	Payant
Autriche, Chypre, Croatie, Finlande, Hongrie, Lituanie, Luxembourg, Suède, Tchéquie	Payant	Payant

Source : 44. <http://fra.europa.eu/en/theme/asylum-migration-borders/healthcare-entitlements>

Des évolutions sont possibles

Des améliorations peuvent être apportées à ces dispositifs divers, multiples et complexes :

- si les dispositifs réglementaires sont simplifiés et facilement accessibles. Dans la plupart des pays, les réglementations spécifiques sont complexes, elles résultent souvent d'un empilement de règles qui changent à la fois en fonction des flux migratoires et des orientations politiques des dirigeants ;
- si les personnels de santé sont correctement informés des droits des personnes et de leurs modalités d'application. Il convient en particulier de développer des approches adaptées, *migrant friendly*, prenant en compte l'altérité culturelle et les spécificités de chacun ;
- si l'accès à des services d'interprétation rapides et de qualité est facilité. Le recours à des instruments numériques peut y contribuer, mais ils ne peuvent pas remplacer l'écoute, l'échange et l'accompagnement sur lesquels doit reposer la relation soignant-soigné ;

- si un bilan de santé complet est réalisé dès l'arrivée des migrants sur le territoire national conformément à l'instruction DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants et si l'information des patients migrants sur le fonctionnement des services de santé nationaux est précoce et complète ;
- si l'échange d'informations personnelles, entre les pays d'origine, de transit et de destination, sur la santé des personnes migrantes est rendu possible, dans des conditions garantissant la protection des données personnelles et le secret médical.

Une harmonisation complète des règlements garantissant l'automatisme de l'accès inconditionnel aux droits de santé pour tous dans l'ensemble des pays de l'Union européenne constituerait une simplification salutaire, souhaitable et possible, conforme au premier objectif de l'Union : promouvoir le bien-être des personnes qui vivent sur son sol. ●

Les droits des enfants migrants non accompagnés

Christine Lazerges
Professeure émérite de l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, ancienne présidente de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)

De l'affirmation d'un droit à l'effectivité de ce droit, la distance peut être considérable. La situation des enfants migrants non accompagnés et de leurs droits bafoués en est un exemple flagrant. Conventions internationales, règles de droit internes se heurtent pour leur application à des résistances implicites ou explicites pour des raisons politiques et/ou budgétaires. Les enfants migrants, pris en charge principalement par les départements de par les lois de décentralisation, et marginalement par l'État, ne représentent cependant que 6 à 7 % des mineurs accompagnés par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements. En 2018 on évaluait à environ 17 000 le nombre d'enfants migrants non accompagnés ; nombreux sont ceux non pris en charge par l'ASE.

L'énoncé des droits des enfants migrants non accompagnés, souvent qualifiés de mineurs non accompagnés (MNA) ou de mineurs isolés étrangers (MIE), découle de la combinaison des articles 1^{er} et 20 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). Aux termes de ces articles : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants [...] l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » (art. 3), « Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial [...] a droit à une protection et à une aide spéciale de l'État » (art.20). En droit français, un arsenal de textes législatifs et réglementaires semble apporter la protection que l'on est en droit d'attendre, sans que cela ne permette sur le terrain l'effectivité des droits de l'enfant isolé et étranger, en raison entre autres de

l'application aléatoire des textes par les départements et du peu d'engagement de l'État. Malgré la vigilance d'institutions, comme le Défenseur des droits ou la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), ou encore d'associations comme Médecins du monde, la Cimade ou France terre d'asile et d'autres encore, le Comité des Nations unies sur les droits de l'enfant, à chaque examen périodique universel de la France, ne cesse de rappeler la France à ses obligations.

La spécificité des droits des enfants migrants non accompagnés résulte de leur qualité de mineurs. La protection de l'enfance inclut la protection des enfants migrants isolés. Dès l'arrivée de l'enfant sur le territoire de la République, souvent dans un état de santé déplorable, son droit à un établissement loyal de sa minorité doit être garanti (I), de même que le droit à un recueil provisoire d'urgence puis d'hébergement et à l'ensemble des droits sociaux (II). Or la garantie de ces droits est loin d'être acquise, elle est plus ou moins chancelante selon les départements. De nombreux mineurs migrants échappent à quelque protection que ce soit, y compris au droit fondamental de demander l'asile. En revanche, lorsqu'est reconnu à l'enfant le statut d'enfant migrant non accompagné, l'accès au droit à la santé ou l'accès au droit à l'éducation est le plus souvent effectif jusqu'à la date de la majorité de l'enfant et au-delà si un « contrat jeune majeur » est accordé au jeune majeur migrant ; ce dispositif de protection demeure trop rare. Pour un nombre considérable d'enfants migrants non accompagnés, le droit d'accès à la procédure de demande d'asile n'a pas été enclenché avant l'âge de 18 ans pour une série de raisons à recenser, véritable handicap pour le mineur devenu majeur, surtout s'il n'a pas été pris en charge par l'ASE (III).

Garantir le droit pour un enfant migrant non accompagné à un établissement loyal de sa minorité

Le dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs non accompagnés suppose l'évaluation de l'âge du jeune migrant. En dépit des limites que la nouvelle rédaction de l'article 388 du Code civil, modifié par la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, posent concernant les tests osseux, ils demeurent fréquemment utilisés pour déterminer l'âge du mineur et pas seulement à titre subsidiaire. Pourtant, dès 2005, le Comité consultatif national d'éthique a mis en garde contre l'utilisation de l'expertise osseuse aux fins de détermination de l'âge. En 2009, le Comité des droits de l'enfant des Nations unies, dans ses observations concernant l'examen périodique de la France en matière de droits de l'enfant, a noté « avec préoccupation que malgré l'avis négatif du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, l'Etat [...] continue de recourir à l'examen osseux pour déterminer l'âge des enfants »¹.

L'Académie nationale de médecine, le Haut Conseil de la santé publique² et la communauté médicale ont plus précisément relevé que les examens radiologiques osseux comportent des possibilités d'erreur en ne permettant pas de poser une distinction nette entre 16 et 18 ans. Il est très critiquable que le législateur ait maintenu la possibilité de procéder à des examens du développement osseux alors que ne cessent de le dénoncer également le Défenseur des droits (DDD), la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), ainsi que les associations en soutien des mineurs non accompagnés. La loi du 14 mars 2016 interdit tout de même l'évaluation de l'âge à partir d'un examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires.

En principe, lorsque les documents d'état civil sont jugés authentiques et l'évaluation sociale concluante sur la minorité, celle-ci est admise sans tests mais c'est loin d'être toujours le cas ; l'authenticité des documents d'état civil peut être contestée. Il arrive même que le jeune migrant, déclaré mineur par l'association compétente pour l'évaluation sociale, soit « déminorisé » par les services du conseil départemental qui l'a pris en charge, puis poursuivi en justice pour faux avec demande d'indemnisation de la collectivité locale. Quelques hypothèses de ce type ont été relevées dans l'Hérault, elles ont donné lieu à un recours devant le Défenseur des droits en 2018.

La loyauté de l'établissement de l'âge de l'enfant migrant peut également être parasitée dans certains cas par le poids accordé aux entretiens d'évaluation, y compris lorsque les documents d'état civil sont considérés comme authentiques et que les tests médicaux confirment la minorité. De façon générale, le doute ne bénéficie pas au mineur alors qu'il devrait à l'inverse en bénéficier. En bref, les modalités hasardeuses de l'évaluation de l'âge de l'enfant sont peu fiables, elles donnent lieu à un certain nombre de recours devant le juge des enfants. Il arrive même qu'un enfant déclaré mineur dans un département soit ensuite « déminorisé » dans un autre département où il aurait été adressé en raison du système de répartition nationale mis en place [16]. Les difficultés de l'établissement de l'âge de l'enfant ont d'évidentes répercussions sur la garantie du droit au recueil d'urgence et à l'hébergement ainsi qu'à l'accès à l'ensemble des droits sociaux.

Garantir le droit au recueil provisoire d'urgence et à l'hébergement de l'enfant migrant non accompagné et l'accès à l'ensemble de ses droits sociaux

Le droit au recueil d'urgence, comme le droit à l'hébergement pérenne, est consacré par les textes ; cependant, si l'enfant se déclarant mineur est considéré comme

1. Comité consultatif national d'éthique, 23 juin 2005, Avis n° 88 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques.

2. HCSP, 23 janvier 2014, Avis relatif à l'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé.



« manifestement majeur » avant même qu'il ait pu bénéficier d'une évaluation de sa situation, le recueil provisoire d'urgence (RPU) par l'aide sociale à l'enfance lui est refusé. Sur le terrain, les difficultés sont légions, justifiées par une saturation des dispositifs de mise à l'abri. Le rapport 2020 du programme de Médecins du monde (MDM) auprès des mineurs non accompagnés à Nantes est éloquent ; du fait de leur minorité ces mineurs n'ont pas accès au 115, réservé aux majeurs. Ils sont en conséquence condamnés à la rue tant qu'ils n'ont pas reçu une notification de fin d'admission à l'aide sociale à l'enfance au titre de mineur non accompagné. Dans son rapport, MDM cite, parmi bien d'autres, le cas d'un jeune bangladais ayant bénéficié en novembre 2018 d'une mesure de recueil provisoire d'urgence pendant vingt-cinq jours avec mise à l'abri immédiate, au vu de documents d'identité considérés comme authentiques par l'expert. À la suite de l'entretien d'évaluation, il est considéré comme majeur avec pour conséquence la perte de tout accompagnement et hébergement en attendant la décision sur son recours devant le juge des enfants qui, ayant abouti, lui permettra d'être repris en charge par l'aide sociale à l'enfance six mois plus tard. Ce cas n'est pas isolé, la décision du juge des enfants peut très bien n'intervenir que de nombreux mois après le recours, il n'est pas rare que le mineur soit alors pris en charge par l'ASE à quelques mois ou même quelques jours de sa majorité. Non mis à l'abri, le mineur est une proie facile pour les réseaux de prostitution et de traite des êtres humains lorsqu'il n'est pas accompagné par une association. Le constat est celui d'enfants sans droits tant que leur minorité n'est pas reconnue.

Au regard du droit à la santé, l'enfant dont la minorité est confirmée doit être affilié à l'assurance maladie en son nom propre par l'aide sociale à l'enfance. Son droit à la santé devient effectif. Cependant l'accès à des soins pédopsychiatriques est lent et insuffisant³. L'enfant déclaré majeur est un enfant « sans papier », il ne peut bénéficier que de l'aide médicale d'Etat, en supposant l'accès à une domiciliation avec tous les problèmes que cela pose. En cette période de pandémie de Covid-19, il est aisé de mesurer les risques de contamination pour des enfants vivant en squat, et sans domiciliation permettant d'accéder à l'aide médicale d'Etat. L'accompagnement d'associations comme Médecins du monde devient le seul recours pour ces jeunes. Quant au droit à l'éducation, il n'existe pas si l'enfant est considéré avoir plus de 18 ans.

Fait problème aussi l'accès au droit d'asile pour les enfants migrants isolés, qu'ils bénéficient ou non de la protection de l'aide sociale à l'enfance.

Garantir un accès effectif au droit de demander l'asile pour un enfant migrant non accompagné

Peu d'enfants migrants non accompagnés accèdent au statut de réfugié ; environ cinq cents mineurs seulement en font la demande chaque année. Le parcours du combattant pour obtenir l'asile explique cette situation, ainsi que la méconnaissance par le mineur de ses droits. Si le mineur a été pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, l'intérêt d'accéder au statut de réfugié est moindre car le mineur sera régularisé à sa majorité, mais sans les droits spécifiques résultant du statut de réfugié. La situation est très différente pour tous ceux qui ne bénéficient pas de la protection de l'aide sociale à l'enfance. Ils n'en bénéficient pas, soit parce qu'ils n'ont pas été reconnus mineurs au terme de l'évaluation dont ils ont fait l'objet malgré leurs documents d'état civil attestant de leur minorité, soit parce qu'ils ont échappé à toute évaluation. Dans les deux hypothèses, ils sont juridiquement incapables d'exercer leurs droits.

Par définition, un enfant, dont la minorité est établie ou simplement présumée, est juridiquement incapable d'exercer ses droits. Sa représentation, normalement assurée par les titulaires de l'autorité parentale, est nécessairement vacante lorsqu'il est isolé, non accompagné. En qualité de mineur, il bénéficie des dispositifs de protection et de représentation définis par le droit commun, son incapacité juridique trouvant une réponse dans l'institution de la tutelle. Pour autant, les délais nécessaires à la mise en place d'une telle mesure s'avèrent souvent trop longs, il est indispensable de prévoir l'intervention d'un administrateur *ad hoc*, doté d'une mission de représentation, d'assistance juridique et d'information pour tous les mineurs mis dans l'incapacité de faire valoir et d'exercer leurs droits. Cet administrateur *ad hoc* devrait être obligatoirement et immédiatement désigné par le procureur de la République pour tout jeune isolé étranger entrant en contact avec les autorités françaises antérieurement ou concomitamment au recueil provisoire d'urgence (par l'aide sociale à l'enfance ou le prestataire de celle-ci). Cela permettrait au mineur non accompagné d'être parfaitement informé de ses droits et ainsi d'être mis en mesure de saisir tout juge ; l'unique juge qu'il puisse saisir seul est le juge des enfants. Dans l'hypothèse d'une demande d'asile, la mission de l'administrateur *ad hoc* se poursuit jusqu'à ce que la situation du jeune soit fixée par une décision définitive, en l'occurrence de l'Ofpra ou de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Il est heureusement possible pour un mineur de faire enregistrer seul sa demande d'asile auprès de l'Ofpra, c'est alors l'Ofpra qui sollicitera la désignation d'un administrateur *ad hoc*.

On ne peut que se féliciter de la mise en place par l'Ofpra depuis 2015 d'un « groupe mineurs non accompagnés » qui a élaboré une procédure interne spécifique pour la gestion des dossiers relatifs aux mineurs non

3. Avis HCSP du 7 novembre 2019, Bilan de santé des enfants étrangers isolés.

accompagnés : un *Guide de l'asile pour les mineurs isolés étrangers*⁴. Malgré ce, l'accompagnement des jeunes demandeurs d'asile s'avère encore très insuffisant, comme cela ressort de plusieurs avis de la CNCDH, de rapports du Défenseur des droits et des constats d'associations au soutien des jeunes migrants.

Écrire sur les droits des enfants migrants non accompagnés exige de ne jamais perdre de vue les épreuves

4. L'Ofpra publie en 2020 un nouveau Guide de l'asile pour les mineurs non accompagnés. https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/maquette_livret-mna_24042020_web.pdf

gigantesques que la plupart de ces enfants ont surmonté et leur faculté de résilience. Mamadou Aliou Diallo [16] écrit en épilogue de son récit : « *Maintenant, je suis majeur, j'ai mes papiers. J'ai trouvé un appartement en colocation à Carpentras. Je continue le sport, je vais passer mon permis de conduire et finir ma formation [...] J'ai des amis en France, ça m'aide à moins penser aux passages difficiles de ma vie. Mais ces choses que j'ai vécues, je ne les oublierai jamais* »⁵. 🗨️

5. P. 89.

Les permanences d'accès aux soins de santé et leur rôle auprès des populations migrantes

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des unités hospitalières médico-sociales, créés par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, qui s'adressent aux personnes en situation de grande vulnérabilité sociale et en difficulté d'accès au système de santé et de soins [11]. Leurs objectifs sont de favoriser l'accès aux soins de l'hôpital et de préserver la continuité du parcours de soins.

Elles offrent une prise en charge médicale, un accompagnement social notamment pour aider à l'ouverture d'une couverture maladie, une délivrance de traitements et de soins, et orientent vers des dispositifs plus classiques dès que possible. Composées *a minima* d'un binôme médecin généraliste-assistant social, elles peuvent aussi associer d'autres spécialités médicales, infirmiers, psychologues, médiateurs en santé, pharmaciens, agents d'accueil. Cette pluridisciplinarité permet une coordination des parcours individuels en lien avec les partenaires intra et extrahospitaliers. Ces unités ont aussi pu développer des actions spécifiques : de dépistage et prévention, mobiles ou délocalisées, de médiation et promotion de la santé...

Une enquête en 2018 a dressé un état des lieux recensant 442 Pass en France dans 411 établissements¹. Parmi elles, 75 % sont des Pass généralistes et 25 % spécialisées (psychiatriques, buccodentaires, ophtalmologiques, pédiatriques, mère-enfant). 24 % ont développé une activité mobile. Leur file active annuelle est de 194 966 patients, dont 74 % pris en charge par un assistant social, 64 % par un médecin et 45 % par un infirmier (exhaustivité : 69 % des Pass). Le délai moyen pour une consultation médicale est de onze jours.

1. Rapport d'activité uniformisé des PASS, PIRAMIG 2019 (sur l'activité 2018).

La place des personnes migrantes dans les Pass

Des personnes migrantes sont admises depuis toujours en Pass. Mais pendant cette dernière décennie, leur prise en charge s'est complexifiée avec l'augmentation des arrivées, les limitations d'accès à une couverture maladie pour les populations étrangères et la modification de leurs profils.

En 2018, 132 190 (68 % de la file active) des patients sont nouveaux, dont 65 % d'hommes, 12 % d'enfants (13 629 mineurs non accompagnés), et 9 % de personnes âgées de 65 ans ou plus. Leur origine géographique est variée : Afrique sub-saharienne (27 %), Maghreb (11 %), Europe hors Union (21 %), France (21 %), autre pays de l'Union européenne (8 %), Asie (7 %), Amérique (5 %), inconnue (5 %).

À l'admission en Pass, seulement 18 % des patients ont un habitat individuel et stable ; 29 % sont hébergés par leur entourage, 19 % par une institution, 11 % en hébergement d'urgence, 4 % en squat ou bidonville, 13 % sans abri, et 5 % inconnu ou autre. Ils sont sans ressources pour 64 %, bénéficiaires des minimas sociaux pour 15 %, salariés pour 6 % et retraités pour 3 %.

Ils consultent spontanément (31 %) ou sont orientés par divers partenaires, dont : un service hospitalier (42 %), une structure pour personnes en situation de vulnérabilité sociale (28 %), rarement un praticien libéral (2 %). La majorité (58 %) n'a aucune couverture maladie, une couverture incomplète (12 %), ou une assurance santé étrangère (3 %, associée à Visa ou assurance d'un autre pays européen) et peine à payer les soins. D'autres, moins nombreux, ont une couverture complète : Puma + CSS (14 %), une aide médicale de l'État (9 %). Certains ont aussi une couverture complète : une protection universelle maladie avec complémentaire (14 %), une aide médicale de l'État (9 %). Cela témoigne de l'aspect multidimensionnel des difficultés d'accès aux soins [36].

Barbara Bertini

Anthropologue, coordination régionale des PASS en Ile de France, Agence Régionale de Santé d'Île de France

Remi Laporte

Pédiatre, Pass mère-enfant, coordination régionale des Pass en Paca, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Elisabeth Piegay

Chargée de mission, coordination régionale des PASS en Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

Muriel Schwartz

Cadre socio-éducatif, coordination régionale des Pass en Paca, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.