

USAGES DE DROGUES ET CONDITIONS DE VIE DES « MINEURS NON ACCOMPAGNÉS »

RÉSUMÉ

Cette note fait d'abord le point sur le processus de reconnaissance administrative du statut de mineur non accompagné (MNA) et la caractérisation sociodémographique de cette population. Elle aborde ensuite les usages de drogues de « MNA » (reconnus ou perçus comme tels) observés, depuis 2016, par le réseau des huit sites du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT. Les données documentent la situation des plus visibles dans l'espace public : des adolescents ou jeunes hommes adultes, venant

souvent d'Afrique du Nord, dormant dans des appartements squattés ou autres abris de fortune et inscrits dans la petite délinquance pour des raisons de survie économique. Leurs usages de drogues se concentrent surtout sur quelques médicaments et ne peuvent se comprendre que dans l'intrication entre la vie au pays d'origine, la migration, et leur situation de grande pauvreté en France. Dans ces conditions, l'accès aux soins et à l'accompagnement social de ces usagers de drogues est un enjeu central.

SOMMAIRE

Définir et quantifier les MNA	3	Usages de drogues, grande précarité et automédication	10
Être reconnu MNA en France	4	L'accès aux soins et à l'accompagnement social : un enjeu central	15
Quantification et caractérisation sociodémographique	6	Conclusion	17
Les limites d'une catégorie administrative	8	Bibliographie	18
Les usages de drogues des « MNA » et leurs conséquences sanitaires et sociales	8		
Des consommations de drogues initiées avant l'arrivée en France	9		

La migration juvénile n'est pas un phénomène nouveau. Certaines études témoignent dès les années 1950 de la présence de mineurs algériens, nommés « jeunes isolés », venus seuls en métropole (Gardet et Sifi, 2010). Le phénomène devient plus visible en France dans les années 1980 puis 1990, avec l'arrivée de mineurs en provenance de Yougoslavie d'abord, des pays d'Afrique du Nord et de Roumanie ensuite, venus à Marseille puis Paris (Debré, 2010 ; Duvivier, 2009). Il est constitué en « problème social » dans le milieu des années 1990, sous l'impulsion d'une médiatisation croissante oscillant entre la victimisation de ces jeunes et l'inscription dans la délinquance de certains d'entre eux (Duvivier, 2009). En 2009, ce fait migratoire de dimension européenne (EMN, 2010 ; Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire, 2009) porte le gouvernement français à estimer le nombre de mineurs non accompagnés (MNA, voir p. 3 à 5 pour la définition administrative) entre 4 000 et 6 000 pour l'année 2007, nourri par un flux annuel évalué à 500 mineurs, dont les origines principales seraient la République démocratique du Congo, l'Angola, la Turquie, la Russie, la Guinée-Conakry et le Sri-Lanka (Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire, 2009). Ces migrations s'opèrent dans un contexte social marqué par le sous-emploi ainsi que des solidarités intrafamiliales en mutation, en Afrique notamment (Long, 2021). Ce n'est qu'au cours des années 2010 que des liens sont progressivement faits entre MNA, délinquance, usages et trafic de drogues dans le débat public. Les MNA localisés dans le quartier de la Goutte d'Or à Paris, notamment, perçus à la fois comme jeunes en danger et inscrits dans la délinquance, font l'objet d'une couverture médiatique importante¹. À leur sujet, la question des drogues est constamment soulignée : ils apparaissent tout autant comme participants au trafic de rue que victimes de leurs polyconsommations². Un rapport d'information parlementaire paru en 2021 « sur les mineurs non accompagnés » incarne bien ce rapprochement : il insiste sur le « constat d'une délinquance accrue » et des « problématiques de sécurité associées à certains mineurs non accompagnés », provenant « principalement des pays d'Afrique du Nord » (Bourgi *et al.*, 2021).

L'actualité de cette question dans le débat public invite à effectuer un point synthétique sur la question, au prisme des sujets d'intérêt de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Quelles sont leurs consommations de drogues et comment s'inscrivent-elles dans des contextes et des trajectoires de vie spécifiques ? Documenter les usages de drogues de ces jeunes expose à des difficultés, en raison notamment de la diversité des parcours, des contextes de vie et de leur clandestinité. Parmi les faits observés par le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT (voir encadré méthodologique, p. 3), la question des consommations des mineurs migrants désignés comme « MNA » émerge dans les rapports de différents sites métropolitains (tous situés dans des métropoles régionales) à partir de 2014, sans pour autant que le dispositif ne soit en mesure de l'informer de manière globale et systématisée. Les informations collectées documentent la situation de certains mineurs migrants, les plus visibles dans l'espace public : des garçons adolescents ou de jeunes hommes adultes, venant principalement d'Afrique du Nord, dormant dans des appartements squattés, dans des abris de fortune dans l'espace public (parfois dans des foyers et/ou des structures d'hébergement ou à l'hôtel), inscrits dans la petite délinquance pour des raisons de survie économique (vente à la sauvette de cigarettes, vols à l'arraché, cambriolages, activités subalternes dans les réseaux de vente de stupéfiants, etc.).

Ces données empiriques et une revue de littérature centrée sur le cas français permettent d'organiser cette note en deux parties : la première fait le point sur la définition et la quantification des MNA ; la seconde est centrée sur les usages de drogues de mineurs migrants observés par le réseau des sites du dispositif TREND piloté par l'OFDT. Les informations qui y sont présentées ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des mineurs migrants, parmi lesquels une minorité consomme des substances psychoactives. L'objectif de cette note est de synthétiser et d'analyser les données collectées par le dispositif TREND sur les consommations, les conditions de vie et l'accès aux soins de cette catégorie spécifique de mineurs migrants.

1. Voir à titre d'exemples : « Paris : les enfants des rues sèment la pagaïlle à Barbès », par Faustine Calmel, France Bleu Paris et France Bleu, 29 mars 2018 ; « Face aux mineurs marocains isolés, toxicomanes et violents, Paris en appelle à l'État », *Le Monde*, 17 mai 2018 ; « Migrants : la France a le devoir d'agir pour les mineurs isolés », *Le Monde*, 14 août 2019.

2. « Les jeunes en exil face à leurs démons », *Slate.fr*, 5 juillet 2018 ; « Les gamines à la dérive de Barbès », *Le Monde*, 5 mars 2021.

Méthodologie

La méthodologie adoptée s'appuie sur deux types de sources complémentaires : une revue de littérature narrative (systématisée entre 2018 et 2021*, avec un ciblage des écrits importants identifiés sur le sujet pour les années précédentes) et une exploitation des rapports (2016 à 2020) des huit sites du dispositif TREND. Piloté par l'OFDT depuis 1999, celui-ci s'appuie sur un réseau de huit coordinations implantées à Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse, lesquelles mettent en œuvre des outils d'observation qualitatifs (observations ethnographiques, entretiens collectifs et individuels) afin de repérer et documenter les phénomènes émergents et les évolutions en matière de drogues illicites et de médicaments détournés. Ces coordinations recueillent leurs informations auprès d'acteurs (usagers, intervenants du secteur socio-sanitaire et agents de l'application de la loi, etc.) dont l'ancrage local contribue à une meilleure compréhension des spécificités territoriales. Deux espaces particulièrement concernés par les usages de produits psychoactifs sont investigués : l'espace de la marginalité urbaine (rues, squats, zones de deal, structures dédiées aux usagers de drogues, etc.) et l'espace festif techno regroupant la scène alternative (free parties) et commerciale (clubs, discothèques, bars, festivals) (Gérome, 2020). Les conditions de vie et les usages de drogues des mineurs migrants observés dans l'espace de la marginalité urbaine ont d'abord été documentés, à partir de 2016, par les coordinations implantées à Paris et à Rennes, puis plus tard par celles de Lyon et de Bordeaux.

Les informations mobilisées dans cette note ont été collectées auprès de professionnels des secteurs sanitaire, social et éducatif amenés à intervenir auprès

des mineurs migrants, lorsque ceux-ci bénéficient d'une prise en charge au sein d'une institution (foyer de l'aide sociale à l'enfance, hôpital). Certaines informations ont également été recueillies auprès d'agents de l'application de la loi (policiers, juges, avocats) et de traducteurs. Régulièrement, ces actes de délinquance ont engendré des obligations de soin ayant conduit les mineurs migrants devant des professionnels en addictologie. C'est parfois par ce biais ou directement lors d'hospitalisations, de gardes à vue, ou d'incarcérations au sein d'un établissement pénitentiaire pour mineurs que leur problématique d'usage de produits est détectée et documentée.

La complexité du recueil d'informations auprès de professionnels tient principalement aux multiples difficultés d'observer et de réaliser des entretiens directement auprès des mineurs migrants : méfiance vis-à-vis des adultes, caractère volatile de ces groupes, grande mobilité de leurs membres (qui se déplacent fréquemment d'une ville ou d'un pays à l'autre), difficultés de compréhension (la maîtrise du français fait souvent défaut), etc. Ces éléments compliquent grandement les possibilités de réaliser des entretiens auprès de ces mineurs, et ainsi de pouvoir recueillir leur parole sur leurs usages de drogues et leurs conditions de vie. Si les informations collectées reposent principalement sur les professionnels qui sont au contact de ces mineurs, leur recoupement systématique, accumulé au fil des années et multi-situé, permet toutefois de mettre en lumière des points saillants concernant les usages de drogues de ces mineurs migrants, les conditions de vie dans lesquels ces usages s'inscrivent, ainsi que les principaux enjeux relatifs à leur accès aux dispositifs de soins et d'accompagnement social.

* Dans les bases de données : Cairn, base interne de l'OFDT, ScienceDirect, HAL, portail du centre de documentation des Services du Premier ministre, et le journal *Le Monde*, avec les mots clés : « mineurs non accompagnés » + drogue ; « mineurs isolés étrangers » + drogue ; « mineurs étrangers isolés » + drogue « mineurs migrants ».

DÉFINIR ET QUANTIFIER LES MNA

Depuis les années 1990, plusieurs termes ont été utilisés pour désigner ces mineurs en France : « jeunes en errance », « mineurs isolés étrangers », « mineurs non accompagnés », ils ont fait l'objet en 30 ans d'une « restructuration sémantique » de la catégorie de pauvreté à celle de l'enfance en danger (Duvivier, 2009). Jusqu'en 2016, le terme de « mineur isolé étranger » (MIE) prévalait. Le 7 mars 2016, à l'occasion du « comité de suivi des mineurs non accompagnés », le garde des Sceaux (J.-J. Urvoas) « signale que la notion "mineurs étrangers isolés" sera dorénavant remplacée par l'expression "mineurs non accompagnés". Ce changement rappelle que ces enfants et adolescents relèvent du dispositif de protection de l'enfance » (Ministère de la Justice, 2016), qui fait alors l'objet d'une nouvelle loi : celle du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Ces mineurs sont dès lors considérés comme « en danger », puisqu'ils sont privés de la protection d'un représentant légal sur le territoire en mesure de garantir leur bon développement. C'est à ce titre que leur prise en charge relève des services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)

du conseil départemental. Le rapport sénatorial paru sur le sujet en 2021 a marqué un tournant sémantique important, distinguant la notion de MNA (inscrits dans un processus de prise en charge et d'insertion) de la notion de « jeunes en errance », supposés « en moyenne plus âgés que les MNA recueillis, avec une proportion importante de jeunes en réalité majeurs » (Bourgi *et al.*, 2021, p. 14). Selon ce rapport, ces jeunes seraient davantage caractérisés que les premiers par leur inscription dans la délinquance, les usages de substances psychotropes et leur exposition à l'instrumentalisation par des réseaux de trafic en tout genre. Toutefois, au-delà des appellations, la mise en danger, la trajectoire migratoire depuis le pays d'origine et les risques qu'elle comporte, ainsi que les conditions de vie délétères dans le pays de destination, sont les éléments qui réunissent ces jeunes susceptibles d'une reconnaissance du statut de MNA en France.

Cette première partie expose le processus de reconnaissance du statut de mineur non accompagné découlant de la loi du 14 mars 2016, du décret du 24 juin 2016 « relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille » et de l'arrêté du 20 novembre 2019 « relatif aux modalités de l'évaluation des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille ».

Être reconnu MNA en France

La reconnaissance du statut administratif de MNA constitue le « point nodal » autour duquel s'organise la prise en charge de ces jeunes en France. Ou bien ils obtiennent le statut et peuvent entrer dans le circuit de l'ASE, ou bien ils restent dans la clandestinité, ce qui contribue à invisibiliser la suite de leur parcours. De leur arrivée sur le territoire français à un éventuel placement auprès de l'ASE, la prise en charge dont ils font l'objet soulève diverses questions, qui portent notamment sur les modalités de l'évaluation mise en place et sur la question du respect des droits de ces mineurs.

La procédure de reconnaissance de la minorité et de l'isolement peut être demandée par plusieurs acteurs judiciaires (services de l'ASE du conseil départemental, procureur de la République, juge des enfants) et s'effectue en plusieurs étapes (voir figure 1, p. 5) durant lesquelles la protection du mineur doit être assurée. Une première évaluation sociale est réalisée par des professionnels « formés », dans une langue comprise par le mineur. Elle vise à analyser la concordance entre le récit du jeune, son âge rapporté et son apparence physique, son autonomie, son raisonnement. En cas de doute sur les documents d'identité présentés par le jeune, la procédure prévoit une vérification par le bureau de la fraude documentaire de la Police aux frontières (PAF) ou les référents fraude documentaire au sein des préfectures. Si une incertitude subsiste, une vérification médico-légale de la minorité – consistant en une radiographie osseuse de la mâchoire, du poignet et/ou de la clavicule en comparaison à l'atlas de Greulich et Pyle (Greulich et Pyle, 1959)³ sur les phases de maturation osseuse – peut être demandée sur décision de l'autorité judiciaire (article 388 du code civil).

Cette procédure a fait l'objet de critiques régulières depuis son adoption. Premièrement, la protection du mineur à travers sa mise à l'abri avant l'évaluation rencontre des difficultés. Beaucoup de mineurs ayant vécu un parcours souvent chaotique ont besoin d'un accompagnement social et juridique et d'un accès aux soins (Rongé, 2016). Or, les associations chargées de la mise à l'abri ne délivrent pas toutes ces aides. De plus, si certains départements recourent à l'hébergement d'urgence spécifique ou à des partenariats avec des foyers de jeunes travailleurs, la principale forme d'hébergement d'urgence, notamment dans les grandes villes où l'offre d'hébergement paraît saturée, reste le placement en hôtel, sans accompagnement spécifique (Angliviel et Ducci, 2019 ; Bailleul et Senovilla Hernández, 2016 ; Bourgi *et al.*, 2021 ; Doineau et Godefroy, 2017). Faute de solutions suffisantes pour tous, certains conseils départementaux sélectionnent alors les MNA susceptibles de bénéficier d'un accueil, sur des critères de vulnérabilité, et certains restent à la rue (Aumond, 2017 ; Beddiar, 2019 ; Doineau et Godefroy, 2017 ; Médecins Sans Frontières, 2019).

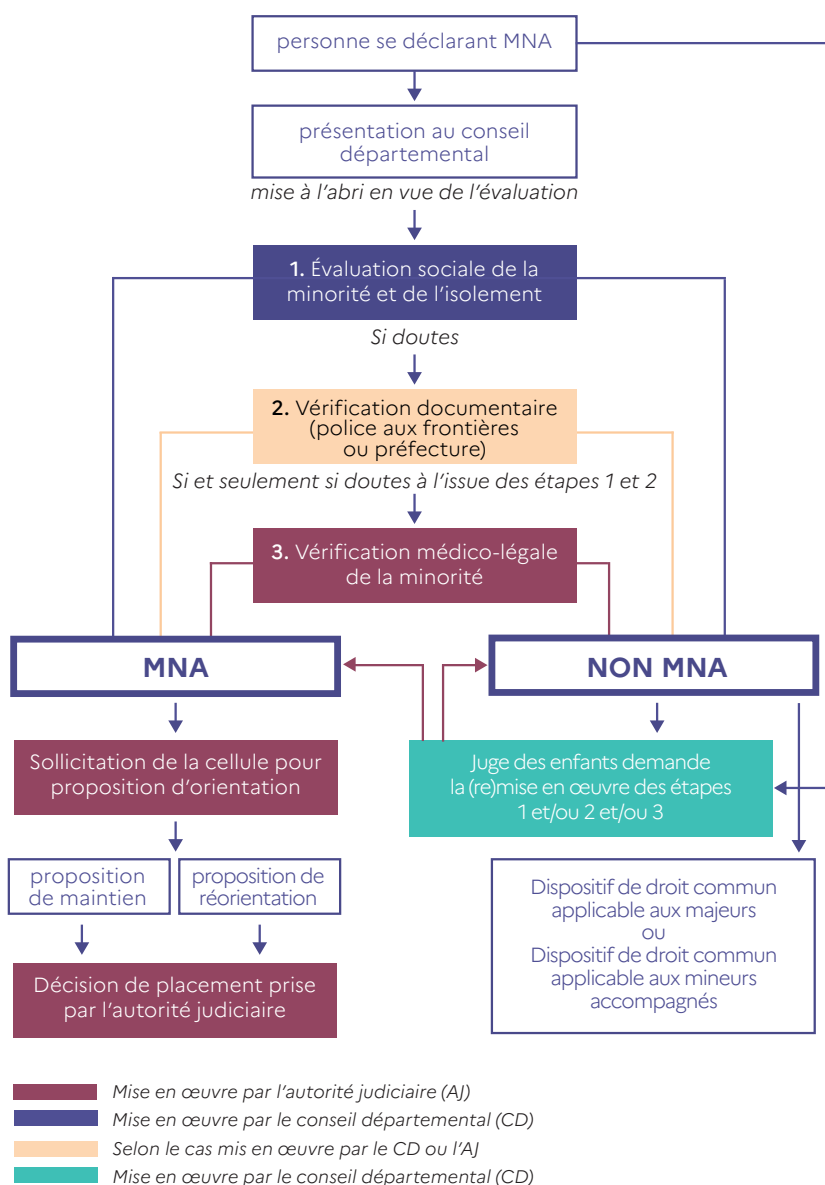
Deuxièmement, la procédure d'évaluation de l'isolement et de la minorité est critiquée. Sa durée est d'abord inégale d'un département à l'autre. Ensuite, les professionnels chargés des entretiens sont dans les faits peu formés (Bailleul et Senovilla Hernández, 2016). Des évaluations estimées « rapides » (Défenseur

3. Cet atlas a été mis au point pour détecter un trouble de croissance ou de maturation osseuse chez des enfants dont l'âge est connu, sans avoir pour but validé d'estimer un âge. Il a été réalisé dans les années 1930 et les radiographies qu'il présente à titre de comparaison sont issues d'enfants et adolescents blancs issus des classes moyennes aux États-Unis (Chariot, 2010).

des droits, 2017) et « arbitraires » (Bouche-Florin, 2019 ; Rongé, 2016) sont également régulièrement rapportées (Bailleul et Senovilla Hernández, 2016). De plus, l'atlas de Greulich et Pyle (Greulich et Pyle, 1959) est unanimement contesté : il repose sur des standards établis il y a 80 ans dans une région du monde (Boston) d'où les MNA ne sont pas originaires (voir *infra*). Pour l'Académie nationale de médecine, en 2007, cette méthode « permet d'apprécier avec une bonne approximation l'âge [...] en dessous de 16 ans, mais ne permet pas de distinction nette entre 16 et 18 ans ». Pour d'autres (Delbos, 2016), dont un médecin légiste et professeur de médecine légale (Chariot, 2010), ces examens sont dénués de pertinence.

Figure 1. Procédure de reconnaissance administrative des MNA en France

Procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement



Source : ministère de la Justice, 2021

Quantification et caractérisation sociodémographique

Depuis les années 2000, la problématique de l'accueil des mineurs migrants isolés a donné lieu à la rédaction de plusieurs rapports (Blocquaux *et al.*, 2005 ; Debré, 2010 ; Landrieu, 2003 ; Pautrat *et al.*, 2014), qui constataient l'amplitude croissante du phénomène, tout en déplorant des conditions d'accueil et de prise en charge insatisfaisantes. Le dénombrement des mineurs migrants arrivés en France reste toutefois difficile du fait de leur clandestinité. Les données les plus fiables sont issues de la Mission mineurs non accompagnés (MMNA du ministère de la Justice⁴), c'est-à-dire une fois que le statut de MNA a été accordé. Avant 2015, plusieurs estimations avaient été réalisées, témoignant d'une croissance importante des mineurs migrants pris en charge par l'ASE : leur nombre serait passé de 264 en 1999 (Étiemble, 2002) à 2 500 en 2004 (Blocquaux *et al.*, 2005). En 2013, la MMNA recense 2 555 puis 5 033 MNA en 2014. À partir de 2015, elle fournit des données plus détaillées (voir tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des MNA reconnus par les autorités administratives et judiciaires en France entre 2015 et 2021

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total MNA	6 000	8 054	14 908	17 022	16 760	9 524	11 315
Sexe (%)							
Masculin	94	94,9	95,9	95,5	95,5	94,2	94,8
Féminin	6	5,1	4,1	4,5	4,5	5,8	5,2
Age (%)							
Moins de 10 ans	0,2	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3
10-12 ans	1,1	1,6	0,8	0,6	0,7	0,5	0,8
13-14 ans	10,9	13,7	11,2	10,6	9,1	5,0	11,9
15 ans	25,0	25,8	28,0	32,7	30,9	14,4	28,2
16 ans	46,1	44,4	44,7	44,0	45,6	36,6	40,9
17 ans	16,8	14,3	15,1	11,9	13,6	43,3	17,9
Origine géographique (%)							
Afrique de l'Ouest et subsaharienne*	63	61	65	68,9	63,5	49,6	48,7
Afrique du Nord**	11	10	5	9,5	10,6	18,4	19,8
Asie***	18	20	11	6,7	10,9	17,5	16,6
Europe****	7	8	4	2,2	2,6	NR	2,6
Autres	1	1	15	12,8	12,4	14,5	12,3

Source : rapports d'activité 2015 à 2021 de la MMNA, compilation OFDT.

* Principalement Côte d'Ivoire, Guinée et Mali ; le Sénégal et la Gambie comptent pour 2 % à 4 % entre 2019 et 2021.

** Algérie, Maroc, Tunisie.

*** Afghanistan, Bangladesh, Pakistan.

**** Regroupement « Europe » en 2015 et 2016, puis Albanie seulement.

Note de lecture. Les origines géographiques renseignées dans les rapports d'activité ne sont pas constantes sur la période. Des regroupements par aires géographiques sont parfois faits, puis le détail devient un peu plus précis par pays d'origine sans être constant selon les années. Il semble que les origines inconnues ou peu nombreuses soient agrégées dans les « autres ».

NR : non renseigné

4. Depuis sa création en 2013 (officiellement par le décret du 24 juin 2016), la MMNA suit de manière systématisée le nombre de personnes reconnues MNA par les services de l'État, pour organiser leur répartition départementale sur le territoire. Elle a également une mission de documentation du phénomène à laquelle participe la production de données sociodémographiques.

Ces statistiques montrent que le nombre de personnes reconnues annuellement MNA au terme de la procédure d'évaluation a presque triplé en quatre ans – entre 2015 et 2018 –, avant de connaître une forte baisse, en 2020 et 2021, du fait de la pandémie mondiale de Covid-19 qui a entraîné la fermeture des frontières et des restrictions fortes de déplacements.

Ces données permettent également de montrer que ces mineurs sont en grande majorité des garçons (à plus de 95 %). Plus des trois quarts d'entre eux sont âgés de 15 à 17 ans et la distribution par classes d'âge est assez stable entre 2015 et 2021. L'Afrique de l'Ouest et subsaharienne restent les origines géographiques les plus représentées (Guinée, Côte d'Ivoire et Mali, principalement), mais régressent en 2020 et 2021 au profit, en proportion, des MNA originaires des pays d'Asie et d'Afrique du Nord (Algérie, Tunisie et Maroc).

Ces chiffres méritent toutefois d'être nuancés car ils rendent compte d'une vision partielle du phénomène. D'une part, la proportion des filles mineures migrantes pourrait être sous-estimée du fait de leur enrôlement dans des réseaux de traite, potentiellement plus important que pour les garçons, les rendant peu candidates au statut de MNA (Ruiz, 2013). En tout état de cause, ces statistiques montrent que la surexposition de certains profils dans les représentations médiatiques masque la diversité des origines et des trajectoires migratoires (voir encadré ci-contre).

Par ailleurs, les données recueillies dans le cadre du dispositif TREND indiquent que des groupes de mineurs migrants usagers de drogues sont visibles dans les rues parisiennes et dans celles de plusieurs villes de l'ouest de la France (Rennes, Nantes, Lorient, Brest, Bordeaux, etc.) à partir de 2015. Depuis 2018, cette présence concerne d'autres agglomérations situées sur l'ensemble du territoire hexagonal (Nancy, Lyon, Toulouse, etc.). Le nombre de ces mineurs est ainsi particulièrement difficile à estimer, notamment du fait de leur grande mobilité géographique entre les agglomérations métropolitaines, mais également entre certaines capitales européennes. L'usage d'alias – afin de dissimuler leur identité auprès des travailleurs sociaux, des soignants et des forces de l'ordre – constitue une autre difficulté pour mesurer leur présence. Quelques estimations localisées ont toutefois été proposées, par exemple celle de l'association Trajectoires, qui estimait à 300 le nombre de mineurs migrants marocains passés par Paris entre février 2017 et février 2018 (Trajectoires, 2018).

Des parcours de migration très diversifiés

Les mineurs migrants arrivant sur le sol français viennent de régions du monde différentes, principalement d'Afrique et d'Asie, ce qui donne lieu à des parcours très diversifiés, aussi bien au niveau des raisons qui poussent à l'exil que des conditions dans lesquelles a été réalisé le voyage.

Étiemble et Zanna (Étiemble, 2002 ; Étiemble et Zanna, 2013) ont proposé une typologie destinée à rendre compte des différentes motivations à l'origine de la migration. Sept types sont distingués : le *mineur exilé* constitue la figure typique des mineurs en provenance de pays touchés par les guerres et/ou les conflits ethniques (comme l'Afrique subsaharienne, la Syrie ou l'Afghanistan), menacés dans leur pays du fait de leur appartenance ethnique ou politique ; le *mineur mandaté* est caractéristique de jeunes ayant endossé un mandat familial : se rendre en Europe pour aider financièrement leurs proches ; le *mineur exploité* est typique des enfants faisant l'objet d'exploitation par un réseau de prostitution ou de trafic (transport de drogue, de diamants, de bijoux, travail clandestin, etc.) ; la figure du *mineur fugueur* renvoie aux adolescents qui quittent le domicile familial ou l'orphelinat en raison de conflits intrafamiliaux ou d'un vécu de maltraitance ; le *mineur errant* désigne l'enfant socialisé à la rue depuis son enfance (avec ou sans ses parents), dans un état de précarité importante ; le *mineur-rejoignant* désigne l'enfant venu seul dans l'objectif de retrouver un membre de l'entourage, en général lui-même réfugié ; enfin, le *mineur-aspirant* cherche à se réaliser en tant qu'individu à travers la migration. Souhaitant s'émanciper du milieu familial et de sa société d'origine, il aspire à des conditions de vie matérielles, politiques et sociales meilleures.

Non-exclusives les unes des autres, ces différentes figures correspondent à des personnes aux profils migratoires hétérogènes, empruntant des routes migratoires variées qui donnent lieu à des voyages très diversifiés. Le prix de la traversée pour la France oscillerait entre 2 000 et 15 000 euros selon le pays d'origine et la négociation effectuée avec le passeur. Sarah Przybyl (Przybyl, 2018) distingue trois modalités de voyages : la mobilité instantanée se fait par voie aérienne, grâce à un passeur désigné et payé ; le voyage par étapes mêle différents modes de transport, mais il est en général organisé en amont par la famille ; et le voyage « bricolé », scandé de périodes d'arrêt utiles pour préparer l'étape suivante de la migration. Ce type de trajectoires migratoires explique que certains mineurs arrivent majeurs dans le pays de destination. Ces parcours seraient ponctués de violences, sévices et exploitations. Certaines études évoquent des kidnappings avec des demandes de rançons, des agressions physiques et des viols réguliers (Trajectoires, 2018).

Les limites d'une catégorie administrative

Le statut de MNA soulève néanmoins des interrogations (Duvivier, 2009 ; Guicharnaud et Quattoni, 2019 ; Ruiz, 2013). Les notions de minorité et d'isolement, telles qu'elles sont définies dans les textes, sous-tendent le processus de reconnaissance administrative à laquelle sont soumis ces mineurs. Associée à l'isolement, la notion de danger encouru par l'enfant reste toutefois difficilement appréhendable par l'évaluateur, les phénomènes de traite et d'exploitation étant bien souvent passés sous silence par l'enfant. De plus, la notion d'isolement⁵, telle qu'elle est définie en France, s'en tient à une appréhension juridique de la parentalité, ne rendant pas compte de systèmes de parenté existant dans des sociétés en partie régies par la coutume (Masson, 2010), à l'inverse de la définition des Nations Unies (Nations Unies, 2005).

Enfin, le statut de MNA est aussi une catégorie de perception pour de nombreuses personnes et diverses professions amenées à rencontrer des « jeunes » ou « mineurs » migrants regroupant des réalités diverses éloignées de la définition administrative. Au sein de groupes de « jeunes migrants », il peut y avoir des mineurs qui ne souhaitent pas être inscrits dans une procédure de reconnaissance de MNA, des jeunes majeurs, des mineurs dont le statut de MNA est en évaluation, des personnes qui étaient MNA et sont devenues majeures, des mineurs non étrangers (issus de l'immigration) pris en charge par l'ASE, etc. Les professionnels amenés à intervenir auprès des mineurs migrants – qui sont les sources principales des informations recueillies par le dispositif TREND – ne vérifient pas le statut administratif de ces jeunes, mais utilisent le terme MNA. Ainsi, dans bien des situations et usages, le terme MNA est bien plus extensif que sa définition juridique. C'est pourquoi, par commodité et par extension, l'acronyme MNA sera mis entre guillemets dans la suite du texte.

LES USAGES DE DROGUES DES « MNA » ET LEURS CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES

Les informations relatives aux consommations de drogues décrites dans cette partie ont été recueillies dans le cadre du dispositif TREND (voir encadré méthodologique, p. 3). Elles concernent des « MNA » (reconnus ou perçus comme tels) en situation de grande précarité sociale, économique et sanitaire. Il s'agit, pour la grande majorité d'entre eux, d'adolescents, voire d'enfants (les plus jeunes ayant une dizaine d'années), ou de jeunes hommes, venant principalement du Maroc, et dans une moindre mesure d'Algérie. Sans domicile fixe, ils dorment dans des appartements squattés, dans des abris de fortune dans l'espace public, parfois dans des foyers et/ou des structures d'hébergement ou à l'hôtel. Ils ne disposent pas d'autres ressources économiques que celles qu'ils tirent d'activités de la petite délinquance (vente à la sauvette de cigarettes, vols à l'arraché, cambriolages, activités subalternes dans les réseaux de vente de stupéfiants, etc.). À ce titre, ces mineurs migrants rejoignent la figure idéale typique du « mineur errant » et du « mineur exploité »⁶ (voir encadré p. 7), pour ceux qui sont exploités par un réseau de trafic. Ils sont exposés à de nombreux dangers et se caractérisent par de « multiples carences affectant leurs capacités de socialisation et générant de la violence, tant vis-à-vis de leurs pairs que vis-à-vis des adultes » (Trajectoires, 2018).

5. « 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. » (Arrêté du 17 novembre 2016)

6. La question de la grande insalubrité des logements squattés et de l'exploitation des mineurs migrants est également présente dans la littérature qui croise migration et logement, par exemple ici à partir d'une enquête menée à Marseille au début des années 2000 : « Les squats les plus éphémères et insalubres au sein de cette nébuleuse sont probablement ceux des mineurs clandestins, qui à Marseille viennent pour la plupart du Maghreb. Arrivés en France après des conditions de voyage souvent extrêmes, ces jeunes migrants pensent y trouver du travail, de l'argent, une autre vie que celle à laquelle le bled et le dénuement ambiant les destinaient. C'est bien sûr la déconvenue ; le travail escompté fait place à des pratiques délinquantes, essentiellement le vol à la tire ou à la roulotte. Les migrants de ce type incarnent l'image paroxystique d'individus n'ayant aucune chance d'accéder au logement standard : ils sont mineurs, issus de familles pauvres, isolés, en situation irrégulière, insolubles, assimilés à des « sauvages » et très fortement stigmatisés. [...] Le squat [...] est fréquemment trouvé et ouvert par des hommes maghrébins plus anciens à Marseille, et qui exigeront des mineurs une rémunération afin de pouvoir dormir dans le lieu squatté : le squat est alors payant. » (Bouillon, 2003).

Des consommations de drogues commencées avant l'arrivée en France

De nombreux professionnels en contact avec ces mineurs rapportent que certaines consommations ont débuté au sein du pays d'origine, parfois dès l'âge de 10 à 12 ans :

Quand ils arrivent à nous faire confiance, la plupart d'entre eux nous disent qu'ils ont commencé leur addiction benzodiazépines-prégabaline lorsqu'ils étaient en Algérie. Et que les choses ont perduré en France. » [Médecin intervenant dans un établissement pénitentiaire pour mineurs, 2018]

Je dirais que 80 % de ces personnes, c'était déjà des consommateurs dans leur pays. Donc, c'est une continuité... ici, peut-être qu'il y a une surconsommation par rapport à ce qu'ils vivent, mais c'est des personnes qui connaissent déjà... la drogue, le cannabis, ils sont habitués. Parce que souvent la question elle revient : « depuis quand consommez-vous ? », la plupart ils disent : « depuis que j'étais au pays », « depuis mes 10 ans », des fois, « depuis mes 12 ans » [...] Et pourquoi le Lyrica® ? Parce que c'est le truc qu'ils trouvaient au bled, qu'ils prenaient déjà là-bas. (...) c'est un produit qui est beaucoup consommé en Algérie. Et qui se trouve aussi sur le marché noir, quoi, comme ici. (...) [Éducatrice spécialisée, Auvergne-Rhône-Alpes, 2018]

Ces observations rejoignent d'autres travaux attestant la précocité des consommations de certains mineurs migrants, notamment pour ceux déjà inscrits dans la pauvreté dans leur pays d'origine (Péraldi, 2012 ; Peyroux, 2020 ; Phan, 2021). La colle et les solvants, mais aussi l'alcool, certains médicaments (principalement les benzodiazépines et le Lyrica®) et le cannabis figurent parmi les substances régulièrement citées dans ces travaux. Certains de ces « mineurs errants » (Étiemble et Zanna, 2013) ont été socialisés à la survie dans la rue dès leur plus jeune âge, leurs parents vivant dans un état de grande pauvreté. Ces conditions de vie les conduisent à vivre au sein de petits groupes de pairs inscrits dans la mendicité, les emplois de fortune, la petite délinquance, voire la prostitution. D'autres se sont peu à peu éloignés de leur famille, celle-ci les ayant bien souvent négligés, du fait de leurs conditions de vie. Certains mineurs marocains migrant vers l'Europe sont ainsi issus de familles monoparentales, dans une configuration où la mère a quitté l'environnement rural pour le milieu citadin, et où elle occupe des emplois ouvriers précaires pour un salaire modique, lui laissant peu de temps pour l'éducation des enfants. Ces mineurs s'éloignent progressivement du milieu éducatif pour s'inscrire dans l'univers, plus rentable à court terme, de l'économie parallèle (Trajectoires, 2018).

Dans ce contexte d'existence difficile, consommer des substances psychoactives permet de « tenir » (Przybyl et Ben Tayeb, 2013). L'usage peut également s'inscrire dans un contexte de traite des êtres humains, lorsqu'ils sont inscrits dans le trafic de drogues, des réseaux de prostitution, ou autres (Peyroux, 2020 ; Trajectoires, 2018). Certains jeunes sont alors initiés par les réseaux à l'usage de produits, afin de mettre en place une relation d'emprise permettant d'instrumentaliser ces mineurs à leur profit (Unicef, 2005, 2016).

D'autres travaux établissent un lien entre la consommation de drogues et le projet migratoire (Mathlouthi *et al.*, 2019). Ils montrent que l'usage de drogues et la migration irrégulière reposent sur des ressorts identiques : besoin d'intégration dans un groupe de pairs pour faire face à un sentiment de désaffiliation important ; recherche de bien-être et de bonheur pour contrebalancer de faibles perspectives de réalisation sociale dans le pays d'origine.

Dans le contexte de *hrague*, par exemple, les usages s'articulent au projet de migration. Ce phénomène, décrit au Maghreb (au Maroc et en Algérie, plus particulièrement) par la littérature depuis les années 2000, désigne « tous ceux qui tentent de partir en Europe sans papiers » (Arab, 2007). D'origine berbère, il signifie « brûler » : brûler les frontières de manière clandestine en brûlant l'ensemble des étapes de l'immigration légale, brûlant ses papiers, son identité, son passé, pour se projeter vers un futur fantasmé vers l'Europe (Arab, 2007 ; Arab et Sempere Souvannavong, 2009). Il concerne principalement « les mondes les plus fragilisés économiquement et socialement, jusqu'aux limites des classes moyennes » (Guenatri *et al.*, 2014), et donne une perspective d'ascension sociale (Khaled, 2013) dans une société où la mobilité sociale est très sélective et discriminante et où le chômage est massif. Le *hrague* a une dimension symbolique forte, constituant un « rite de passage à l'âge adulte » organisé par les pairs. Les groupes de jeunes projetant un exil consomment en groupe avant le départ, puis durant la traversée. L'usage de produits, l'apprentissage des techniques de transgression et la difficulté d'un passage de frontière caractérisé par de nombreuses épreuves participent pleinement de la dimension transitionnelle de la migration.

Au-delà de ce contexte spécifique, le recours aux produits psychoactifs permet de se « donner du courage »⁷ ou de « supporter » un voyage souvent pénible. La traversée des mers est décrite comme à hauts risques dans des embarcations non adéquates, bateaux de pêcheurs plus ou moins importants, surchargés, où les bagarres et règlements de compte sont courants. Certains rejoignent le bateau ou les rives à la nage, d'autres sont jetés par-dessus bord car ils n'ont pas payé ou après une dispute. Pour beaucoup, la traversée en mer s'est avérée traumatisante : perte de proches, sentiment de mort imminente, abus sexuels pour les femmes (Trajectoires, 2018). Les traversées en camion ne se font pas dans des conditions meilleures : certains témoignent de morts, écrasés durant une chute du camion ; d'autres gardent les séquelles de membres fracturés ou contusionnés durant le voyage, ou conservent des problèmes de peau après des séjours dans des camions frigorifiques (Vitturi, 2010). Des initiations ou moments de consommation de substances sont également décrites durant les périodes de transit : dans l'attente d'un camion sous lequel l'enfant est susceptible de se cacher, par exemple. Les usages de produits psychoactifs s'effectuent alors dans un contexte où ces mineurs s'avèrent particulièrement exposés aux risques d'emprise par les « passeurs » adultes, en mesure de leurs fournir les produits (Trajectoires, 2018).

Usages de drogues, grande précarité et automédication

Des consommations variées centrées sur quelques médicaments

Les consommations des mineurs migrants les plus fréquemment rapportées par les professionnels interrogés dans le cadre du dispositif TREND (travailleurs sociaux de l'ASE, soignants du secteur hospitalier ou en addictologie) concernent l'alcool, le cannabis et les médicaments (benzodiazépines, principalement). Le cannabis fait souvent l'objet d'usages visibles et parfois importants (une dizaine de joints par jour, voire plus chez certains mineurs), comme le rapportent les observations menées en 2018 auprès des « MNA » du quartier parisien de Barbès (Pfau *et al.*, 2020).

Le premier médicament à avoir été rapporté comme étant consommé par les mineurs migrants est commercialisée sous le nom de Rivotril® (voir encadré p. 11). Surnommé la *roja* (« la rouge » en espagnol) ou *hamra* (rouge en arabe) pour la couleur de ses gélules, le Rivotril®, fait l'objet d'usages hors protocoles thérapeutiques, dès les années 2000, par des adultes en situation de grande précarité, polyconsommateurs (notamment d'autres benzodiazépines, d'alcool et de cannabis). Souvent originaires de pays d'Afrique du Nord, où le Rivotril® est très disponible, ils semblent y avoir, pour la plupart, initié leur consommation (Duport, 2020 ; Pfau *et al.*, 2020).

D'autres médicaments sont consommés par certains « MNA », notamment la prégabaline, commercialisée sous le nom de Lyrica® (voir encadré p. 12). À l'instar du Rivotril®, les usages de Lyrica® hors protocoles thérapeutiques sont observés au sein de populations adultes précaires depuis les années 2010 : des usagers injecteurs d'opioïdes, principalement originaires de Géorgie, qui le consomment pour renforcer les effets de la méthadone ou de l'héroïne ; des personnes originaires d'Algérie ou du Maroc, souvent également usagères de benzodiazépines, de cannabis et d'alcool, et dont la consommation de Lyrica®, qu'ils rebaptisent parfois *saroukh* (fusée en arabe), vise à satisfaire une recherche d'ébriété, de réduction de l'anxiété et de désinhibition (Gérome *et al.*, 2019).

Le diazépam est une molécule commercialisée sous le nom de Valium®, médicament parfois appelé *azraq* (bleu en arabe) ou « la bleue », du nom de la couleur des comprimés. Il fait également l'objet de consommations régulières et parfois importantes chez certains mineurs migrants. À l'instar du Rivotril® et du Lyrica®, le Valium® est consommé en dehors d'un cadre médical depuis de nombreuses années par différentes populations adultes d'usagers de drogues (Pfau et Péquart, 2015 ; Pfau *et al.*, 2020). D'autres médicaments de la classe des benzodiazépines ou apparentés (Lexomil®, Seresta® ou Stilnox®) sont également consommés par certains mineurs migrants, mais ces usages sont moins souvent rapportés. Enfin, un opioïde antalgique, le tramadol, prescrit dans la prise en charge de douleurs, fait également l'objet d'usages hors cadre thérapeutique chez certains mineurs migrants (De Carvalho et Frisson, 2021 ; Tissot, 2021).

Les mineurs migrants observés dans le cadre du dispositif TREND adaptent leurs consommations de drogues (notamment celles de médicaments) en fonction des effets qu'ils souhaitent ressentir et de la

7. Le surnom de « mère (ou madame) courage », parfois donné au Rivotril® (voir encadré p. 11), n'est pas sans lien avec ce type de motivation.

Le Rivotril®

Le clonazépam est une molécule appartenant à la classe des benzodiazépines, commercialisée notamment sous le nom de Rivotril®. Le médicament se présente sous la forme d'un comprimé et existe également sous la forme de solution buvable ou injectable*. Il possède des propriétés sédatives, hypnotiques, anxiolytiques, amnésiantes et myorelaxantes, mais aussi anticonvulsivantes. Il est indiqué dans le traitement de l'épilepsie de l'adulte et de l'enfant, et parfois également prescrit dans le traitement de l'anxiété et de certains troubles psychiatriques et du sommeil. La consommation de Rivotril® expose à des effets secondaires, dont les plus fréquents sont une sensation d'ivresse, des maux de tête, une fatigue et une somnolence (en particulier chez la personne âgée), un ralentissement des idées, une sensation de faiblesse musculaire, un état dépressif (notamment en cas d'antécédent de dépression), des troubles digestifs et de la vision, des éruptions cutanées. Le développement des usages hors protocoles thérapeutiques du Rivotril® a amené les autorités de santé à l'inscrire sur la liste des stupéfiants en 2011 puis, l'année suivante, à modifier ses conditions de prescription et de délivrance. Celles-ci ne peuvent être effectuées que sur ordonnance sécurisée par des neurologues ou des pédiatres. Le volume des délivrances a alors fortement diminué dans les années qui ont suivi (ANSM, 2017), tout comme l'accessibilité du produit sur les marchés de rue. La consommation de Rivotril® peut entraîner une dépendance physique et son arrêt brutal ou rapide peut engendrer des symptômes de sevrage d'autant plus importants si l'usage s'est effectué de façon prolongée et à des doses élevées. Ces symptômes ressemblent souvent aux troubles pour lesquels la personne a été traitée et peuvent persister plusieurs mois après l'arrêt du traitement. Les plus graves sont des crises épileptiques, un état dépressif, de confusion, une catatonie, une dissociation (la sensation d'être déconnecté de la réalité), des hallucinations, une hyperactivité, des épisodes psychotiques. La Haute autorité de santé (HAS) a défini en 2015 un protocole d'encadrement des interruptions des consommations de benzodiazépines dans lequel elle préconise un arrêt progressif et encadré du traitement (HAS, 2015).

* Ces deux dernières formes ne semblent pas faire l'objet de consommation hors cadre thérapeutique par les mineurs migrants observés.

situation à laquelle ils sont confrontés (Flye Sainte-Marie, 2021 ; Pfau et al., 2019). Ainsi, la consommation de benzodiazépines en petite ou moyenne quantité vise à diminuer l'anxiété, l'angoisse, la tension nerveuse et d'autres sentiments de mal-être psychique, mais également physique, comme l'indique l'extrait d'entretien ci-dessous :

« Cela me permet de ne penser à rien, de ne pas penser à ma famille ni à mes problèmes [...] je n'ai plus mal au ventre ni au dos, j'arrive mieux à parler aux gens ». L'explication qu'ils donnent, c'est que... ils prennent ça comme un anxiolytique. C'est pour dormir, pour oublier, pour pas penser, c'est ça qu'ils recherchent. Et notamment K., qui est un gamin qui est relativement nerveux, il dit : "Quand je ne prends pas les médicaments, ça ne va pas, quoi." C'est son automédication pour essayer de contrôler justement cette violence. » [Éducatrice spécialisée, Auvergne-Rhône-Alpes, 2018].

Consommés en grande quantité et associés à l'alcool qui en accentue les effets, les médicaments ont un effet désinhibant, procurant ardeur, impression de force et de puissance, et apportent un soutien dans l'accomplissement d'activités délictueuses génératrices de stress (principalement des vols à l'arraché ou à l'étalage et des cambriolages), d'où le surnom de « mère (ou « madame ») courage » donné au Rivotril® par certains

« MNA » (le médicament est appelé de la même manière au Maroc) (Perrin et al., 2021 ; Pfau et al., 2019 ; Tissot, 2020). L'un d'eux rapporte ainsi à un intervenant que le Rivotril® lui « permet de foncer sans [se] poser de questions, de ne pas avoir peur des coups, ni de taper ». Une interprète amenée à assister les mineurs migrants lors de placements en garde à vue indique quant à elle que certains « prennent ça [des médicaments] à longueur de journée et ils disent que ça leur enlève la peur, et ça leur donne la force et le courage. Ça s'appelle le "cachet du courage" » [Île-de-France, 2019]. Parmi les « MNA » usagers de médicaments et commettant des délits, certains affirment souvent ne garder aucun souvenir de leurs actes de délinquance, du fait de leur état de conscience fortement altéré :

« Le jeune que j'accompagnais disait qu'il ne se souvenait pas des faits pour lesquels il était mis en examen. Parce que, justement, il en avait trop pris et que du coup... il a dit "je ne sais pas". Et ce n'est pas la première fois que sur des faits, il dit : "Ben... je l'ai fait, je ne l'ai pas fait, honnêtement, je n'en sais rien. J'étais complètement shooté. Je ne sais pas si j'ai essayé de voler un téléphone. Je ne sais pas ce que j'ai fait ce jour-là." » [Éducatrice spécialisée, Auvergne-Rhône-Alpes, 2018].

Un intervenant spécialisé en addictologie rapporte que certains « MNA » établis dans le quartier de Barbès ont développé une connaissance conséquente des benzodiazépines, étant capables de citer plus de cinq noms de spécialités (Rivotril®, Lexomil®, Xanax®, Valium®, Tranxène®, Temesta®, etc.), de comparer leurs

Le Lyrica®

Commercialisée notamment sous le nom de Lyrica®, la prégabaline est une molécule indiquée dans la prise en charge des douleurs neuropathiques, de l'épilepsie et des troubles anxieux généralisés chez l'adulte. Le médicament se présente sous la forme de gélule ou de solution buvable. Parmi les effets indésirables les plus fréquents, sont recensés des étourdissements, somnolences, maux de tête, humeurs euphoriques, confusions, désorientations, insomnies, coordinations anormales, tremblements, troubles de l'attention, paresthésies, sédation, troubles de l'équilibre, troubles de la vision, nausées. Cette molécule a aussi la propriété d'abaisser la tolérance aux opioïdes, provoquant une augmentation du risque de surdose lorsqu'elle est consommée en association avec un opioïde (ANSM, 2021).

Comme les benzodiazépines, dont il partage un certain nombre d'effets et de risques, le Lyrica® fait l'objet d'usages hors protocoles thérapeutiques, pour des intentionnalités similaires : gestion des effets d'autres produits, désinhibition, recherche de bien-être, etc.

Depuis le milieu des années 2010, les usages hors protocoles thérapeutiques de Lyrica® connaissent un développement notable sur l'ensemble du territoire hexagonal (Gérome *et al.*, 2019 ; Gérome et Gandilhon, 2020), portés par la hausse de la disponibilité du médicament sur de petits marchés de rue, eux-mêmes alimentés par des revendeurs pratiquant notamment le nomadisme médical et la falsification d'ordonnance. En 2019, le Lyrica® est ainsi devenu le médicament le plus fréquemment cité comme faisant l'objet d'ordonnances falsifiées, selon l'enquête OSIAP du réseau d'addictovigilance (il atteignait la 4^e place de ce classement en 2018 et la 15^e en 2017) (CEIP-A de Toulouse, 2021). Afin de limiter ces usages hors cadre thérapeutique et diminuer la disponibilité du produit sur les marchés de rue, la durée de prescription du Lyrica® est limitée à six mois et nécessite une ordonnance sécurisée depuis mai 2021.

Moins documentés que pour les benzodiazépines, des symptômes de sevrage peuvent par ailleurs survenir lors de l'arrêt de l'usage de Lyrica® : insomnie, maux de tête, anxiété, nervosité, dépression, nausées, diarrhée, état grippal, douleurs, convulsions, sueurs, etc. Ces symptômes se manifesteraient principalement dans les 48 heures qui suivent l'arrêt.

effets et d'indiquer les lieux où s'en procurer au marché noir (Pfau *et al.*, 2019).

L'alcool remplit lui aussi ces différentes fonctions (anxiolytique, donnant du courage et désinhibant, aidant à supporter la vie dans la rue). Le cannabis peut également revêtir une fonction autothérapeutique, en favorisant notamment l'endormissement. Cette connaissance de première main des effets des produits, de leur association et leur mobilisation en fonction des besoins et des situations quotidiennes est bien résumée dans l'extrait d'entretien ci-dessous :

« Il y a des consommations d'alcool fort, de cannabis aussi, et en médicament c'est Lyrica®, Rivotril® et le tramadol. Une polyconsommation : ils fument, ils prennent des cachets et ils picolent et ça fait un cocktail. Ils savent ce qui leur correspond. Le Lyrica® ça va les tasser et les Rivotril® ça va les faire exploser. Selon ce qu'ils vont faire, ils savent quoi prendre. Ils gèrent leurs consommations en connaisseurs, à part les tout petits qui font n'importe quoi. Les plus grand maîtrisent – pas forcément les actes qui en découlent. » [Intervenant social d'un centre départemental d'action sociale, 2018].

L'usage de MDMA par des mineurs migrants a été observé à partir de 2018, notamment à Lyon et à Paris (Pfau *et al.*, 2019 ; Tissot, 2019). D'après les témoignages recueillis auprès de ces jeunes, les effets empathogènes du

produit permettraient l'expression de sentiments d'attachement, d'amour et de tendresse envers les pairs (« *Quand je prends de l'ecstasy, ça me permet de dire aux autres que je les aime, de faire la fête, de me lâcher...* ») dans un quotidien marqué par des rapports de violence et de domination. La MDMA ne semble toutefois pas être consommée quotidiennement, notamment parce que ses effets suscitent un sentiment de vulnérabilité vis-à-vis des adultes et des sensations peu compatibles avec la vie dans la rue.

Des usages de drogues aux conséquences sanitaires enchâssées dans la pauvreté

À l'instar d'autres populations en situation de grande marginalité (Cadet-Tairou *et al.*, 2020), la compréhension du recours aux drogues par les mineurs migrants ne peut être dissociée de leurs souffrances psychiques et de leurs conditions de vie (passées et actuelles) dans la rue. La littérature épidémiologique et médicale a en effet souligné les fortes prévalences chez l'ensemble des mineurs migrants d'états psychiques caractérisés par des troubles anxieux, dépressifs et des symptômes de stress post-traumatique (Bouche-Florin, 2019 ; Henley et Robinson, 2011 ; Hodes *et al.*, 2018 ; Hourdet *et al.*, 2020 ; Médecins

Sans Frontières et Comede, 2021)⁸. Dans ce contexte, le poly-usage de substances psychoactives a pour principale fonction la régulation et l'apaisement des douleurs somatiques engendrées notamment par des conditions de vie marquées par la pauvreté et l'absence de logement : froid, grande fatigue et violences d'une part, souffrances et troubles psychiques (liés notamment à la migration) d'autre part.

Si ces consommations revêtent une dimension d'automédication importante, elles exposent à de nombreux risques et dommages sanitaires et aggravent en retour la situation des mineurs migrants sur les plans social et sanitaire. Ainsi, des consommations très importantes d'alcool associées à des médicaments peuvent être à la source de situations dangereuses comme des états de surdoses (perte de repères spatio-temporels, difficultés pour marcher, dysarthrie, pupilles en mydriase, ataxie, insensibilité à la douleur, etc.) nécessitant une surveillance médicale, voire une hospitalisation (Pfau *et al.*, 2019 ; Tissot, 2021). Ces surdoses surviennent également lors de consommations simultanées de médicaments différents entrant en interaction. La consommation d'une benzodiazépine associée à la prégabaline peut accroître certains effets secondaires de ces substances comme des états de confusion ou de somnolence. L'association d'un opioïde antalgique comme le tramadol avec la prégabaline accroît quant à elle les risques de dépression respiratoire et peut mener jusqu'au coma puis au décès (voir encadré 5).

Chez certains mineurs migrants ayant développé une forte dépendance aux benzodiazépines ou à la prégabaline, l'arrêt brutal de la consommation s'accompagne de symptômes de sevrage se traduisant par des vomissements, des états confusionnels, délirants, dépressifs, des violences, etc. (Prescrire Rédaction, 2021). Un médecin intervenant en établissement pénitentiaire pour mineurs constate ainsi fréquemment des syndromes de sevrage à l'arrivée en prison et évoque « mauvais contrôle de la colère, impulsivité, violences (...) » que ces états de manque suscitent. Une interprète indique que lorsque les mineurs migrants « n'ont pas leurs doses habituelles, ils sont complètement paumés, absents, ils tremblent, ils ont des sueurs, ça les détruit. » (Tissot, 2020).

Le risque de crise d'épilepsie et de *delirium tremens* en cas d'arrêt brutal d'alcool est également réel. Plusieurs intervenants et mineurs migrants établissent un lien entre les polyconsommations médicamenteuses et certaines conduites hétéro ou auto-agressives, notamment les scarifications que certains jeunes s'infligent pour gérer des états d'intense anxiété (que les consommations peuvent en retour favoriser) (Perrin *et al.*, 2021 ; Pfau *et al.*, 2019, 2020 ; Tissot, 2020, 2021). Dans d'autres cas, ces scarifications sont faites par d'autres jeunes en guise de règlement de compte dans des conflits parfois liés aux activités délictuelles⁹, les consommations et la désinhibition qu'elles entraînent ayant pu favoriser cette violence. Les conditions d'hygiène délétères induites par la vie dans la rue ont également des conséquences sanitaires néfastes. À l'instar d'autres populations vivant dans la rue, de nombreux mineurs présentent ainsi des maladies de peau (gale, affectations cutanées, impétigos¹⁰), des blessures ou des maux de dents s'aggravant parfois à la suite d'infections engendrées par un défaut de soin.

Les différentes voies d'approvisionnement en produits

Les espaces urbains investis par les « MNA » observés dans le cadre du dispositif TREND sont souvent proches géographiquement des lieux de vente de drogues (y compris de médicaments et de cigarettes de contrebande) implantés dans certains quartiers, généralement populaires, des centres-villes, facilitant ainsi leur accès à ces substances. Ainsi, à Paris et en Seine-Saint-Denis, la consommation des mineurs migrants est facilitée par la proximité géographique entre les lieux de revente de médicaments (autour de l'hôpital Lariboisière et du métro Quatre Chemins), de cigarettes de contrebande et de cannabis (autour du métro Barbès), les lieux de vie des mineurs (le quartier de la Goutte d'Or et plus largement le nord des 18^e et 19^e arrondissements, ainsi que les communes adjacentes de la petite couronne) et ceux de revente des biens volés (à proximité des métros Barbès et La Chapelle). Cette revente permettant aux mineurs de

8. Une thèse de médecine qui s'est intéressée à l'état de santé de 143 mineurs migrants accueillis en Gironde entre 2011 et 2013 (Baudino, 2015) a ainsi relevé que 45 % d'entre eux présentaient des tableaux cliniques compatibles avec un état de stress post-traumatique (ESPT). L'ESPT était associé avec des troubles dépressifs dans 52 % des cas et avec des troubles anxieux dans 42 % des cas. Des symptômes dépressifs étaient décrits pour 34 % des mineurs et des troubles du sommeil chez 41 % d'entre eux. Une autre étude (Vervliet *et al.*, 2014) révèle une prévalence d'ESPT de plus de 50 % chez les mineurs non accompagnés arrivant en Europe, 44 % souffrent de dépression et 38 % de troubles anxieux.

9. Un cas grave ayant conduit à un décès début 2019 à Lyon a été particulièrement médiatisé, la scène ayant été filmée et diffusée en direct sur Facebook.

10. Infection bactérienne de la peau qui se traduit par l'apparition de croûtes, voire de cloques.

financer l'achat des médicaments (Pfau *et al.*, 2020 ; Trajectoires, 2018). À Lyon, certains « MNA » usagers de drogues s'établissent à la lisière des 3^e et 7^e arrondissements, où s'observent des reventes de médicaments, mais également de cigarettes de contrebande, de cannabis, ainsi que d'autres trafics (De Carvalho et Frisson, 2021 ; Tissot, 2020). La situation est semblable à Rennes et à Marseille (Duport, 2020 ; Pavic, 2019), où certains quartiers fréquentés par les mineurs migrants sont connus pour leurs marchés de rue de médicaments et d'autres produits de contrebande.

La provenance de ces médicaments revendus sur les marchés de rue est peu documentée. Il semble que certains soient importés d'Afrique du Nord, notamment lorsqu'il s'agit de Lyrica® ou de Rivotril® – cette situation a été rapportée à Marseille et à Lyon (Duport, 2020 ; Tissot, 2020). Mais, dans la grande majorité des cas, il s'agit de médicaments obtenus via des ordonnances falsifiées. Ces marchés peuvent également être alimentés par des usagers bénéficiant d'une prescription médicale qui revendent une partie de leur traitement. Enfin, certains médicaments, comme le Lyrica® ou le tramadol, peuvent être obtenus légalement par les « MNA » usagers de drogues, via des prescriptions, par exemple lors d'un passage aux urgences suite à des blessures ou des douleurs chroniques liées aux conditions de vie dans la rue.

La disponibilité des médicaments sur les marchés de rue dépend de différents facteurs (notamment l'encadrement réglementaire des modalités de délivrance, la présence de médecins enclins à prescrire, d'usagers revendant une partie de leur traitement, etc.). Sa fluctuation est susceptible de faire évoluer les consommations. Ainsi, le dispositif TREND observe une nette baisse de la disponibilité du Rivotril® sur les marchés de rue marseillais, parisiens et dionysiens (à proximité des stations de métro La Courneuve et Quatre chemins), du fait des restrictions de délivrance de celui-ci à partir de 2012 ; la consommation des mineurs migrants tend alors à se reporter vers d'autres médicaments, en premier lieu le Lyrica®.

Certains « MNA » usagers de drogues expérimentent d'autres produits présents sur les marchés de rue où ils se procurent des médicaments. C'est par exemple le cas de la MDMA, revendue par les mêmes réseaux qui proposent du Lyrica® dans le quartier de la Goutte d'Or ou dans le 7^e arrondissement de Lyon. Enfin, le maintien dans la pauvreté et dans la rue favorise le rapprochement entre certains mineurs et d'autres groupes d'usagers de drogues en grande précarité, et peut susciter l'expérimentation puis l'installation dans des consommations régulières d'autres produits. Ainsi, à Paris, plusieurs « MNA » (parfois présents sur ce territoire depuis plusieurs années et devenus majeurs) fréquentent aujourd'hui les scènes de consommation de crack dans le nord-est-parisien. De même, dans le quartier de la Goutte d'Or, la proximité avec les usagers-revendeurs de Subutex® a également conduit certains « MNA » à expérimenter ce médicament de substitution aux opioïdes.

L'implication de « MNA » dans des activités illicites plus ou moins organisées est un fait attesté, mais encore peu investigué. Cette implication peut prendre des formes variables. Certains mineurs sont recrutés (comme guetteur, vendeur ou parfois comme nourrice) par des réseaux de trafic de cigarettes de contrebande ou de cannabis. Leur rétribution consiste parfois en un hébergement (en squat) et de la nourriture, auxquels peut s'ajouter une faible somme d'argent (souvent inférieure à celle attribuée aux autres jeunes impliqués dans ces réseaux). Certains peuvent être amenés à changer de ville de résidence, comme le rapporte cette psychologue en foyer accueillant des mineurs migrants en région lyonnaise (Tissot, 2021) :

« On a eu des jeunes qui ont fugué, on ne savait pas où ils étaient, et en fait, on a appris qu'ils étaient rentrés dans un réseau, à Marseille. Mais ils étaient nourris-logés, en fait. [...] ils rentraient dans un réseau où du coup : "Bon, ben t'es nourri-logé, maintenant faut que tu travailles." Donc, il y a des réseaux qui prennent des jeunes de moins de 16 ans. »

Des « MNA » subissent par ailleurs l'exploitation de réseaux plus ou moins organisés qui les contraignent à commettre des vols à l'arraché et des cambriolages, puis qui assurent le recel des objets volés (téléphones portables, bijoux, etc.). Ils leurs fournissent en contrepartie des drogues et un hébergement, le plus souvent dans un squat insalubre. Plusieurs professionnels, à Lyon, Bordeaux, Paris ou Rennes, indiquent ainsi avoir observé la présence d'adultes exerçant une surveillance à proximité des jeunes lorsqu'ils les rencontrent. D'autres intervenants ont recueilli les témoignages de « MNA » indiquant que des adultes leur fournissaient médicaments psychotropes et hébergement en échange des biens qu'ils volent, tout en exerçant sur eux une emprise importante et des actes de violence. L'existence d'organisations criminelles relativement structurées et organisées reposant sur ce modèle d'exploitation des mineurs migrants a par ailleurs été mise au jour par plusieurs enquêtes judiciaires depuis 2020 (Perrin *et al.*, 2021).

L'accès aux soins et à l'accompagnement social : un enjeu central

Vie dans la rue et fréquentation sporadique des services sociosanitaires

L'ensemble des intervenants interrogés fait part d'importantes difficultés pour établir un contact, et davantage encore pour accompagner les « MNA » usagers de drogues sur le plan social et sanitaire (Perrin *et al.*, 2020, 2021 ; Pfau *et al.*, 2018, 2019, 2020 ; Tissot, 2018, 2019, 2020). Si ces difficultés varient en fonction des intervenants (éducateurs spécialisés, animateurs de prévention, infirmiers, médecins, etc.), du type d'établissement (association de prévention spécialisée, foyer de l'aide sociale à l'enfance, hôpital, structure spécialisée en addictologie, etc.) et des types de prises en charge proposées, des convergences peuvent être établies. Un premier constat est que la principale sollicitation de ces mineurs vise essentiellement à soigner les conséquences somatiques les plus immédiates des conditions de vie dans la rue. Ils se présentent alors le plus souvent à l'hôpital (ou y sont orientés/accompagnés par des associations) pour des soins somatiques relatifs à une infection engendrée par une blessure, une maladie dermatologique – certains d'entre eux présentant un caractère d'urgence, parfois vitale. Ces passages à l'hôpital peuvent être l'occasion d'amorcer une prise en charge psychiatrique, voire en addictologie, comme l'indique cet éducateur spécialisé :

« Une approche sur la continuité est extrêmement compliquée [...]. C'est en soignant les blessures que nous pouvons nouer les premiers contacts. Il est impressionnant de voir ces corps très jeunes abîmés par les mutilations suite à des bagarres au couteau avec de plus grands ou des groupes. La "bobologie" participe de l'accès aux soins et de la possibilité ensuite d'évoquer les consommations. [...] La prise en charge est très difficile en raison de leur extrême mobilité. La prise en charge ASE est difficile. Pour la plupart, ces jeunes explosent le cadre quand ils sont en foyer. » [Éducateur spécialisé dans une consultation jeunes consommateurs (CJC), Île-de-France, 2020]

Il semble que l'orientation vers les soins psychiatriques ou addictologiques demeure rare, les mineurs fuyant souvent après quelques jours d'hospitalisation, contre l'avis de l'équipe médicale. Lorsqu'un contact a pu être établi avec un psychologue ou un travailleur social, la plupart du temps, les « MNA » usagers de drogues ne se rendent pas en consultation. Plusieurs arguments sont avancés pour expliquer cette absence de demande de soins psychiques : méconnaissance et/ou défiance vis-à-vis des soignants, impératifs liés au quotidien de la (sur)vie qui rendent secondaires ce type de soins, difficultés à parler de leur parcours de vie traumatique ou de leurs consommations stigmatisées socialement (Bouche-Florin, 2019) ; difficultés d'accès à des structures en addictologie acceptant la prise en charge de ces personnes pour un accompagnement au sevrage ambulatoire et/ou un relais de traitement de substitution opioïde¹¹. Sur ce dernier point, un praticien hospitalier précise :

« Trouver [un accès à] une délivrance ou un CSAPA [Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie] est un vrai problème. À X [hôpital francilien], on est vraiment tout seul. Aucune demande de prise en charge de MNA par les CSAPA n'aboutit. Je mets sous méthadone les jeunes qui sont sous tramadol ; or, il n'y a pas de délivrance de méthadone dans leur foyer. Il est plus facile de continuer à se défoncer que de se soigner ! » [Praticien hospitalier, Île-de-France, 2020]

Les autres demandes de ces mineurs aux intervenants des associations qui les rencontrent dans la rue ou au sein de centres d'accueil de jour correspondent à des prestations d'hygiène (se doucher, laver ses vêtements), à l'accès à un moyen de communication (Internet ou téléphone) pour contacter leurs pairs ou des personnes restées au pays d'origine (Phan, 2021), ou visent à une mise à l'abri en structure d'hébergement. Les réponses apportées en matière d'hébergement diffèrent en fonction des politiques et dispositifs locaux et de la situation administrative du mineur. En effet, d'après les professionnels interrogés, à la différence d'autres publics de mineurs migrants, ceux qui sont usagers de drogues ne s'engagent que rarement dans une procédure de reconnaissance du statut de mineur non accompagné, prérequis à une éventuelle prise en charge par l'ASE. Ce phénomène s'explique à la fois par leur ancrage dans un mode de vie de la rue, par l'influence des groupes de pairs, par leur défiance vis-à-vis des institutions de l'ASE, mais

11. À Paris, un groupe de travail réunissant des structures d'addictologie hospitalière et le CEIP-A de Paris s'est créé en 2021, pour travailler la question de la pertinence et du cadre de prescription de la prégabaline et des médicaments de substitution à des usagers de drogues « MNA », dans une optique de RdRD, voire d'accompagnement au sevrage ambulatoire. Le fait que ces personnes soient mineures et qu'il n'y ait pas d'indication à la prescription de Lyrica® comme médicament de substitution sont deux des freins majeurs à la prise en charge de ces patients.

également (et peut-être principalement) par l'inadaptation d'une procédure qui leur apparaît complexe et souvent inadaptée à leurs situations (voir p. 5) (Paté, 2021). L'absence d'engagement dans la procédure de reconnaissance de la minorité, l'isolement et le manque de suivi éducatif rendent aléatoire la possibilité de mise à l'abri¹². Celle-ci repose alors principalement sur la présence au niveau local de dispositifs d'hébergement acceptant ces mineurs usagers de drogues et leur proposant des conditions d'accueil adaptées à leur besoins¹³.

L'inadaptation de la réponse pénale à la situation des mineurs migrants usagers de drogues

En marge du système de prise en charge (réservé aux jeunes reconnus « MNA ») de l'aide sociale à l'enfance, la plupart des « MNA » usagers de drogues sont en revanche suivis par des services de protection judiciaire de la jeunesse, à la suite de la commission d'actes de délinquance donnant lieu à un passage devant la justice. Les faits les plus fréquemment constatés sont des vols à l'étalage ou à l'arraché, des cambriolages et, dans une moindre mesure, du trafic de drogue.

La réponse pénale apportée à ces faits de délinquance a fait l'objet de critiques tant par des acteurs institutionnels que des acteurs de terrain, dans un contexte où ce phénomène semble s'amplifier. En effet, s'il convient de rester très prudent en l'absence de statistiques nationales fiables et compilées, les informations fournies par certains établissements pour mineurs au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) font état d'une hausse importante de la proportion de « MNA » dans les effectifs totaux des mineurs incarcérés¹⁴.

Le traitement judiciaire des « MNA » se distingue par sa sévérité par rapport à celui réservé aux autres mineurs : le déferrement devant un juge par le procureur est plus fréquent que la convocation à une date ultérieure, tout comme le placement en détention provisoire est plus fréquemment prononcé par le juge que la remise en liberté dans l'attente du jugement¹⁵, et cela pour des faits qui, généralement, « ne conduiraient pas à l'incarcération d'un enfant vivant avec sa famille » (CGLPL et Hazan, 2019). Or, l'incarcération en établissement pénitentiaire pour mineur, comme le placement en centre éducatif fermé, constitue une réponse inadaptée aux besoins des mineurs migrants usagers de drogues et semble plutôt aggraver leur situation. Ainsi, l'interdiction d'accès à leurs e-mails ou comptes personnels sur les réseaux sociaux en détention vient renforcer leur isolement – alors que certains avaient réussi à maintenir un lien familial par ce biais –, auquel s'ajoute fréquemment la stigmatisation par les autres mineurs incarcérés. Surtout, les intervenants du champ sociosanitaire (personnels soignants et éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse) font part de leurs grandes difficultés à instaurer un accompagnement avec ces mineurs et insistent sur leur manque de compétence pour prendre en charge des états de santé somatiques et psychiques bien plus dégradés à leur arrivée en détention que ceux des mineurs qu'ils suivent habituellement : symptômes de sevrage suite à l'arrêt soudain de la consommation de médicaments, conduites autoagressives (notamment des mutilations) et hétéro-agressives (les « MNA » sont fréquemment impliqués dans des violences en détention), troubles psychiatriques et symptômes dépressifs (conduisant parfois à des tentatives de suicide), etc. (Fillod-Chabaud et Touraut, 2022).

Ces difficultés sont redoublées par des obstacles d'ordre administratif. Le premier renvoie à l'absence récurrente d'interprète, qui obère les possibilités de communication avec ces mineurs et renforce leur isolement¹⁶. De plus, beaucoup sont incarcérés sans représentant légal, ce qui complique largement l'accès aux soins et la mise en œuvre d'une action éducative pendant la détention, ou la mise en place

12. Du fait de leur minorité, ils sont en principe exclus du 115 et des places en hébergement d'urgence, mais il semble qu'au sein de quelques territoires, certains mineurs y ont recours.

13. À l'instar, par exemple, de l'accueil de nuit ouvert dans le quartier de la Goutte d'Or en 2017, géré par le centre d'action sociale protestant en partenariat avec d'autres associations. Cet accueil de nuit est couplé à une maraude de jour visant à créer du lien et à prodiguer les premiers soins, ainsi qu'à un accueil de jour permettant de répondre aux besoins fondamentaux des jeunes (alimentation, hygiène, soins).

14. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté indique que, dans certains quartiers mineurs, les « MNA » représentent plus de 30 %, parfois plus de 50 % des mineurs incarcérés dans certains établissements (CGLPL et Hazan, 2019).

15. Cette mise en détention présentencielle s'explique notamment par la crainte du procureur de la République ou du juge des enfants de l'absence du mineur non accompagné lors de son audience.

16. Dans son rapport d'activité de 2018 (CGLPL et Hazan, 2019), le CGLPL précise toutefois que « la PJJ finance l'intervention d'interprètes, mais sur ses propres lignes budgétaires, au détriment du financement des activités pour tous les jeunes ».

au préalable d'une mesure d'assistance éducative¹⁷. Ainsi, l'absence de représentant légal et de papiers d'identité diffère les soins non urgents (CNCDH, 2018) et ne permet pas aux jeunes de bénéficier de l'intervention de certains professionnels, comme le rapporte par exemple l'Observatoire international des prisons (OIP) à propos de l'intervention de conseillers à l'emploi en mission locale (OIP, 2019). Enfin, ces mineurs subissent un traitement parfois estimé discriminatoire, dans la mesure où ils font davantage l'objet que les autres détenus mineurs de transferts vers un autre établissement pénitentiaire en cas de surpopulation, ce qui vient rompre le travail de suivi éducatif mené et contribue à accroître la fragilité du mineur migrant (CNCDH, 2018).

Dans certaines situations, l'incarcération produit néanmoins des effets bénéfiques, notamment lorsqu'elle permet d'écarter le mineur migrant du groupe de pairs et, surtout, des réseaux de trafic qui les exploitent, d'entamer un travail autour des addictions¹⁸ et d'améliorer la santé physique et psychique (grâce à l'intervention de certains professionnels, à la mise en place de groupes de parole, etc.). Mais, bien souvent, l'absence d'accompagnement et d'hébergement adaptés à la sortie rend caducs ces bénéfices et favorise le retour à des conditions de vie identiques à celles qui préexistaient à la détention, rendant probable la dégradation de l'état de santé et la récidive¹⁹.

Des prises en charge éducatives encore inadéquates

L'incarcération n'est pas systématiquement requise pour les mineurs migrants soupçonnés ou reconnus coupables de délits, notamment lorsqu'ils sont déférés pour la première fois devant la justice. En effet, le contrôle judiciaire accompagné de mesures éducatives est privilégié, notamment lorsque le mineur a moins de 16 ans. Mais ces décisions restent inadaptées aux difficultés spécifiques rencontrées par les mineurs migrants usagers de drogues. Privés d'accompagnement et de domicile fixe, livrés à eux-mêmes, ces derniers ne sont pas en mesure de se soumettre aux obligations relatives au contrôle judiciaire (oubli des rendez-vous avec le travailleur social ou de pointer au commissariat, difficultés à s'orienter dans l'espace urbain) (Hias, 2021). De même, les mesures éducatives consistant en un placement dans un hébergement échouent généralement, les mineurs migrants fuyant rapidement de la structure où le cadre appliqué est inapproprié à leurs problématiques multiples et spécifiques (respect de contraintes horaires, obligations de participer à certaines activités, interdiction des consommations de produits psychoactifs). Dans ces structures d'hébergement comme en détention, les problématiques relatives à la barrière de la langue, à l'absence de papiers (nécessaires à l'inscription dans une formation professionnelle, par exemple), constituent autant de difficultés pour les éducateurs de l'ASE. Ces derniers disent par ailleurs se sentir largement démunis face aux consommations de substances psychoactives de ces mineurs migrants – qui se distinguent de celles des autres mineurs hébergés dans les établissements de l'ASE, souvent limitées à l'alcool et au cannabis –, ainsi qu'aux manifestations spectaculaires qu'elles engendrent et qu'ils ne savent pas ou peu gérer (les syndromes de manque, les automutilations, les violences, etc.).

CONCLUSION

Cette note montre la spécificité des usages de drogues de certains « MNA » qui ne peuvent se comprendre que dans l'intrication biographique entre la vie dans le pays d'origine, le projet migratoire, la migration en tant que telle, et les conditions de vie dans le(s) pays de destination. Elle met en évidence des contextes de vie qui accroissent les risques sanitaires, notamment ceux liés à la vie dans la rue et à des usages importants de substances psychoactives. Au sein du pays de destination, certaines consommations évoluent,

17. La mise en place d'actions éducatives ou relatives à l'insertion professionnelle ou à l'accès aux soins implique la désignation d'un tuteur ou la délégation de l'autorité parentale à un tiers. Or, les éducateurs ne peuvent être ni tuteur, ni disposer de cette délégation, ce qui entrave leurs possibilités d'intervention auprès des mineurs migrants. Les difficultés récurrentes engendrées par cette situation ont donné lieu à la publication, le 5 septembre 2018, d'une note relative aux mineurs non accompagnés faisant l'objet de poursuites pénales ; elle a vocation à faciliter la désignation d'un représentant légal à chaque étape de la procédure judiciaire, ainsi qu'une meilleure coordination entre les services concernés (PJJ, ASE, juge pour enfant, procureur de la République).

18. Un sevrage est mis en place par certains soignants à l'aide d'anxiolytiques et de somnifères.

19. C'est notamment le cas lorsque le mineur migrant a fait l'objet d'un transfert d'établissement au cours de sa détention et ne sera ainsi pas connu des services de l'ASE du territoire d'où il a été libéré (CNCDH, 2018).

en témoigne notamment l'expérimentation des usages de produits comme l'ecstasy/MDMA ou le crack, ou des épisodes répétés d'alcoolisation importante par certains mineurs. De même, cette note aborde les multiples difficultés liées à la prise en charge de ces mineurs, notamment en matière d'accès à un hébergement adapté ou à un accompagnement socioéducatif. Elle met en évidence, comme d'autres études (De Carvalho et Frisson, 2021), les besoins de soutien des intervenants dans ce travail via des (in)formations sur les phénomènes migratoires, les usages de drogues et notamment de médicaments hors cadre thérapeutique, les possibilités d'accompagnement, etc. À ce titre, certains professionnels au contact de « MNA » fortement consommateurs de produits psychoactifs indiquent que la clinique de l'intervention en réduction des risques liés aux usages de drogues (De Carvalho et Frisson, 2021 ; Flye Sainte-Marie, 2021) constituerait un moyen d'action utile aux divers intervenants pour établir une relation de confiance avec ces mineurs dans un contexte où les injonctions au sevrage restent inefficaces.

Plus globalement, face aux multiples problématiques qui caractérisent les « MNA » usagers de drogues et à la relative inadaptation des réponses existantes, cette note met en relief l'importance, soulignée par de nombreux acteurs, de bénéficier de dispositifs s'appuyant sur un accompagnement pluridisciplinaire et un cadre de fonctionnement adapté servant de passerelle entre la vie dans la rue et les structures de droit commun de l'ASE (Demarche et Le Guern, 2017 ; Gautier *et al.*, 2020).

L'ensemble des profils de ces mineurs est pourtant très inégalement documenté. Si les travaux sur les mineurs visibles dans l'espace public existent, d'autres espaces mériteraient d'être investigués. Une enquête auprès des mineurs non accompagnés pris en charge par l'ASE ou, à l'inverse, habitant dans des espaces plus confidentiels, permettrait d'accéder à des mineurs d'autres origines géographiques que les garçons issus de l'immigration nord-africaine, à des trajectoires migratoires plus diversifiées et, potentiellement, d'accéder aux témoignages d'adolescentes, parfois usagères de drogues elles aussi.

Bibliographie

Liens accessibles au 19/09/2022

- Angliviel M., Ducci S. (2019) Mineurs isolés, l'hôtel pour seule protection. *Plein droit*, n° 122, p. 10-13.
- ANSM (2017) État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, Avril 2017. Saint-Denis, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 58 p.
- ANSM (2021) Prégabaline (Lyrica et génériques) : modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
- Arab C. (2007) Le «hrague» ou comment les Marocains brûlent les frontières. *Hommes & Migrations*, n° 1266, p. 82-94.
- Arab C., Sempere Souvannavong J.D. (2009) Les jeunes harragas maghrébins se dirigeant vers l'Espagne : des rêveurs aux «brûleurs de frontières». *Migrations Société*, n° 125, p. 191-206.
- Aumond F. (2017) Quand l'exceptionnel dure et le provisoire se normalise : les Centres d'Accueil et d'Orientation pour mineurs non accompagnés (CAOMI). *Revue Européenne des Migrations Internationales*, Vol. 33, n° 1, p. 157-163.
- Bailleul C., Senovilla Hernández D. (2016) Dans l'intérêt supérieur de qui ? Enquête sur l'interprétation et l'application de l'article 3 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant dans les mesures prises à l'égard des mineurs isolés étrangers en France Poitiers, MIGRINTER, 157 p.
- Baudino P. (2015) État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. Université de Bordeaux, Thèse de médecine, 98 p.
- Beddiar N. (2019) La jeunesse est un pays étranger. *Les Cahiers Dynamiques*, n° 74, p. 33-41.
- Blocquaux J., Burstin A., Giorgi D. (2005) Rapport n° 2005 010 de la Mission d'analyse et de proposition sur les conditions d'accueil des mineurs étrangers isolés en France. Paris, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 114 p.
- Bouche-Florin L. (2019) L'addiction chez les mineurs non accompagnés : comment passer du produit au récit. *Psychotropes*, Vol. 25, n° 1, p. 25-45.
- Bouillon F. (2003) Des migrants et des squats : précarités et résistances aux marges de la ville. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, Vol. 19, n° 2, p. 23-46.
- Bourgi H., Burgoa L., Iacovelli X., Leroy H. (2021) Rapport d'information n° 854 [...] sur les mineurs non accompagnés. Paris, Sénat, 133 p.
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Gérome C., Martinez M., Milhet M., Detrez V., Adès J.-E. (2020) 1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France vues au travers du dispositif TREND de l'OFDT. Paris, OFDT, coll. Théma TREND, 72 p.
- CEIP-A de Toulouse (2021) Principaux résultats de l'enquête OSIAF 2019. Saint-Denis, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), 2 p.
- CGLPL, Hazan A. (2019) Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2018. Paris, Dalloz, 358 p.
- Chariot P. (2010) Quand les médecins se font juges : la détermination de l'âge des adolescents migrants. *Chimères*, n° 74, p. 103-111.
- CNCDH (2018) Avis sur la privation de liberté des mineurs. 27 mars 2018. Paris, Commission nationale consultative des droits de l'homme, 72 p.

- De Carvalho E., Frisson O. (2021) Les mésusages de médicaments chez les mineur-e-s non accompagné-e-s, les mineur-e-s non reconnu-e-s et les mineur-e-s en prostitution. Étude menée à l'échelle de la métropole de Lyon. Lyon, CAARUD Pause Diabolo, 55 p.
- Debré I. (2010) Les mineurs isolés étrangers en France. Paris, Sénat, 160 p.
- Défenseur des droits (2017) Avis du Défenseur des droits n° 17-09, 17 p.
- Delbos L. (2016) Les enjeux juridiques autour des mineurs isolés étrangers. VST - Vie sociale et traitements, n° 130, p. 16-22.
- Demarche C., Le Guern G. (2017) L'interdisciplinarité dans l'accompagnement des MNA : une modalité étayant les éducateurs et les adolescents. Revue de l'enfance et de l'adolescence, n° 96, p. 355-370.
- Doineau E., Godefroy J.-P. (2017) Rapport d'information n° 598 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés. Paris, Sénat, 116 p.
- Duport C. (2020) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille en 2019. Marseille, Addiction Méditerranée ; ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Paris, OFDT, 84 p.
- Duvivier E. (2009) Quand ils sont devenus visibles... Essai de mise en perspective des logiques de construction de la catégorie de « mineur étranger isolé ». Pensée Plurielle, n° 21, p. 65-79.
- EMN (2010) Policies on reception, return and integration arrangements for, and numbers of, unaccompanied minors - an EU comparative study. Brussels, European Migration Network, 163 p.
- Étiemble A. (2002) Les mineurs isolés étrangers en France. Évaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide Sociale à l'Enfance. Les termes de l'accueil et de la prise en charge. Rennes, Quest'us, Association d'études et de recherches en sociologie, 272 p.
- Étiemble A., Zanna O. (2013) Des typologies pour faire connaissance avec les mineurs isolés étrangers et mieux les accompagner. Synthèse. Rennes, Topik, Collectif de recherche et d'intervention en sciences humaines et sociales, 16 p.
- Filloid-Chabaud A., Touraut C. (2022) L'expérience carcérale des mineurs non accompagnés. Synthèse des échanges du séminaire nomade de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) du 18 mai 2021. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, Ministère de la Justice, n° 58, 20 p.
- Flye Sainte-Marie G. (2021) Prise en charge pour les mineurs non accompagnés, retour d'expérience. Swaps, n° 98-99, p. 12-15.
- Gardet M., Sifi M. (2010) Français Musulmans d'Algérie (FMA). Jeunes isolés en métropole dans les années 1950. In : Pratiquer les frontières. Jeunes migrants et descendants de migrants dans l'espace franco-maghrébin, Lorcerie F. (Dir.). Paris, CNRS Éditions, coll. CNRS Sociologie, p. 97-118.
- Gautier L., Spagnolo J., Quesnel-Vallée A. (2020) Comment favoriser la communication thérapeutique avec une population vulnérable ? Des approches et des outils pour les professionnels prenant en charge les mineurs non accompagnés. Migrations Société, n° 181, p. 121-134.
- Gérome C., Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Milhet M., Detrez V., Martinez M. (2019) Usagers, marchés et substances : évolution récentes (2018-2019). Tendances, OFDT, n° 136, 8 p.
- Gérome C. (2020) Guide méthodologique du dispositif TREND. Paris, OFDT, 80 p.
- Gérome C., Gandilhon M. (2020) Substances psychoactives, usagers et marchés : tendances récentes (2019-2020). Tendances, OFDT, n° 141, 8 p.
- Greulich W.W., Pyle S.I. (1959) Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist, Stanford University.
- Guenatri O., Lafer F., Moussaoui F.N., Hafdallah R., Khaled N., Oussaad A., Péraldi M. (2014) S'arracher : la harraga des mineurs en Algérie. In : Les mineurs migrants non accompagnés. Un défi pour les pays européens, Péraldi M. (Dir.). Paris, Karthala.
- Guicharnaud M., Quattoni B. (2019) D'une famille d'origine à une famille institutionnelle. Le mineur non accompagné : de déliaisons en reliaison, attaches rompues et nouveaux liens. Sud/Nord, n° 28, p. 153-171.
- HAS (2015) Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Fiche mémo. Saint-Denis, Haute Autorité de santé, 5 p.
- Henley J., Robinson J. (2011) Mental health issues among refugee children and adolescents. Clinical Psychologist, Vol. 15, n° 2, p. 51-62.
- Hias S. (2021) Le placement des mineurs non accompagnés dans les établissements privés de liberté. dièses, 25 juin.
- Hodes M., Vasquez M.M., Anagnostopoulos D., Triantafyllou K., Abdelhady D., Weiss K., Kuposov R., Cuhadaroglu F., Hebebrand J., Skokauskas N. (2018) Refugees in Europe: national overviews from key countries with a special focus on child and adolescent mental health. European Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 27, n° 4, p. 389-399.
- Hourdet A., Rénier M., Van de Steeg F., Rieutord G., de Champs Léger H. (2020) État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 27, p. 531-537.
- Khaled N. (2013) Adolescents harragas : risquer sa vie comme seule possibilité de réalisation de soi. Adolescence, Vol. 31, n° 3, p. 699-709.
- Landrieu B. (2003) Rapport du groupe de travail sur les modalités de prise en charge des mineurs étrangers isolés sur le territoire français.
- Long J. (2021) Grandir en exil : expériences juvéniles au cœur des trajectoires migratoires des mineurs non accompagnés venus d'Algérie et du Mali. Hommes & Migrations, n° 1333, p. 51-57.
- Masson B. (2010) « Mineurs isolés étrangers » : le sens d'une appellation. Migrations Société, n° 129-130, p. 115-128.
- Mathlouthi S., Fares N., Talbi M. (2019) Cannabis et migration irrégulière chez de jeunes Tunisiens en difficulté : entre besoin d'appartenance sociale et quête du bonheur. Psychotropes, Vol. 25, n° 1, p. 75-90.
- Médecins Sans Frontières (2019) Les mineurs non accompagnés, symbole d'une politique maltraitante. Rapport de la mission de Médecins Sans Frontières auprès des mineurs non accompagnés en France, 60 p.
- Médecins Sans Frontières, Comede (2021) La santé mentale des mineurs non accompagnés. Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion, 42 p.
- Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire (2009) Les politiques relatives à l'accueil, l'intégration et le retour des mineurs non accompagnés, 24 p.
- Ministère de la Justice (2016) Comité de suivi des mineurs non accompagnés du 7 mars 2016.
- Ministère de la Justice (2021) Mission mineurs non accompagnés. Protection judiciaire de la jeunesse, 4 p.
- Nations Unies (2005) Observation générale n° 6. Traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine. Comité des droits de l'enfant, Trente-neuvième session, 17 mai-3 juin 2005, 28 p.
- OIP (2019) Mineurs non accompagnés : les victimes d'un système. Observatoire International des Prisons.
- Paté N. (2021) Les processus discriminatoires au cœur des pratiques d'évaluation de la minorité et de l'isolement des mineurs non accompagnés. Hommes & Migrations, n° 1333, p. 39-46.

- Pautrat C., Messias B., Emmanuelli J., Carsin C., Debart M.-H., Plante S. (2014) L'évaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la circulaire du 31 mai 2013. Paris, Inspection générale de l'administration, Inspection générale des services judiciaires, Inspection générale des affaires sociales, 184 p.
- Pavic G. (2019) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Rennes en 2018. Rennes, Liberté Couleurs ; Paris, OFDT, 76 p.
- Péraldi M. (Dir.) (2012) Les gamins des quais. Mineurs migrants dans l'espace euro-méditerranéen, CISS, CJB, SARP.
- Perrin S., Lazès-Charmetant A., Delile J.-M. (2020) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Bordeaux en 2019. Bordeaux, CEID ; Paris, OFDT, 93 p.
- Perrin S., Lazès-Charmetant A., Delile J.-M. (2021) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Bordeaux en 2020. Bordeaux, CEID ; Paris, OFDT, 79 p.
- Peyroux O. (2020) Mineurs migrants et traite des êtres humains. Les oubliés de la protection de l'enfance. *Hommes & Migrations*, n° 1328, p. 35-42.
- Pfau G., Péquart C. (2015) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris : état des lieux en 2013. Paris, Association Charonne, Saint-Denis, OFDT, 122 p.
- Pfau G., Francia M., Benso V., Pequart C. (2018) Tendances récentes et nouvelles drogues - Seine-Saint-Denis. Synthèse des résultats 2017. Saint-Denis, OFDT, 4 p.
- Pfau G., Flye Sainte Marie G., Péquart C. (2019) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris et en Seine-Saint-Denis en 2018. Saint-Denis, OFDT ; Paris, Association Charonne-Oppelia, 96 p.
- Pfau G., Lovera M., Flye Sainte Marie G. (2020) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris en Île-de-France en 2019. Paris, Association Charonne-Oppelia ; ARS Île-de-France, OFDT, 180 p.
- Phan O. (2021) Les mineurs non accompagnés dits « de la Goutte d'Or ». *Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence*, n° 4, p. 125-138.
- Prescrire Rédaction (2021) Abus et dépendances à la prégabaline en hausse en France et ailleurs. *Prescrire*, n° 444, p. 750-751.
- Przybyl S., Ben Tayeb Y. (2013) Tanger et les harraga : les mutations d'un espace frontalier. *Hommes & Migrations*, n° 1304, p. 41-48.
- Przybyl S. (2018) Territoires de la migration, territoires de la protection. Parcours et expériences des mineurs isolés étrangers accueillis en France. *e-Migrinter*, n° 17, doi : 10.4000/e-migrinter.1125.
- Rongé J.-L. (2016) Les « mineurs isolés étrangers » (MIE) deviennent des « mineurs non accompagnés » (MNA) - Que tout change... pour que rien ne change ! *Journal du droit des jeunes*, n° 358-359-360, p. 20-42.
- Ruiz C. (2013) Accueil, orientation et prise en charge des mineurs isolés étrangers à Marseille. Regard sur le circuit institutionnel, judiciaire et associatif de protection. Marseille, Accès au Droit des Enfants et des Jeunes (ADEJ), 112 p.
- Tissot N. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2017. Tendances récentes sur le site de Lyon. Lyon, CAARUD RuptureS ; ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; Saint-Denis, OFDT, 105 p.
- Tissot N. (2019) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2018. Tendances récentes sur le site de Lyon. Lyon, CAARUD RuptureS ; ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; Paris, OFDT, 57 p.
- Tissot N. (2020) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Lyon et en Auvergne-Rhône-Alpes en 2019. Lyon, CAARUD RuptureS ; ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; Paris, OFDT, 178 p.
- Tissot N. (2021) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Lyon et en Auvergne-Rhône-Alpes en 2020. Lyon, CAARUD RuptureS ; ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; Paris, OFDT, 174 p.
- Trajectoires (2018) Recherche-action sur la situation des mineurs non accompagnés marocains. Paris, Trajectoires, 59 p.
- Unicef (2005) Nouveau visage de la migration : Les mineurs non accompagnés. Analyse transnationale du phénomène migratoire des mineurs marocains vers l'Espagne, 52 p.
- Unicef (2016) Ni sains, ni saufs. Enquête sur les enfants non accompagnés dans le Nord de la France.
- Vervliet M., Lammertyn J., Broekaert E., Derluyn I. (2014) Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 23, n° 5, p. 337-346.
- Vitturi L. (2010) Les mineurs afghans à Paris : migrants en «transit» ou mineurs en danger ? *Migrations Société*, n° 129-130, p. 227-242.

Remerciements : à Caroline Masson, chargée d'études à l'OFDT entre 2018 et 2019, pour son travail de documentation et d'analyse préparatoire, à l'ensemble des coordinations locales des sites du dispositif TREND et leurs observateurs et observatrices pour le recueil des données.

Pour leurs relectures d'une première version de ce texte : Valérie Carrasco (SSMSI, Ministère de l'Intérieur), Magali Fougère-Ricaud et Caroline Touraut (Observatoire national de la protection de l'enfance), Guillaume Pavic (association Libertés couleurs, Rennes), Grégory Pfau (association Oppelia Charonne, Paris), Valérie Saintoyant (Mildeca) et Nina Tissot (Caarud RuptureS, Oppelia, Lyon).



Observatoire français des drogues et des tendances addictives

69 rue de Varenne 75007 Paris

Tél : 01 41 62 77 16

e-mail : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

ISBN : 979-10-92728-60-6

Photo copyrights : © Frédérique Million (OFDT)