

L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS EN FRANCE

Cadre légal et
dysfonctionnements



TABLE DES MATIÈRES

I. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	5
II. LE CADRE LÉGAL DE LA PRISE EN CHARGE DES MNA EN FRANCE	9
III. LES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES MNA	19
IV. L'ACCÈS AUX SOINS DES MNA	25
A. L'affiliation du MNA à une protection maladie	25
B. Le consentement aux soins des titulaires de l'autorité parentale	27
1. L'autorité parentale d'un MNA	28
2. Le principe du consentement des titulaires de l'autorité parentale	29
3. Les exceptions à l'obligation de consentement des parents ou tuteurs légaux	30
V. ANNEXE : EXEMPLES D'ACTES USUELS OU NON USUELS D'APRÈS LA JURISPRUDENCE	35
1 - Actes relatifs à la santé de l'enfant	35
2 - Actes usuels en matière de santé (d'après la jurisprudence)	37
3 - Actes non usuels (importants)	37
4 - Démarches administratives	39

I - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Parmi les exilés en Europe, on retrouve de plus en plus de mineurs : selon l'Unicef, plus d'un réfugié sur 3 en 2016 est un enfant (un sur 4 en 2015)¹. Le nombre de mineurs arrivés en Europe durant l'année 2015 a presque doublé par rapport à la même période pour l'année 2014 : un total de 190 000 **enfants** – soit 700 par jour – ont cherché refuge en Union européenne entre janvier et septembre 2015 d'après Eurostat, l'agence statistique de l'UE.

Parmi ces mineurs migrants, certains sont seuls, sans leurs parents : les **mineurs non accompagnés** (MENA ou MNA), aussi appelés **mineurs isolés étrangers** (MIE)².

COMBIEN SONT-ILS ?

Selon Eurostat, on comptait près de **63 000 mineurs non accompagnés** parmi les demandeurs d'asile ayant sollicité une protection dans les Etats membres de l'UE en 2016. Les chiffres sont impossibles à connaître de manière précise, les MNA n'étant pas facilement identifiés ou repérés.

Il y a très peu de données fiables sur le nombre de mineurs isolés en France même si on sait que **8054 personnes** déclarées mineures non accompagnées ont été portées à la connaissance du Ministère de la Justice entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2016.

Les départements estimaient quant à eux le nombre de MNA pris en charge en France à 14 000 (outre-mer compris) à la fin de l'année 2016 et à **18 000 au 1^{er} juin 2017**³.

QUI SONT-ILS ?

En France, les MNA sont pour la plupart des **garçons**, même si la proportion de filles augmente ces dernières années. La majorité d'entre eux a entre 16 et 17 ans mais l'on rencontre de plus en plus de très jeunes mineurs non accompagnés (autour de 9-10 ans). Les principaux pays d'origine sont ceux d'**Afrique subsaharienne** (Mali, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun, RDC, Nigéria) mais les mineurs isolés en France

1 - https://www.unicef.org/publications/files/uprooted_growing_crisis_for_refugee_and_migrant_children.pdf

2 - L'expression « Mineurs non accompagnés » est celle utilisée dans l'Union Européenne et reprise depuis peu en France. Dans la législation française, on parle de « mineurs

privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille ». Dans un souci de lisibilité, les 2 appellations et l'acronyme MNA seront utilisés dans ce document

3 - Président de l'Assemblée des Départements de France, le 30 mai 2017.

sont également originaires d'Afghanistan, du Pakistan, du Bangladesh, d'Érythrée, du Soudan, d'Angola, de Syrie et d'Europe de l'Est. Le choix de la France comme pays de destination repose en partie sur une **langue et une culture commune**. C'est souvent le cas pour les MNA originaires d'Afrique francophone.

LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE AUPRÈS DES MNA.

Médecins du Monde a mis en place **3 programmes dédiés aux MNA** (Paris, Normandie (Rouen/Caen) et Nantes) qui proposent un accueil et un **accompagnement psycho-médico-social** des mineurs non encore ou non pris en charge par les dispositifs de protection de l'enfance (avant l'évaluation, ou dont la minorité ou l'isolement n'ont pas été reconnus). Par ailleurs, nous rencontrons des MNA dans le cadre de nos autres programmes : centres de soins, maraudes auprès de publics en squat ou à la rue, veilles sanitaires ou missions auprès des personnes se prostituant ainsi que sur nos programmes migrants à Calais et Vintimille.

Les 3 programmes MNA :

Paris : ouvert en 2015, 20 bénévoles, 2 salariés, 262 patients dans la file active 2016

Normandie : ouvert en 2016, 22 bénévoles, 2 salariés, 102 mineurs en 2016.

Nantes : ouvert en 2016, 17 bénévoles, 185 mineurs en 2016.

Dans les Casos de MdM, plus de **600 mineurs non accompagnés** ont été accueillis en 2016, soit près d'un quart des enfants (22,6 %).

Les mineurs non accompagnés accueillis dans les Casos sont **principalement des garçons (94 %)** et âgés de 15 ans ou plus (95 %). Près de **90 % des jeunes sont originaires d'Afrique Subsaharienne** (principalement du Mali, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun), 5 % du Proche et Moyen Orient et 4 % du Maghreb. Leurs **conditions de logement sont extrêmement précaires** puisque 56 % vivent à la rue, 16 % dans un squat ou en campement, 12 % sont hébergés par des proches ou des membres de leur communauté et seuls 19 % sont hébergés par une association, au jour de leur 1^{re} visite au Caso.

II - LE CADRE LÉGAL DE LA PRISE EN CHARGE DES MNA EN FRANCE

Il n'existe pas de **définition juridique** du mineur non accompagné ou isolé en droit français : est considérée comme mineure isolée *«une personne âgée de moins de 18 ans qui se trouve en dehors de son pays d'origine sans être accompagnée d'un titulaire ou d'une personne exerçant l'autorité parentale»⁴*, c'est-à-dire sans quelqu'un pour la protéger et prendre les décisions importantes la concernant.

La notion d'isolement a été définie récemment : *«La personne est considérée comme isolée lorsqu'aucune personne majeure n'en est responsable légalement sur le territoire national ou ne le prend effectivement en charge et ne montre sa volonté de se voir durablement confier l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent.»⁵*

Un mineur n'a pas à justifier d'un titre de séjour en France. Pour cette raison, un mineur (et à fortiori un mineur non accompagné) ne peut être considéré en situation irrégulière et ne peut donc pas faire l'objet d'une

reconduite à la frontière ou d'un placement en rétention.

La protection des MNA se fonde sur celle de l'enfance en danger, telle que prévue dans le dispositif juridique français de protection de l'enfance, qui est applicable à tout mineur en danger, sans condition de nationalité.

Aussi, en matière de protection de l'enfance, la notion de danger est définie aux articles 375 du Code Civil et L.221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) qui prévoient que des mesures de protection doivent être prises dès lors que *«la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises»*.

Le simple fait d'être isolé, sans parent ou représentant légal sur le territoire, place le MNA en situation de danger.

4 - Isabelle Debré, Rapport sur les mineurs isolés en France, mai 2010

5 - Article 1 de l'arrêté du 17 novembre 2016 relatif aux modalités d'évaluation des mineurs

privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille.

La mission de protection de l'enfance relève des départements via les dispositifs de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)⁶. Depuis 2007, ces missions visent spécifiquement les MNA⁷ via l'insertion à l'article L112-3 CASF de la *«prévention des difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge.»*

La protection de l'enfance relève des Conseils départementaux (CD). Il existe presque autant de politiques d'accueil et d'organisation de la protection de l'enfance que de départements en France. Certains départements sont particulièrement réticents à accueillir des MNA, arguant qu'ils engorgent les dispositifs de protection de l'enfance, déjà saturés. Pourtant, les MNA en France représentent une part relative du nombre d'enfants en danger nécessitant une prise en charge par la protection de l'enfance : alors qu'on estime à 10 000 le nombre de MNA, on compte 164 000 mineurs

et majeurs de moins de 21 ans accueillis par l'ASE au 31 décembre 2015⁸. Ainsi, les MNA ne représentent que 6 à 7% des jeunes accueillis dans les dispositifs de l'ASE, loin des discours d'embolie du système. On note également, que comparativement à d'autres pays de l'UE, la France examine moins de demandes de protection (l'Allemagne, où l'accès à une protection est conditionné au dépôt d'une demande d'asile a reçu 36 000 demandes de protection émanant de MNA en 2016 selon Eurostat).

Selon les politiques et en fonction des moyens alloués par les conseils départementaux à la protection de l'enfance, ceux-ci peuvent choisir ou non de mettre en place un service spécifique dédié à l'accueil des MNA ou déléguer cet accueil à une association ou à une plateforme d'accueil, d'évaluation et d'orientation (PEMIE, DEMIE, DAMIE...).

En raison d'une concentration des MNA dans les plus grands départements (notamment en Ile-de-France), certains présidents de

CD ont sollicité le gouvernement pour leur prise en charge financière, arguant que ceux-ci, en tant qu'étrangers, relevaient de politiques migratoires, responsabilités de l'État et non des départements. Le gouvernement français estime pour sa part que les mineurs isolés doivent accéder aux dispositifs de protection de l'enfance, comme tout enfant en danger. Toutefois, dans une circulaire du Ministère de la justice du 31 mai 2013 (dite Circulaire Taubira) proposant un dispositif national de dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation, l'État octroie une enveloppe financière aux départements pour les 5 premiers jours de l'accueil, l'évaluation et la mise à l'abri des MNA. La circulaire met par ailleurs en place un **système de répartition par département**, piloté par une cellule nationale dépendant de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant a permis l'inscription de ce dispositif de **mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation** dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (art 48- L221-2-2 du CASF) et dans le Code Civil (art 49- 375-5 du CC).

6 - art L112-3 du CASF : «La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions

peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.»

7 - Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

8 - L'aide et l'action sociales en France, éditions 2017, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

SCHÉMA DE LA PRISE EN CHARGE

ARRIVÉE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

Service de l'Ase/Conseil Départemental
Régie directe ou association (FTDA, Croix Rouge...)

Évaluation de la situation du jeune

Avis au parquet (L223-2 CASF)

Pas de décision
dans le délai

Reconnu mineur
et isolé

Non reconnu
mineur et/ou
isolé

Saisine obligatoire du parquet par l'Ase au-delà de 5 jours
(L223-2 CASF)

DÉCISION
REFUS DE
PRISE EN
CHARGE ASE
(SORTIE DU
RPU/FIN DE
LA MISE EN
ABRI)

Saisine directe du juge des enfants (375-1 Code civil)

Procureur de la République

Poursuite de l'évaluation

Pas de décision
dans le délai

Reconnu mineur
et isolé

Non reconnu
mineur et/ou
isolé

Placement du
jeune à l'Ase

Saisine cellule PJJ
pour orientation
nationale

FIN DE LA
PRISE EN
CHARGE-
CLASSEMENT
SANS SUITE

Saisine obligatoire du JE par le parquet au-delà de 8 jours (375-5 CC)

Saisine par le parquet ou contestation par l'ASE
de la décision de reconnaissance

Saisine par le jeune du classement sans suite

Juge des enfants

Demande
d'investigations
complémentaires

Reconnu mineur
et isolé

Non reconnu
mineur et/ou
isolé

Placement du
jeune à l'Ase

Saisine cellule PJJ
pour orientation
nationale

FIN DE LA
PRISE EN
CHARGE-
NON-LIEU A
ASSISTANCE
EDUCATIVE

Contestation par l'Ase du placement ou par le jeune
de la décision de non-lieu à assistance éducative (15 jours)

Cour d'appel

DÉROULÉ DU PARCOURS DU MINEUR NON ACCOMPAGNÉ EN FRANCE TEL QUE PRÉVU PAR LA LOI :

Le dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des MNA prévu par l'article R221-11 du CASF⁹ prévoit une première **phase administrative** : lorsque le jeune se présentant ou identifié comme MNA sollicite une protection, il doit faire l'objet d'un premier entretien d'accueil par les services des CD.

Ceux-ci procèdent à l'évaluation de la situation du jeune, au cours de laquelle il doit faire l'objet d'un recueil provisoire d'urgence¹⁰. Si le jeune est reconnu comme mineur et isolé dans les 5 jours ou si l'évaluation n'a pas abouti dans les 5 jours, on entre alors dans la **phase judiciaire** : le CD doit signaler la présence du jeune au Parquet, qui peut prononcer une ordonnance de placement provisoire (OPP) permettant la mise en place d'une protection et d'un placement dans les services de l'Ase, pendant laquelle l'évaluation se poursuit, si nécessaire. L'accueil provisoire d'urgence se poursuit tant que n'intervient pas une décision de l'autorité judiciaire. Si l'évalua-

tion n'a pas abouti dans un délai supplémentaire de 8 jours, le juge des enfants doit alors être saisi et peut prononcer une nouvelle mesure de placement provisoire (OPP) ou des mesures d'assistance éducative (MAE), plus pérennes. Le juge peut également ordonner la mainlevée du placement.

Afin de vérifier que le jeune qui se présente comme mineur isolé relève bien des dispositifs de l'Ase, les services des départements évaluent sa situation afin de déterminer **sa minorité et sa situation d'isolement**, soit en régie directe soit par le biais d'un service dédié à l'accueil et l'évaluation des MNA.

Celle-ci se base sur une évaluation sociale, un examen des documents d'identité et s'il y a lieu, une évaluation médicale.

Si le jeune présente des **documents d'identité**, la loi prévoit que ceux-ci font foi et doivent permettre d'établir la minorité du jeune¹¹. En cas de doute, la loi prévoit une procédure spécifique permettant d'authentifier les documents d'identité en faisant appel au bureau de la fraude documentaire de la Police aux frontières (PAF) ou les référent fraude documentaire au sein

9 - Décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 pris en application de l'article L. 221-2-2 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou

définitivement de la protection de leur famille
10 - L223-2 du Code de l'action sociale et des familles

11 - Article 47 Code civil

des préfetures (dans le cadre de protocoles locaux). Les délais peuvent être de plusieurs mois. La loi prévoit qu'en cas de documents d'identité authentifiés, il n'est pas nécessaire de procéder à d'autres investigations.

Si les documents d'identité ne permettent pas d'établir la minorité (ou si le jeune ne dispose pas de documents), il peut faire l'objet d'une **évaluation sociale** dont les modalités sont précisées dans un arrêté du 17 novembre 2016¹².

Celle-ci prévoit que l'évaluation doit être faite par des **professionnels formés** et par une équipe **pluridisciplinaire**, dans une **langue** comprise par l'intéressé (ou avec le concours d'un interprète). L'arrêté précise que l'évaluation doit se faire *«dans une démarche empreinte de neutralité et de bienveillance»* et dans des conditions garantissant la prise en compte de **l'intérêt de l'enfant**. L'évaluateur doit analyser la **cohérence du récit** recueilli au cours de plusieurs entretiens et confronte **l'apparence physique** du jeune, son indépendance et son **autonomie**, son **raisonnement** et sa **compréhension** avec l'âge qu'il dit avoir. Il doit également être

vigilant sur des potentiels signes d'abus ou d'exploitation et doit l'informer de ses droits s'il est victime de traite des êtres humains.

Selon les textes : *«en cas de doute», «en l'absence de documents d'identité valables»* et *«lorsque l'âge allégué n'est pas vraisemblable»*, l'autorité judiciaire (le procureur de la République, le juge des enfants ou la Cour d'appel) peut ordonner une **évaluation médicale** pour établir sa minorité. La loi sur la protection de l'enfance¹³ a validé la possibilité de recourir à des examens radiologiques osseux aux fins de détermination de l'âge. Ces examens consistent en une radiographie de la mâchoire, du poignet et/ou de la clavicule et une comparaison avec l'Atlas de Greulich et Pyle, atlas de référence sur les phases de maturation osseuse¹⁴. Cette méthode est extrêmement décriée par la communauté scientifique comme n'offrant aucune garantie permettant d'établir l'âge d'une personne.

Les tests de maturation osseuse ne peuvent, à eux seuls, permettre de déterminer la minorité. La loi prohibe désormais le recours aux tests de maturation sexuelle dans l'examen de la minorité.

Enfin, dans certains départements, son identité déclarée peut également être comparée, via la prise d'empreintes, au **fichier «Visabio»**, recensant tous les visas octroyés par la France. De nombreux mineurs isolés sont entrés en Europe sous une identité d'adulte, à l'aide de passeports d'emprunts ou de faux documents. Cette identité peut alors être celle qui leur est reconnue par la comparaison d'empreintes.

À l'issue de cette évaluation, le président du CD rend une **décision acceptant ou refusant la prise en charge du jeune**. Si la minorité et l'isolement du jeune sont reconnus, il pourra alors bénéficier d'une prise en charge dans les dispositifs de l'Ase. Le Parquet doit alors saisir la cellule nationale de la PJJ aux fins de détermination du département responsable de la prise en charge du jeune et celui-ci y sera alors transféré.

Si le CD estime que le jeune ne relève pas des services de la protection de l'enfance, il doit rendre et notifier une **décision** motivée, susceptible de recours. La décision refusant de reconnaître le jeune comme mineur ou isolé l'exclut de l'accès aux dispositifs de protection de l'enfance.

La décision de refus de prise en charge ou de fin de prise en charge émanant du Président du Conseil Départemental est une décision administrative contre laquelle des **recours administratifs** sont possibles. Cependant, le mineur étant incapable juridiquement, l'exercice d'un recours contentieux contre cette décision devant le Tribunal Administratif est en réalité impossible pour eux.

Le mineur peut en revanche solliciter une protection judiciaire et saisir le **juge des enfants** directement. Enfin, celui-ci peut également se saisir d'office.

12 - Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille

13 - LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 43

14 - Cet atlas a été compilé sur des jeunes caucasiens aux États-Unis dans les années 1930

LA DEMANDE D'ASILE DES MNA

Le mineur non accompagné peut également bénéficier de la protection de l'**asile**. En effet, s'il estime être en danger d'être persécuté « *du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques* », il peut solliciter l'asile au titre de la Convention de Genève¹⁵. Comme pour les adultes, il doit s'adresser aux services de la préfecture pour solliciter l'asile. Néanmoins, en tant que mineur dépourvu de capacité juridique, il doit bénéficier de l'aide d'un **représentant légal** pour accomplir toute démarche juridique ou administrative. C'est le procureur de la République qui doit désigner un **administrateur ad hoc**, chargé d'accompagner le mineur dans ses démarches d'asile, du retrait du dossier en préfecture à l'aide au récit et l'accompagnement auprès de l'Office français pour les réfugiés et apatrides (Ofpra) ou la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). S'il est pris en charge par les services de l'Ase, c'est ce service qui l'accompagnera dans ces démarches. Il faut noter qu'un MNA peut faire enregistrer sa demande d'asile auprès de l'Ofpra en tant que mineur. L'Office sollicitera alors la désignation d'un administrateur ad hoc et n'étudiera sa demande que lorsque celui-ci sera désigné ou à la majorité du jeune¹⁶.

La procédure d'asile ouvre par ailleurs le droit à une **réunification familiale** au titre du règlement européen dit Dublin¹⁷, qui permet à une personne de voir sa demande d'asile examinée par le pays européen où se trouve un autre membre de sa famille, ou un proche qui se trouve légalement dans un autre Etat membre (s'il est établi, après un examen individuel, que ce proche peut s'occuper de lui).

En France, très peu de MNA sollicitent l'asile : en 2016, **seules 474 demandes d'asile** ont été déposées auprès de l'Ofpra par des mineurs isolés. Ce chiffre extrêmement faible s'explique par différentes raisons : les MNA ne sont pas informés de leurs droits de demander l'asile ; les personnes en charge de leur accompagnement (associations, Ase, juge des enfants...) connaissent mal cette procédure ; la difficulté de se voir reconnaître comme MNA et de se voir désigner un administrateur ad hoc ; enfin, un jeune MNA peut être protégé par le dispositif de protection de l'enfance et régularisé à sa majorité, en-dehors de la procédure d'asile. C'est une spécificité française : alors que dans la plupart des autres pays européens, un mineur ne peut être protégé que s'il sollicite l'asile, tout mineur en danger en France peut bénéficier de la protection de l'enfance.

15 - <http://www.unhcr.org/fr/4b14f4a62>

16 - Plus d'infos sur la procédure d'asile pour les MNA : https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ofpra_guide_de_lasile_mie_en_france.pdf

17 - <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0031:0059:FR:PDF>

III - LES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES MNA

Si les textes existants prévoient une protection des mineurs non accompagnés, la réalité est toute autre et l'on observe de **nombreux dysfonctionnements** dans leur accès à une prise en charge.

Parmi ceux-ci, on relève notamment :

- La présomption de minorité¹⁸ qui devrait être appliquée pour tout enfant en danger n'est pas appliquée, voire le jeune qui se présente comme MNA est soumis à une présomption de majorité ou de fraude.
- Le recueil provisoire d'urgence est parfois délibérément ignoré : un jeune qui se présente comme MNA n'est pas mis à l'abri le temps de l'évaluation et se trouve à la rue en attendant l'évaluation de sa situation. Il ne bénéficie d'aucun accompagnement durant cette période.
- Le recueil provisoire d'urgence se fait dans des conditions critiquables : mise à l'abri dans des hôtels insalubres, à proximité

d'adultes, dans des quartiers non sécurisés et/ou éloignés ; les enfants sont livrés à eux-mêmes, sans accompagnement ni suivi par un éducateur, sans bilan médical ou psychologique, ni accès à la santé ou aide à l'ouverture de droits.

- Les délais d'évaluation peuvent être extrêmement longs : l'accès à l'évaluation elle-même peut prendre plusieurs semaines ; lorsque l'évaluation requiert une analyse de documents d'identité par la PAF, celle-ci peut prendre plusieurs mois.
- L'obligation de signalement de la situation d'un MNA n'est souvent pas respectée ; le procureur ou le juge des enfants ne sont pas saisis par les services compétents et l'accueil provisoire d'urgence se poursuit en dehors de tout cadre légal.
- Les délais d'audience auprès d'un juge des enfants peuvent être de plusieurs semaines ou plusieurs mois.

¹⁸ - La présomption de minorité n'est prévue expressément par aucun texte conventionnel ou législatif mais est très souvent énoncée par différents acteurs nationaux et internationaux s'agissant des mineurs isolés étrangers : Com-

mission nationale consultative des droits de l'homme, Défenseur des droits, Haut conseil de la santé publique, Conseil de l'Europe, Conseil des droits de l'homme, Haut-commissariat aux droits de l'homme des Nations unies...

- Certains jeunes font l'objet de «refus guichet», sur la base de leur apparence physique par les structures chargées de l'accueil et de l'évaluation, sans avoir fait l'objet d'une évaluation ; ces refus ne sont pas assortis d'une décision et sont difficilement contestables.

- L'évaluation elle-même concentre les plus nombreux dysfonctionnements :

- Lorsque le jeune possède des documents d'identité, la fiabilité de ceux-ci est systématiquement remise en cause, malgré la présomption de l'article 47 du code civil.

- La fiabilité des documents d'identité est remise en cause par des personnes non autorisées et non spécialement formées (hors PAF).

- Lorsque l'authenticité des documents est établie, c'est leur appartenance au jeune qui les présente qui est remise en cause.

- La comparaison des éléments figurant sur les documents d'identité avec les éléments figurant dans le fichier Visabio se fait systématiquement dans le sens de l'établissement d'une majorité ; la reconnaissance d'une identité de majeur sur la base de Visabio sert sou-

vent de base à des poursuites pénales pour faux et usage de faux ou usurpation d'identité.

- La primauté des documents d'identité sur les conclusions des tests médicaux ou sociaux est remise en cause, contrairement à ce que prévoit la loi.

- Lorsque les documents d'identité sont remis en cause, ils sont parfois retirés au jeune qui se trouve alors dépourvu des preuves de son identité.

- L'évaluation sociale est souvent faite dans des conditions qui ne permettent pas un examen objectif de la situation du jeune qui sollicite une protection :

- L'évaluation est souvent faite par une seule personne, suite à un entretien court (1/2h à 1h), parfois dès la première présentation du jeune, sans explication sur ses droits et les enjeux de l'entretien.

- Le jeune ne bénéficie pas toujours d'une mise à l'abri durant le temps de l'évaluation pour lui permettre de se reposer et de bénéficier d'un répit.

- L'entretien se déroule dans un climat de suspicion permanent ; la parole du jeune est le plus souvent remise en question.

- Les questions au cours de l'entretien ne sont pas pertinentes pour la détermination

de l'âge du jeune (notamment questions sur le parcours migratoire).

- Les personnes chargées de l'évaluation ne sont pas spécialement formées : ce sont rarement des éducateurs ou des psychologues, formés à la conduite d'entretiens auprès de mineurs en difficultés et de migrants, dans une approche pluridisciplinaire et transculturelle.

- L'évaluation n'est pas faite dans une approche transculturelle (questions sur la temporalité ; pas de prise en compte rapports hommes/femmes, aînés/enfants...).

- Le jeune ne bénéficie pas toujours d'un interprète.

- Le jeune ne peut être accompagné au cours de l'entretien.

- Il n'existe pas d'enregistrement de l'entretien.

- L'évaluation de la minorité et de l'isolement se base souvent sur des éléments totalement subjectifs voire totalement farfelus (marque des chaussures ou du téléphone du jeune, pilosité ou développement pubertaire, vernis à ongle, accompagné par une asso...).

- Les conclusions de l'évaluation penchent le plus souvent en faveur d'une majorité (ex à Paris : 80 % des jeunes évalués

par le département sont considérés majeurs ou non-isolés).

- Les tests médicaux d'évaluation de l'âge servent de caution «scientifique» pour déterminer la minorité.

- Contrairement à ce qui est prévu par la loi, le recours aux tests de maturation osseuse est quasiment systématique, même lorsque les documents d'identité ont été authentifiés.

- Le jeune n'est souvent pas informé qu'il va subir des tests médicaux et son consentement n'est que rarement recherché ; lorsque le jeune refuse d'être soumis à ces examens, il est systématiquement présumé majeur.

- Les tests médicaux sont pratiqués par des médecins en-dehors du cadre des unités médico-judiciaires (UMJ).

- Bien que les tests de maturation pubertaire soient interdits par la loi, ils sont pratiqués sous une forme détournée sous forme d'observation du développement de la stature ou la pilosité du jeune.

- Bien que leur fiabilité soit remise en cause sans équivoque par la communauté scientifique, les tests de maturation osseuse sont largement utilisés pour établir l'âge des MNA.

- Les conclusions des examens ne respectent pas la forme prévue et se prononcent souvent sur un âge, sans préciser la marge d'erreur.
 - Lorsque les conclusions proposent une tranche d'âge et précisent la marge d'erreur, le doute ne profite que rarement à l'enfant.
 - Les conclusions des tests de maturation osseuse servent souvent de base à des condamnations pénales pour fraude à l'Ase ou usurpation d'identité ; des MNA non reconnus sont détenus dans des prisons pour adultes et reconduits à la frontière à leur sortie de détention.
- Contrairement à ce que prévoit l'article 375 du code civil, aucun examen du danger n'est effectué via une évaluation des risques sur la santé, la sécurité ou la moralité du jeune auxquels il serait exposé. La protection est conditionnée au seul établissement de la minorité et de l'isolement, sans prise en compte du danger.
 - Les conclusions de l'évaluation ne sont pas remises au jeune ; elles valent parfois décision de refus de prise en charge, sans être assorties d'une décision administrative établie par les services de l'ASE.
 - La décision de refus de prise en charge par l'Ase n'est pas toujours motivée ou est motivée sur la base d'éléments stéréotypés ; elle ne comporte pas toujours les voies et délais de recours permettant de la contester.
 - Lorsqu'il a été évalué mineur et isolé, le jeune peut être relocalisé dans un autre département, en vertu du principe de répartition nationale ; il n'est pas inhabituel que l'autorité judiciaire ou le CD du département d'accueil refuse les résultats de l'évaluation et procède à une nouvelle évaluation de la minorité et de l'isolement.
 - Lorsqu'il est considéré mineur et isolé et bénéficie d'une prise en charge par les services de l'Ase, celle-ci est souvent faite dans des dispositifs ad hoc pour MNA, proposant une prise en charge plus limitée que les services de protection de l'enfance en danger.
 - Lorsqu'il a fait l'objet d'un refus de prise en charge sur la base d'une non reconnaissance de la minorité, le jeune est considéré majeur par les services de protection de l'enfance mais reste mineur et ne peut accéder aux dispositifs pour adultes en situation de précarité (ex : hébergement d'urgence, aide

alimentaire) ; il ne bénéficie pas d'une aide à l'établissement de son état civil, contrairement à ce que prévoit la Convention internationale des droits de l'enfant.

- Les jeunes refoulés de la protection de l'enfance rencontrent des difficultés importantes dans la reconnaissance de leurs droits, notamment l'accès aux soins.

Les programmes de Médecins du Monde s'attachent particulièrement à ces publics.

IV - L'ACCÈS AUX SOINS DES MNA

Bien que l'article 26 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant reconnaisse le droit à la santé pour tout enfant¹⁹, l'accès aux soins des MNA en France est particulièrement difficile.

En premier lieu, leur accès aux soins est conditionné à **l'affiliation à une protection maladie**. Il est ensuite soumis à **l'autorisation donnée par les parents ou tuteurs légaux** du mineur.

A - L'AFFILIATION DU MNA À UNE PROTECTION MALADIE

Les MNA bénéficiant d'une prise en charge par l'Ase peuvent (et doivent) être affiliés à l'assurance-maladie via la **PUMa** (protection universelle maladie - auparavant couverture maladie universelle - CMU) et à la complémentaire CMU (CMU-C) en leur nom propre. Seule l'Ase est habilitée à solliciter l'ouverture des droits d'un MNA auprès de la CPAM, ce qui empêche les MNA ne bénéficiant pas d'une prise en

charge de solliciter la PUMa par le biais d'associations ou de particuliers²⁰.

Mise à part cette exception, les MNA non reconnus comme mineurs ou isolés et donc non pris en charge par les dispositifs de l'Ase, alors même qu'ils ne sont pas pour autant considérés comme majeurs/en situation irrégulière, ne peuvent ainsi pas être affiliés à la PUMa. Plus grave encore, la circulaire de septembre 2011 prévoit expressément qu'ils peuvent bénéficier de l'**AME** (aide médicale de l'État) alors même que celle-ci ne concerne que les étrangers en situation irrégulière²¹.

Les MNA peuvent toutefois bénéficier de l'AME sans **condition de durée minimale** de présence sur le territoire et sans justificatifs de ressources, contrairement aux étrangers en situation irrégulière.

Malgré le fait que l'accès à l'AME pour les MNA non pris en charge soit expressément prévu par la circulaire²², l'ouverture de droits AME reste compliquée pour les

19 - Article 26 CIDE : « Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale »

20 - CIRCULAIRE N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011

21 - L.115-6 code de la sécurité sociale

22 - La circulaire parle de mineurs « sans aucune attache, sans prise en charge par une structure quelconque »

mineurs non pris en charge : pour ouvrir leurs droits, il est nécessaire d'avoir une adresse. Les MNA non pris en charge étant dépourvus de domicile, ils doivent produire une attestation de **domiciliation** administrative, difficile à obtenir. En effet, bien que la domiciliation soit possible pour les mineurs en leur nom propre, l'accès est restreint en raison de la saturation des dispositifs et des pratiques abusives des organismes domiciliataires. Par ailleurs, l'absence de **documents d'identité** complique souvent l'ouverture de droits AME²³ pour les MNA.

Les mineurs ne relèvent pas du **DSUV**²⁴ parce qu'ils doivent pouvoir accéder sans délais à l'AME. Cependant rien dans la loi ne les exclut du dispositif.

BONNE PRATIQUE

Certaines structures chargées de l'accueil et l'évaluation des MNA procèdent à l'ouverture des droits à la PUMa dès la première présentation du jeune (avant l'évaluation). Cela permet ainsi au jeune de bénéficier d'une couverture maladie et d'un accès aux soins dans le droit commun pendant 1 an, peu importe les résultats de l'évaluation.

B - LE CONSENTEMENT AUX SOINS DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

LES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

L'autorité parentale est définie à l'article 371-1 du Code civil : *« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. »*

« Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. »

« Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »

Par principe, **l'autorité parentale relève des 2 parents** avant l'âge de la majorité (18 ans ou 16 ans si émancipation).

Il faut faire la distinction entre le **droit** et **l'exercice** de l'autorité parentale : tous les parents ayant leur filiation établie à l'égard de l'enfant sont automatiquement titulaires du droit mais ils ne l'exercent pas forcément.

Seule une autorité judiciaire peut modifier le droit ou l'exercice de l'autorité parentale dans certains cas délimités, notamment lorsque l'enfant est privé de ses parents.

23 - Il est toutefois possible de faire usage de l'attestation d'identité par un travailleur social circulaire n° 2005-407 du 27 septembre 2005

24 - Dispositif Soins urgents et vitaux

1 - L'AUTORITÉ PARENTALE D'UN MNA

Le placement d'un mineur isolé étranger au titre de l'assistance éducative n'entraîne pas en soi une délégation d'autorité parentale, il faut une décision judiciaire de délégation d'autorité parentale ou d'ouverture de tutelle. En l'absence de décision explicite de délégation parentale ou d'ouverture de tutelle, les parents conservent l'autorité parentale sur leur enfant placé à l'Ase, qui doit néanmoins accomplir tous les **actes usuels** relatifs à sa surveillance et son éducation²⁵.

Le Code civil ne définit pas l'acte usuel. On entend par acte usuel les actes habituels, *«des actes de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant, qui ne donnent pas lieu à une appréciation de principe essentielle et ne présentent aucun risque grave apparent pour l'enfant, ou encore, même s'ils revêtent un caractère important, des actes s'inscrivant dans une pratique antérieure non contestée»*²⁶. A contrario, les actes non usuels sont les actes importants, inhabituels, graves, qui rompent

avec le passé ou engagent l'avenir de l'enfant. De façon générale, n'est pas un acte usuel toute rupture forte avec une pratique antérieure.

Il n'y a pas de liste dans la loi, mais les tribunaux ont analysé, au cas par cas, de nombreuses situations et on dispose aujourd'hui de nombreux exemples qui permettent de dire si l'action d'un des parents entre dans la catégorie des actes usuels ou des actes non usuels (voir liste des actes usuels/non usuels en annexe).

LA DÉLÉGATION D'AUTORITÉ PARENTALE

La délégation de l'exercice de l'autorité parentale permet à une tierce personne ou un organisme habilité, tel que l'Ase, de s'occuper d'un enfant notamment lorsque les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale. Cela permet au service gardien de disposer des moyens juridiques nécessaires pour prendre les décisions importantes relatives à l'enfant (et notamment à sa santé). Le tiers/service auquel l'autorité parentale a été déléguée peut donc réaliser **tous les actes usuels et non usuels** relatifs à l'entretien, la santé et

l'éducation de l'enfant confié. Les décisions doivent malgré tout être prises dans son intérêt.

Cette décision est temporaire, et peut prendre fin en cas de circonstances nouvelles. De plus, **celui qui sollicite la délégation** auprès du juge aux affaires familiales est celui à qui elle doit bénéficier. Il n'est ainsi pas possible pour un tiers de saisir le juge pour qu'une délégation soit prononcée au profit de l'Ase.

LA TUTELLE

L'article 390 du code civil prévoit que *«La tutelle s'ouvre lorsque le père et la mère sont tous deux décédés ou se trouvent privés de l'exercice de l'autorité parentale.»*

Le juge aux affaires familiales est compétent pour prendre la décision d'ouvrir une tutelle, il peut être saisi par des particuliers, les parents du mineur, le ministère public, l'aide sociale à l'enfance qui a pris le MNA en charge ou se saisir d'office.

2 - LE PRINCIPE DU CONSENTEMENT DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

La principale difficulté dans l'accès aux soins des MNA réside dans

la nécessité d'obtenir le consentement des parents ou tuteurs légaux pour les actes médicaux.

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

(Rappel : la prise en charge par la protection de l'enfance ou par un tiers digne de confiance maintient les droits d'autorité parentale des parents sauf décision de délégation parentale ou d'ouverture de tutelle).

En principe, en l'absence de décision de délégation d'autorité parentale ou d'ouverture de tutelle, aucun acte médical ne peut être prodigué aux mineurs isolés – qu'ils soient sous protection de l'Ase ou pas.

Le consentement obligatoire des tuteurs pour les actes médicaux sur un mineur comporte toutefois quelques exceptions, en cas d'urgence notamment.

25 - Article 373-4 alinéa 1 du Code Civil «Lorsque l'enfant a été confié à un tiers, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère ; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié accomplit tous les actes

usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation.»

26 - Cour d'appel d'Aix en Provence, dans un arrêt du 28/10/2011

3 - LES EXCEPTIONS À L'OBLIGATION DE CONSENTEMENT DES PARENTS OU TUTEURS LÉGAUX

Par principe, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur légal doivent donner leur accord aux soins.

Cependant il existe plusieurs **exceptions** à l'obligation d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale pour des soins au mineur :

- **L'urgence**²⁷ justifie que le médecin se dispense du consentement pour effectuer les actes médicaux nécessaires.

- Le médecin ou la sage-femme peut se dispenser du consentement des titulaires de l'autorité parentale lorsque le mineur souhaite garder le **secret** sur son état de santé et que l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention est **indispensable à la sauvegarde de la santé du mineur**²⁸.

27 - R. 1112-35, al. 3 Code de santé publique : « (...) il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence ».
- R. 4127-42, al. 2 Code santé publique : « en cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, les médecins doivent donner les soins nécessaires »

28 - L. 1111-5 al. 1 Code de la Santé Publique : « Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou

Par extension, l'on peut considérer que, même si le mineur ne s'oppose pas expressément à cette consultation mais qu'il est impossible d'obtenir le consentement des tuteurs légaux, le médecin peut passer outre si l'acte médical est indispensable pour sauvegarder la santé du mineur.

Il n'existe pas de définition juridique de ce qui constitue une *« action de prévention, dépistage, diagnostic, traitement ou une intervention [qui] s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure »*, néanmoins il semblerait que l'esprit de la loi se veuille le plus inclusif possible (en effet, les action de prévention, de dépistage et de diagnostic ont été ajoutées par la Loi de modernisation de notre système de santé du janvier 2016).

Cette loi a également introduit la possibilité pour un infirmier de passer outre le consentement du tuteur légal si le mineur s'oppose à la consultation de ceux-ci et souhaite garder le secret sur son état

des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. »

de santé dans les cas où *« l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure »*²⁹.

Enfin les mineurs bénéficiant **en leur propre nom de la CMU**, dont les liens de famille sont rompus³⁰ sont dispensés de l'obligation d'obtenir le consentement de leurs tuteurs légaux.

C'est en général le cas pour les MNA pris en charge dans les dispositifs de la protection de l'enfance, qui sont affiliés à la PUMa + CMU-C.

Dans tous les cas, le **consentement éclairé du mineur** doit être recherché³¹.

Pour que le mineur puisse consentir aux soins ou traitements de manière éclairée, il doit avoir bénéficié d'une **information adaptée** sur son état de santé et sur les choix thérapeutiques qui s'offrent à lui : L'article L1111-2 al 5 du Code

de la Santé Publique prévoit en effet que le mineur apte à exprimer sa volonté doit être informé de manière adaptée à son degré de maturité. L'objectif est de lui expliquer, **dans une langue qu'il comprend**, la façon dont vont se dérouler les soins, de le préparer au traitement à venir et de rechercher son adhésion. L'appréciation de la maturité d'un mineur revient à l'équipe soignante qui adapte l'information à son âge, à sa faculté de discernement et de compréhension ainsi qu'à sa pathologie.

Le mineur doit, en outre, se faire **accompagner par une personne majeure**³² de son choix. Le fait d'accompagner un mineur ne crée **aucun lien juridique** de fait et donc aucune obligation spécifique pour la personne accompagnante, qui n'a pas à consentir ou non aux soins. Il faut la décision d'un juge ou de l'autorité compétente pour créer un tel lien (délégation de l'autorité parentale, tutelle, administrateur *ad hoc*).

29 - Article L1111-5-1 Code de la Santé publique
30 - L. 1111-5 al. 2 Code de la Santé Publique : « Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. »
31 - L1111-4 al. 6 Code de santé publique : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il

est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

32 - L1111-5 al.1 Code de santé publique : « Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

En application de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, la jeune fille mineure d'au moins 15 ans n'a pas l'obligation d'obtenir le consentement de ses parents pour la prescription, la délivrance ou l'administration de **contraceptifs**. Dans chacune de ces situations, les professionnels de santé sont tenus au secret médical.

L'accès à l'IVG constitue également une exception à l'obligation du consentement des tuteurs légaux : en elle, l'article L 2212-7 du Code de santé publique énonce que *« Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix »*.

La femme mineure a par ailleurs l'obligation de se rendre à la consultation préalable prévue à l'art. L2212-4 CSP à l'issue duquel le professionnel (assistant social, psychologue, etc.) lui remet une attestation.

De la même façon pour la femme mineure, la consultation post-IVG sur la contraception est obligatoire (art. L2212-7 CSP) : *« Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures »*.

33 - Pour plus d'information, voir la note IVG publiée par la DOF en juillet 2016- disponible dans la bibliothèque des Missions France sur intranet

Si le consentement des tuteurs légaux pour pratiquer une opération **ne peut être obtenu**, soit parce que les parents s'y opposent, soit parce qu'il n'est pas matériellement possible de l'obtenir (parents décédés, injoignables, incapables...)³⁴, le médecin **peut passer outre** ce consentement.

Cette procédure ne peut s'appliquer que si certaines conditions sont réunies : le mineur doit être **hospitalisé** ; dans le cadre de cette hospitalisation, une **intervention chirurgicale** préconisée par les autorités médicales est nécessaire sans pour autant être urgente (la nécessité d'agir dans les plus brefs délais (c.-à-d. l'urgence) dispenserait le médecin d'obtenir ou même de rechercher le consentement des parents). Le risque de danger suffit à déclencher la procédure, contrairement au droit commun.

34 - R. 1112-35 du Code de la santé publique : *« Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération. Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire »*.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent ».

V - ANNEXE : EXEMPLES D'ACTES USUELS OU NON USUELS D'APRÈS LA JURISPRUDENCE

1 - ACTES RELATIFS À LA SANTÉ DE L'ENFANT

Les actes thérapeutiques :

Une décision du Conseil d'État du 7 mai 2014 rappelle qu'un « acte médical ne constitue pas un acte usuel » et que, de ce fait, il ne « peut être décidé qu'après que le médecin s'est efforcé de prévenir les deux parents et de recueillir leur consentement ». Et qu'il n'en va autrement « qu'en cas d'urgence », lorsque l'état de santé du patient exige l'administration de soins immédiats. Précision : la Haute juridiction a rendu cette décision à l'occasion de la prescription par un psychiatre de Prozac à une jeune fille de 16 ans souffrant d'une dépression modérée à sévère (CE, 7 mai 2014, n° 359076).

L'admission dans un service hospitalier :

L'admission du mineur dans un service hospitalier est soumise à l'autorisation d'une personne exerçant l'autorité parentale (père ou mère) ou de l'autorité judiciaire par l'intermédiaire du service à qui l'enfant a été confié (Code. santé

publique. art. R. 1112-34). Lorsqu'il s'agit de l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale, c'est-à-dire en cas d'accueil de l'enfant avec le consentement des père et mère. Toutefois, l'admission est également demandée par l'ASE lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile (Code. santé publique. R. 1112-34, al. 2 et 3).

L'admission en soins psychiatriques sans consentement :

La demande d'admission du mineur en soins psychiatriques sans consentement ou la levée de cette mesure est effectuée par les titulaires de l'autorité parentale, sauf dans les cas où l'admission est décidée par le préfet (Code. santé publique. art. L. 3211-10).

L'autorisation d'opérer :

L'autorisation d'opérer un enfant relève toujours des prérogatives d'autorité parentale. Si, lors de l'admission d'un mineur, il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes

liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération. Et ce, dès l'admission. Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire (Code. santé publique. art. R. 1112-35). En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent (Code. santé publique. art. R. 1112-35, al. 4).

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) :

L'autorisation de pratiquer une interruption volontaire de gros-

sesse sur une mineure est délivrée par l'un des titulaires de l'autorité parentale. Ce consentement est joint à la demande que la mineure présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne. Si elle souhaite garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement afin qu'elle informe ses parents ou tuteurs. Si la mineure ne souhaite pas effectuer cette démarche, l'IVG pourra être pratiquée sans le consentement de ces derniers mais à la condition que la mineure soit accompagnée par une personne majeure de son choix (Code. santé publique. art. R. 2212-7).

Contraception pour une mineure : Code de la santé publique, article L.5134-1 : «le consentement des titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant du représentant légal, n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures» Décret du 27 mars 2001 pris en application de la loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence qui régit la contraception d'urgence au sein des établissements scolaires du second degré dotés d'un infirmier ; la mineure peut refuser de s'entretenir ou d'informer le ou les détenteurs de l'autorité parentale [Important : donc la contraception d'urgence, hors éta-

blissement scolaire, doit se faire lors d'une consultation auprès d'un médecin ou d'un centre de planification et d'éducation familiale avec la mineure].

2 - ACTES USUELS EN MATIÈRE DE SANTÉ (D'APRÈS LA JURISPRUDENCE)

• L'inscription CMU.

• Soins normaux qui ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale.

Exemples : rappels de vaccination, blessures légères... Ces soins doivent réalisés dans la continuité des choix formulés par les parents (médecin, dentiste, sauf anesthésie)

• La poursuite d'un traitement récurrent.

• Le changement de médecin généraliste proche du lieu d'accueil, qui se mettra en lien avec le médecin de famille, sous réserve d'une pratique particulière du médecin (homéopathie par exemple) qui requiert l'accord parental [important : toutefois les parents, dès le début du placement doivent donner toutes les indications de prise en charge pour leur enfant (préférence du médecin, allergies éventuelles, contre-indications médicales).

Particulièrement, pour le mineur qui nécessite des traitements spécifiques, cela permettra une meilleure concertation, une coordination et donc la sécurisation de la santé de celui-ci].

• Rencontres occasionnelles avec le psychologue de l'unité au titre de la prise en charge éducative globale.

3 - ACTES NON USUELS (IMPORTANT)

• IVG.

• Consultation particulière autre que le suivi habituel (spécialistes).

• Hospitalisation :

Article R1112-34 du CSP : *L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire. L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien. Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande*

de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Article R1112-35 CSP : Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération. Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité

de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent. **Article R1112-36 CSP :** Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance le certificat confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

- La mise en place d'un traitement lourd ou avec des effets secondaires importants.
- La décision d'arrêt de soins de confort.
- Toute prise en charge médicale induisant une modification mais faite dans l'intérêt de l'enfant (psychothérapie, régime sous contrôle médical).
- Régimes préconisés par les détenteurs de l'autorité parentale (allergie alimentaire, cadre religieux).
- Vaccinations non obligatoires.
- Le consentement à un prélèvement d'organes sur le mineur

décédé (article 1232-2 du Code de la santé publique).

- L'autorisation d'une recherche biomédicale sur le mineur (article 1122-1 et 1122-2 du Code de la santé publique).
- Le piercing, le tatouage.

4 - DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

Les administrations exigent que les demandes de documents administratifs tels que les cartes d'identité et les passeports soient signés par les représentants légaux. Pourtant une demande de carte d'identité devrait être considérée comme un acte usuel.

Couverture © Sinawi Medine

Médecins du Monde, Direction des opérations France, octobre 2017

Ce document a été élaboré par Clémentine Bret avec l'appui de Sophie Laurant, Sophie Laurence et Marie-Dominique Pauti.

Merci aux membres des programmes dédiés aux mineurs non accompagnés, aux équipes bénévoles des programmes France et à l'équipe de la Direction des opérations France pour leur soutien et leurs relectures.



SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE