

Marseille, le 13 janvier 2025

Direction de la santé publique et environnementale

Département Prévention et Promotion de la Santé

Affaire suivie par : Nathalie Nédioujeff

Tél. : 04.13.55.85.06

Mail : nathalie.nedioujeff@ars.sante.fr

Réf : DSPE-0924-10835-D

PJ : Note, Annexes (3) et fiches (8)

**Destinataires** : Tout professionnel de santé, du social, du médico-social, de l'éducation, de la Protection de l'enfance (ASE), de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), du secteur associatif, qu'il soit salarié ou bénévole, qui du fait de ses fonctions est amené à repérer, orienter ou prendre en charge des mineurs non accompagnés.

**Note de recommandations  
relatives à la prise en charge médico-psycho-sociale des mineurs non accompagnés**

---

Un mineur non accompagné (MNA ; ou mineur isolé étranger) est un enfant étranger âgé de moins de 18 ans, privé, sur le territoire français, de tout titulaire de l'autorité parentale ou représentant légal.

Tout jeune se disant MNA est un enfant à protéger, relevant des dispositions légales de la protection de l'enfance. Il doit être pris en charge à ce titre, suivant les principes d'universalité des droits de l'enfant et de non-discrimination posés par la Convention internationale des droits de l'enfant et la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

L'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale dans toutes les décisions et actions qui le concernent et s'applique sans discrimination, quelle que soit sa nationalité et son statut sur le territoire français.

L'enfance et l'adolescence constituent des périodes cruciales de vulnérabilité dans la genèse des inégalités sociales en général, et de santé en particulier. L'adolescence, période de croissance et de développement entre l'enfance et l'âge adulte –entre les âges de 11 à 21 ans- est une étape clé du développement. Si elle est un moment de potentiel exceptionnel, les risques y sont importants et le contexte de vie peut exercer une influence déterminante.

Les MNA constituent donc un public extrêmement vulnérable, d'une part du fait de leur âge et d'autre part de leur isolement, livrés à eux-mêmes dans un pays qu'ils ne connaissent pas, surexposés à des risques sanitaires multiples liés à des conditions de vie précaires. Leur santé peut être particulièrement et rapidement dégradée en raison de plusieurs facteurs, survenus et survenant à la fois dans leurs pays d'origine, de transit et de destination.



La vulnérabilité de ces enfants est une question centrale, entraînant la présomption de leur minorité ; et en cas de doute, celui-ci doit toujours bénéficier à la personne<sup>1</sup>, notamment jusqu'à ce qu'une décision de justice définitive soit rendue (par un juge des enfants après épuisement du délai d'appel, ou par une Cour d'appel).

L'organisation d'un parcours cohérent de soins pour les MNA sur les territoires nécessite une collaboration étroite entre les structures de santé et le service de protection de l'enfance. Celle-ci gagne à mobiliser les Médecins Référents de la Protection de l'Enfance des Conseil départementaux<sup>2</sup>, en particulier dans l'organisation des parcours et l'analyse des situations individuelles complexes et de blocage.

## **1. Les conséquences de la détermination de l'âge sur la situation du mineur non accompagné**

Pour être confié à un service de protection de l'enfance en France, une personne se déclarant MNA va suivre une procédure en reconnaissance de minorité et d'isolement, qui comporte plusieurs étapes. A chacune de ces étapes, son statut administratif change avec des conséquences notamment sur ses besoins fondamentaux et son accès aux soins :

### **1.1 Situation A : le jeune primo-arrivant en attente de mise à l'abri**

A son arrivée sur le territoire français, un MNA primo-arrivant est en situation de danger immédiat (Art. 375 Code Civil). Il doit être mis à l'abri par les services départementaux de protection de l'enfance au titre de l'Accueil Provisoire d'Urgence (APU) et afin que sa minorité et son isolement soient évalués (art. L221-2-4 CASF).

Tout adulte, professionnel ou bénévole, qui est en contact avec un MNA primo-arrivant doit signaler sa présence au service départemental de protection de l'enfance, afin que les démarches nécessaires à sa prise en charge puissent être enclenchées.

A défaut de mise à l'abri en Accueil Provisoire d'Urgence (APU) et en vue de son évaluation par le Conseil Départemental, le jeune, avec l'aide d'un avocat ou de tout autre professionnel ou bénévole, peut saisir le Parquet (Procureur des mineurs) par le biais d'un signalement sur le fondement de l'article 375 du Code Civil (voir en Annexe : Signalement).

### **1.2 Situation B : le jeune en cours d'évaluation dans le cadre de l'Accueil Provisoire d'Urgence (APU)**

Dès qu'une personne se déclarant mineure et privée de la protection de sa famille est signalée (par lui-même ou un tiers) aux services départementaux de protection de l'enfance, il doit bénéficier d'une mise à l'abri au titre de l'Accueil Provisoire d'Urgence (APU). Cette période de mise à l'abri (APU) est de cinq jours renouvelables deux fois à compter du premier jour de la prise en charge. Elle vise à assurer une protection au jeune, le temps que les services de la protection de l'enfance procèdent à des investigations lui confirmant le statut de MNA<sup>3</sup>.

Cette évaluation de minorité et d'isolement ne peut commencer qu'après que la personne accueillie a bénéficié d'un temps de répit. A ce stade, son statut est encore indéterminé et il bénéficie de la présomption de minorité.

- Soit l'évaluation de la minorité et de l'isolement du jeune se termine dans le délai de l'APU :
  - le jeune est reconnu mineur : le Conseil Départemental doit alors saisir le Procureur de la République pour confier le jeune au service de Protection à l'Enfance, dans le même département ou un autre ;
  - le jeune n'est pas reconnu mineur : le jeune sort du cadre de la protection de l'enfance et n'est donc plus pris en charge.
- Soit l'évaluation de la minorité et de l'isolement du jeune n'a pas abouti dans le délai de l'APU : le Conseil Départemental doit alors saisir le Procureur de la République pour obtenir une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) afin d'assurer une protection au jeune le temps nécessaire à la poursuite des investigations aux fins d'établissement de sa situation. Une saisine du Juge des Enfants par le Procureur de la République doit intervenir dans un délai de 8 jours.

Pendant la période de répit de cette phase d'APU, il relève du service de protection de l'enfance "d'identifier les besoins en santé de la personne accueillie en vue, le cas échéant, d'une orientation vers une prise en charge adaptée"<sup>4 5</sup>.

<sup>1</sup> Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels

<sup>2</sup> Art D221-25 CASF

<sup>3</sup> Art R221-11 CASF

<sup>4</sup> Art R221-11 III CASF

<sup>5</sup> Note d'information ministérielle n°DGS/SP1/DGCS/SD2B/DGOS/R4/DSS/2A/2022/209 du 18 novembre 2022

Une coopération est donc souhaitable entre le service de protection de l'enfance et les structures de soins pouvant être sollicitées, afin d'assurer la continuité du parcours de soins. Ceci inclut le dépôt d'une demande d'ouverture d'une Aide Médicale d'Etat permettant le financement des soins (ou de droits à la prise en charge des frais de santé par la Protection Universelle Maladie (PUMa) assortie d'une complémentaire santé solidaire en cas d'OPP, (voir infra point 2.5 Droit à une protection maladie).

Dans toutes ces situations, la continuité du parcours de soins et la bonne transmission des informations recueillies doivent être assurées. Au moment de l'arrêt de la prise en charge par le service de protection de l'enfance (en cas de non reconnaissance de minorité par le Conseil Départemental), les services en charge de la phase d'APU doivent informer le jeune des démarches entamées et qu'il pourra continuer seul (notamment les rendez-vous médicaux), et doivent veiller à ce qu'il soit bien en possession de tous ses documents personnels (notamment médicaux) l'informant sur son état de santé actuel et les projets de soins dressés et à poursuivre.

Un médecin ou un psychologue soignant un MNA lors de son arrivée en France ou pendant cette phase d'APU peut émettre des réserves quant à la compatibilité de son état de santé avec des entretiens prolongés dans le cadre de la procédure d'évaluation de la minorité (notamment en cas de douleur sévère non soulagée, d'altération sévère de l'état général, ou de sévère trouble de santé mentale ...). Il est fondé à en informer le service de protection de l'enfance et le parquet, ainsi que des conditions de possible levée de cette réserve<sup>6</sup>.

### **1.3 Situation C : le jeune sous protection du Service de Protection de l'Enfance**

Cette situation correspond donc au cas où le MNA est reconnu comme tel par le Conseil Départemental au terme de la phase d'évaluation de la minorité et de l'isolement (ou par un Juge des enfants, après un recours).

En général, ceci prend la forme d'une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) jusqu'à sa majorité. A ce moment, le MNA relève pleinement de la responsabilité du service de Protection de l'Enfance du département. Ce service exerce, par une mesure d'assistance éducative, l'ensemble des responsabilités en substitution de son autorité parentale absente du territoire national : couverture des besoins fondamentaux dont l'hébergement, l'accompagnement dans les démarches administratives, notamment pour la scolarisation, l'ouverture des droits à une protection maladie (prise en charge des frais de santé par une PUMa assortie de la Complémentaire santé solidaire) ; l'accompagnement éducatif, notamment incluant l'éducation à la santé, dans le parcours de soins de santé, garantissant l'information adaptée du jeune, et la continuité du parcours. Le jeune bénéficie d'un référent qui n'endosse cependant pas le rôle de représentant légal. Ce référent doit malgré tout, pour toute sortie d'une structure de soins : en être informé, l'autoriser, et convenir de ses modalités précises (voir partie Organisation des soins, Modalités de sortie d'une structure de soins).

### **1.4 Situation D : le jeune en recours**

Si, au terme de l'APU, le jeune n'est pas reconnu mineur par les services départementaux, il sort du cadre de la protection de l'enfance et n'est donc plus pris en charge. Le service de protection de l'enfance informe le jeune des démarches entreprises et lui remet l'ensemble des documents le concernant (notamment médicaux, rendez-vous programmés).

A ce stade, le jeune peut contester la décision du département en saisissant le Juge des Enfants puis, si nécessaire, la Cour d'Appel, pour obtenir une protection. Il est alors en procédure auprès de l'autorité judiciaire et devrait être considéré comme mineur jusqu'à la décision finale de l'autorité judiciaire<sup>7</sup>.

Bien qu'il n'ait alors pas épousé tous les recours dans sa situation, il est fréquent que le jeune ne bénéficie plus d'accompagnement par le service de protection de l'enfance et se trouve sans abri (en situation de rue, en hébergement instable chez des tiers).

Pour autant dans cette situation et la suivante (situations D et E), la personne doit pouvoir à titre conservatoire accéder à l'ensemble des droits reconnus aux personnes majeures – et sans que ceci ne puisse constituer une reconnaissance de majorité - (hébergement d'urgence, soutien alimentaire, ouverture des droits à l'Aide Médicale d'Etat, dépôt d'une demande d'asile ou d'une autre demande de titre de séjour -avec l'assistance d'un administrateur *ad hoc* dans ce dernier cas). Pour ce faire, un document justifiant du refus de prise en charge au titre de la Protection de l'Enfance doit lui avoir été remis et permettre cet accès malgré une date de naissance alléguée l'identifiant comme mineure (Cf 2. Principes socles, 2.5. Le droit à une protection maladie).

<sup>6</sup> Avis du Haut Conseil de Santé Publique relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés du 7 novembre 2019

<sup>7</sup> Comité des droits de l'enfant sur le fondement de la CIDE. Décision CRC/C/92/D/130/2020 du 25 janvier 2023.

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur-Siège – 132, boulevard de Paris - CS 50039 - 13331 Marseille Cedex 03

Tél 04.13.55.80.10

<https://www.paca.ars.sante.fr/>

## **1.5 Situation E : le jeune ayant épousé toutes les voies de recours**

C'est la situation d'un jeune qui est définitivement débouté de sa demande de reconnaissance de minorité et d'isolement par le Juge des Enfants (à l'expiration du délai d'appel) ou auprès de la Cour d'Appel. L'autorité de la chose jugée implique la prise en charge du jeune comme une personne majeure (cf. Supra).

Le jeune doit pouvoir accéder à toutes les consultations médicales et tous les soins sans présence d'un adulte pour l'accompagner. Dans le cadre de l'AME, à laquelle il est éligible, il n'y a pas de parcours coordonné (enregistrement d'un médecin traitant, etc.). Mais pour le bien-être du jeune, il est important d'essayer de l'ancrer chez un médecin généraliste pouvant assurer son suivi et créer un lien de confiance avec lui.

Si le jeune fait l'objet de poursuites pénales, la mesure judiciaire et l'accompagnement par les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) subsistent.

## **2. Les principes socles de l'accès aux soins pour les mineurs non accompagnés**

### **2.1 L'accueil inconditionnel**

Il convient de dissocier la prise en charge médico-psychologique, des questions administratives et judiciaires. Le personnel médical, social et éducatif n'est pas habilité à déterminer ou remettre en cause la véracité de l'âge et de l'isolement allégués par le jeune.

Pour les soignants, l'absence d'autorité parentale ne doit pas constituer un obstacle aux soins qui pourrait exposer à une altération de l'état de santé.

### **2.2 Admission et recueil des informations d'identité**

L'identité d'un patient est enregistrée dans les structures de soins (cabinets médicaux, établissements de santé ...) à partir des éléments présentés ou déclarés. Dans le cadre de l'identito-vigilance, il est souhaitable que le MNA puisse, autant que possible, présenter les documents d'identité en sa possession, afin de confirmer ses déclarations et de faire le lien entre les différents recours aux soins définissant son parcours. Pour ce faire, il est souhaitable que dès l'APU (situation B), le MNA dispose de document(s) justifiant de l'identité enregistrée par le service de Protection de l'Enfance.

A défaut, ses déclarations sur son identité doivent être enregistrées et une note interne d'identito-vigilance et sociale doit être enregistrée afin de transmettre les éléments sur son identité et sa vulnérabilité lors des différentes étapes de ses soins.

La direction de la structure de soins doit être avertie (ou prévoir quelle personne en responsabilité doit l'être) en cas d'admission d'un MNA dans les situations A, D ou E ou si le MNA n'est pas accompagné d'un professionnel du service de protection de l'enfance (ou déléguétaire) dans les autres cas<sup>8</sup>. Cela ne saurait retarder la délivrance de soins urgents<sup>9</sup>, mais prend tout son sens quant à l'organisation de la sortie (cf. infra).

### **2.3 L'interprétariat en santé**

Il est nécessaire de prêter une attention particulière à la bonne information et compréhension du jeune patient concernant sa prise en charge. Certains MNA sont allophones ou maîtrisent peu la langue française. Dans leur grande majorité, ils méconnaissent le système de santé français, ce qui entraîne pour eux des difficultés à formuler des demandes d'aides spécifiques et à comprendre le vocabulaire médico-psychologique. C'est pourquoi le recours à l'interprétariat professionnel en santé doit être promu.

La Haute Autorité de Santé considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer un recueil des informations importantes et une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical<sup>10</sup>.

### **2.4 Le consentement du jeune aux soins**

<sup>8</sup> Art R.1112-34 CSP

<sup>9</sup> Art R.1112-13 CSP

<sup>10</sup> Recommandations et référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé de la Haute Autorité de Santé (HAS) – Octobre 2017

L'article L.1111-4 du code de la santé publique (CSP) précise le principe du consentement aux soins de tout patient majeur mais aussi mineur : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (...). 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 si le patient est un mineur (...) risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur/jeune majeur, le médecin peut délivrer les soins indispensables ».

- En cas de refus d'un MNA de suivre des soins non urgents

En dehors du critère d'urgence, aucun projet de soin n'est envisageable sans le consentement et l'engagement de la personne. Pour ce faire, sa juste information et son éducation à la santé sont des processus qui peuvent être longs et nécessiter une médiation en santé voire culturelle.

- En cas de refus d'un MNA de suivre des soins urgents

En cas d'urgence, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible<sup>11</sup>.

En l'absence de consentement du mineur au projet de soins, outre la complète information du patient, la médiation par l'éducation à la santé et au système de santé français, la meilleure coopération entre les structures de soins, le service de protection de l'enfance et le Juge des Enfants sont à rechercher pour ces situations rares mais complexes.

- Hospitalisation sous contrainte

L'hospitalisation sous contrainte s'applique également aux mineurs, dans des cas exceptionnels mais nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public. Un seul certificat médical circonstancié est nécessaire et doit émaner d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement<sup>12</sup>.

- Recueil complémentaire de l'autorisation d'un représentant légal (et cas de dispense)

Les MNA non confiés au service de Protection de l'Enfance (dans les situations A, B, D) sont dépourvus de représentant légal. Cette situation va nécessiter pour le médecin, de saisir le Parquet (Ministère public) afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent<sup>13</sup>.

Plusieurs cas de dispense de cette autorisation sont toutefois prévus :

- pour les soins courants (ou usuels) en présence d'un adulte tiers témoin de ce consentement,
- en cas de soins urgents,
- dans plusieurs autres cas de dispense prévus par les textes légaux et réglementaires, notamment pour mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder leur santé (voir infra point 4.2 Les interventions chirurgicales non urgentes et le besoin d'autorisation des représentants légaux et les cas de dispense).

- Pour les MNA confiés aux services de Protection de l'Enfance (situation C)

Les modalités de recueil des autorisations de soins sont rappelées dans le Guide relatif à l'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés au service de Protection de l'enfance, Editions 2018, Ministère des Solidarités et de la Santé – Protection de l'enfance.

## 2.5 Le droit à une protection maladie

L'évaluation sociale de la situation permettant de solliciter le type de protection maladie approprié doit être réalisée par le personnel socio-éducatif de la structure délivrant les soins ou par le Service de Protection de l'Enfance suivant les situations.

La mise en place de ces protections maladies nécessite une coopération entre ces institutions mais ne peut être un prérequis aux soins et peut être réalisée ultérieurement en tenant compte des délais de rétroactivité possibles d'ouverture des droits.

---

<sup>11</sup> Art R.4127-42 du code de santé publique

<sup>12</sup> Art L.3213-1 du code de santé publique ; art. R.3213-1 et suivants du code de santé publique

<sup>13</sup> Art R1112-35 du code de santé publique

- Mineurs confiés aux service de Protection de l'enfance (situation C)

L'ouverture des droits à la prise-en-charge des frais de santé (PUMa) assortie de la complémentaire-santé-solidaire pour un MNA confié au service de Protection de l'enfance (situation C) relève exclusivement de ce service<sup>14</sup> <sup>15</sup>.

Ainsi tout jeune confié au service de Protection de l'enfance sur la base d'une OPP de l'autorité judiciaire au titre de la protection de l'enfance (assistance éducative au sens des articles 375 et s. du code civil) doit voir instruire une demande de « Prise en charge des frais de santé par une PUMa assortie de la complémentaire-santé-solidaire » (et non une demande d'AME). Ces OPP peuvent émaner du Parquet ou du juge des enfants (JE). Sont incluses les OPP de prolongation d'accueil provisoire (APU ; 4ème alinéa Art. L.223-2 et R.221-11 CASF), et les OPP dites en « sursis à statuer » prononcées par le juge des enfants, conformément à l'article L160-2 CSS : « Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité ». La circulaire DSS/2A n°99-701 du 17 décembre 1999 retient aussi la notion de jeune « confié/placé ».

Lorsque la situation l'exige, la demande d'ouverture de droits devra être sollicitée selon la procédure d'admission immédiate et accompagnée d'une lettre des services appuyant cette demande : "l'état de santé de Mme/Mr. justifie une demande d'admission immédiate pour une consultation/un traitement spécialisé incompatible avec le délai d'une procédure de décision normale (art. L861-5 CSS et circulaire ministérielle DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, §4)".

Il est utile de vérifier, au moment de la demande d'ouverture des droits engagée par l'ASE, si les soins éventuellement délivrés avant la demande de protection maladie seront financièrement pris en charge (en demandant le cas échéant une rétroactivité des droits si elle est possible).

- Autres situations (A, B, D et E)

Un MNA primo-arrivante inconnue du service de Protection de l'Enfance (situation A), en cours d'évaluation (situation B) ou encore en recours (situations D) est, dès le premier jour de sa présence sur le territoire, éligible à l'AME (il n'a pas besoin d'apporter la preuve de sa présence sur le territoire français depuis plus de 3 mois). Pour les jeunes ayant épousé les voies de recours, ils devront remplir les conditions d'accès à l'AME pour une personne majeure (notamment délai de 3 mois de présence sur le territoire français).

En cas de besoin de soins, le dépôt de la demande d'AME devra être sollicité dans le cadre de la procédure d'instruction prioritaire (voir infra).

Dans les situations où le jeune est déclaré majeur par le service de Protection de l'Enfance et/ou l'autorité judiciaire, mais que ce dernier dispose de pièces d'état civil le faisant apparaître comme mineur (même si ces pièces ont été jugées non-probantes ou contradictoires lors de la phase d'évaluation de la minorité et de l'isolement), la Caisse d'assurance maladie ne peut pas opposer le défaut de pièces d'état civil probantes pour retarder l'ouverture des droits à l'AME<sup>16</sup>.

En particulier, les demandes d'ouverture de droits AME pour les jeunes en cours d'évaluation (situation B), doivent systématiquement être déposées pour/par les personnes ayant besoin de soins et qui ne peuvent pas attendre le résultat de l'évaluation. Ce dépôt ne doit pas être réservé aux seules situations d'urgence médicale (justifiant l'orientation immédiate sur l'hôpital).

Afin de bénéficier de la procédure d'instruction prioritaire (prévue par la circulaire du 27 septembre 2005 point 1.4<sup>17</sup> et rappelée par la circulaire du 8 septembre 2011 point I 1.1 B<sup>18</sup>), la demande d'AME doit comporter :

<sup>14</sup> Circulaire ministérielle n°DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle.

<sup>15</sup> Circulaire ministérielle n°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011.

<sup>16</sup> Art. 4 du décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat.

<sup>17</sup> Circulaire interministérielle DGAS/DSS/DHOS n°2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat.

<sup>18</sup> Circulaire ministérielle DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'Etat – notamment la situation familiale et la composition du foyer.

- un certificat médical (médecin de ville ou médecin hospitalier) précisant que la personne concernée se présente comme MNA ;
- ou une attestation établie par l'infirmier ayant réalisé la première évaluation des besoins de santé de la personne<sup>19</sup>.

La Caisse d'Assurance Maladie doit alors veiller à instruire la demande dans un délai réduit à 10 jours. Comme le rappelle la circulaire du 27 septembre 2005, l'usage de la procédure d'instruction prioritaire, si elle peut concerner les cas d'hospitalisation en urgence, est surtout destinée à l'éviter, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis.

## **2.6 Domiciliation**

La circulaire N° DGCS/SD1B/2018/56 du 5 mars 2018 relative à l'instruction du 10 juin 2016 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable rappelle le droit à la domiciliation des personnes mineures auprès des CCAS/CIAS notamment pour faciliter l'accès aux soins sans délai : "certains mineurs ont des besoins propres en matière d'accès aux droits, de couverture maladie ou d'autres prestations sociales (...). Dans ce cas, après avoir été informés de ces besoins, les organismes domiciliataires établiront une attestation d'élection de domicile au nom propre des mineurs qui pourront ainsi en justifier pour ouvrir leurs droits".

### **3. Evaluation des besoins en santé, bilan de santé et de prévention**

Un bilan de santé et de prévention adapté à la région d'origine du jeune doit être organisé pour tout mineur entrant dans le dispositif de protection de l'enfance<sup>20</sup>.

Dès la phase du « temps de répit » (voir point 1.2 jeune en cours d'évaluation dans le cadre de l'Accueil Provisoire d'Urgence), il est ainsi prévu que les services départementaux de protection de l'enfance identifient « les besoins en santé de la personne accueillie en vue, le cas échéant, d'une orientation vers une prise en charge adaptée »<sup>21</sup>.

Les modalités d'application de ces mesures sont prévues par la note d'information ministérielle du 18 novembre 2022 relative au guide de bonnes pratiques portant sur la première évaluation des besoins de santé des personnes se présentant comme MNA lors de la phase d'APU, ainsi que dans l'avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés du Haut Conseil de Santé Publique du 7 novembre 2019, et par la Recommandation de juin 2024 de la Société française de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), de la Société française de pédiatrie (SFP) et de la Société française de lutte contre le sida (SFLS) sur le bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivée (adulte et enfant).

### **4. L'organisation des soins**

#### **4.1 Les soins urgents**

Tout soin urgent nécessaire à un MNA, quelle que soit sa situation, doit être mis en place par les structures de soins, sans délai ni obstacle injustifié<sup>22</sup>.

La notion de soins urgents est différente de celle de l'engagement du pronostic vital à court terme, et ne se limite pas non plus aux soins relevant du dispositif "soins urgents et vitaux"<sup>23</sup> prévue pour financer les soins délivrés par les établissements de santé aux personnes étrangères majeures en situation irrégulière.

Sont notamment à considérer comme soins urgents ceux :

- contre un risque d'altération grave et durable de la santé ou le bien-être de la personne (ou d'un enfant à naître) ;
- pour éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité ;
- pour une femme enceinte ou pour un nouveau-né (même les examens systématiques) ;
- dans le cadre d'une interruption de grossesse (volontaire ou médicale) ;

<sup>19</sup> Note DGS/SP1/DGCS/SD2B/DGOS/R4/DSS/2A/2022/209 du 18 novembre 2022 relative au guide de bonnes pratiques portant sur la première évaluation des besoins de santé des personnes se présentant comme mineurs non accompagnés lors de la phase d'accueil provisoire d'urgence.

<sup>20</sup> Art. L233-1-1 CASF.

<sup>21</sup> Art R221-11 CASF.

<sup>22</sup> Art. R4127-42, R.1112-13 et L.1111-5 du CSP.

<sup>23</sup> Art. L254-1 du CASF et circulaire d'application n°141 du 16 mars 2005.

- pour lutter contre une douleur aiguë sévère (en cas d'échec d'antalgique mineur de palier 1) ;
- mais aussi de manière plus générale, tout soin délivré à un enfant mineur (MNA) individuellement jugé urgent par un médecin (incluant notamment les examens ou explorations pouvant permettre le diagnostic d'une maladie potentiellement dangereuse pour l'état de santé du patient).

#### **4.2. Les interventions chirurgicales non urgentes, le besoin d'autorisation des représentants légaux et les cas de dispense**

Hors soins urgents (voir supra), il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale sans autorisation des représentants légaux.

Sont à considérer dans la même situation qu'une intervention chirurgicale, l'ensemble des soins invasifs (endoscopiques, radiologiques...) nécessitant une anesthésie générale ou pouvant présenter un risque d'altération grave et prolongée de l'état de santé.

Des cas de dispenses à l'obligation de recueil de l'autorisation des représentants légaux sont prévus par plusieurs textes légaux et réglementaires.

##### 4.2.1 - Dispense lorsque les actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposent pour sauvegarder la santé de la personne mineure (Art. L1111-5 du CSP)

Interprétant l'article L1111-5 du Code de la santé publique, la Direction générale de la santé a considéré dès 2018 (instruction n°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants) que, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive.

Cette dispense s'applique aux actions de lutte antituberculeuse des CLAT (arrêté du 27 novembre 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose, annexe cahier des charges des centres, partie III).

##### 4.2.2 – Dispense en cas de contraception et d'Interruption Volontaire de Grossesse

La prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptif aux personnes mineures ne requièrent pas le consentement des titulaires de l'autorité parentale (article L.5134-1 du CSP).

Outre le respect des dispositions de l'article R.4235-48 du CSP, la délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien tendant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical régulier.

Cette information est complétée par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur ces sujets. Le pharmacien communique également à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche.

La minorité à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance prévue à l'article L.5134-1 est justifiée par une déclaration orale faite au pharmacien par l'intéressée.

Les consultations et certains contraceptifs sont délivrés de manière anonyme et gratuite dans les centres de santé sexuelle pour les jeunes filles mineures souhaitant garder le secret.

Une interruption volontaire de grossesse et tous les actes afférents peuvent être pratiqués sur une mineure sans le consentement des représentants légaux (article L.2212-7 du code de la santé publique).

##### 4.2.3 - Dispense lorsque le mineur est bénéficiaire à titre personnel de la Complémentaire-santé-solidaire (art. L1111-5 CSP alinéa 2)

##### 4.2.4 - Dispense après saisine du Parquet/Ministère public par le médecin responsable du service lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise (art. R1112-35 CSP)

Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise à défaut d'intervention avant sa majorité, 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.

#### **4.3 Les modalités de sortie d'une structure de soins**

##### **4.3.1 – Conditions de sortie**

Une vigilance particulière doit être portée avant d'envisager la sortie d'un établissement de santé, pour un MNA (quelle que soit sa situation) en particulier en situation de sans abrisme (incluant l'accueil de nuit en hébergement d'urgence ou l'hébergement temporaire par des tiers), notamment dans les situations suivantes :

- Trouble sévère de santé mentale ou risque suicidaire élevé ;
- Nécessité de prescription de médicaments à risque de mésusage ou de mauvaise tolérance (ex. psychotropes, antalgiques majeurs de paliers 2 et 3, traitement contre la tuberculose ou les hépatites...) ;
- Douleur non calmée par un antalgique mineur de palier 1 de courte durée d'action ;
- Altération majeure de l'état général ou intolérance alimentaire totale ;
- Contention orthopédique des membres inférieurs ;
- Autre motif médical nécessitant des soins quotidiens ou surveillance hospitalière ;
- Victime (même présumée) de violences, de prostitution, de situation d'emprise ou d'exploitation ou de toute autre infraction pénale (délits, crimes), même sans auteur identifié ;

Dans ces cas, peuvent être envisagés : une hospitalisation pour évaluation de la situation médicale, une information du service de protection de l'enfance, ou à défaut d'accord entre les intervenants sur la prise en charge nécessaire, un signalement au Procureur de la République<sup>24</sup>.

##### **4.3.2 – Accord pour la sortie**

Lors de la sortie d'une structure de soins, le service de protection de l'enfance qui assure l'accompagnement de la personne doit en être préalablement informé (pour les situations B et C). Il doit également indiquer si la personne est autorisée à quitter seule l'établissement de santé ou si elle sera accompagnée par un professionnel du service de protection de l'enfance ou du service assurant la mise à l'abri<sup>25</sup>.

#### **4.4 La continuité du parcours de soin et de l'accès aux traitements**

La continuité du parcours de soins et de l'accès aux traitements doit être assurée. Elle relève des obligations et critères de qualité des soins pour les établissements de santé. Malgré tout, celle-ci ne peut être atteinte sans une collaboration étroite avec les services de protection de l'enfance.

Ainsi, l'ensemble des documents et informations sur sa santé et son parcours de soin doivent être remis à la personne.

##### **4.4.1 La délivrance et la dispensation des médicaments**

Aucun texte n'interdit à un pharmacien la délivrance de traitements médicamenteux nécessitant une ordonnance à un mineur. Le pharmacien sera néanmoins vigilant à la situation actuelle du jeune quant aux risques (besoin de surveillance de la tolérance, risque de mésusage...) lié à la prescription de certaines spécialités médicamenteuses, notamment la prescription prolongée d'antalgiques majeurs de paliers 2 et 3, psychotropes, anti-infectieux. Celle-ci peut représenter une situation de danger immédiat devant être immédiatement signalée au service de protection de l'enfance, au Procureur de la République ou au Juge des Enfants (dans les situations A, B, C ou D) pour l'adaptation des conditions d'accompagnement.

Lorsque la prise en charge hospitalière prend fin et que le patient doit poursuivre un traitement sans toutefois avoir de droits ouverts à une protection maladie, il est primordial de prévoir une dispensation médicamenteuse effectuée par l'équipe de soin ou la pharmacie hospitalière suivant la procédure propre à l'établissement et en coopération avec le service social hospitalier ou la PASS, suivant la situation du patient (hospitalisation ou soins externes). Le recours à l'interprétariat voire à la médiation en santé doivent être utilisés pour expliquer le traitement et la posologie dans une langue comprise par le patient.

Dans les situations où le jeune est confié aux services de protection de l'enfance (situations B, C et parfois D en présence d'une OPP), l'aide à la dispensation médicamenteuse s'intègre aux missions de ces services au titre de l'accompagnement dans les actes de la vie courante : « Lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit », et « dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier » (Art 313-26 du CASF).

##### **4.4.2 Soins en santé mentale et addictions**

<sup>24</sup> Art. R.4127-43 et R.4127-44 du CSP.

<sup>25</sup> Art.R.1112-57 et R.1112-64 du CSP.

Les MNA nécessitent une attention spécifique en matière de santé mentale. Ces jeunes, ayant souvent vécu des expériences traumatisantes et ayant un statut administratif incertain et une instabilité résidentielle, présentent une prévalence élevée de troubles mentaux comme l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique. La recherche d'un lien de confiance est déterminante pour favoriser une adhésion aux soins.

Une approche pluridisciplinaire dans des espaces de soins dédiés aux jeunes est essentielle pour répondre efficacement à leurs besoins.

Il paraît également important d'envisager de contacter les services adaptés à l'âge déclaré par le jeune. Le cas échéant, l'orientation vers un établissement accueillant un public adolescent (structures de soins pour les 15-25 ans) permet de se soustraire aux considérations liées à la détermination de la minorité et de se focaliser sur les problématiques adolescentes.

Differentes structures sont appropriées à ces prises en charge : Centre Médico-Psychologique pour Adolescents, Maisons des Adolescents, Points d'Accueil Ecoute Jeunes, Equipes pédopsychiatriques de liaison, associations œuvrant auprès des personnes migrantes... Toutes ces actions doivent permettre d'éviter un recours aux Services d'Accueil des Urgences Psychiatriques et aux Centres d'Accueil et de Crise, circonstances vécues de manière très traumatisantes par des jeunes isolés et étrangers. La continuité des parcours de soins est encore ici une nécessité impérieuse.

La prise en charge des addictions chez les MNA nécessite une approche tenant compte de leur vulnérabilité, notamment en situation d'errance, de précarité, voire d'emprise, d'implication dans des réseaux de traite et de trafic. L'alliance thérapeutique est cruciale, en reconnaissant l'expertise du jeune sur son propre équilibre psychique. Les patients doivent être orientés (ou soignés en lien avec) les structures spécialisées : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ; Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) ; Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

Un appui aux professionnels peut également être apporté par l'Association Régionale de Coordination en Addictologie de la région SUD (ARCA SUD), dispositif d'appui à la pratique professionnelle et de coordination des parcours de santé dans le champ des conduites addictives.

Enfin, compte tenu des particularités de ce public (faible niveau de littératie en santé, interculturalité associée au manque de représentations des concepts de santé mentale, de souffrance psychique et psychosomatique et de soins spécifiques pouvant ne pas être médicamenteux...), ces prises en charge gagnent fortement à intégrer des interventions de médiation en santé voire culturelle et une approche transculturelle.

Pour ce faire, les structures de santé peuvent solliciter des formations spécifiques, notamment en région PACA auprès des associations OSIRIS et COMEDE, spécialistes de l'exil.

#### 4.4.3. Respect et partage du secret médical

Le droit au secret médical de tout patient, mineur ou majeur, est un droit fondamental (art. L.1110-4 I CSP). Son application doit être adaptée pour garantir une prise en charge médicale appropriée des MNA, tout en respectant leur autonomie et en assurant leur protection.

Le jeune a le droit d'accéder à son dossier médical.

Le partage d'informations est autorisé avec les travailleurs sociaux et éducatifs, dans la limite des informations strictement nécessaires et dans le périmètre de leurs missions [art R.1110-1 et ss CSP].

Avec l'accord du jeune, le secret médical peut être partagé entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins [art L.1110-4 CSP II et III]. Ce partage ne doit pas interférer avec la démarche d'évaluation de la minorité et de l'isolement [Guide d'évaluation des premiers besoins de santé, novembre 2022].

Le jeune doit donner son autorisation avant tout partage du secret médical avec le service de protection de l'enfance, ou les autorités judiciaires, sous réserve des situations où la loi impose ou autorise la révélation du secret (voir notamment les situations prévues par l'article 226-14 du Code pénal, notamment en cas de violences physiques, sexuelles ou psychiques de toutes natures commises sur le jeune).

Les adultes extérieurs, qui ont pu être témoin du consentement aux soins du jeune (voir 4.2.1 à 4.2.4 Les cas de dispense de l'autorisation des représentants légaux), n'ont aucune légitimité à intervenir d'une autre manière

dans le parcours de soins. Aucun adulte, bénévole, tiers hébergeant, autre accompagnant, ne peut être informé de l'état de santé du jeune, sauf à la demande explicite de celui-ci. Une vigilance doit être maintenue par rapport aux situations à risque d'emprise et de divers délits (prostitution, traite, addictions et deal). A l'issue de l'évaluation de minorité et de l'isolement, un enjeu particulier pour la continuité des soins est le partage d'informations entre les structures et avec le jeune, qu'il soit : (1) placé dans le même département, (2) dans un autre département, ou (3) en cas de refus de prise en charge par le service de protection de l'enfance.

#### **4.5 Les éléments garantissant la protection des données personnelles des MNA**

La protection des données personnelles revêt une importance particulière lorsqu'il s'agit des mineurs non accompagnés. Ces enfants, souvent vulnérables et en situation de précarité, nécessitent une attention particulière pour garantir la confidentialité et la sécurité de leurs informations personnelles.

##### **4.5.1. Le cadre légal et réglementaire**

Le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, connu sous le nom de Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), constitue le cadre juridique principal pour la protection des données personnelles dans l'Union européenne. L'article 4, point 4, du RGPD définit le profilage comme toute forme de traitement automatisé de données à caractère personnel consistant à utiliser ces données pour évaluer certains aspects personnels relatifs à une personne physique.

Les Directive 2013/32/UE et 2013/33/UE établissent des normes pour l'accueil des demandeurs d'asile et les procédures d'octroi de la protection internationale. Elles prévoient des dispositions spécifiques pour les mineurs non accompagnés, notamment en matière de protection de leurs données personnelles.

Enfin, en France, la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, transpose les dispositions du RGPD et prévoit des mesures spécifiques pour la protection des données des mineurs.

##### **4.5.2. Les principes directeurs**

###### **Consentement et information**

1. Consentement éclairé : Le traitement des données des MNA doit être fondé sur un consentement éclairé, obtenu de manière appropriée en fonction de l'âge et de la maturité de l'enfant. Lorsque cela est possible, le consentement des titulaires de l'autorité parentale doit également être recueilli.
2. Information transparente : Les mineurs doivent être informés de manière claire et compréhensible sur l'utilisation de leurs données personnelles. Cette information doit inclure les finalités du traitement, les droits des mineurs en matière de protection des données, et les mesures de sécurité mises en place.

###### **Sécurité et confidentialité**

1. Mesures de sécurité : Les données des MNA doivent être protégées par des mesures de sécurité appropriées pour prévenir tout accès non autorisé, perte, destruction ou divulgation accidentelle. Ces mesures incluent le chiffrement des données, l'accès restreint aux informations sensibles, et la mise en place de protocoles de sécurité robustes.
2. Confidentialité : Les informations personnelles des MNA doivent être traitées de manière confidentielle. Les professionnels travaillant avec ces enfants doivent être formés aux principes de confidentialité et aux obligations légales en matière de protection des données.

###### **Minimisation des données**

1. Collecte limité : Seules les données strictement nécessaires à la prise en charge et à la protection des MNA doivent être collectées. Toute collecte de données superflue doit être évitée.

Durée de conservation : Les données personnelles des MNA ne doivent être conservées que pendant la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées. Une fois ces finalités atteintes, les données doivent être supprimées de manière sécurisée.

1. Accès et rectification : Les MNA doivent avoir le droit d'accéder à leurs données personnelles et de demander la rectification de toute information inexacte ou incomplète.
2. Effacement et opposition : Les mineurs doivent également avoir le droit de demander l'effacement de leurs données personnelles et de s'opposer à certains traitements, sous réserve des exceptions prévues par la loi.

###### **Responsabilité et contrôle**

1. Responsabilité des organismes : Les organismes traitant les données des MNA doivent être responsables de la conformité aux réglementations en matière de protection des données. Ils doivent mettre en place des politiques et des procédures internes pour garantir cette conformité.
2. Contrôles et audits : Des contrôles réguliers et des audits doivent être effectués pour vérifier le respect des bonnes pratiques en matière de protection des données. Les résultats de ces audits doivent être documentés et les mesures correctives nécessaires doivent être mises en œuvre.