

MAUX

d'exil

Éditorial

... l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur¹

Aujourd'hui en France, la Convention relative aux droits de l'enfant n'est pas respectée pour nombre d'exilés, à commencer par les habitants des bidonvilles, les sans domicile fixe. Il ne faut pas non plus oublier la relégation des adolescents étrangers de 18 ans révolus, qui, sans forcément être des demandeurs d'asile, ont également besoin de protection. Ce sont d'abord ceux invités à quitter le territoire à 18 ans, alors qu'ils ont été accompagnés auparavant par l'Aide sociale à l'enfance, ont tissé des liens, construit leurs projets ici. Il s'agit ensuite des jeunes considérés comme majeurs, malgré leur document d'état civil, sur la base d'entretiens à charge réalisés par des opérateurs au service d'une régulation du flux des étrangers par nombre de départements, et/ou encore d'une détermination radiographique de l'âge osseux. Malgré la mobilisation d'institutions scientifiques et éthiques, démontrant la non-validité des tests osseux et la violence que ces dispositifs font subir aux enfants, le projet de loi sur la protection de l'enfance n'intègre pas la suppression des tests osseux, au prétexte de la nécessité d'un outil au service de la détermination de l'âge. Certains « jeunes » sont ainsi pénalement condamnés parce qu'ils auraient sciemment menti sur leur âge. Il ne s'agit donc pas de rechercher « l'intérêt supérieur de l'enfant », mais bien davantage de laisser s'exercer ou d'instaurer l'inhospitalité au mépris du devoir de soin et de mise à l'abri des enfants et des adolescents, pourtant toujours cités comme « plus vulnérables ». L'observation de la santé des enfants étrangers montre qu'ils sont concernés par les violences, le psycho traumatisme, parfois davantage que les adultes. D'autre part, les enfants en famille sans domicile fixe ont moins souvent une protection maladie et sont soignés plus tardivement que ceux isolés déjà pris en charge. Il y a donc urgence à mettre en place les conditions d'un accueil fondé sur la protection des enfants et adolescents, préservant scolarité, formation professionnelle et santé.

Pascal Revault,
Directeur opérationnel du Comede

1. Déclaration de Genève citée par la CIDE (Convention internationale des droits de l'enfant) en 1989. Préambule : « Par la présente Déclaration des droits de l'enfant, dite déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations reconnaissent que l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur, affirmant leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité, de croyance. » <http://www.humanium.org/fr/normes/declaration-de-geneve-1924/texte-integral-declaration-de-geneve/>



QUEL ACCUEIL ET QUEL SOIN AUJOURD'HUI POUR LES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ÉTRANGERS ?

Face à l'aggravation des difficultés rencontrées par les jeunes étrangers et les structures qui les accompagnent, le Comede a demandé au Groupe de soutien et d'information des immigrés (Gisti), à l'Unicef, au Centre médical Louis Guilloux et au Réseau éducation sans frontières (RESF) d'apporter leur contribution afin de clarifier les enjeux et d'émettre des recommandations.

Sommaire

Novembre 2015

- 2 Gisti / **LES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS LIVRÉS AU « BON VOULOIR » DÉPARTEMENTAL**
- 4 Unicef / **DROITS DES ENFANTS MIGRANTS : LES LOURDES CARENCES FRANÇAISES**
- 5 Comede / **LES AFFECTIONS MULTIPLES DE JEUNES PATIENTS EN NOMBRE CROISSANT**
- 6 Centre médical Louis Guilloux / **L'EXIGENCE D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE**
- 8 RESF / **LA MACHINE À FABRIQUER DES PLUS DE 18 ANS**

LES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS LIVRÉS AU « BON VOULOIR » DÉPARTEMENTAL

Plus de deux ans après son entrée en vigueur, le 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 est loin d'avoir fait ses preuves. Institué par la circulaire du 31 mai 2013 dite « circulaire Taubira »¹, ce dispositif n'a pas permis d'améliorer les conditions d'accueil des MIE en France.

Le mécanisme entend rééquilibrer le nombre de MIE entre chaque département en fonction d'une clé de répartition préalablement négociée. La faiblesse de la participation financière de l'État - à hauteur de 1500 € par mineur - ne lui a pas permis de peser réellement sur les pratiques des départements. Privé du levier financier, le ministère de la Justice n'a pas été en mesure de faire respecter les quelques garanties en faveur des MIE prévues dans sa circulaire, notamment en matière d'évaluation préalable à l'accès à la protection.

Le texte de la Garde de Sceaux n'est pas exempt de suspicion mais il dispose toute de même que les jeunes se déclarant en situation d'isolement doivent être aussitôt pris en charge et faire l'objet d'une évaluation sociale. Il insiste en particulier sur le fait « qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause l'appartenance au mineur des documents administratifs qu'il présente et dont l'authenticité n'est pas contestée ». Il s'agit là d'une précision fondamentale puisque beaucoup de mineurs ne peuvent présenter qu'un acte de naissance dépourvu de photo. Un document annexe à la circulaire prévoit enfin que l'examen médical aux fins de détermination de l'âge « n'intervient qu'en cas de doute sur la minorité » et que « le doute au vu des conclusions de l'examen médical bénéficiera au jeune ».

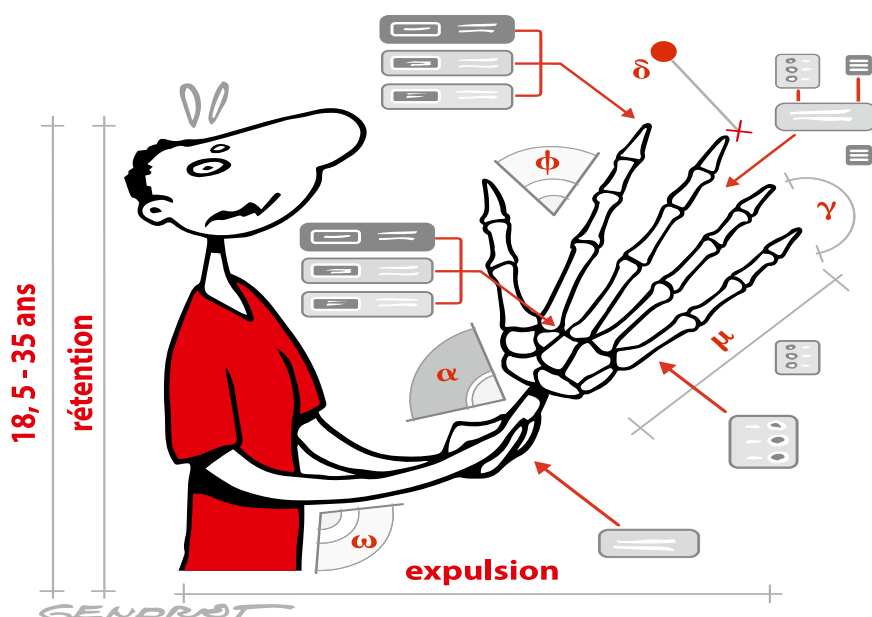
Essaimage dangereux

Premier constat, l'allègement du nombre de MIE dans les départements où les demandes se concentraient n'a pas fait dispa-

raître les pratiques les plus contestables : évaluations impitoyables, utilisation massive des tests osseux, « mises à l'abri » précaires, refus d'aide aux jeunes majeurs, etc. Les départements les plus maltraitants ont persisté dans leur attitude malgré la baisse du nombre de MIE à leur charge. Dans le même temps, les départements réputés les plus accueillants ont fini par intégrer les mauvaises pratiques des premiers. Loin d'assainir la situation, le protocole a provoqué un dangereux essaimage sur l'ensemble du territoire.

Deuxième constat, l'attitude de certains départements s'est radicalisée. Une quinzaine d'entre eux au moins a pris des arrêtés suspendant l'accueil des MIE sur leur territoire ou a envisagé de le faire. Certaines de ces décisions ont été contestées devant les tribunaux administratifs. Dans la Manche, le conseil départemental a introduit une condition de nationalité pour les aides aux jeunes majeurs en tentant de réserver celles-ci aux seuls ressortissants français et européens. En Haute-Garonne, il a fallu une grève de quinze jours des travailleurs sociaux pour que le financement de ces aides soit rétabli. La Loire-Atlantique a attendu d'être condamnée à plusieurs reprises par le tribunal administratif avant de mettre enfin à l'abri des MIE abandonnés à la rue.

Il serait néanmoins injuste de faire porter aux seuls départements la responsabilité des atteintes au devoir de protection de ces jeunes. Les parquets ne sont pas en reste, à l'instar de celui de Lyon, qui multiplie depuis 2012 les poursuites pénales à l'encontre de jeunes accusés - expertises osseuses à l'appui - de s'être fait passer pour des mineurs. Du côté des préfectures, les refus de régularisation à la majorité sont nombreux, en particulier pour les jeunes pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) après leur seizième anniversaire. Malgré des parcours scolaires souvent exemplaires, les jeunes sont sommés de



quitter le territoire au motif qu'ils auraient toujours de la famille dans leur pays d'origine. Cruel paradoxe que d'accueillir un mineur en France en raison de son isolement familial puis de le renvoyer une fois sa majorité atteinte vers son pays au nom d'hypothétiques liens familiaux.

Au final, le dispositif laisse plus de mineurs à la rue qu'il n'en protège. Selon le rapport portant sur sa première année de fonctionnement, émanant des inspections des ministères de la Justice, de l'Intérieur et des Affaires sociales, les départements ont réalisé près de 9300 évaluations mais seulement 4000 mineurs ont ensuite accédé à l'aide sociale à l'enfance, soit un taux de 43 %. Dans certains départements, plus de deux jeunes sur trois ont fait l'objet d'un refus de prise en charge à l'issue de leur évaluation.

D'une circulaire à l'autre

Plusieurs présidents de conseils départementaux ont contesté le principe même de ce dispositif national et la légitimité de l'Association des départements de France à prendre de tels engagements en leur nom. Pour autant, en organisant judiciairement, *via* les procureurs de la République, le transfert des dossiers des jeunes d'un département à l'autre, le ministère de la Justice a imposé ce mécanisme sur l'ensemble du territoire métropolitain. Outre le caractère douteux de la légalité du procédé, ce passage en force a considérablement affaibli la portée du texte. Dès sa parution, la circulaire Taubira a été contestée devant le Conseil d'État par douze départements. Il en a résulté une annulation partielle du dispositif le 30 janvier 2015. Il est symptomatique que le Conseil d'État ait dû rappeler à cette occasion que les décisions concernant les MIE doivent être prises dans la considération du strict intérêt de l'enfant, en particulier lorsqu'il s'agit, pour lui, de rechercher un lieu d'accueil. Sur le fond cette décision n'a pas changé grand-chose. Le 17 février 2015, une nouvelle circulaire du Garde des Sceaux confirmait le maintien du dispositif, sous réserve de quelques adaptations cosmétiques.

Introduits dans la proposition de loi relative à la protection de l'enfance, lors de son examen à l'Assemblée nationale en mai 2015, les amendements du gouvernement ne laissent présager aucune évolution positive. Un premier article prévoit que les présidents de conseils départementaux devront transmettre au ministre

de la Justice les informations dont ils disposent quant au nombre de MIE sur leur territoire. À charge ensuite pour le ministre de fixer des objectifs de répartition proportionnée en fonction de critères démographiques. Un deuxième article précise que le parquet et le juge des enfants devront consulter le ministère de la Justice avant d'orienter un MIE vers un département d'accueil. Le principe de la répartition nationale des MIE va donc, à terme, être inscrit dans la loi. L'invocation rituelle de « l'intérêt supérieur de l'enfant » n'a pas été oubliée cette fois-ci, mais il y a fort à parier que les MIE pourront, comme à présent, être transférés d'un bout à l'autre de la France sans pouvoir faire valoir leurs préférences ou leurs attaches dans un département.

Plus grave encore, aucune disposition de la proposition de loi n'aborde la question de l'évaluation préalable à l'entrée dans le dispositif de protection qui conduit actuellement à laisser à la rue plus d'un jeune sur deux. Pour mettre fin à ces refus massifs, il faudrait commencer par interdire purement et simplement le recours aux expertises osseuses. Or, le gouvernement a bataillé ferme contre plusieurs députés de sa majorité qui réclamaient leur disparition. Les quelques garanties que certains députés ont réussi à obtenir, comme l'obligation de préciser une marge d'erreur, ne suffisent à préserver les droits des MIE.

La fin des expertises osseuses constituerait un préalable nécessaire à l'amélioration du sort des MIE. Nécessaire, mais non suffisant. Les évaluations-couperet telle qu'elles sont réalisées par les départements doivent cesser. Seul le juge des enfants devrait pouvoir décider qui peut bénéficier ou non d'une mesure de protection. On sortirait ainsi d'un système où le département est en situation de toute puissance, à la fois juge et partie. Il resterait ensuite à imposer à tous les juges des enfants de respecter la présomption de validité des actes d'état civil présentés par des mineurs et d'accorder à ceux qui en sont privés une mesure de protection le temps qu'ils puissent s'en procurer.

Jean-François Martini,

juriste et permanent du Groupe d'information et de soutien des immigrés (Gisti)

1 - Consultable *via* le lien : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSF1314192C.pdf

Les inégalités sociales de santé dans l'enfance

La mission de l'IGAS de 2011 (rapport Lopez et collaborateurs) a examiné quatre politiques publiques aux effets particulièrement importants sur la santé des enfants en France : l'éducation scolaire, le soutien à la parentalité, l'accueil des jeunes enfants et l'amélioration de l'habitat privé. Des données existent concernant les inégalités et le rôle des déterminants sociaux en cause, mais les dimensions psychique et sociale de la santé des enfants sont très peu étudiées, de même que les spécificités concernant les jeunes étrangers. Le développement des travaux dans ce domaine primordial de la santé des enfants et des adolescents serait particulièrement utile.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31,
78 rue du Général Leclerc
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Tél. : 01 45 21 39 32 - Fax : 01 45 21 38 41
Mél : contact@comede.org
Site : www.comede.org

RÉALISATION :
Parimage

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Veïsse

ONT ÉGALEMENT PARTICIPÉ
À CE NUMÉRO :
Pascal Revault (coordination),
Anne-Marie Chemali, Céline Pellegrin,
Yasmine Flitti, Bénédicte Maraval,
Hélène Rossinot, Benoît Hervieu-Léger

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

Droits des enfants migrants : les lourdes carences françaises

L'Unicef est l'agence de l'ONU qui depuis 1946 est chargée de promouvoir et défendre les droits de l'enfant, et faire en sorte qu'ils soient respectés pour tous les enfants et les adolescents du monde. L'Unicef France est une association loi 1901 à but non lucratif, reconnue d'utilité publique et accréditée pour représenter l'Unicef auprès des pouvoirs publics et de la société civile française. Cependant, le nouveau mandat de l'Unicef France dédié aux actions de plaidoyer pour la cause des enfants en France n'a été instauré qu'en 2006. Cette mission repose essentiellement sur la promotion et la défense des droits de l'enfant, et sur l'interpellation des décideurs politiques quant à la non-application de la Convention relative aux droits de l'enfant. Dans le cadre de son mandat, les enfants migrants sont très vite devenus un sujet particulièrement important du plaidoyer de l'Unicef France, étant donné leur vulnérabilité en matière d'accès aux droits fondamentaux.

La Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), ratifiée par la France en 1990 garantit à tous les enfants sans distinction, sur le territoire national, les mêmes droits. Le droit à la protection, à l'éducation, à la santé et aux soins sont autant de droits fondamentaux réaffirmés par ce texte qui engage les États parties, dont la France, à garantir leur efficacité pour chaque enfant.

Une Convention partiellement mise en œuvre

Dans notre rapport alternatif « Chaque enfant compte. Partout, tout le temps »¹, nous avons mis en exergue la thématique des enfants migrants avec un focus sur les Mineurs isolés étrangers (MIE) et un second sur les enfants vivant en bidonville. En partant du constat que les mineurs isolés sont encore trop souvent traités comme des étrangers et non comme des adolescents à protéger, notre organisation réaffirme la nécessité de promouvoir un dispositif d'accueil, de protection et d'accompagnement sans discrimination. Nous nous appuyons dans cet objectif sur la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, qui re-

connait les MIE comme un public vulnérable relevant de ce domaine et dont les dispositions doivent, selon nous, être appliquées à la lettre. Les conflits récurrents entre les départements et l'État sont symptomatiques du blocage institutionnel qui perdure depuis des années au détriment des enfants et adolescents. La France doit à ces enfants et adolescents une réponse à la hauteur de ses engagements internationaux.

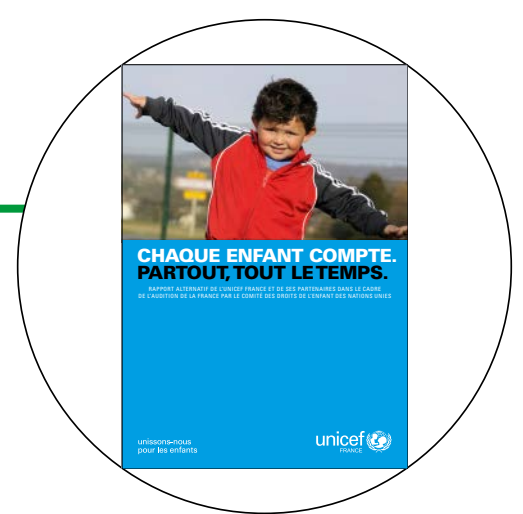
Le rapport de l'Unicef France se penche également sur une question centrale qui bien souvent est le premier obstacle à toute prise en charge, la détermination de l'âge. Notre rapport souligne la nécessité de supprimer définitivement, sur l'ensemble du territoire, les tests osseux ou les autres examens exclusivement physiologiques.

Aujourd'hui cette pratique reste la réponse privilégiée pour déterminer l'âge des mineurs isolés. Elle n'en est pas moins contraire aux droits de l'enfant car elle consacre des pratiques traumatisantes pour les individus concernés, bien souvent sans prendre en compte leur accord préalable et sans leur garantir un accompagnement adéquat.

Par ailleurs, nous savons tous que les MIE sont particulièrement exposés aux risques de traite humaine. Face à cette réalité, nous demandons la concrétisation des dispositions prises dans le Plan national de lutte contre la traite des êtres humains en faveur des enfants et des adolescents. Il est important que ce plan soit doté de ressources adaptées afin de fournir les outils statistiques et méthodologiques nécessaires pour évaluer la situation et y apporter les réponses qui s'imposent. Ainsi, l'application du plan pourra être évaluée régulièrement en lien avec les acteurs de terrain pour garantir son efficacité.

Une politique de démantèlement contraire aux droits de l'enfant

Le sujet des enfants vivant en bidonville, essentiellement originaires d'Europe de l'Est, est également présent dans le rapport alternatif de l'Unicef France. Leurs conditions de vie très précaires et les nombreux obstacles pour un plein accès à leurs droits fondamen-



taux, tels que l'éducation ou la santé, sont autant de facteurs de vulnérabilité. La principale réponse apportée par les autorités à la résurgence des bidonvilles en France est la succession de démantèlements. Or, ces expulsions ont des conséquences psycho-traumatiques graves sur les enfants et remettent en cause un certain nombre de dispositions rappelées dans la Convention relative aux droits de l'enfant.

Ces actions répressives influent négativement sur les parcours scolaires et les parcours de vie. Le maintien dans une situation de précarité permanente traduit par la rupture dans le travail social entrepris par les associations ainsi que la perte des documents administratifs. La peur quotidienne engendrée par le risque de l'expulsion et celle de ne pas retrouver sa famille sont autant de violences dont sont victimes les enfants des bidonvilles. Face à ce constat, nous appelons les autorités à mettre un terme aux démantèlements erratiques et successifs des campements, en appliquant à la lettre la circulaire interministérielle d'août 2012. Cette stabilisation provisoire a notamment pour but de garantir l'accès des enfants aux dispositifs sociaux de droit commun.

L'Unicef France propose de promouvoir la diffusion de campagnes de communication pour le grand public dans le but de déconstruire les stéréotypes. En parallèle il faut pouvoir sanctionner toute forme de stigmatisation et de discrimination de la part des élus de la République envers les populations en bidonville. Enfin, l'organisation appelle la France à solliciter résolument les ressources allouées au niveau européen pour que notre pays devienne enfin un moteur et acteur de l'intégration des populations Roms sur son territoire.

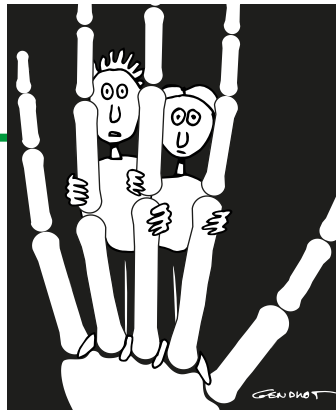
Au moment où la France vient de célébrer le 25^e anniversaire de la ratification de la CDE, il est grand temps que cette situation cesse et que l'accès à leurs droits fondamentaux soit garanti à tous les enfants.

François Duchamp,

chargé de mission Enfance en France pour l'Unicef France

1 - Disponible via le lien : <http://bit.ly/1JYA3IA>

Les affections multiples de jeunes patients en nombre croissant



Le Comede, à travers ses différents dispositifs - le Centre de santé (CDS), les permanences téléphoniques nationales (PT NAT), le Comede PACA et l'Espace santé droit (ESD)¹ -, accueille, soutient et soigne un nombre croissant de mineurs (+11% en 1 an). En 2014, ses actions ont concerné 403 mineurs, isolés ou non. Ainsi, 241 mineurs de 18 ans ont été soutenus par téléphone, *via* leur(s) parent(s) et/ou un accompagnant, 153 accueillis au CDS, 18 par le Comede PACA et 9 à l'ESD. De plus, depuis la signature de la convention entre le Conseil départemental du Val-de-Marne et le Comede, 355 mineurs isolés étrangers, confiés à l'ASE de ce même département, ont bénéficié d'un accueil prioritaire au Centre de santé avec des consultations sur rendez-vous, sur des plages horaires qui leur sont réservées.

Les caractéristiques démographiques des enfants bénéficiaires du Comede présentent des différences notables selon le dispositif de soutien. Il s'agit principalement de jeunes hommes (CDS 85% et PT NAT 66%), plutôt adolescents au CDS (16 ans d'âge médian) et beaucoup plus jeunes *via* les PT NAT (9 ans d'âge médian) et qui résident en France depuis moins longtemps en moyenne que les adultes

(6 mois au CDS et 1 an *via* les PT NAT). Si les patients mineurs du CDS viennent principalement d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et d'Asie du sud, les appels de la PT NAT concernent principalement des mineurs originaires d'Afrique du Nord.

Facteurs de vulnérabilité

Tous ces jeunes accumulent un nombre important de facteurs de vulnérabilité. En effet, ils se trouvent souvent sans parent ni proche (25% des patients du CDS et 20% des appelants PT NAT). Ils vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (99% des patients et 86% des bénéficiaires des PT NAT n'ont pas de « chez soi »), principalement en hébergement social (67%, dont ASE) et chez un particulier (20%), alors que 15% sont sans abri (7% au Samu social, 3% à la rue et 2% dans un squat). Deux enfants sur trois parmi les patients du Centre de santé n'ont pas de protection maladie (64%), ce qui est également le cas de 54% des bénéficiaires des PT. Leur situation de vulnérabilité affective et sociale se double d'obstacles linguistiques fréquents lors des premiers mois d'exil : 32% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Un enfant sur huit n'a pas mangé à sa faim pendant les trois jours précédant la consultation (13%).

Ces facteurs de vulnérabilité concernent également les adolescents déclarés « majeurs » par le recours à l'expertise médico-légale controversée de détermination de l'âge (« test osseux »). Considérés comme majeurs, ils sont de fait exclus de la protection et de l'hébergement par l'Aide sociale à l'enfance.

À chaque mineur reçu au centre de santé sont proposés systématiquement lors de la première consultation et après un entretien et un examen clinique minutieux, des examens complémentaires : NFS plaquettes sanguines, sérologies des hépatites B et C, VIH, sérologies anguillules et schistosomes si indiqué, dépistage de Chlamydia à partir de 15 ans, radiographie pulmonaire et test de l'interféron gamma si le patient est âgé de moins de 15 ans, examens parasitologiques des urines sur 24 heures et des selles. La deuxième consultation est un moment clé de la prise en charge, en présence d'un interprète professionnel si nécessaire, avec communication des résultats des examens complémentaires, début des vaccinations recommandées dans le cadre du calendrier vaccinal officiel avec remise du carnet de vaccinations, prescription, si nécessaire, d'un traitement médicamenteux, d'un suivi médical ou psychologique. Ce temps est indispensable pour l'évaluation, la prévention et la continuité du suivi médical. Il permet d'aborder des sujets tels que l'avenir et la prévention, notamment en matière de sexualité et d'usage de drogues. Il est impératif de rester vigilant sur le rattrapage vaccinal complet.

Olivier Lefebvre,

médecin référent du Comede

1 - Partenariat Comede / Cimade

Enfants mineurs, taux de prévalence par région et par pays d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 545 patients <18 ans accueillis en médecine au Centre de santé, 2008-2014.

Les cases foncées ■ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global.

Taux global	AST 9	DRE 6	HAN 6	MCV 4	PSY 68	SH 18	TUB 6	VHB 64	VHC 4	VIH 4
Afrique centrale	118	8	17	-	8	85	-	25	25	-
Congo RD	87	11	11	-	11	103	-	23	11	-
Afrique du Nord	30	-	-	-	-	33	-	-	33	-
Afrique de l'Ouest	232	4	4	9	-	73	43	-	125	9
Guinée	63	16	-	16	-	111	-	-	143	-
Mali	115	-	-	-	-	35	78	-	130	-
Asie du Sud	82	-	-	-	-	24	-	-	-	12
Bangladesh	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-

AST Asthme persistant, DRE Drépanocytose homozygote, HAN Handicap, MCV Maladies cardio-vasculaires, PSY Psycho-traumatisme sévère, SH Schistosomose à haematobium (bilharziose urinaire), TUB Tuberculose. Arnaud Veisse, directeur du Comede.

Services du Comede

www.comede.org © 01 45 21 39 32

■ LES PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES

Permanence téléphonique socio-juridique

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi, 9h30-12h30.

Soutien et expertise pour l'accès aux soins, aux procédures d'obtention d'une protection maladie, aux dispositifs du droit au séjour pour raisons médicales, et aux autres prestations liées à l'état de santé des étrangers.

Permanence téléphonique médicale

☎ 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, 14h30-17h30.

Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers.

Permanence téléphonique santé mentale

☎ 01 45 21 39 91, mardi et jeudi, 14h30-17h30.

Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

Permanence téléphonique

de l'Espace Santé Droit : ☎ 01 43 52 69 55

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE, RÉPERTOIRES RÉGIONAUX ET LIVRETS BILINGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, ou par Fax : 01 49 33 23 91, ou par mail : edif@inpes.sante.fr

■ CENTRE DE FORMATION

☎ 01 45 21 39 32

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTÉ À BICÊTRE (94)

☎ 01 45 21 38 40, l'après-midi

Consultations médicales, infirmières, d'éducation thérapeutique, psychothérapeutiques et socio-juridiques avec interprète, sur rendez-vous du lundi au vendredi.

■ ESPACE SANTÉ DROIT AVEC LA CIMADE EN SEINE SAINT-DENIS (93)

☎ 01 43 52 69 55

Permanence téléphonique, consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous mardi, mercredi et vendredi de 9h30 à 12h30.

En 2015, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés, et :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre
- Le ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de la santé (DGS) et Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le ministère de l'Intérieur, Service de l'Asile et Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (DAAEN)
- Le ministère de la Ville, de la Jeunesse et des sports, Fonds pour le développement de la vie associative
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires
- Le Sénat et l'Assemblée nationale, réserve parlementaire
- Le Fonds européen asile, migration et intégration
- Les Agences régionales de santé d'Île-de-France, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Guyane
- La Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale IDF
- Le Conseil régional d'Île-de-France, Fonds régional pour le développement de la vie associative
- Le Conseil départemental du Val-de-Marne, Direction départementale de la cohésion sociale
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF)
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne
- La Caisse de Sécurité sociale de Guyane
- La ville du Kremlin Bicêtre
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, la Fondation Abbé Pierre, le Fonds transmission et fraternité
- Aides, le Barreau de Paris, le Secours catholique

Centre médical Louis Guilloux

L'EXIGENCE D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

Créé en 1993 à Rennes, le Réseau Louis Guilloux servait à l'origine d'interface entre la médecine de ville et l'hôpital dans la prise en charge des patients atteints par le VIH. Son champ d'intervention s'est élargi depuis 2006 aux populations précaires et migrantes à travers 6 pôles d'activité! Parmi eux, le Centre médical Louis Guilloux (CMLG) reçoit les migrants primo-arrivants pour un premier contact médical quels que soient leur statut administratif et leurs droits de santé. Les consultations sont assurées par 15 médecins généralistes qui assurent des vacations régulières, une infectiologue et une gynécologue, accompagnés de travailleurs sociaux et d'interprètes. Lors de la première consultation, un bilan médical et psychique est effectué avec examen clinique, vérification du statut vaccinal et proposition systématique de dépistages en fonction du pays d'origine (hépatites virales B et C, VIH, tuberculose, parasitoses digestives, recherche de dysplasie du col de l'utérus).

En 2014, le CMLG a pris en charge 217 mineurs (sexe ratio homme/femme = 1,5), dont les trois quarts sont accompagnés par leur famille et un quart est constitué de Mineurs isolés étrangers (MIE) adressés par le Conseil Général. Ces enfants sont originaires d'Afrique subsaharienne (41 %, notamment de République Démocratique du Congo - RDC - et d'Angola), de l'Union Européenne (17 %, Roumains pour la plupart), d'Europe hors UE (13 %, principalement des Albanais), puis en nombre équivalent (8 %) d'Asie (Afghanistan), d'Afrique du Nord (Maroc), du Caucase (Géorgie) et du Moyen-Orient (Syrie).

Enfants accompagnés pour moitié SDF

Les mineurs afghans et marocains sont pour la plupart des MIE. Les enfants roumains, à l'inverse, vivent tous avec leur famille. Les MIE sont majoritairement des garçons, deux fois plus âgés en moyenne et un peu plus francophones que les mineurs accompagnés (27 % contre 17 %). Ils sont tous logés par l'ASE et leurs droits de santé sont quasiment tous ouverts à la première consultation. À l'inverse, les mineurs accompagnés de leurs parents vivent souvent dans des conditions difficiles : 53% sont SDF (38 % au 115 et 15 % en squat), un tiers n'a pas de droits ouverts à la première consultation, et ils se présentent plus tardivement au CMLG après leur arrivée en France (72 jours contre 56 jours).

Lors de la première consultation, un bilan de dépistage est proposé aux enfants et nous préconisons que tous les médecins abordent les antécédents de violences subies et la possibilité de bénéficier d'un appui psychologique. Une mise à jour vaccinale est réalisée de manière systématique s'il n'y a pas de preuve de vaccination récente. Deux tiers des enfants sont dépistés pour les viroses (VIH, VHC, VHB), le dépistage étant plus fréquent chez les MIE (90 % contre 55 %), sans doute en raison d'une certaine réticence des médecins à dépister les très jeunes enfants venant « en famille ». Environ 70 % sont dépistés pour la tuberculose. Pour les parasitoses digestives, les MIE sont deux fois plus dépistés (50 % contre 25 %) mais ceci est en partie lié au fait qu'ils viennent souvent de pays à plus forte endémicité (Afrique subsaharienne, Asie). Seuls 30 enfants (17 %) ont été interrogés sur les antécédents de violence, ce qui dénote une difficulté des médecins à aborder ce sujet avec les enfants ou leurs

familles. Les consultations ultérieures donnent lieu à une remise des résultats, à une mise à jour des vaccins et à une orientation vers un médecin généraliste. Seuls 40 % des enfants non immuns ont reçu une vaccination Diphtérie - Tétanos - Coqueluche - Polio (+/- Haemophilus) et une première injection de vaccin contre l'hépatite B.

Parmi les pathologies dépistées en 2014, on note 2 hépatites B chroniques chez les MIE (prévalence = 4%) alors qu'aucun cas n'a été mis en évidence chez les mineurs accompagnés. Il s'agit d'effectifs réduits, mais la différence peut être liée au fait que les MIE sont plus âgés et viennent pour la plupart de pays de forte endémicité pour l'hépatite B (définition OMS : prévalence supérieure à 8 %), les mineurs accompagnés venant majoritairement des pays à moyenne endémicité pour le VHB (définition OMS : prévalence 2 à 8 %). Un cas de tuberculose pulmonaire a été diagnostiqué chez un enfant venant de RDC et 8 enfants ont été traités pour des infections tuberculeuses latentes (dont 6 d'origine roumaine vivant en squat). Les examens parasitologiques des selles sont positifs pour 80 % des cas mais les parasites retrouvés ne sont pas tous pathogènes : seuls 22 enfants ont été traités (15 giardiases, 3 amébooses, une bilharziose urinaire, une taeniose, une tricocéphalose et une ascaridiose). Enfin, 4 enfants présentaient un handicap (3 troubles envahissants de la personnalité et un cas de séquelles psychomotrices après hémorragie cérébrale) et un enfant est atteint d'une maladie périodique (Fièvre méditerranéenne familiale).

Antécédents de violences

Concernant les violences subies, même si les chiffres sont faibles faute de dépistage, 66 % des mineurs interrogés rapportent des violences psychiques, 43 % des violences physiques et 11 % des violences sexuelles. Pour 10 mineurs, des diagnostics psychiatriques ont été posés (syndrome anxio-dépressif : 6 ; stress post-traumatique : 2 ; psychose : 1 ; détresse psycho-sociale : 1).

1 - Les 6 pôles (voir <http://www.reseauvillehopital35.org/>) :
 - le Centre médical Louis Guilloux (CMLG),
 - le Centre de lutte antituberculeuse (CLAT 35),
 - les Appartements de coordination thérapeutique (ACT),
 - le Pôle de coordination en santé sexuelle (PCESS) et l'activité VIH (avec des consultations et des actions de dépistage),
 - le Pôle interprétariat (service de 17 interprètes médico-sociaux),
 - le Dispositif d'appui technique auprès des professionnels de la Région Bretagne (Datasam).

Caractéristiques des mineurs reçus au CMLG en 2014

	Mineurs accompagnés (n=162)	MIE (n=56)
Âge médian ([25 ^e ; 75 ^e percentile])	8 ans [4 ; 13]	16 ans [15,5 ; 16,5]
Sexe ratio (H/F)	1	8,3
Langue parlée : francophone	17 %	27 %
Droits non ouverts à la 1 ^{re} consultation	31 %	9 %
Délai entre arrivée en France et 1 ^{re} consultation au CMLG (en jours)	72 [27 ; 180]	56 [37 ; 98]
DÉPISTAGES RÉALISÉS		
- VHB	56 %	91 %
- VHC	54 %	85 %
- VIH	55 %	90 %
- Tuberculose	70 %	76 %
- Parasitologie des selles*	26 % (77 % positives)	53 % (86 % positives)
VIOLENCES DÉCLARÉES		
- Physiques	4/8 interrogés	6/15
- Psychiques	8/12	11/17
- Sexuelles	1/6	1/14

*Toutes les origines ne justifient pas un EPS.

La condition d'enfant ne met donc pas les mineurs reçus au CMLG à l'abri de la précarité, qu'elle soit sociale ou médico-psychologique. La prise en charge de pathologies connues ou nouvellement dépistées est une difficulté supplémentaire dans ces situations déjà très complexes. Il est ainsi nécessaire de prendre en charge ces enfants dans leur globalité en ne s'affranchissant pas d'évoquer leur parcours de vie, de réaliser les dépistages et d'assurer la prévention.

Hélène Leroy,

médecin du Réseau Louis Guilloux

Les Mineurs isolés étrangers en chiffres

Entre 2010 et août 2015, 467 Mineurs isolés étrangers (MIE) ont été accueillis au Centre médical Louis Guilloux.

Depuis la circulaire Taubira, associée à une péréquation répartissant les MIE entre les différents départements, le nombre de MIE reçus a diminué, passant de 125 par an entre 2011 et 2012 (25 % des nouveaux patients) à 50-70 par an (10 % des patients) depuis 2013.

Plus de la moitié des MIE pris en charge au cours des cinq dernières années ont été interrogés quant aux violences subies.

Parmi eux, 71 jeunes filles sur 88 déclaraient en avoir subi (soit 81 %, dont 70 % victimes de violences sexuelles) contre 120 jeunes hommes sur un total de 175 (soit 69 %, dont 9 % victimes de violences sexuelles).

La machine à fabriquer des plus de 18 ans

Le recours aux Tests d'âge osseux (TAO) sur les Mineurs isolés étrangers (MIE) fait de plus en plus de ravages. Inacceptable en lui-même, ce détournement d'un acte médical est pourtant condamné par des institutions telles que le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), la Défenseure des enfants, l'Académie nationale de médecine, le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, le Haut Conseil de la santé publique, le Défenseur des droits, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCNDH). L'appel de 13000 personnalités à proscrire ces tests n'a en rien dissuadé le gouvernement de faire adopter dans la nouvelle proposition de loi sur la protection de l'enfance un amendement légalisant leur usage.

Pris en charge par l'ASE, les mineurs sont placés dans des foyers ou très fréquemment dans des hôtels. Le recours aux TAO pour leur attribuer un âge civil supérieur à celui qu'ils déclarent ou que prouvent leurs papiers d'identité est devenu quasi systématique. Lors du placement du mineur sous tutelle, l'ASE de-

mande au magistrat d'ordonner cet examen. Le mineur est alors conduit dans un service de radiologie, les radios de sa main et de son poignet gauches sont comparées aux tables établies par Greulich et Pyle à partir d'une population d'enfants américains recensés dans les années 1930 et 1940. Le verdict tombe, avec parfois des estimations d'une précision délirante. Deux exemples. Mamoudou, âge estimé entre 21 ans et 6 mois et 35 ans et 9 mois : condamné à 6 mois avec sursis et 19 283 euros à rembourser à l'ASE du Rhône. Banthine, âge estimé entre 26 ans et 31 ans et 7 mois : 2 mois fermes. C'est ainsi qu'un jeune déclaré majeur par l'ASE quand sa carte d'identité dit le contraire, se trouve mis à la porte sans délai et sans un sou, rejeté même par le Samu Social et les 115. Kafkaïen.

Justice d'abattage

Depuis plusieurs années, le TGI de Lyon a la main lourde. Plus d'une vingtaine de MIE ont été condamnés selon une procédure bien réglée. Le mineur est accompagné au commissariat par un éducateur. De là, la police le conduit à l'hôpital où il est soumis au TAO. Déclaré majeur, rame-

né au commissariat et placé en garde à vue, il est traduit en comparution immédiate et condamné avec parfois un mandat de dépôt à l'audience. Dernier exemple en date : le 15 septembre 2015, Ruth, 15,5 ans, est convoquée, tests osseux : entre 26 et 30 ans. Deux mois fermes, 7684,90 € à rembourser. La justice lyonnaise fait école. Au cours de l'été, quatre jeunes Bengalis ont purgé trois mois fermes à Caen après des TAO. Début septembre, selon l'AFP, le TGI de Versailles a condamné deux jeunes Maliens à la même peine, toujours suite à ces tests.

Rapides et peu coûteux, les TAO contiennent donc de fournir un alibi scientifique commode à des décisions répressives de magistrats et de responsables de l'ASE, alors même que leur valeur scientifique réelle est sujette à caution. « Nous n'avons pas d'autres outils », rétorquent les intéressés à cette objection. Comme si l'absence de réponse à un problème autorisait le recours à une solution que l'on sait fausse et malfaisante !

Richard Moyon,

animateur du Réseau éducation sans frontières (RESF)



BULLETIN DE SOUTIEN

À adresser au Comede, BP 31, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
ou par mail à contact@comede.org

Je veux soutenir l'association Comede et vous fais parvenir un don de :

20 € 50 € 100 € autre :€

En espèces

Par chèque

À l'ordre de : Association Comede

Par virement bancaire

Association Comede au Crédit Lyonnais LCL,
Agence du Kremlin Bicêtre 94270.

IBAN FR04 3000 2005 2000 0000 7592 U79

Code B.I.C CRLYFRPP

et je souhaite recevoir un **reçu fiscal** à l'adresse suivante :

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Tél.

E-mail

Les dons au Comede sont déductibles de vos impôts. À hauteur de 75 % pour tous dons inférieurs à 521 € et de 66 % au-delà de ce montant, dans la limite de 20 % du revenu imposable. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous pouvez accéder aux informations vous concernant ou les modifier en écrivant au Comede.