



État des lieux de santé des mineurs non accompagnés au CHU de Rouen et élaboration d'un protocole de prise en charge

Léa Merleau

► To cite this version:

Léa Merleau. État des lieux de santé des mineurs non accompagnés au CHU de Rouen et élaboration d'un protocole de prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03343676

HAL Id: dumas-03343676

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03343676>

Submitted on 14 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

Léa MERLEAU

Née le 10/11/1991 à Orléans

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 juin 2021

**ÉTAT DES LIEUX DE SANTÉ DES MINEURS NON
ACCOMPAGNÉS AU CHU DE ROUEN ET ÉLABORATION
D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE**

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Christophe MARGUET

DIRECTRICE DE THÈSE : Madame la Docteur Anaïs LESOURD

MEMBRES DU JURY : Madame la Professeure Élisabeth MAUVIARD

Monsieur le Docteur Gilles GARGALA

Monsieur le Docteur Édouard MARTINEZ-CASADO

DOYEN :

Professeur Benoît VEBER

ASSESSEURS :

Professeur Loïc FAVENNEC

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie

Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie

Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoît MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire

Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	
----------------------------	--

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Anne-Sophie **PEZZINO**

Orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Serment d'Hippocrate :

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques, mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

« Je me suis trompé. Aucune frontière n'est facile à franchir. Il faut forcément abandonner quelque chose derrière soi. Nous avons cru pouvoir passer sans sentir la moindre difficulté, mais il faut s'arracher la peau pour quitter son pays. Et qu'il n'y ait ni fils barbelés ni poste frontière n'y change rien. J'ai laissé mon frère derrière moi, comme une chaussure que l'on perd dans la course. Aucune frontière ne vous laisse passer sereinement. Elles blessent toutes. »

Eldorado (2006) de Laurent Gaudé.

I. Table des matières

Abréviations :	21
I. Introduction :	23
I.1 Définition d'un Mineur Non Accompagné	23
I.2 Recensement	23
I.3 Parcours administratif et légal du MNA	24
I.3.1 Reconnaissance en tant que MNA	24
I.3.2 Parcours administratif en Seine Maritime	25
I.3.3 Droit à la santé	27
I.4 Données épidémiologiques	28
I.4.1 Mission Mineurs Non Accompagnés, rapport d'activité (5)	28
I.4.2 Ministère de la Justice	32
I.4.3 Rapport de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) (15)	32
I.4.1 Données Allemandes :	32
I.4.2 Département de Seine Maritime (17)	33
I.5 État de santé des MNA	33
I.5.1 Selon la PASS de l'Hôtel Dieu de Paris (18)	33
I.5.2 Selon le rapport du Comité pour la Santé des exilés (Comede) (19)	34
I.5.3 Données de la Gironde (2011-2013) (20)	34
I.5.4 Consultations de mineurs isolés étrangers en attente de contact ou d'évaluation, Médecins du monde (21)	35
II. Objectifs :	36
III. Matériels et Méthodes :	37
III.1 Caractéristiques générales de l'étude	37
III.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	37
III.3 Caractéristiques des patients	37
III.3.1 Données démographiques recueillies :	38
III.3.2 Données recueillies concernant la reconnaissance en tant que MNA :	38
III.3.3 Données de santé recueillies :	38
III.3.4 Devenir du patient :	39
III.4 Perdus de vue	40
III.5 Méthodes et recueil des données	40
III.6 Aspects réglementaires	41
III.7 Analyses statistiques	41
IV. Résultats	42
IV.1 Caractéristiques de la population	42
IV.1.1 Effectifs	42
IV.1.2 Démographie et origine géographique	42
IV.1.3 Parcours administratif pour une reconnaissance en tant que mineur	46
IV.1.4 Parcours de soins	47
IV.2 Données médicales	50
IV.2.1 Antécédent(s)	50
IV.3 Examen clinique	51
IV.4 Pathologies diagnostiquées	51
IV.4.1 Pathologies infectieuses	51
IV.4.2 Pathologies hématologiques	60
IV.4.3 Autres pathologies somatiques	62
IV.5 Orientations :	64
IV.6 Conséquences de la COVID19	65
IV.7 Résumé des principaux résultats :	65
V. Discussion	68
V.1 Parcours de soin :	68
V.1.1 Partenariats associatifs	68
V.1.2 COVID-19 :	69
V.2 comparaison à la Littérature et proposition d'un protocole :	69
V.2.1 Données sociodémographiques :	69

V.2.1	Pathologies diagnostiquées au décours des dépistages :	72
V.2.2	Anomalies hématologiques.....	82
V.3	Forces et faiblesses	87
V.3.1	Intérêts :.....	87
V.3.2	Biais de classement.....	90
V.3.3	Biais de sélection	90
V.3.4	Biais d'information	91
V.3.5	Biais de mesure	92
VI.	Conclusion.....	94
VII.	Références.....	95
VIII.	Annexes.....	100

Abréviations :

ADF	Assemblée des Départements de France
AEM	Appui à l'évaluation de la minorité
AME	Aide Médicale d'État
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BU	Bandelette Urinaire
C.A.P.S.	Comité d'Action et de Promotion Sociales
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CeGIDD	Centre Gratuit, d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
C.L.A.T.	Centre de Lutte Antituberculeuse
CMU-c	Couverture Maladie Universelle complémentaire
COMEDE	Comité Médical pour les Exilés
DPJJ	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DROMIE	Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Étrangers
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines
EpHb	Électrophorèse de l'Hémoglobine
EPS	Examen Parasitologique des Selles
EPU	Examen Parasitologique des Urines
ET	Écart-Type
FOGD	Fibroskopie œso-gastro-duodénale
G6-PD	Glucose-6-Phosphate Déshydrogénase
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
IDR	Intradermoréaction à la tuberculine
IgA,G,M	Immunoglobuline A,G,M
INF-gamma	Interferon gamma
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITL	Infection Tuberculose Latente
JE	Juge des Enfants
MDA	Maison Des Adolescents
MdM	Médecins du Monde
MIE	Mineur Isolé Étranger
MNA	Mineur non accompagné
MMNA	Mission Mineurs non accompagnés
OFII	Office Française de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Française de Protection des Réfugiés et Apatrides
OPP	Ordonnance de placement provisoire
PASS	Permanence d'accès aux soins
PBH	Ponction-Biopsie Hépatique
PBR	Ponction-Biopsie Rénale
PUMa	Protection Universelle Maladie
RP	Radiographie Pulmonaire
RSM	Réseau Santé Migrant
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique

TM Tuberculose Maladie
UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees
VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHA,B,C,D,E Virus Hépatique A,B,C,D,E

I. Introduction :

En 2019, devant la recrudescence du nombre d'hospitalisations de patients Mineurs Non Accompagnés (MNA) dans le service de pédiatrie du CHU de Rouen et devant leurs problématiques de santé bien différentes de celles prises en charge habituellement dans le service, l'évaluation de leur état de santé et l'élaboration d'un protocole concernant leur bilan initial s'est avéré nécessaire. Le travail présenté ci-dessous s'est donc intéressé à cette population particulière que sont les MNA et à leur besoin de santé globale.

I.1 Définition d'un Mineur Non Accompagné

Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), « un enfant non accompagné est une personne âgée de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable, qui est séparé de ses deux parents et n'est pas pris en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire » (1).

D'après France Terre d'Asile, la définition comprend la notion de nationalité « Un mineur isolé étranger ou mineur non accompagné, est un jeune de moins de 18 ans qui n'a pas la nationalité française et se trouve séparé de ses représentants légaux sur le sol français. De sa minorité découle une incapacité juridique, et de l'absence de représentant légal une situation d'isolement et un besoin de protection » (2).

En l'occurrence, les MNA sont des personnes de moins de 18 ans, de nationalité étrangère, qui se trouvent sur le territoire français sans adulte responsable.

Ils sont nommés pour la première fois Mineurs isolés étrangers (MIE) en 2010 par le sénateur Debré dans son rapport sur les MIE en France (3). En 2016, le garde des sceaux Jean-Jacques URVOAS a renommé ces derniers « mineurs non accompagnés ». Ce changement de terminologie a permis une harmonisation lexicale avec la notion utilisée par le droit européen (unaccompanied minor) (4).

I.2 Recensement

Le recensement du nombre de MNA est compliqué sur le territoire français, les chiffres connus concernent les mineurs mis à l'abri et pris en charge par l'aide sociale à l'enfance

(ASE). Avant cette étape, ils sont en situation irrégulière et souvent « invisibles » et insaisissables. Nul ne sait combien sont ceux non reconnus mineurs, sans papiers et livrés à eux-mêmes.

L'arrivée en France des MNA s'est accentuée de manière significative depuis 2010. Dans le rapport annuel d'activité du Ministère de la Justice, on estime à 16760 le nombre de personnes déclarées mineurs non accompagnés et pris en charge par l'ASE en 2019 contre 14908 en 2017 et 2555 en 2013 (5).

Parallèlement, l'Office Français des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) a vu son nombre de demandes d'asile des MNA augmenter ces dernières années, elles étaient de 755 en 2019 et de 591 en 2017 contre 367 en 2013. Elles restent néanmoins bien en deçà des chiffres évoqués ci-dessus (6).

Compte tenu de la diversité des modes de reconnaissance sur le territoire, aucune donnée statistique fiable n'existe à ce jour.

I.3 Parcours administratif et légal du MNA

I.3.1 Reconnaissance en tant que MNA

En vertu de l'article 20 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CIDE), ratifiée par la France, un mineur « *privé de son milieu familial [...], a droit à une protection et une aide spéciale de l'État.* » (7). En France cette responsabilité revient aux services de l'ASE représentés à l'échelle départementale.

Avant 2019, la prise en charge débutait, après que les MNA se soient présentés au service du département, par une phase de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation d'une durée théorique de cinq jours durant laquelle ils étaient hébergés dans une structure d'accueil temporaire (foyer de l'enfance ou hôtel social) selon les possibilités départementales. Cette période était parfois beaucoup plus longue. À son terme, le procureur pouvait prononcer une ordonnance de placement provisoire (OPP) confiant ainsi la responsabilité des MNA aux services de l'ASE. L'ASE se devait alors de les orienter vers une structure d'accueil pérenne. Or, du fait de la saturation de ces structures, les délais de mise à l'abri dans des conditions satisfaisantes pouvaient être prolongés.

Désormais, l'arrêté du 28 juin 2019, arrêté pris en application de *l'article R. 221-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF)*, prévoit une réforme du financement de la

participation forfaitaire de l'État à la phase de mise à l'abri et d'évaluation des MNA. Ainsi, pour les jeunes se présentant depuis le 1er janvier 2019 au département, la compensation par l'État des dépenses engagées par les conseils départementaux se fait sur la base d'un forfait de 500€ par jeune évalué, et de 90€ par jour de mise à l'abri pendant 14 jours maximum, puis 20€ par jour pendant neuf jours supplémentaires maximum (8). Cet arrêté a pour but de limiter le temps de mise à l'abri avant la décision de reconnaissance de minorité et de ce fait, d'accélérer l'accès à l'ordonnance de placement de l'ASE.

1.3.2 Parcours administratif en Seine Maritime

Dans le département de Seine-Maritime, le jeune doit se présenter au Comité d'Action et de Promotion Sociales (CAPS), structure départementale, où un premier recueil d'informations a lieu. Il doit par la suite se rendre au commissariat afin de présenter son identité et ses possibles papiers, avant d'être convoqué à nouveau par le CAPS pour être entendu au cours d'un entretien qui permettra de statuer de sa minorité ou non. Aucune mise à l'abri n'a lieu durant cette période et le MNA est livré à lui seul.

S'il est reconnu mineur au décours de cette phase, il bénéficie d'une OPP et est alors placé sous la responsabilité de l'ASE.

Dans le cas contraire, il ne bénéficie d'aucune mise à l'abri. Il peut cependant faire appel auprès du juge des enfants dans un second temps. Le jugement doit avoir lieu dans les trois mois suivant le refus de minorité initial.

Si, par la suite, il est reconnu mineur par le juge, il sera finalement placé sous la responsabilité de l'ASE.

S'il est de nouveau jugé non mineur, il ne bénéficiera d'aucune mise à l'abri et sera considéré par l'état comme majeur.

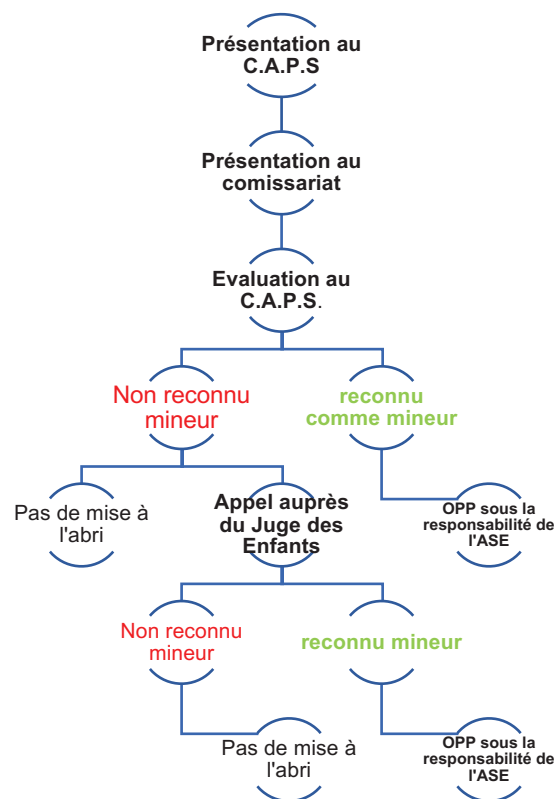


Figure 1 : Parcours de reconnaissance de la minorité dans le département de Seine Maritime

Désormais, le décret n°2019-57 du 30 janvier 2019 pris en application du nouvel article L611-6-1 du CESEDA créé par la loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018, a instauré un nouveau traitement des données à caractère personnel, dénommé « appui à l'évaluation de la minorité » (AEM) (9). Il s'agit d'un fichier biométrique compilant état-civil, langue parlée, empreintes numérisées du visage et empreintes digitales de deux doigts. Le président du conseil départemental peut demander au représentant de l'État du département de lui communiquer les informations relatives à l'évaluation de la situation de la personne. Le but étant de vérifier la connaissance antérieure ou non du jeune des services juridiques sur le territoire français. Ainsi, avant la mise en application du dossier AEM, si un jeune MNA se présentait dans un département « X », et n'était pas reconnu mineur, il pouvait se rendre dans un département « Y » pour tenter de demander une nouvelle fois sa reconnaissance en tant que MNA. N'ayant aucune trace interdépartementale, cette demande pouvait être acceptée. Depuis l'application du dossier AEM, un jeune non reconnu mineur dans un département, ne pourra être reconnu mineur dans aucun autre département à moins de faire appel auprès du juge des enfants.

1.3.3 Droit à la santé

Concernant l'accès aux soins, la CIDE prévoit, selon l'article 24.1, que « les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services » et, selon l'article 26, que « les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale. » (7).

En pratique, une fois sous la responsabilité de l'ASE, les MNA peuvent être affiliés à la protection universelle maladie (PUMA) et à la CMU complémentaire (CMU-C). Avant de pouvoir bénéficier de cette protection et prise en charge, ou si leur minorité n'est pas reconnue, ils relèvent de l'Aide Médicale d'État (AME) étant alors assimilés à des étrangers non mineurs en situation irrégulière.

La reconnaissance de la minorité est traitée à l'échelon départemental, il existe donc de réelles disparités concernant cette évaluation, pourtant elle fait l'objet d'un guide national paru en décembre 2019 (10), visant l'harmonisation des pratiques intraterritoriales (Annexe n°1).

Il en est de même sur le plan de la santé et de l'évaluation devant être faite à tous les migrants sur le territoire français. En effet, sur le plan des obligations sanitaires légales, les MNA sont soumis (comme tous les migrants) à *l'arrêté du 11 janvier 2006* et devraient donc bénéficier d'un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) à leur entrée sur le territoire (11). Du fait de leur minorité, cette évaluation est rarement faite.

En pratique, ce sont les services de l'ASE des départements d'accueil qui prennent l'initiative de faire réaliser un bilan médical initial, ce qui se traduit, là encore, par une grande disparité territoriale.

Pour cela, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a créé en 2019 un avis sur le bilan de santé à effectuer pour les MNA permettant l'unification des pratiques en France (12). Il s'agit du premier protocole proposé à ce sujet.

I.4 Données épidémiologiques

I.4.1 Mission Mineurs Non Accompagnés, rapport d'activité (5)

Depuis mai 2013, la *Mission Mineurs Non Accompagnés* (MMNA) présente annuellement ses rapports sur le nombre de MNA confiés par décision judiciaire à l'ASE. Jusqu'alors, il n'existait pas de système d'observation statistique national pour cette population.

Ils étaient estimés à 16 760 en 2019. D'après les derniers chiffres, 95,5% des MNA étaient des garçons (en 2019 et 2018) et ainsi seulement 4,5% étaient des filles. Cette différence s'expliquant en partie par la plus grande vulnérabilité des jeunes filles, surexposées aux réseaux des passeurs ainsi qu'aux réseaux d'exploitation et de traite des êtres humains.

Ils étaient âgés de 16 ans en moyenne (45%) d'après les dernières données de 2019. Comme le montre le graphique ci-dessous, la proportion par âge reste à peu près stable au fil des années malgré l'arrivée croissante de ces jeunes sur le territoire Français. Ainsi, la MMNA recensait 8000 MNA sur le territoire en 2016, dont déjà 44% étaient âgés de 16 ans, 26% de 15 ans et 16% de moins de 15 ans.

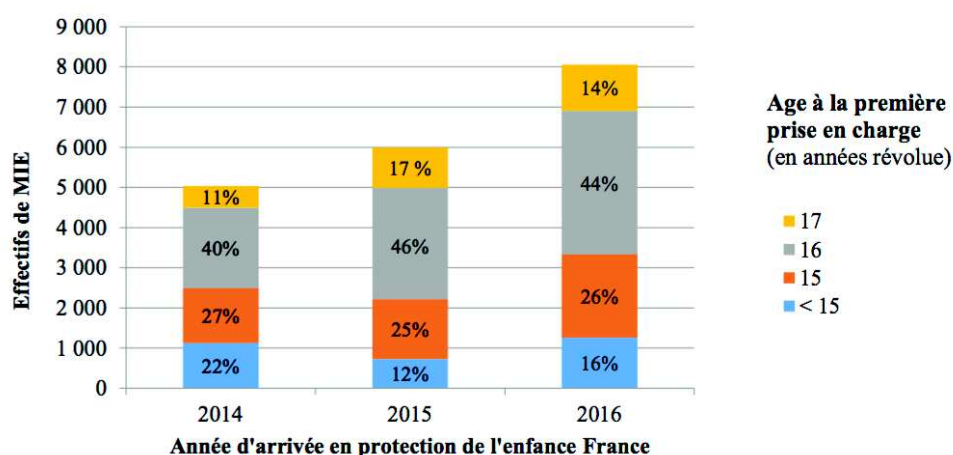


Figure 2 : Effectifs des MNA et âge lors de leur première prise en charge, données MMNA

L'origine géographique des MNA est détaillée dans la figure n°3. Les pays les plus représentés en 2019 étaient la Guinée (24,7%), le Mali (23,3%) et la Côte d'Ivoire (13,2%), avec toutefois une diminution de 10 % en 2019 par rapport à 2018 de la représentation des jeunes originaires de ces pays d'Afrique de l'Ouest. Une augmentation du nombre de jeunes originaires du Bangladesh (809 en 2019 contre 384 en 2018) et du Pakistan (556 en 2019 contre 380 en 2018) était également décrite.

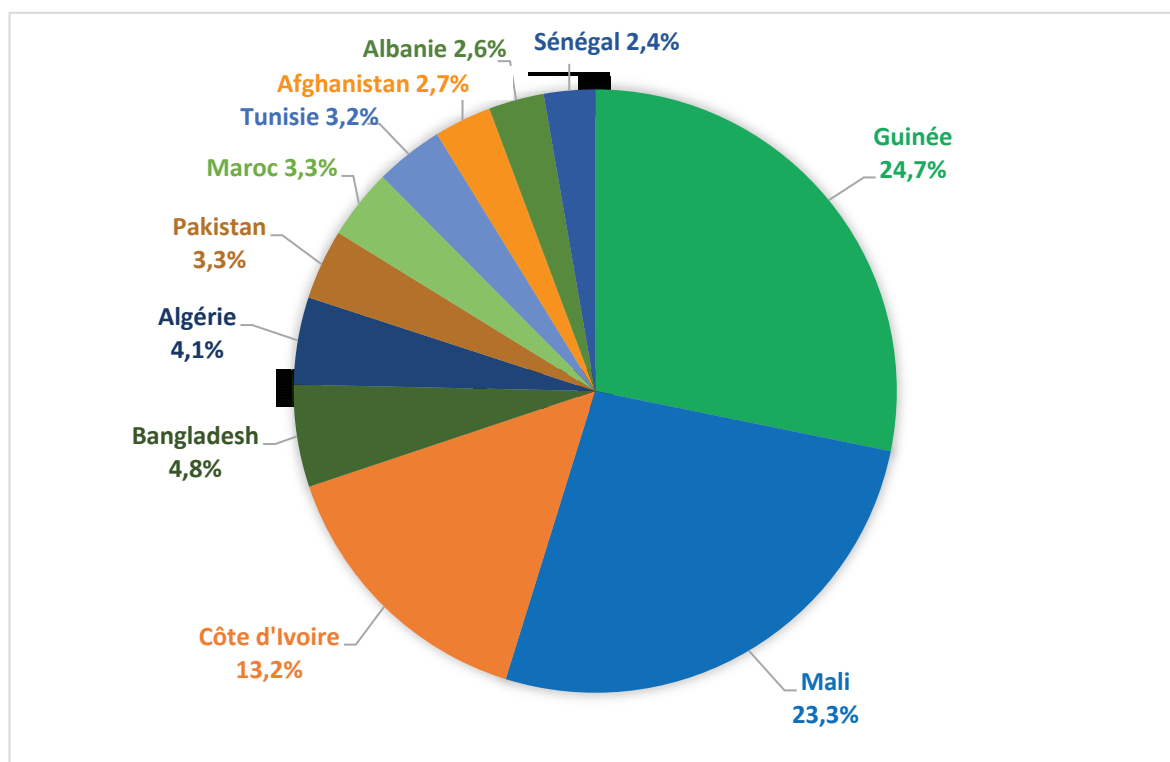
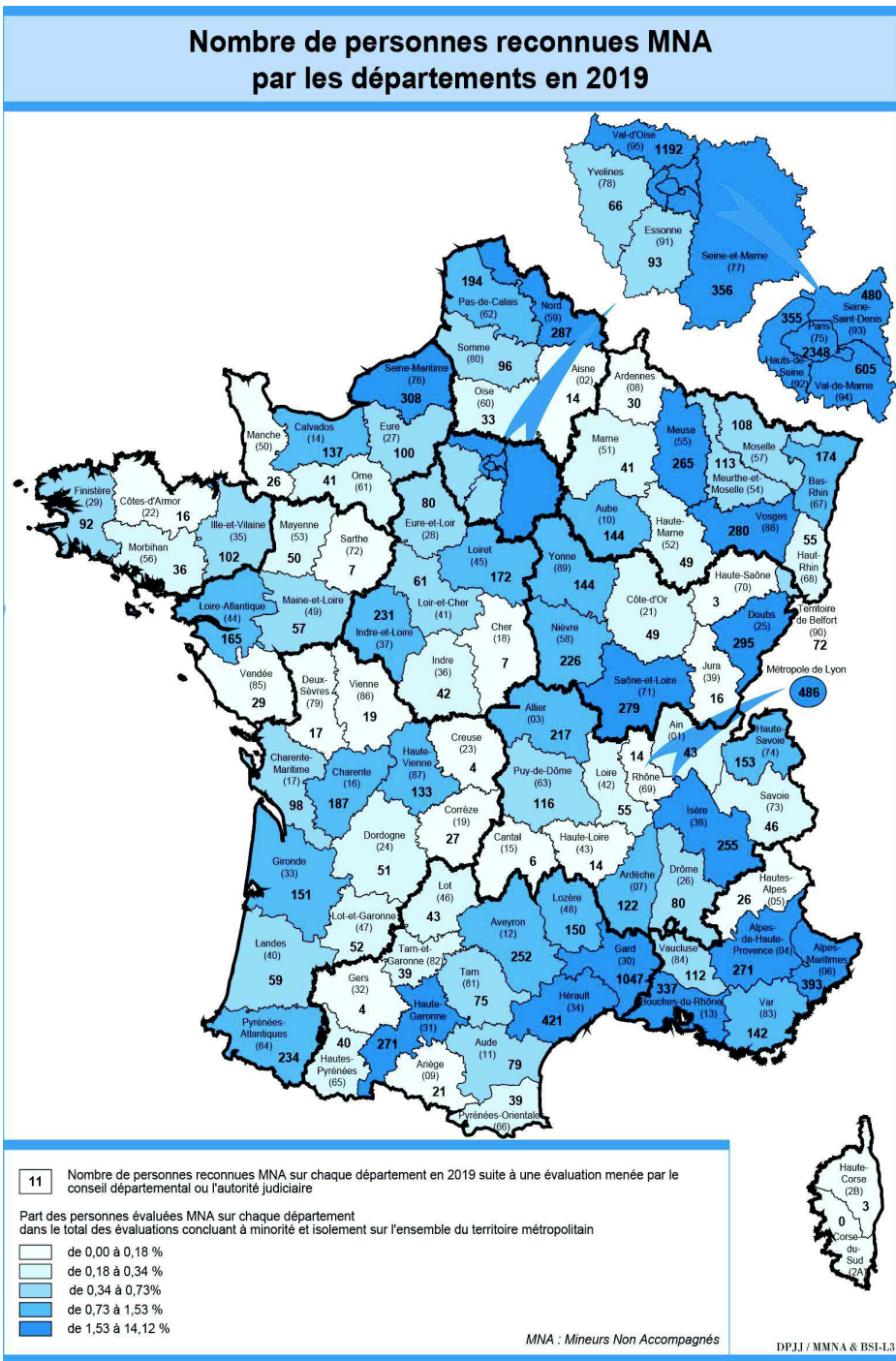


Figure 3 : Origines géographiques des MNA selon le rapport de MMNA de 2019

Les jeunes MNA maghrébins représentaient en 2019, 10,6 % du total des jeunes reconnus MNA sur le territoire national contre 17% en 1999 (13).

A l'échelle de notre département, ils étaient 308 MNA reconnus par le département de Seine-Maritime durant l'année 2019 contre 1192 dans le Val d'Oise et 3 en Haute-Saône. Les cartes ci-dessous représentent les clés de répartition interterritoriale des MNA et illustrent l'importance de la disparité interdépartementale concernant leur reconnaissance.



Cette carte permet d'identifier le nombre de personnes reconnues MNA dans un département. Cependant, elle ne permet pas de déterminer le nombre de personnes qui se sont présentées comme MNA. Certains départements ont un faible pourcentage de personnes reconnues MNA mais peuvent accueillir un grand nombre de personnes se présentant comme telles. Les flux se concentrent majoritairement sur les départements frontaliers, ainsi que ceux abritant une zone portuaire et l'Île-de-France.

Figure 4 : Nombre de personnes reconnues MNA par les départements en 2019, données MMNA

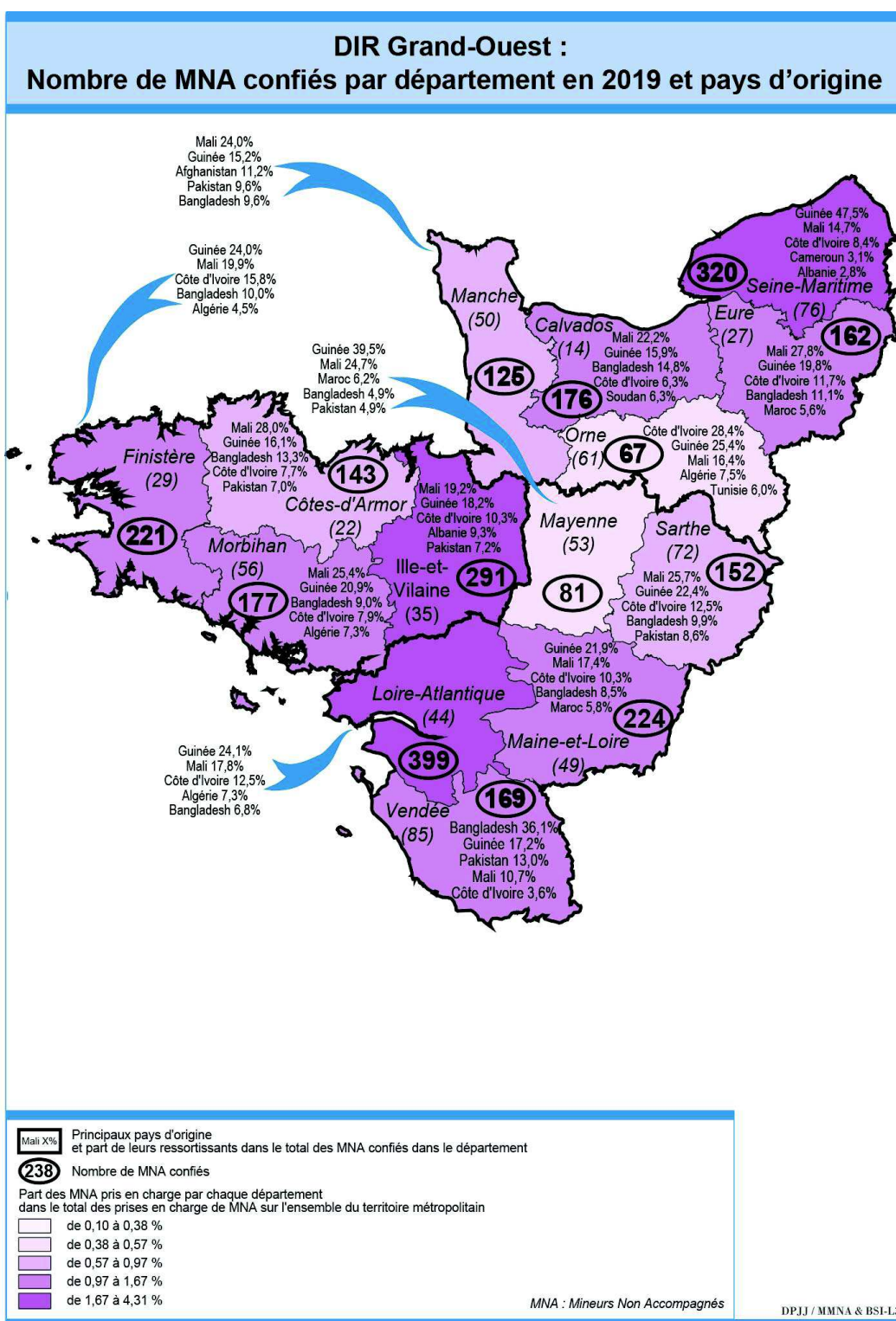


Figure 5 : Nombre de MNA confiés à l'ASE dans la région Grand-Ouest et origine géographique, données de MMNA

I.4.2 Ministère de la Justice

Les chiffres présentés dans le rapport de MMNA ne représentent que les MNA placés sous la responsabilité de l'ASE. La cellule nationale des MNA du ministère de la Justice estimait en 2017 à 57% le nombre de MNA non reconnus mineurs par les départements (14).

Selon l'Assemblée des Départements de France, les conseils départementaux avaient effectué plus de 54 000 évaluations sociales en 2017, soit un doublement par rapport à 2016 (15).

I.4.3 Rapport de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) (15)

Selon le rapport INED, les filles étaient proportionnellement plus présentes dans les années 2000 qu'aujourd'hui (20% en 2000, 4,5% en 2019).

Les origines géographiques des MNA ont, elles aussi, fortement évolué puisque les Roumains et les Chinois comptaient parmi les premiers mineurs représentés au début des années 2000. Or, ces nationalités ont quasiment disparu des statistiques issues du rapport de MMNA.

Les facteurs géopolitiques influencent la répartition chronologique, comme en atteste l'augmentation du nombre de MNA Guinéens accueillis en 2018, l'augmentation du nombre de Pakistanais et MNA originaires du Bangladesh en 2019 et la diminution des MNA originaires du Maghreb depuis 1999.

I.4.1 Données Allemandes :

Selon la publication de T.Kloning (16) portant sur l'état de santé de 154 MNA en Allemagne, 5,8% (n = 9/154) étaient des femmes, l'âge médian était de 16 ans et les principaux pays d'origine étaient la Somalie avec 27,8% (n = 20/72), l'Érythrée 20,8% (n = 15/72), l'Afghanistan 19,4% (n = 14/72), puis la Syrie 13,9% (n = 10/72).

Les langues parlées et/ou officielles dans les pays d'origine influencent les trajets migratoires des MNA, surtout lorsqu'il s'agit de patients originaires d'Afrique. En France les pays les plus représentés (Guinée, Mali, Côte d'Ivoire, Cameroun, ...) ont pour langue officielle le Français. Ce qui explique la part importante des MNA venant des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale en France par rapport à nos voisins Européens. Les

Érythréens et les Somaliens parlent couramment Anglais, même si pour la Somalie, l'Anglais n'est plus aujourd'hui la langue officielle.

La cartographie des langues officielles est représentée ci-dessous :

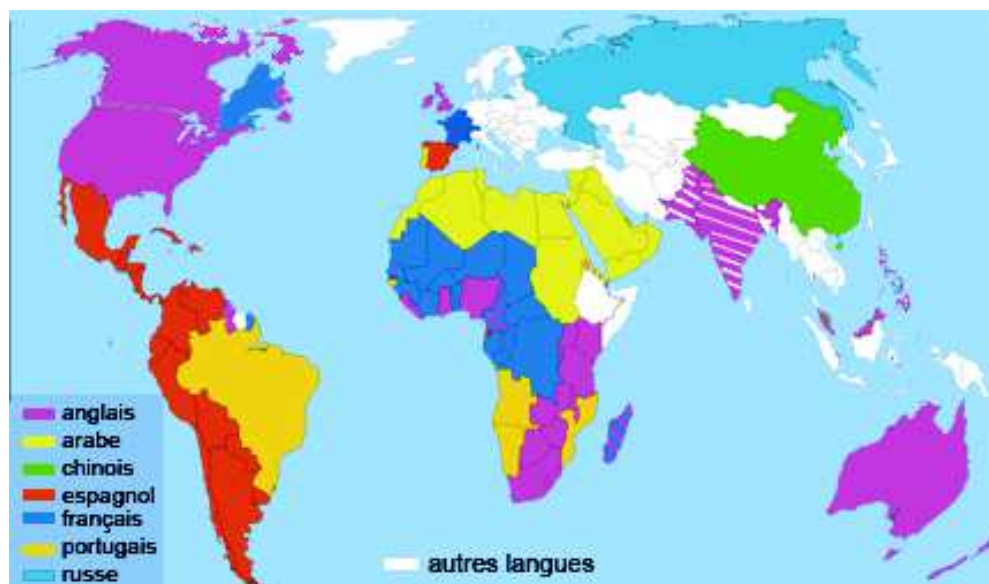


Figure 6 : Cartographie des langues officielles dans le monde

I.4.2 Département de Seine Maritime (17)

Depuis 2016, le nombre de MNA pris en charge par le département de Seine-Maritime a augmenté de près de 300%. En effet, les effectifs des MNA accueillis en 2016 étaient de 272, de 483 en 2017 pour atteindre le nombre de 787 à la fin de l'année 2018, représentant pour cette dernière année une augmentation de 63 %. En 2019, ils représentaient 20% de la population totale des jeunes pris en charge par l'ASE du département de Seine-Maritime.

I.5 État de santé des MNA

I.5.1 Selon la PASS de l'Hôtel Dieu de Paris (18)

Sur les 95 MNA reçus en consultation au cours des 3 premiers mois de l'année 2019, dans cet hôpital parisien, 15% présentaient des pathologies infectieuses et contagieuses telles que le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), Virus de l'Hépatite B (VHB), Virus de l'Hépatite C (VHC), la tuberculose et la syphilis.

D'autre part, les parcours chaotiques et violents, la précarité et la rue engendrent des conséquences psychologiques majeures chez ces adolescents. En 2018, un tiers des

mineurs non accompagnés reçus dans cette structure ont été adressés à un(e) psychologue ou un(e) psychiatre. Ces consultations ont permis d'identifier plusieurs formes de souffrances psychiques parmi lesquelles la dépression représente 20,2% des diagnostics, le Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT) 25% et les troubles anxieux 15%. Cependant il semblerait que ces chiffres soient nettement sous-estimés de par l'absence de déclaration spontanée des traumatismes, souffrances physiques et psychologiques subis par ces jeunes.

1.5.2 Selon le rapport du Comité pour la Santé des exilés (Comede) (19)

En 2017, 447 enfants mineurs ont été accompagnés par le Comede. La majorité était des garçons (86%), âgés de 15 ans en moyenne, la plupart récemment arrivés en France (1 an en moyenne).

Sur le plan épidémiologique, ils étaient également principalement atteints d'une infection chronique par le VHB (6,6 % des patients, pourcentage plus élevé parmi les jeunes d'Afrique de l'Ouest) et/ou de troubles psychiques graves. La schistosomose urinaire était fréquente parmi les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest (taux global 58 %), ainsi que l'anguillulose parmi les Indiens (50%). La drépanocytose homozygote était retrouvée chez 17% des jeunes originaires d'Afrique centrale.

1.5.3 Données de la Gironde (2011-2013) (20)

En 2009, le conseil départemental de Gironde et le Tribunal de Grande Instance de Bordeaux ont mis en place un protocole spécifique appelé « Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Étrangers » ou DROMIE, visant à assurer l'accueil en urgence des MNA se trouvant dans le département. Les données issues des examens de santé systématiques proposés aux enfants étrangers isolés en Gironde entre janvier 2011 et décembre 2013, sur une population originaire d'Afrique (71 %), d'Asie (21 %) et d'Europe de l'Est (8 %) sont représentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1: Pathologies diagnostiquées chez les MNA en Gironde

Pathologies	Nombre de patients (n=143)	(%)
Infectieuses		
<i>Parasitaires :</i>		
Non pathogènes	71	(49,7)
Bilharziose	10	(7)
Filariose	8	(5,6)
Amœbose	6	(4,2)
Giardase	11	(7,7)
<i>Virales :</i>		
Infection VHB chronique	8	(5,6)
Infection VIH	1	(0,7)
<i>Bactériennes :</i>		
Tuberculose latente	68	(47,5)
Tuberculose maladie	0	
Syphilis	1	(0,7)
Autres pathologies		
<i>Hématologie :</i>		
Drépanocytose	15	(10,5)
Déficit en G6PD	11	(7,7)
Thalassémie mineure	8	(5,6)
Carence martiale	37	(25,8)
Carie dentaire	42	(29,4)
Cardiomyopathie Hypertrophique obstructive	1	(0,7)
Asthme	5	(3,5)
Diabète type 1	1	(0,7)
Psychiatriques :		
Syndrome stress post traumatique	57	(40,1)
Troubles du sommeil	59	(41,3)
Anxiété	48	(33,6)
Symptôme(s) dépressif(s)	17	(11,9)
Idées suicidaires	5	(3,5)
Psychose	3	(2,1)

1.5.4 Consultations de mineurs isolés étrangers en attente de contact ou d'évaluation, Médecins du monde (21)

L'association Médecins du Monde (MdM) a assuré 403 consultations médicales en 2018 auprès d'enfants étrangers isolés dont 97 % provenaient d'Afrique sub-saharienne. En tout, un quart de ces consultations ont abouti à une prise en charge hospitalière. Les pathologies chroniques observées (n=173) étaient plus fréquentes que les pathologies aiguës (n=84). Le tableau n°2 illustre les problématiques prises en charge par atteinte d'organe ou de système, les trois principaux motifs de prise en charge concernaient une

problématique digestive, n = 124 (30,8%), ostéo-articulaire n=62 (15,4%) et cutanée n=41 (10,2%).

Tableau 2: Diagnostic par systèmes et appareils

Diagnostic	n=403
Système digestif	124
Ostéo-articulaire	62
Cutané	41
Neurologique	30
Oculaire	32
Respiratoire	26
Non spécifiques	24

Concernant les 173 consultations pour un motif psychique auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue, les 3 principaux diagnostics étaient : la dépression, le SSPT et les troubles anxieux (tableau n°3).

Tableau 3: Diagnostic des troubles psychiques les plus courants

Diagnostic	n=173
Dépression ou sensation de dépression	40
SSPT	30
Troubles anxieux	26
Autres	18
Nervosité / tension	17
Troubles du sommeil	5

Les données épidémiologiques sont peu nombreuses et restent nettement sous-estimées concernant l'état de santé de ces jeunes en France. En effet la plupart des MNA ne seront jamais connus de ces structures.

II. Objectifs :

Ce travail de thèse avait pour objectif principal de décrire l'état de santé des MNA ayant consulté au CHU de Rouen entre janvier 2018 et décembre 2020 afin de proposer, dans un second temps, la mise en place d'un protocole de prise en charge comprenant un bilan de santé globale systématique dans les services amenés à prendre en charge cette population.

III. Matériels et Méthodes :

III.1 Caractéristiques générales de l'étude

Ce travail a consisté en une étude observationnelle, descriptive et monocentrique avec un recueil rétrospectif de données issues des dossiers médicaux de MNA ayant consulté au moins une fois dans les services identifiés comme « porte d'entrée » au CHU de Rouen soit : la permanence d'accès aux soins (PASS), le service de pédiatrie et le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

Ce recueil de données a été réalisé sur une période de trois ans : du 1^{er} janvier 2018 au 31 Décembre 2020, au sein du Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen.

III.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus tous les MNA accueillis à la PASS, dans le service de pédiatrie et au CeGIDD du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020, ainsi que les MNA pris en charge à l'occasion de trois séances de dépistage « hors les murs » organisées par le CeGIDD et la PASS conjointement avec MdM ou l'ASE en mars et octobre 2019 ainsi qu'en septembre 2020.

Les mineurs accompagnés d'un membre familial titulaire de l'autorité ainsi que les mineurs finalement reconnus majeurs au terme de leur période d'évaluation par le département et après décision du juge des enfants ont été exclus.

III.3 Caractéristiques des patients

L'ensemble des données reflétant l'état de santé des MNA, soit les conditions de vie, le statut légal, l'état staturo-pondéral, les pathologies déclarées et/ou dépistées, diagnostiquées et les soins reçus ont été recueillis.

Ces données étaient secondairement anonymisées et colligées dans une base de données Excel®.

III.3.1 Données démographiques recueillies :

- Sexe
- Date de naissance
- Âge lors de la première consultation
- Origine géographique
- Description du parcours migratoire : date du départ du pays d'origine, la durée du parcours migratoire, pays traversés, date d'arrivée en France et âge lors de l'arrivée en France.
- Réseaux adressant le patient au CHU de Rouen : MdM, Réseau Santé Migrant (RSM) ou l'ASE.
- Le lieu de recrutement : PASS, CeGIDD, service de pédiatrie.
- Langue(s) parlée(s) et si francophone.
- Niveau d'étude, sait lire ou écrire.
- Lieu d'hébergement,
- Accès au lycée

III.3.2 Données recueillies concernant la reconnaissance en tant que MNA :

- Statut de minorité reconnu par le département
- Statut de minorité reconnu en appel par le juge des enfants
- Statut de minorité en attente de reconnaissance et à défaut, considéré comme tel
- Date de reconnaissance du statut de mineur
- Délai de reconnaissance de ce statut à compter de la date d'arrivée sur le territoire français

III.3.3 Données de santé recueillies :

- Motif de consultation et les symptômes et/ou plaintes principales rapportés
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Consommations de drogues (tabac, alcool, cannabis, autres)
- Antécédents de rapport(s) sexuel(s) protégé(s) ou non
- Notion de violences sexuelles
- Données staturales : poids, taille et IMC
- Constantes cliniques : pression artérielle, fréquence cardiaque
- Anomalies à l'examen clinique

- Les résultats d'analyses :
 - Numération Formule sanguine (NFS)
 - Frottis et goutte épaisse
 - Bilan hépatique
 - Fonction rénale
 - Électrophorèse de l'hémoglobine
 - Déficit en Glucose-6-Phosphate Déshydrogénase (G6PD), en pyruvate kinase (PK)
 - Ferritinémie et bilan martial complémentaire
 - Glycémie à jeun
 - Sérologies virales du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et hépatites B, C, D, A et E (HD, VHA, VHE) +/- charges virales VHB, VHC, VIH
 - Sérologie syphilis
 - Sérologie bilharziose et recherche de filariose
 - PCR *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* sur prélèvements urinaires (garçons) ou autoprélèvement vaginal (filles)
 - PCR Mycoplasme
 - Intradermo-réaction (IDR), Interferon-gamma (quantiféron®), réalisation de BK crachat
 - Bandelette Urinaire (BU), Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU)
 - Examen parasitologique des urines (EPU) et/ou des selles (EPS)
 - Coproculture
 - Radiographie thoracique
 - Autres examens d'imageries (scanner, échographie, etc)
 - Traitements reçus
 - Vaccinations effectuées

III.3.4 Devenir du patient :

- Parcours de soins :
 - Prise en charge en ambulatoire
 - Prise en charge en hospitalisation
 - Adressé chez un spécialiste (oui/non), si oui lequel
- Si non reconnu mineur au moment de la prise en charge, reconnaissance de la minorité dans les suites des soins

III.4 Perdus de vue

De nombreux jeunes ont été perdus de vue au décours du rendez-vous médical. Il est impossible de savoir si ces sujets ont été reconnus mineurs ou non par la suite. Puisque le but de cette étude était de décrire l'état de santé de ces patients à un instant t, les perdus de vue ont également été inclus dans l'analyse.

III.5 Méthodes et recueil des données

En fonction du lieu de recrutement les données étaient recueillies différemment en rapport avec les habitudes de fonctionnement des services et les logiciels métiers utilisés :

- Pour la PASS :

Il s'agissait d'un recueil de données rétrospectif à l'aide des dossiers papier ainsi que du dossier informatique issu du logiciel métier du CHU de Rouen, CDP2.

Un jeune se présentant à la PASS était d'abord reçu par la secrétaire qui l'orientait vers l'assistante sociale s'il n'avait pas de droit ouvert. Il était ensuite reçu par un(e) infirmier(e) puis un rendez-vous médical était prévu si besoin. Il était convoqué par la suite pour le rendu de ses résultats. Tous les dossiers de la PASS de cette période ont été passés en revue et seuls les dossiers concernant la prise en charge de mineurs ont été sélectionnés. Puis les dossiers des mineurs accompagnés de leur famille ont été exclus.

- Concernant le service de pédiatrie :

Il s'agissait d'un recueil de données rétrospectif à l'aide du dossier informatique sur le logiciel CDP2 des dossiers médicaux des MNA ayant été hospitalisés ou ayant consulté aux urgences de janvier 2018 à décembre 2020.

Ces dossiers ont pu être retrouvés de manière exhaustive grâce au département de l'information médicale (DIM) du CHU et aux codages « mineurs non accompagnés » et « mineurs isolés étrangers » recherchés sur la base de données du logiciel CDP2 du CHU de Rouen.

- Au CeGIDD :

Trois journées de dépistage ont été organisées conjointement avec l'ASE pour les mineurs déjà reconnus comme tels ou avec MdM pour les MNA non encore pris en charge par l'ASE car en attente de délibération de leur minorité. Certaines de ces actions ont été réalisées en « hors-les-murs » dans les locaux d'accueil de MdM. Lors de leur consultation, ils étaient tous considérés comme mineurs. Un premier

entretien était réalisé avec un(e) médecin ou un(e) infirmier(e) travaillant en délégation de tâche dans le cadre d'un protocole de coopération. Au décours, un bilan de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), selon l'évaluation individuelle des prises de risque, était proposé et réalisé sur place par l'infirmier(e) du service. Le jeune était ensuite revu pour la remise de ses résultats dans les locaux intra-hospitaliers du CeGIDD.

Le recueil des données était également rétrospectif après consultation du dossier médical sur le logiciel métier du CeGIDD, Suite Santé Publique CUPIDON et des résultats d'analyses biologiques disponibles sur le logiciel informatique CDP2.

III.6 Aspects règlementaires

Ce recueil monocentrique et rétrospectif de données observationnelles ne comportait aucune intervention. Pour ce type d'étude, aucun accord éthique n'était nécessaire. Cette recherche a fait l'objet d'une déclaration auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

III.7 Analyses statistiques

Les résultats ont été analysés sur le logiciel Microsoft Excel 2007® par le biais des outils de gestion des listes et des tableaux croisés dynamiques. Les cartes ont été réalisées avec le site mapchart.net.®.

Concernant les données médicales, la prévalence des pathologies étudiées a été exprimée pour l'ensemble des patients pour lesquels cette pathologie était recherchée et/ou pour lesquels un dépistage de la pathologie en question était proposé et effectué. Lorsqu'une comparaison de moyennes ou de prévalences en fonction du pays d'origine était jugée pertinente, seuls les pays ou zones géographiques comptant au moins deux ressortissants étaient retenus.

Les résultats sont exprimés en moyenne $\pm$ écart type (ÉT) ou en médiane pour les variables quantitatives, et en nombre avec leur pourcentage correspondant pour les variables qualitatives.

IV. Résultats

IV.1 Caractéristiques de la population

IV.1.1 *Effectifs*

De janvier 2018 à décembre 2020, 95 MNA ont consulté au CHU de Rouen. Quatre d'entre eux n'ont pas été reconnus mineurs après avoir fait appel auprès du juge des enfants et ont donc été exclus de l'étude.

Parmi ces 91 patients, trente d'entre eux (soit 33%) ont été perdus de vue après la première consultation avec le médecin, représentant 22/45 (48,9%) des patients reçus à la PASS, 5/36 (13,9%) des patients accueillis au CeGIDD et 3/10 (30%) des patients recrutés en pédiatrie.

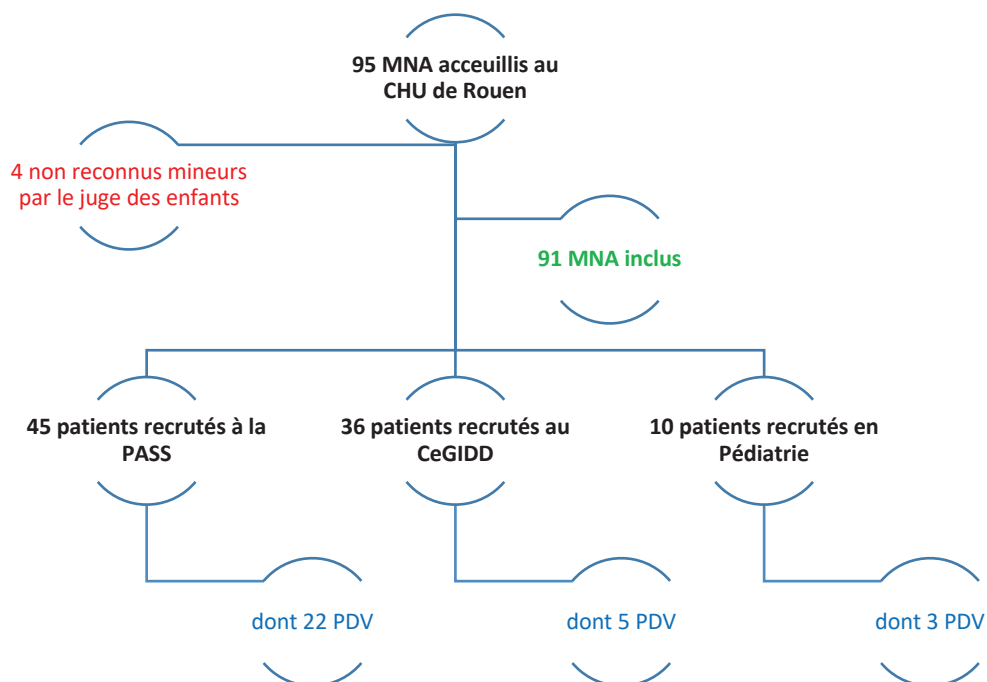


Figure 7: Diagramme de flux

IV.1.2 *Démographie et origine géographique*

IV.1.2.1 Le sexe :

La grande majorité des MNA était des garçons (n=82 soit 90,1%) contre 9 filles (soit 9,9%).

IV.1.2.2 L'âge :

L'âge moyen lors de l'arrivée en France était de 15 ans et 9 mois (ÉT = 260 jours), la médiane était de 16 ans. Le plus jeune était alors âgé de 14 ans et 1 mois, et le plus âgé de 16 ans et 10 mois.

L'âge moyen lors de la première consultation était de 16 ans et 4 mois. Le patient le plus jeune avait 14 ans et 2 mois, et le plus âgé 17 ans et 9 mois. La répartition par âge est décrite dans la figure ci-dessous :

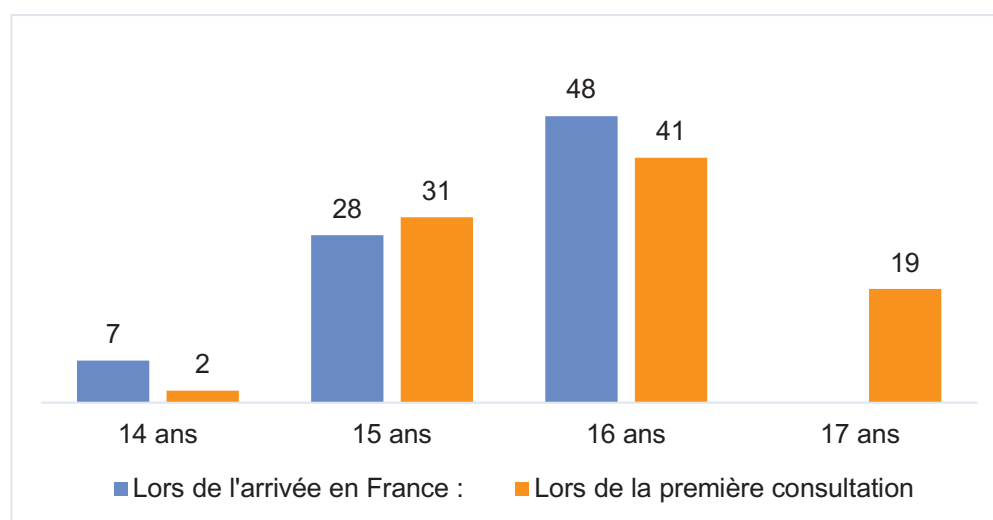


Figure 8: Répartition par âge des MNA à leur arrivée sur le territoire et lors de la première consultation

IV.1.2.3 Origine géographique :

Au total, parmi les 11 pays recensés, les MNA étaient majoritairement d'origine Africaine (n=87 soit 95,6%), et en particulier en provenance d'Afrique de l'Ouest (n=74 soit 81,3%) : Guinée (53,9%), Côte d'Ivoire (10,9%) et Mali (13,2%). Seulement deux jeunes étaient originaires d'Asie. Aucun n'était originaire d'Europe de l'Est, ces mineurs étant souvent accompagnés d'un parent, ne répondant pas à la définition de MNA.

L'origine géographique des MNA pris en charge est illustrée dans la figure 9.

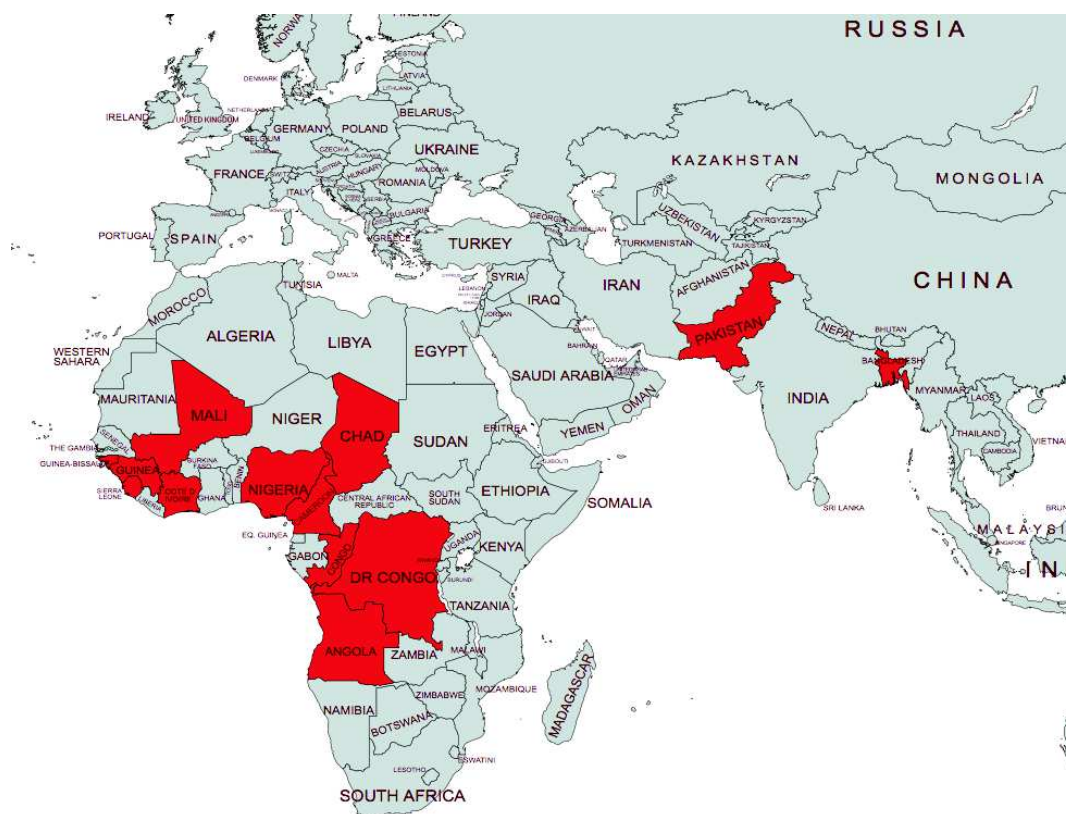


Figure 9: Carte géographique représentant les pays d'origine des MNA

La figure 10 représente les pays d'origine des MNA en fonction de leur année d'arrivée en France. Était noté une augmentation des arrivées en provenance d'Afrique de l'Ouest entre 2018 et 2020 liée à une arrivée massive à Rouen de MNA originaires de Guinée.

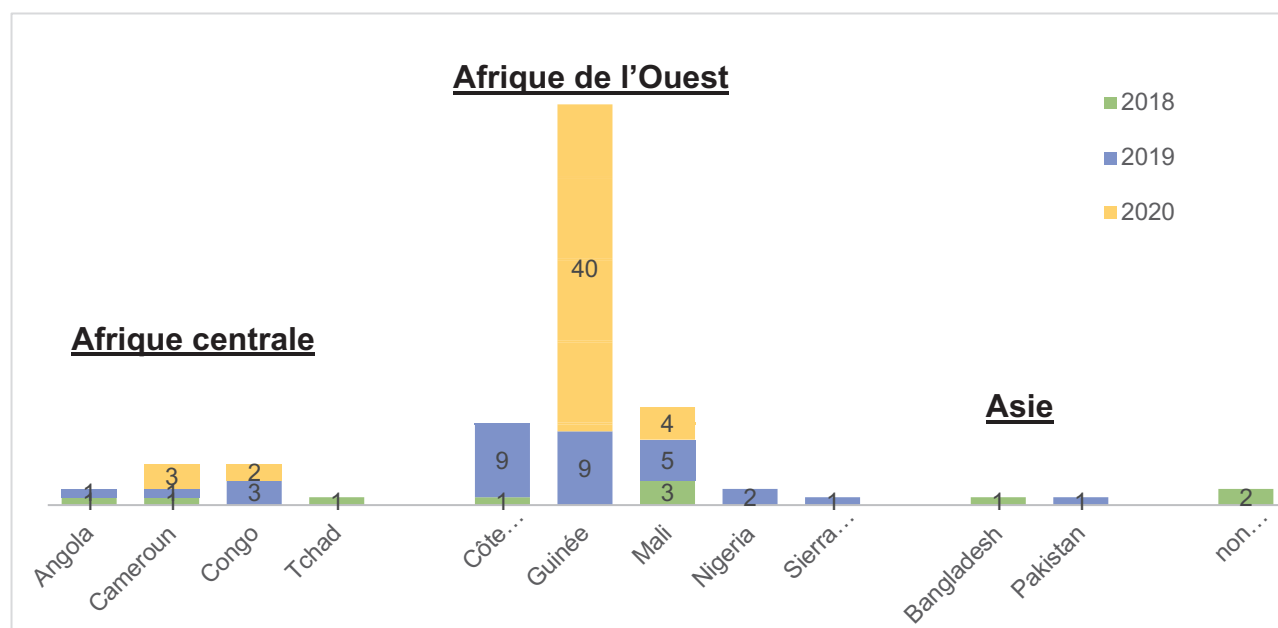


Figure 10: Nombre de MNA accueillies par pays et par année

IV.1.2.4 Trajet migratoire :

L'ensemble des pays traversés ayant pu être recensés dans 32 dossiers et les trajectoires empruntées sont représentés sur la carte ci-dessous :

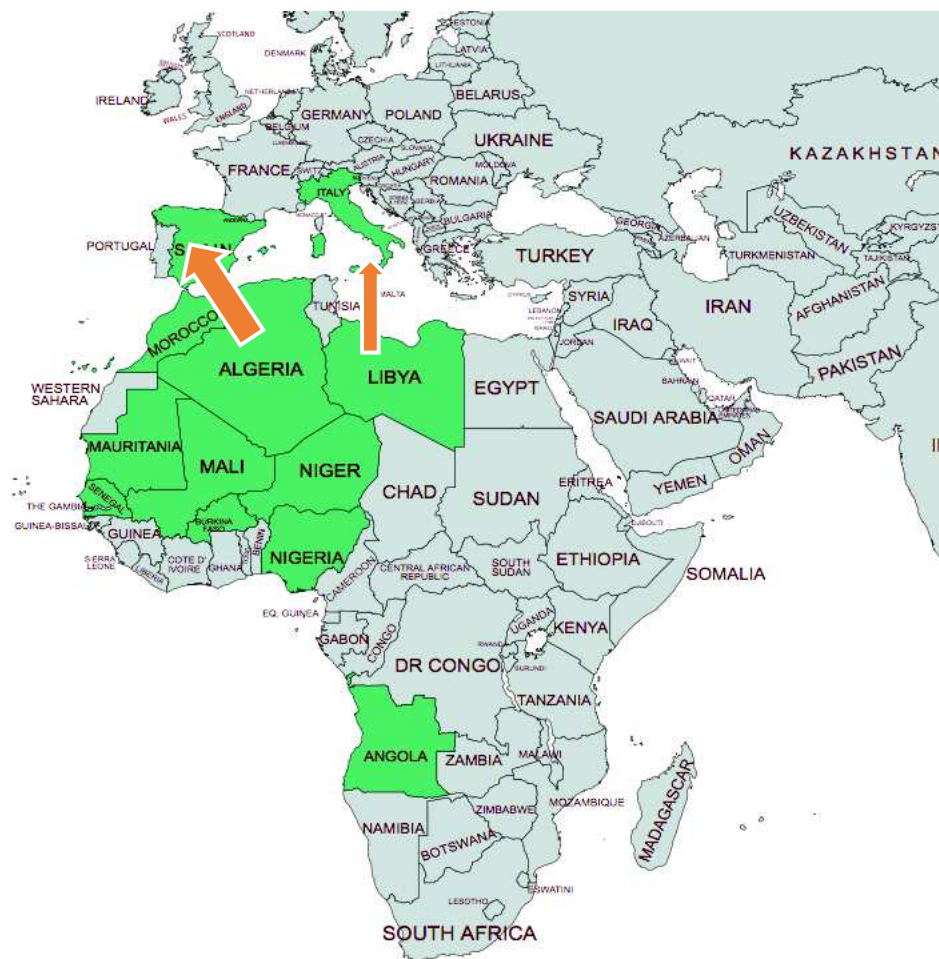


Figure 11: Pays traversés et trajets migratoires

La durée du voyage migratoire depuis le départ du pays d'origine à l'arrivée en France était renseignée pour 37 patients. Elle était en moyenne de 8 mois et 3 jours (médiane = 6 mois). Le trajet le plus court était d'une journée pour une jeune Guinéenne de 16 ans et 5 mois arrivée directement en avion. Le trajet le plus long était de 2 ans et 7 mois après un voyage comprenant une détention prolongée en Libye pour un jeune de 17 ans originaire du Cameroun.

Un Guinéen de 16 ans et 4 mois avait perdu son frère au cours de la traversée de la Lybie à l'Italie. Il s'agissait du seul dossier où apparaissait la connaissance d'un accompagnant de voyage.

IV.1.3 Parcours administratif pour une reconnaissance en tant que mineur

IV.1.3.1 Reconnaissance :

Parmi les 95 patients initiaux, de cette étude, 33 étaient déjà reconnus comme mineurs avant la première consultation.

Sur les 62 patients évalués par le département au cours de notre étude, six (10%) ont été reconnus mineurs par le département, trois ont été perdus de vue et 53 (84%) n'ont pas été reconnus mineurs après décision départementale.

Concernant ces derniers (n=53), 22 (45%) d'entre eux ont finalement été reconnus MNA après appel auprès du juge des enfants, et 27 (29,7%) ont été perdus de vue au décours de la décision départementale. Quatre patients n'ont pas été reconnus mineurs après appel auprès du juge des enfants et ont donc été exclus par la suite de notre analyse.

Ainsi, sur l'ensemble des patients inclus (n=91), 28 MNA, non perdus de vue, ont été reconnus comme mineurs cours de cette étude (soit 30,8%).

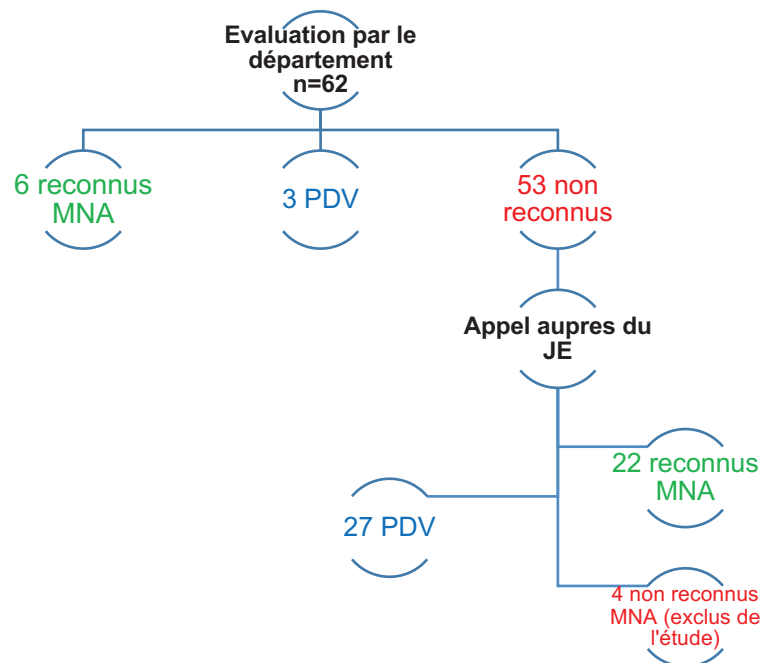


Figure 12 : reconnaissance du statut MNA (*JE = Juge des Enfants)

Le délai de reconnaissance de la minorité entre l'arrivée sur le territoire français et la prononciation du jugement était connu pour seulement 13 dossiers. Aucun MNA n'avait été reconnu mineur par le département après l'évaluation initiale du CAPS et ce délai entre l'arrivée sur le territoire français et le premier refus de reconnaissance de minorité par le département était estimé en moyenne à 65 jours. Tous avaient dû faire appel auprès du juge des enfants. Le délai de reconnaissance de la minorité entre l'arrivée sur le territoire français et la prononciation de ce jugement était en moyenne de 117 jours, soit presque 4 mois (ÉT = 133 jours, médiane de 60 jours).

Aucun dossier ne renseignait les dates de reconnaissance pour les six patients reconnus comme mineurs d'emblée par le département.

IV.1.4 Parcours de soins

IV.1.4.1 Réseaux associatifs adressant les MNA sans couverture santé pour prise en charge médicale :

Les 30 patients adressés par l'ASE ont été exclus de ce paragraphe, bénéficiant déjà d'une couverture santé lors de leur(s) consultation(s).

Pour les 61 autres patients, initialement pris en charge sans couverture santé, 45 patients étaient suivis par la PASS, dont 24 adressés par MdM et huit par RSM. La structure à l'initiative de l'orientation n'était pas connue pour 13 patients.

Concernant les patients suivis en pédiatrie (n=6), deux étaient adressés par MdM, deux par les forces de l'Ordre et pour deux mineurs cette information n'apparaissait pas dans le dossier. Ces mineurs arrivaient via les urgences pédiatriques devant la nécessité d'une prise en charge immédiate ou d'une mise à l'abri au cours de la nuit.

Pour les patients vus en consultation lors des sessions « hors les murs » (n=10), tous étaient adressés par MdM.

IV.1.4.2 Accès aux soins :

Le délai moyen entre l'arrivée sur le territoire français et la première consultation au sein du centre hospitalier de Rouen était connu pour 73 dossiers et était de 161 jours soit environ 5 mois et 10 jours.

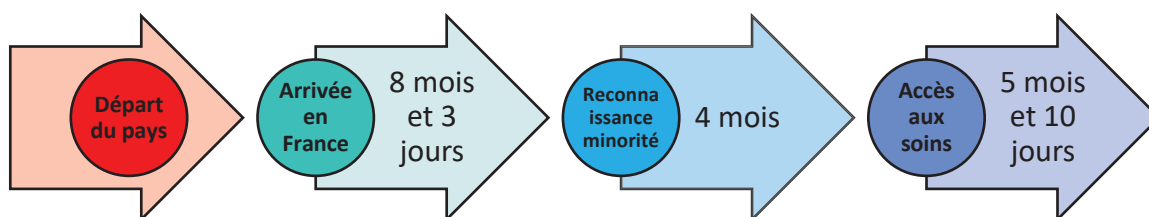


Figure 13 : Délai entre le départ du pays et l'arrivée en France, la reconnaissance en tant que MNA, la première consultation

IV.1.4.3 Motifs de consultation

Les patients recrutés au CeGIDD ont été exclus du recueil de données « motifs de consultation ». En effet, il s'agissait de rendez-vous programmés ou d'actions « hors les murs » dédiées au dépistage des IST.

Ils sont donc 57 patients à avoir bénéficié de consultations non programmées répondant à leur propre demande ou adressés par d'autres intervenants. Parmi eux, 10 dossiers ne mentionnaient pas de motif de consultation explicite.

Tableau 4: Motifs de consultation de 57 MNA en pédiatrie ou à la PASS

	Total n=57	(%)
Ostéo-articulaires	19	(33,3)
Douleurs d'un membre/articulation	13	(22,8)
Dorsalgies	4	(7)
Douleurs diffuses	2	(3,5)
Douleurs dentaires	15	(26,5)
Digestifs	13	(22,8)
Douleurs abdominales	8	(14)
Vomissements	2	(3,5)
Pyrosis	1	(1,8)
Douleurs à l'exonération	2	(3,5)
Cardiologiques	9	(15,8)
Douleurs thoraciques	6	(10,5)
Malaise, lipothymie	3	(5,3)
Neurologique	7	(12,3)
Céphalées	7	(12,3)
Infectieux	5	(9)
Fièvre	2	(3,5)
Panaris	1	(1,8)
Toux fébrile	1	(1,8)
Vers dans les selles	1	(1,8)
Pneumologiques	5	(9)
Toux non fébrile	1	(1,8)
Dyspnée d'effort	4	(7)
Ophtalmologiques	4	(7)
Baisse de l'acuité visuelle	3	(5,3)
Œil érythémateux	1	(1,8)
Psychologiques	4	(7)
Troubles du comportement	1	(1,8)
Hallucinations	1	(1,8)
Anxiété	1	(1,8)
Troubles du sommeil	1	(1,8)
Dermatologiques	3	(5,3)
Éruptions	2	(3,5)
Prurit	1	(1,8)
Urologique	3	(5,3)
Hématurie	3	(5,3)
Gynécologiques	2	(3,5)
Leucorrhées	1	(1,8)
Excision	1	(1,8)
Social	1	(1,8)
Sans abri	1	(1,8)
Non renseignés	10	(17,5)

Le premier motif de consultation était une plainte algique, surtout d'ordre ostéo-articulaire. Parmi ces 19 patients, 3 d'entre eux ont avoué présenter ces lésions traumatiques après avoir subi des sévices en prison en Lybie.

Les deux autres motifs pour lesquels les patients consultaient le plus fréquemment étaient également des douleurs, cette fois-ci dentaires (26,5%) ou pour des troubles digestifs (22,8%).

Une grande partie des MNA consultait pour des plaintes multifactorielles (n=20 soit 42,5%).

IV.2 Données médicales

IV.2.1 Antécédent(s)

IV.2.1.1 Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Les antécédents étaient notifiés pour 49 MNA. Vingt patients (40,8%) ne présentaient aucun antécédent.

Concernant les 29 (59,2%) MNA avec antécédents, la plupart étaient d'ordre infectieux (n=18 soit 62,1%), avec au premier plan des accès palustres pour 15/49 (30.6%) patients, le typhus (n=3/49, 6,1%), une pneumonie dans l'enfance (2%) et une ascaridiose (2%).

Puis, dans l'ordre de fréquence, étaient rapportés :

- des traumatismes (n=5/49, 10.2%), dont trois ayant subi des violences en prison en Lybie, un accident de la voie publique et un traumatisme oculaire lors de maltraitance intrafamiliale au pays.
- une pathologie hématologique (n=3/49, 6,1%), dont deux anémies non expliquées et un patient drépanocytaire
- des antécédents dermatologiques (n=2, 4,1%), dont un vitiligo et un psoriasis
- une appendicite (n=2, 4,1%)
- un antécédent gynécologique pour une patiente excisée en Côte d'Ivoire.
- un antécédent de maladie rénale dans l'enfance sans précision.

IV.2.1.2 Consommation(s) :

Cinquante et un dossiers stipulaient clairement la recherche d'une consommation de toxiques à l'interrogatoire.

Seulement quatre patients signalaient consommer du tabac de manière quotidienne dont un patient ayant déclaré également consommer de l'alcool et du cannabis de manière occasionnelle.

Tous étaient des garçons âgés en moyenne de 16 ans et 7 mois, deux étaient Guinéens et deux Ivoiriens.

IV.3 Examen clinique

L'examen clinique retrouvait des anomalies pour 13 patients :

- au moins une carie dentaire (n=6),
- un souffle cardiaque systolique (n=2)
- une hernie inguinale réductible (n=1),
- une inégalité de longueur des membres inférieurs (n=1),
- une otite séro-muqueuse bilatérale (n=1),
- un signe du rabot à l'examen du genou (n=1),
- une excision génitale ancienne (n=1).

IV.4 Pathologies diagnostiquées

IV.4.1 Pathologies infectieuses

IV.4.1.1 Infections bactériennes :

Tuberculose :

Soixante-douze patients (79,1%) avaient réalisé une radiographie du thorax de face dans leur bilan initial. Pour 69 patients (95,8%) la radiographie pulmonaire était normale. Mais, deux patients (2,8%) présentaient des opacités du champ pulmonaire droit en faveur d'une tuberculose maladie (et un patient présentait une cardiomégalie).

Le dépistage et la prise en charge des tuberculoses maladies (TM) et infections tuberculoses latentes (ITL) étaient ensuite assurés par le Centre de lutte antituberculeux (C.L.A.T.) du CHU de Rouen.

Cinquante-cinq patients ont ainsi été reçus en consultation au C.L.A.T., soit 60,4% de notre file active étudiée.

Un dépistage biologique a pu être réalisé chez 53 patients. Ainsi, trois IDR ont été réalisées chez des patients âgés de 15 ans et demi en moyenne et 50 patients ont effectué un test quantiféron® ou test interféron-gamma (INF-gamma).

Au total, 24 patients ont été diagnostiqués au stade d'infection tuberculose latente (ITL) et quatre patients au stade de tuberculose maladie (TM), soit respectivement 43,6% et 7,3% des patients ayant été reçus en consultation au C.L.A.T..

Les résultats des différents examens complémentaires réalisés ont été retranscrits dans le tableau ci-dessous :

Tableau 5 : résultats des examens complémentaires aidant au diagnostic de TM ou d'ITL chez les patients reçus au C.L.A.T.

	ITL (%)	TM (%)	Non malade (%)
Total	24	4	22
Quantiféron ®	24 (100)	4 (100)	22 (100)
Positif	24 (100)	2 (50)	0
Négatif	0	2 (50)	22 (100)
IDR	0	1 (25)	2 (9,1)
Positive	0	1 (25)	1 (4,6)
Négative	0	0	1 (4,6)
Radio thoracique			
Normale	24	2	22
Anormale	0	2	0
Scanner thoracique	0	4 (100)	3 (13,6)
Normal	0	0	2 (9,1)
Anomalie(s)	0	4 (100)	1 (4,6)

Parmi les quatre patients pour lesquels le diagnostic de TB était retenu ; deux d'entre eux étaient symptomatiques (toux n=2, hémoptysie n=1 et asthénie n=1).

Les différents profils des MNA atteint de TM et d'ITL sont détaillés ci-dessous.

Tableau 6 : profils des patients atteints de TM et d'ITL

	TM (%)	ITL (%)
Total	n = 4	n =24
Age moyen (années)	17	16
Sexe		
Homme	4 (100)	23 (95,8)
Femme	0	1 (4,2)
Pays d'origine		
<i>Afrique centrale</i>	0	4 (16,7)
Angola	0	1 (4,2)
Cameroun	0	3 (12,5)
Congo	0	1 (4,2)
<i>Afrique de l'Ouest</i>	4 (100)	17 (70,8)
Côte d'Ivoire	0	3 (12,5)
Guinée	2 (50)	13 (54,2)
Mali	2 (50)	1 (4,2)
<i>Asie</i>	0	1 (4,2)
Pakistan	0	1 (4,2)
Recrutement		
CeGIDD	2 (50)	7 (29,2)
PASS	1 (25)	15 (62,5)
Pédiatrie	1 (25)	0

Sur l'ensemble des patients inclus (n=91), les patients diagnostiqués avec une ITL (n=24) étaient majoritairement originaires d'Afrique (n=23 soit 95,8%), représentant 30,8% des MNA originaires d'Afrique centrale et 22,9% des MNA originaires d'Afrique de l'Ouest de cette étude. En revanche pour la TM tous étaient originaires d'Afrique de l'Ouest.



Infections bactériennes sexuellement transmissibles :

Cinq patients sur 70 dépistés étaient porteurs d'une infection bactérienne sexuellement transmissible soit 7,1% de notre cohorte.

- Syphilis :

Aucune sérologie n'est revenue positive sur les 69 patients dépistés.

- *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* :

Cinquante-neuf patients ont eu un dépistage pour le chlamydiae et le gonocoque sous forme de test d'amplification d'acide nucléique duplex (TAAN ou PCR) sur premier jet d'urine pour les garçons ou sur autoprélèvement vaginal pour les filles.

Un résultat positif pour la détection de *C. trachomatis* a été retrouvé pour deux patients. Aucun test n'est revenu positif pour *N. gonorrhoeae*.

Les deux MNA concernés étaient un garçon et une fille, tous deux originaires de Guinée et âgés de 16 ans, recrutés respectivement au CeGIDD et à la PASS.

La patiente avait été victime de viol lors de son transit en Lybie et possédait également un prélèvement vaginal positif pour le Mycoplasme. En revanche, aucune information concernant l'existence d'un rapport sexuel antérieur n'était rapporté dans le dossier du garçon.

La patiente a reçu un traitement par Doxycycline 100mg matin et soir pendant 10 jours. Aucune trace de prescription n'a été retrouvée dans le dossier du garçon.

- Mycoplasme :

Quinze patients ont bénéficié d'un dépistage de mycoplasme, quatre étaient positifs (soit 26,7%). Il s'agissait de trois garçons et d'une fille également porteuse de *C. trachomatis*, tous recrutés à la PASS. Parmi ces MNA, trois étaient âgés de 16 ans, et un de 17 ans. Deux étaient originaires de Guinée et deux de Côte d'Ivoire, tous donc d'Afrique de l'Ouest. Tous consultaient pour des symptômes ostéo-articulaires et seule la patiente avait déclaré l'existence de rapports sexuels antérieurs comme précédemment notifié.

IV.4.1.2 Infections virales :

Dix-sept patients sur 78 dépistés, soit 21,8%, étaient porteurs d'une infection virale.

VIH :

Soixante-dix-sept patients ont bénéficié d'une sérologie VIH et un seul patient a été diagnostiqué séropositif, soit un taux de séropositivité de 1,3%. Il était âgé de 15 ans et 11 mois et originaire de Guinée avec une durée de son parcours migratoire estimée à 13 mois. Il avait été reçu en consultation à la PASS après avoir été adressé par MdM et consultait pour des douleurs de la hanche droite. Il n'avait pas d'antécédent connu, pas de consommation de toxique déclarée et avait eu plusieurs rapports sexuels non protégés datant de plus de 3 mois dont un plus particulièrement à risque avec un homme lors de son parcours migratoire. L'examen clinique était normal en dehors de multiples ganglions cervicaux infracentimétriques.

Il s'agissait d'une infection VIH1 diagnostiquée au stade A2 (phase asymptomatique et taux de CD4 entre 500-200/mm³). Le western blot était complet non en faveur d'une primo-infection ni infection récente. La charge virale était de 5,8 log lors du diagnostic et le taux de lymphocytes T CD4+ de 392/mm³ (14%). Les sérologies VHB et VHC étaient négatives. Il a été vacciné contre l'hépatite B. Sa radiographie thoracique étant normale et son test quantiféron® négatif, sans argument pour une ITL ni une TM associée. Il a été reconnu mineur après appel auprès du juge des enfants (délai non connu), a bénéficié d'une mise sous trithérapie par ténofovir/emtricitabine, bictegravir et est toujours en cours de suivi dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Rouen.

Hépatite B :

1. hépatite B chronique

Sur l'ensemble des patients ayant été dépistés contre le VHB, 15/78 (19,2%) patients étaient atteints d'Hépatite B chronique. Tous étaient des garçons, âgés en moyenne de 16 ans et 3 mois, originaires d'Afrique de l'Ouest : Guinée (n=9), Mali (n=4) et Côte d'Ivoire (n=2).

Seulement deux patients consultaient initialement pour des douleurs abdominales (soit 13,3%).

Trois patients ont été perdus de vue avant un complément de bilan virologique. Ainsi,

11/12 (92 %) patients avaient une charge virale (CV) détectable. Les bilans hépatiques et taux de prothrombine (TP) étaient tous normaux lors du diagnostic.

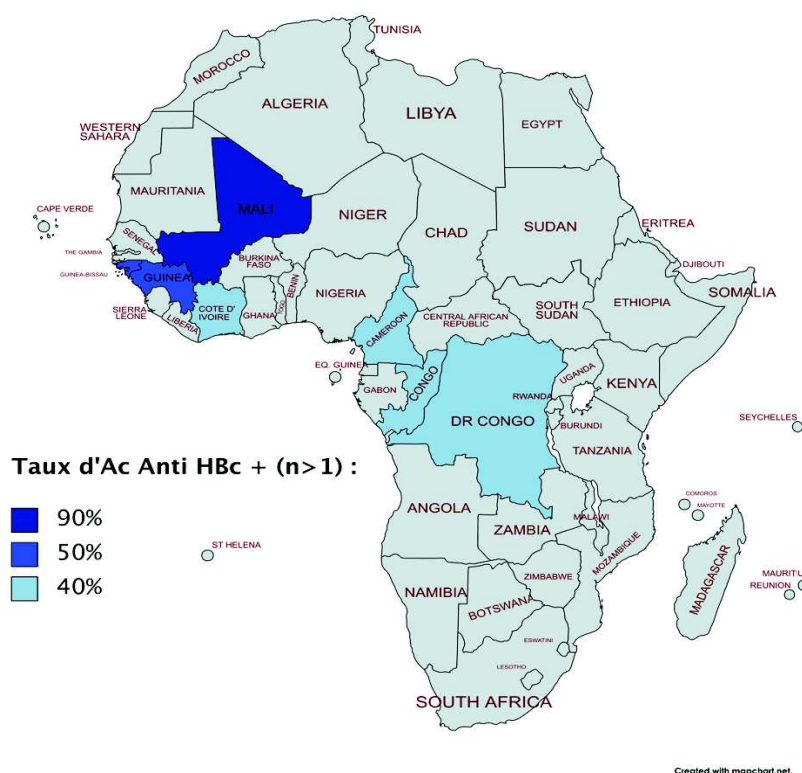
Les échographies abdominales étaient normales pour n=6 patients, une échographie retrouvait de multiples calcifications hépatiques, deux échographies ont été demandées mais non réalisées. Un seul patient a bénéficié d'un fibroscanner ayant un score <2.

Parmi les patients adressés en consultation d'hépto-gastro-entérologie (n=6), tous avaient une Hépatite B chronique sans indication retenue de traitement. Une surveillance annuelle restait cependant nécessaire.

2. hépatite B ancienne et guérie

Trente et un patients (n=31/78, 39,7%) présentaient un profil d'Hépatite B ancienne et guérie dont 26 (83.9%) patients présentant le profil typique (Ac Hbs et Ac Hbc positifs) et cinq (6.1%) patients présentant un profil « Ac-Hbc positif isolé ». Le contrôle des CV VHB chez ces patients étant toutes négatives, une vaccination VHB a été réalisée.

Il s'agissaient de 29 garçons et 2 filles, âgés en moyenne de 16 ans et 3 mois et originaires de Guinée (n=16), du Mali (n=7), de Côte d'Ivoire (n=2), du Congo (n=2), du Cameroun (n=2), d'Angola (n=1) et du Bangladesh (n=1).



3. Immunisation post vaccinale hépatite B.

Quatre patients présentaient un profil en faveur d'une vaccination ancienne (Ac HBs positifs seuls) soit 5,1% des patients ayant bénéficié d'un dépistage.

4. Absence d'immunisation

Enfin, 28 patients avaient une sérologie virale VHB négative (soit 35,9%). Parmi eux, 20 (71,4%) patients ont été vaccinés. Les autres patients n'ont pas bénéficié d'une protection vaccinale compte tenu d'un refus (3,6%) et d'un patient perdu de vue au décours du dépistage. L'information concernant une vaccination VHB n'était pas renseignée pour six dossiers.

Au total 25 patients ont reçu une vaccination anti VHB au décours de ces dépistages sur les 33 patients éligibles à une mise à jour vaccinale, soit 72.7%.

Hépatite C :

Sur les patients ayant effectué un dépistage de l'hépatite C (n=72), trois patients présentaient une sérologie positive mais aucun une CV VHC positive, définissant alors une infection ancienne aiguë et guérie pour 4,2% des patients. Il s'agissait de trois garçons, deux Guinéens et un Malien, âgés en moyenne de 16 ans et 5 mois. Aucun ne consultait pour des symptômes digestifs. Deux présentaient un bilan hépatique normal, et concernant le dernier aucun bilan complémentaire n'était retrouvé.

Deux patients présentaient un profil d'hépatite B ancienne et guérie associé.

Aucun usage de drogue par voie injectable n'a été rapporté dans les dossiers de ces patients.

Hépatite A, D, E :

Sur six patients dépistés, trois d'entre eux présentaient des Immunoglobulines G (IgG) positives pour le VHA, correspondant à une infection ancienne et guérie pour 50% des patients dépistés. Il s'agissait de trois garçons âgés de 16 ans et 3 mois en moyenne, dont 2 Guinéens et un Malien.

Dix patients ont été dépistés contre le VHD et six contre le VHE mais aucune sérologie n'est revenue positive pour ces deux virus.

IV.4.1.3 Infections parasitaires :

Paludisme :

Quinze patients déclaraient avoir pour antécédent au moins un accès palustre sur 49 dossiers où la recherche d'antécédent était notifiée, soit 30,6%.

Trois frottis-gouttes épaisses ont été réalisés, dont un est revenu positif à *Plasmodium ovale* et un autre à *P.ovale* et *P.falciparum*. Il s'agissait respectivement d'un Malien et d'un Sierra-Léonais.

Le patient originaire de Sierra-Léone a reçu un traitement par Malarone® et Primaquine n'ayant pas de déficit en G6PD associé. Aucun traitement n'a été mentionné dans le dossier du deuxième patient.



Figure 16 : antécédents d'accès palustre

Bilharziose :

Onze patients ont été dépistés positifs pour la bilharziose, par une sérologie positive (n=9/21, 42,9%) ou par la réalisation d'un EPU seul (n=2/8, 22,2%), représentant un taux de positivité de 34,5%. Aucun n'avait d'hyperéosinophilie ni d'altération de la fonction rénale associée.

Parmi eux, trois patients consultaient pour une hématurie macroscopique et ont été reçus en consultation d'Urologie. Un patient, âgé de 15 ans et originaire du Mali avait bénéficié d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien retrouvant des calcifications de la paroi vésicale et urétérale compatibles avec une bilharziose urinaire.. Il a été traité par Praziquantel en 2 prises. Le contrôle de l'EPU était négatif.

Filariose :

Une sérologie sur quatre réalisées est revenue positive soit un taux de positivité de 25%. Il s'agissait d'un Guinéen, âgé de 17 ans et 2 mois, consultant à la PASS pour des dorsalgies, à priori asymptomatique. Aucune information concernant un éventuel traitement n'a été renseigné dans le dossier.

Protozoaires digestifs :

Seulement 14 EPS ont été réalisés sur l'ensemble des MNA de cette étude. Parmi eux, 9 (64,3%) sont revenus positifs. Trois patients présentaient deux protozoaires différents, et deux en contenaient trois (Tableau 8).

La plupart contenait des agents non pathogènes :

- Blastocystis hominis pour (n=7),
- Endolimax nanus (n= 5),
- Entamoeba Coli (n=1).

Seul Schistosoma mansoni (n=3) étant identifié comme pathogène.

Tableau 7 : Profil des patients avec EPS positifs

	<i>Blastocystis hominis</i>	<i>Endolimax nanus</i>	<i>Entamoeba coli</i>	<i>Schistosoma mansoni</i>
Total	7	5	1	3
Age				
Moyenne	16 ans et 4 mois	16 ans et 4 mois	16 ans et 11 mois	17 ans
Sexe				
Homme	7	5	1	3
Pays d'origine				
<i>Afrique centrale</i>	3	2	1	0
Cameroun	1			
Congo	2	2	1	
<i>Afrique de l'Ouest</i>	4	3	0	3
Côte d'Ivoire				1
Guinée	2	2		1
Mali	1			1
Nigeria	1	1		
Traitement	1	1		1
Praziquantel	1	1	1	1

Gale :

Un seul patient présentait des lésions prurigineuses évocatrices de gale, traitée par ivermectine et traitement local. Il s'agissait d'un Ivoirien, âgé de 16 ans. Il consultait pour un prurit diffus à la PASS, présent depuis quelques semaines (postérieur à son arrivée en France).

IV.4.2 Pathologies hématologiques

IV.4.2.1 Anomalies de la numération formule sanguine (NFS)

Quarante-sept NFS ont été réalisées dont 13 (27,7%) étaient pathologiques. La neutropénie ethnique tolérant une neutropénie jusqu'à 500/mm³ a bien été prise en compte.

Tableau 8 : Résultats des NFS

	Anémie normocytaire	Anémie microcytaire	Thrombopénie	Lymphopénie	Polyglobulie	Microcytose isolée
Total	1	3	2	1	4	2
Sexe						
Homme	1	2	2	1	4	2
Femme		1				
Pays d'origine						
<i>Afrique centrale</i>		1	1	1	2	
Angola			1	1		
Cameroun		1				
Congo					2	
Tchad						
<i>Afrique de l'Ouest</i>	1	2	1		2	
Côte d'Ivoire		1	1		1	
Guinée		1				1
Mali	1				1	
Nigeria						
<i>Asie</i>	0	0	0	0	0	1
Bangladesh						1
Carence martiale	0	3				
Déficit G6PD						
Déficit PK						
Drépanocytose	1					
B-thalassémie						

Toutes les anémies microcytaires avaient pour étiologie une carence martiale (n= 3). Deux patients ont été supplémentés en fer. Une seule anémie était normocytaire, chez un patient drépanocytaire SS.

Deux microcytoses isolées ont été retrouvées sans être en lien avec une thalassémie mineure.

Un seul patient était drépanocytaire et a bénéficié d'un suivi en hématologie pédiatrique. A la fin de l'étude il ne présentait aucune complication de sa pathologie. Il a reçu un traitement prophylactique par Oracilline® et Spéciafoldine.

Aucune étiologie n'était retrouvée pour les thrombopénies, polyglobulies et lymphopénies.

IV.4.2.2 Déficit en G6PD et déficit en PK:

Trois patients ont bénéficié d'une recherche de déficit en G6PD et d'un déficit en PK. Un seul patient, d'origine Guinéenne, âgé de 15 ans et 7 mois, était déficitaire pour les deux enzymes, il ne possédait en revanche aucune anomalie de son bilan biologique. Il s'agissait d'une découverte fortuite sur un bilan systématique.

IV.4.2.3 Carence martiale

Douze patients ont eu une recherche de carence martiale, par dosage de la ferritinémie ou du fer sérique associé à la transferrine.

Quatre patients présentaient une carence martiale (soit 33,3% des dépistés) dont trois d'entre eux avec une répercussion sur la lignée érythrocytaire car présentant une anémie microcytaire. Il s'agissait de deux femmes (une Ivoirienne et une Guinéenne) et deux hommes (un camerounais et un Ivoirien), âgés de 16 ans et 4 mois en moyenne. Les deux patientes ont reçu une supplémentation en fer. Concernant les garçons, celui présentant une anémie a été perdu de vue et le deuxième n'avait pas d'anémie associée et n'a pas été supplémenté.

IV.4.3 Autres pathologies somatiques

IV.4.3.1 Hypertension artérielle (HTA) :

Vingt-six dossiers mentionnaient une valeur de la mesure de la pression artérielle, parmi lesquels, un seul présentait une HTA légère mesurée à 149/75 mmHg. Il s'agissait d'un Guinéen âgé de 16 ans consultant à la PASS pour des problèmes visuels. Ce patient fut perdu de vue au décours de cette consultation. Aucun traitement n'a été instauré.

IV.4.3.2 Fonction Rénale :

Trente-sept patients ont bénéficié d'une estimation de la fonction rénale à travers un dosage de la créatininémie. Six patients présentaient une élévation isolée et modérée de la créatinine sanguine (valeur moyenne de 99,4 pour une normale supérieur à 65 micromol/L). Un patient âgé de 17 ans et 3 mois, originaire du Mali, possédait une élévation modérée de l'urée et de la créatinine sanguine associées. Aucun examen complémentaire n'a été prescrit au décours de ces consultations. Les clairances de la créatinine n'ont pas pu être calculées.

IV.4.3.3 Glycémie à jeun (GAJ):

Vingt-deux GAJ ont été réalisées. Une seule est revenue élevée à 1,43g/L avec un contrôle normale dans un second temps lié à un premier dosage probablement chez un patient non à jeun.

IV.4.3.4 Anomalie du bilan thyroïdien :

Quatre patients ont bénéficié d'un dosage de la TSH, tous dans les normes.

IV.4.3.5 Atteintes cardiologiques :

Sur les neuf patients ayant consulté pour des motifs cardiologiques, quatre ont été reçus en consultation de cardiologie (soit 44,4%). Parmi eux, trois consultaient pour des douleurs thoraciques (soit 75%), un pour malaise à l'effort (25%).

Concernant les patients consultant pour douleurs thoraciques (n=3), aucune origine cardiaque n'a finalement été retenue après des explorations complémentaires diverses.

En effet, le premier patient était originaire de Guinée, âgé de 17 ans et avait présenté un malaise lors d'un effort physique. Un bilan biologique retrouvait des ASAT et ALAT à 2 fois la normale et des CPK à 7000 UI/L, les troponines et NT Pro BNP étaient normales. L'électrocardiogramme (ECG) ne retrouvait aucune particularité. Le second était une Guinéenne âgée de 16 ans, symptomatique depuis deux ans et présentant un sus-décalage du segment ST isolé sur la dérivation V3 à l'ECG. Son échographie cardiaque était normale. Le troisième patient était Malien, âgé de 15 ans, son épreuve d'effort s'avérait être strictement normale.

Un patient a présenté un arrêt cardio respiratoire (ACR) inaugural aux urgences du CHU de Rouen plusieurs mois après sa consultation à la PASS. Il s'agissait d'un Ivoirien âgé de 16 ans et 5 mois, ayant présenté une myocardite aigue virale. Aucun prodrome n'avait été retrouvé. Aucune séquelle de son ACR n'a été décrite. Il bénéficie d'un suivi cardiologique annuel depuis.

IV.4.3.6 Atteintes dermatologiques :

Une patiente de 16 ans et 11 mois, originaire de Guinée, a été reçue en consultation de dermatologie pour de l'acné conglobata et a bénéficié d'un traitement par Curacné® puis une contraception orale par Leeloo® a été prescrite devant la persistance des symptômes.

IV.4.3.7 Chirurgie :

Un Ivoirien de 16 ans et 7 mois a bénéficié d'une cure de hernie inguinale. Un Guinéen de 15 ans et 10 mois a bénéficié d'une pose de prothèse de hanche sur une

séquelle d'ostéonécrose avec un retentissement fonctionnel à type de boiterie et douleurs chroniques.

IV.4.3.8 Troubles psychiques

Concernant les troubles psychiques, treize patients (n=13/45) soit 28,8% de l'effectif total ont été adressés au décours de leur première consultation à la PASS à la Maison des Adolescents (MDA) pour une prise en charge pédo-psychiatrique. Dès cette première consultation, deux d'entre eux ont d'emblée bénéficié d'un traitement par anxiolytiques devant des recrudescences anxieuses rapportées lors de leur consultation, un patient a été traité par antidépresseurs pour un syndrome dépressif caractérisé et un patient souffrait d'un Syndrome de Stress post traumatique (SSPT) dont le diagnostic avait déjà été posé.

IV.5 Orientations :

Sur les 91 patients inclus dans l'étude 72 patients ont été adressés à un spécialiste au décours de leur première consultation soit 79,1% de cette file active.

Le nombre de consultations réalisées par spécialité est représenté dans le tableau ci-dessous :

	PASS	CeGIDD	Pédiatrie	Total
Total	61	40	16	117
Cardiologie	3		1	4
C.L.A.T.	27	26	7	60
Centre dentaire	11	1	1	13
Chirurgie	2			2
Dermatologie	1			1
Hématologie			1	1
Hépatogastro-entérologie	7	1	1	9
Néphrologie			2	2
Ophtalmologie	2			2
PASS		7		7
Pneumologie	1			1
Psychiatrie	6	5	2	13
Urologie	1		1	2

Au total, 117 consultations spécialisées ont été menées après une première évaluation à la PASS, au CeGIDD ou en pédiatrie. Les orientations les plus fréquentes sont celles au C.L.A.T., puis venaient les consultations au centre dentaire et à la MDA.

IV.6 Conséquences de la COVID19

Les dates d'arrivée sur le territoire français rapportées par les MNA sont détaillées dans la figure n°17. Nous avons pu mesurer l'impact des confinements de 2020 (de mars à mai et de Novembre à décembre) avec une nette influence sur le nombre de prises en charge à la baisse.

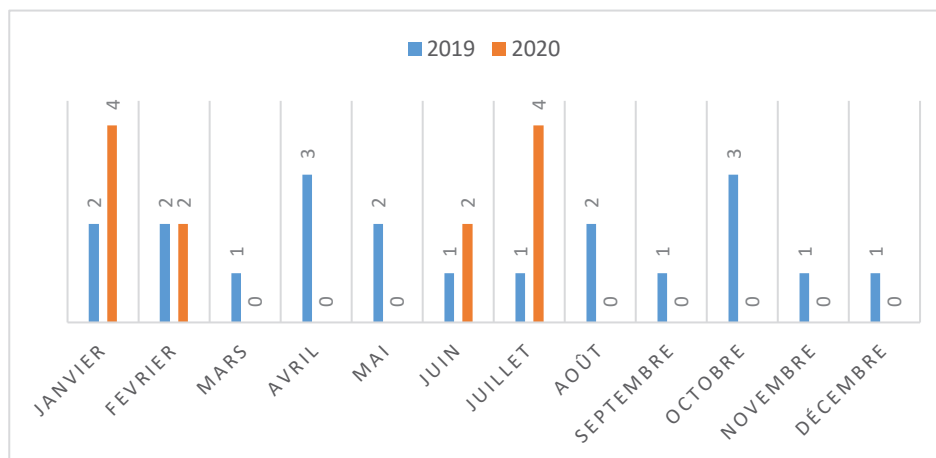


Figure 17 : Date d'arrivée en France et nombre de MNA en 2019 et 2020

Les confinements de l'année 2020 ont également eu une influence sur le nombre de patients reconnus mineurs puisque seuls 7/21 (33%) MNA pris en charge en 2020 ont été reconnus mineurs après appel auprès du juge des enfants ainsi que sur le nombre de perdus de vue (n=13), représentant 61,9% des perdus de vue de ce travail.

IV.7 Résumé des principaux résultats :

L'ensemble des examens réalisés sont représentés dans le tableau n°10 et les principaux résultats sont résumés dans le tableau n°11.

Tableau 9 : Récapitulatif des examens réalisés et résultats

	Examens réalisés n=	Taux de dépistages positifs n= (%)
NFS	47	13 (27,7)
CRP	36	3 (8,3)
Bilan hépatique	36	2 (5,5)
Créatininémie	37	6 (16,2)
Ferritinémie / fer + CST	12 / 2	3/1 (25/50)
GAJ	22	0
EpHB	9	1 (11,1)
déficit en G6PD et PK	3	1 (33,3)
Sérologie VIH	77	1 (1,3)
Sérologie VHB	78	15 (19,2)
Sérologie VHC	72	3 (4,2)
Sérologie Syphilis	69	0
IgG Hépatite A	6	3
Sérologie Bilharziose	21	9 (42,9)
Sérologie Filariose	4	1 (25)
PCR C. trachomatis	59	2 (3,4)
Bêta hCG	3	0
BU	1	0
EPS	14	9 (64,3)
Radio pulmonaire	72	3 (4,2)
IDR/Quantiferon®	3/50	2/26 (66,7/52)
Goutte épaisse	3	2 (66,7)

Tableau 10 : Récapitulatifs des principaux résultats

Pathologies	Nombre de patients malades / nombres de patients dépistés (n=)		(%)
Infectieuses			
Parasitaires :			
Non pathogènes	9/14		(64,3)
Bilharzioses	9/21		(42,9)
Filarioses	1/4		(25)
Paludisme	2/3		(66,7)
Gale	1		
Virales :			
Infection VHB chronique	15/78		(19,2)
Infection VHC guérie	3/72		(4,2)
Infection VHE, D, A	0		0
Infection VIH	1/77		(1,3)
Bactériennes :			
Tuberculose latente	24/55		(43,6)
Tuberculose maladie	4/55		(7,3)
Syphilis	0/69		(0)
C.trachomatis	2/59		(3,4)
N.gonorrhoeae	0/59		(0)
Mycoplasme	4/15		(26,7)
Autres pathologies			
Hématologie :			
Drépanocytose	1/9		(11,1)
Déficit en G6PD et PK	1/3		(33,3)
Anémie	4/47		(8,5)
Carence martiale	4/12		(33,3)
Caries dentaires	6/45		(13,3)
Myocardite virale	1		(1,1)
Diabète type 1	0		(0)
Acnée	1		(1,1)
Hernie inguinale opérée	1		(1,1)
Prothèse de hanche	1		(1,1)
Psychiatriques :			
Syndrome stress Post-traumatique	1		(1,1)
Troubles anxieux	1		(1,1)
Symptômes dépressifs	2		(2,2)

V. Discussion

L'objectif de ce travail consistait en une évaluation de l'état de santé des MNA afin d'élaborer un protocole de prise en charge destiné aux différents services les accueillant et pouvant être amenés à les prendre en charge au cours de leur parcours de soins.

Toute la problématique de la prise en charge de cette population réside dans la réalisation d'un bilan de santé à un moment opportun, sans qu'ils ne s'y sentent contraints alors que leurs principales préoccupations concernent les besoins primaires tels que trouver un toit et de la nourriture. L'institution hospitalière rencontre également la difficulté d'être en attente d'une reconnaissance en tant que MNA, se retrouvant en devoir de prendre en charge des mineurs sans autorité parentale ni tutelle de l'ASE.

Nous avons pu mettre en évidence tout au long de ce travail que les MNA représentent une population particulièrement fragile, de par leur statut de migrant, d'adolescent mais également face à l'isolement et la précarité auxquels ils sont confrontés. Devant la complexité que représente la réalisation de leur bilan initial et devant la multitude d'acteurs (centres hospitaliers et médecins de ville) rentrant en jeu dans leur prise en charge, une harmonisation des pratiques semble nécessaire. Aucune recommandation n'existe à ce sujet, seul l'avis du HCSP concernant le bilan initial des MNA publié en 2019 s'inscrit dans cette démarche (12). Peu d'études se sont intéressées à décrire l'état de santé des MNA, s'agissant, pour la grande majorité, de travail sur les migrants en général (adultes et enfants accompagnés). Pourtant, l'augmentation massive de leurs arrivées sur le territoire français ces dernières années prouve bien qu'il s'agit d'un problème de santé publique.

V.1 Parcours de soin :

V.1.1 *Partenariats associatifs*

En tout, 71% des MNA inclus dans notre travail et reçus à la PASS étaient adressés par un réseau associatif (MdM et RSM). Cette collaboration est un élément clé de leur prise en charge. Les jeunes livrés à eux-mêmes dans la rue sont très souvent orientés vers ces associations, bien identifiées des MNA et populations migrantes primo-arrivantes. Ces réseaux comprennent un lieu d'accueil, des salariés et bénévoles rompus à leur prise en charge administrative et médicale qui les conseillent sur les démarches à effectuer et les accompagnent vers les structures administratives et de santé.

Ces chiffres sont également retrouvés dans la littérature puisque selon R.Laporte, 88,9% des MNA reçus à la PASS de l'Hôtel Dieu de Paris sont adressés par l'association Médecins sans frontières (18).

Chaque ville a ainsi ses propres réseaux et liens ville-hôpital, compliquant le parcours de reconnaissance et d'accès aux soins.

V.1.2 COVID-19 :

La Pandémie de la COVID-19 a fortement impacté le parcours des MNA. Le nombre de MNA ayant été reconnus et pris en charge par l'ASE a nettement diminué en 2020 passant de 16 760 en 2019 à 9 501 selon le Ministère de la Justice (22), (soit une baisse de 43,3%). Cette diminution se retrouve également dans notre étude. Elle s'explique en partie par la fermeture des frontières mais également par la fermeture des centres d'accueil associatifs, des services administratifs et de soins lors du confinement de mars 2020.

L'augmentation des perdus de vue dans notre travail sur l'année 2020 (représentant 61,9% des perdus de vue totaux), reflète bien le retentissement de l'épidémie sur les démarches et le parcours de soin de ces jeunes. Pourtant la HCSP a publié un relatif sur la santé des enfants en avril 2020 (23), notamment des MNA, reconnus comme d'autant plus vulnérables depuis le début de la pandémie, recommandant de :

- « mettre à l'abri les mineurs même en l'absence d'examen d'évaluation de minorité.
- solliciter les PASS et les ressources hospitalières pour ces groupes de population éloignés du système de santé.
- aider pour l'accès aux droits à la santé.
- préserver la réalisation des bilans de santé au cours du mois suivant leur arrivée.
- relancer les activités de dépistage en cas de confinement prolongé. »

V.2 Comparaison à la Littérature et proposition d'un protocole :

V.2.1 Données sociodémographiques :

La population étudiée était constituée d'une forte majorité d'hommes (90,1%) en accord avec le rapport annuel d'activité de la MMNA 2019 du ministère de la Justice (24). Ils

étaient également 95% d'hommes dans l'étude de A.Hourdet publié en 2020 sur l'état de santé des MNA non reconnus mineurs (25).

Ces données exposent une réelle divergence en comparaison aux mineurs migrants accompagnés de leur famille, qui sont composés à 51% de garçons selon les rapports de l'Insee. Il est difficile de savoir s'il s'agit d'une plus grande protection des jeunes filles par les familles ou bien d'une plus grande difficulté pour celles-ci d'atteindre le territoire Français lorsqu'elles sont livrées à elles-mêmes.

Un âge médian de 16 était également décrit par la MMNA en France et à l'échelle européenne, notamment dans une étude réalisée sur les MNA en Allemagne (16).

V.2.1.1 Reconnaissance de la minorité :

Au total, 6/58 patients (soit 10,3%) ont été reconnus mineurs non accompagnés après leur évaluation auprès du département, première étape du parcours administratif. La cellule nationale des MNA du ministère de la Justice estimait en 2017 à 43% le nombre de MNA reconnus mineurs à l'issue de cette phase (24). Deux raisons peuvent expliquer cette disparité :

- le recrutement par la PASS confère un biais de sélection puisqu'elle accueille les personnes sans couverture sociale où le recours aux soins habituels n'est pas réalisable. Il existe donc une part plus importante des MNA n'ayant pas été reconnus par le département.
- il existe une grande disparité interdépartementale concernant les politiques de reconnaissance. Il revient aux départements de gérer l'accompagnement et le logement de ces mineurs. Leurs arrivées croissantes sur le territoire Français entraînent des difficultés pour les départements (saturation des capacités d'accueil, mise à l'abri parfois non effective voir absente durant les recours judiciaires) et une hétérogénéité de l'évaluation au détriment de la protection de ces mineurs. Pourtant il ne faut pas oublier, que les MNA restent des enfants comme les autres. En 2016, le taux de reconnaissance de minorité par le département était de 17% pour la ville de Paris (n= 446/2687) contre 100 % de protection dans le Val de Marne (n=875) (26). Le dossier AEM dont la mise en place a été proposée en 2019 pourrait tendre à faire disparaître ces inégalités interterritoriales.

V.2.1.2 Délai :

Dans notre étude, le délai entre l'arrivée sur le territoire Français et le refus initial de reconnaissance de la minorité par le département était en moyenne de 65 jours. Même si ces chiffres ne reflètent pas le délai entre la demande de reconnaissance et la réponse du département, ils tendent à montrer le temps passé entre l'arrivée sur le territoire Français et le début des démarches effectuées.

Il est d'autant plus long lorsqu'il s'agit de l'accès aux soins comme le démontre nos résultats (moyenne du délai d'accès aux soins de 5 mois et 10 jours). Aucune donnée de la littérature ne précise néanmoins ce point. Pourtant, la réalisation du bilan médical se doit d'être aussi précoce que possible afin de limiter les pertes de vue et d'assurer le respect des conventions décrites dans le CIDE (7), à savoir, la nécessité d'un bilan de santé pour tous les migrants à leur arrivée sur le territoire Français.

Aucun parcours de soins n'est clairement établi ni visible ne facilitant en rien les démarches, tant pour la reconnaissance en tant que MNA, que pour l'accès au système de soins.

Lors de la phase d'évaluation de la minorité, la longueur des délais administratifs génère une incertitude sur l'avenir décrite comme particulièrement éprouvante par les intéressés. La figure présentée en annexe 3 illustre le parcours administratif d'un MNA dans la ville de Paris.

V.2.1.3 Motifs de consultations :

Selon l'étude d'A.Hourdet, les 10 motifs de consultation les plus fréquents par organe concernaient : l'appareil locomoteur (32%), la dermatologie (25,6%), la gastro-entérologie (22,9%), l'infectiologie (19,2%), l'appareil dentaire (15,3%), l'ophtalmologie (13,6%), l'ORL (11%), la psychiatrie (10,3%), la cardiologie (10%) et l'urologie (9,6%). Ces chiffres correspondent en grande partie à ceux de notre étude. En effet les trois principaux motifs de recours aux soins dans notre travail étaient des douleurs ostéo-articulaires, des douleurs dentaires et des troubles digestifs.

Ces données reflètent à priori le bon état de santé global des MNA arrivant en France, puisqu'il s'agit pour la majorité d'affections non graves. Comparativement aux enfants de leur âge et de leur nationalité, ils sont globalement en meilleur état de santé. Cette

hypothèse est en effet discutée sous le terme de « *healthy migrant effect* » et a été décrite dans plusieurs articles (27)(28)(29). Elle regroupe le fait que les migrants qui parviennent à quitter leur pays, supporter un voyage migratoire long, périlleux et à arriver finalement en France sont ceux qui présentaient un meilleur état de santé, comparativement à la population de leur pays d'origine restée sur place ou ceux ayant péri au cours du parcours migratoire.

Cet avantage en matière de santé semble toutefois s'amenuiser à long terme. Plusieurs travaux suggèrent ainsi que l'état de santé des migrants se dégrade avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil (30).

En effet, l'état de santé des immigrés en France a longtemps été réputé meilleur que celui des autochtones, néanmoins, selon une étude de 2012 sur l'état de santé et le recours aux soins des immigrés en France, cela ne serait actuellement plus le cas. (31).

V.2.1 Pathologies diagnostiquées au décours des dépistages :

Les pathologies avec les taux de dépistages positifs les plus élevés étaient pour la plupart des pathologies infectieuses : parasitoses digestives pathogènes ou non (n=9/14, 64,3%), bilharziose (n=9/21, 42,9%), infection tuberculose latente (24/55, 43,6%) et l'hépatite B chronique (n=15/78, 22,5%). On relevait également quatre tuberculose maladies, et une découverte de séropositivité VIH.

V.2.1.1 Protozoaires digestifs non pathogènes

Le nombre d'EPS présentant des protozoaires non pathogènes était de 50% (7/14). Ce chiffre peut sembler élevé, mais concorde avec les taux habituellement retrouvés dans les pays en voie de développement, d'autant que les enfants sont habituellement plus touchés que les adultes (32).

L'absence de pathogénicité de *Blastocystis hominis* et *Dientamoeba fragilis* est néanmoins remise en cause depuis quelques années. En l'état actuel des connaissances, bien qu'il n'existe pas de recommandations formelles préconisant un traitement de ces parasitoses, les médecins parasitologues du CHU de Rouen ont souvent opté pour un traitement des porteurs par *métronidazole* ou *praziquantel*, notamment s'ils présentaient des symptômes et compte tenu des risques de transmission collective.

Aucun cas d'amébose ni de giardiase n'a été retrouvé dans cette étude. Pourtant selon Manzardo *et al.* il existait respectivement 4,2% de taux d'amébose et 10,6% de taux de giardiase chez les moins de 16 ans, dans une population de migrants enfants et adultes à Barcelone dans un travail datant de 2008 (33). Ces résultats sont également retrouvés dans l'étude de O.Monpierre de 2013 portant sur l'état de santé des MNA accueillis en Gironde (20).

L'EPS est en pratique difficilement réalisable en consultation du fait, d'une part d'un point de vue culturel et, d'autre part, devant la difficulté d'obtenir une selle à un instant t. Pourtant il s'agit d'un examen très rentable (64,3% de positivité dans cette étude), recommandé dans l'avis sur le bilan de santé des MNA du HCSP publié en 2019 (12). Il en est de même pour la sérologie anguillulose à effectuer en fonction des pays d'origine et des pays traversés, malheureusement trop peu effectuée en pratique.

Le Comede le propose aux migrants originaires d'Afrique (sauf Maghreb), d'Asie du Sud et de l'Est et des Antilles, ou à défaut leur délivre un traitement présomptif par *albendazole*. (19)

Selon l'étude de W.Maaßen (34), portant sur l'efficacité de tests PCR orientés sur EPS réalisés par des MNA à leur domicile, *G. duodenalis* était détecté chez 11,4% des MNA dépistés. L'analyse microbiologique des selles par PCR consiste à identifier rapidement, sur un petit échantillon de selles, la présence de plus d'une vingtaine de microorganismes responsables de diarrhées. Contrairement à l'analyse traditionnelle des selles basée sur des techniques de culture et d'identification microscopique et ne permettant pas l'identification des virus, l'analyse microbiologique des selles par PCR utilise l'identification du matériel génétique des microorganismes après amplification. Cette approche permet d'identifier des micro-organismes (virus, bactéries, parasites) en quelques heures et sur un seul échantillon. Elle a commencé à être utilisée pour les diarrhées au retour de voyage. Cette méthode est très efficace mais reste pour le moment trop onéreuse pour être réalisée en routine (35).

V.2.1.2 Bilharzioses

Sur l'ensemble des sérologies bilharziose réalisées dans notre étude, le taux de positivité était de 42,9% (n=9/21) bien au dessus des chiffres retrouvés par O.Monpierre, de l'ordre de 7% portant sur l'état de santé des MNA en Gironde (20). Il existe un biais étant donné

qu'il s'agissait d'une sérologie effectuée de manière non systématique dans notre étude et ciblant plus particulièrement les patients présentant une hématurie.

Ce dépistage est intéressant, car les lésions inflammatoires induites par la dissémination des œufs dans les systèmes urinaires et digestifs peuvent être réversibles en cas de traitement précoce. L'association à une hépatite virale chronique, (ce qui était le cas pour trois de nos patients), exerce une synergie délétère sur les lésions hépatiques (36).

La HAS recommande la réalisation d'un dépistage sérologique des bilharzioses pour tous les réfugiés originaires de zones d'endémie et également devant une symptomatologie évocatrice d'une parasitose (éosinophilie, hématurie, fièvre, malaise, toux sèche, myalgie, diarrhée ...). La recherche des œufs dans les selles ou les urines trouve sa place dans le diagnostic de la schistosome (hors phase d'invasion). Elle est classiquement réalisée dans le même temps que la sérologie. Le recueil des urines s'effectue dans l'idéal sur 24h, ou à défaut, sur la première miction matinale. Afin de décrocher les œufs des parois vésicales et/ou intestinales, il est conseillé au patient de produire un effort physique en sautillant sur place ou en courant dans les minutes qui précède ce recueil. On comprend alors bien pourquoi la sérologie semble plus facile à proposer et réaliser en consultation (37).

Concernant l'avis du HCSP, la sérologie bilharziose est également à réaliser de manière systématique pour les patients originaires de zone d'endémies, en revanche la réalisation d'un EPU ne sera fait que si la BU présente plus d'une croix (+) de sang (12).

Cette sérologie paraît donc indiquée pour tous les MNA originaires de zones d'endémies bilharziennes notamment devant la facilité de réalisation lors des consultations, la fréquence de cette pathologie et l'intérêt d'un traitement précoce. Des antécédents d'hématurie macroscopique doivent être recherchés lors de l'entretien et la BU sera également à réaliser systématiquement, afin de rechercher une hématurie et de réaliser dans ce cas un EPU.

V.2.1.3 Tuberculose

L'affirmation du diagnostic d'ITL reposait sur la positivité d'une l'IDR à la tuberculine et/ou d'un test INF-gamma (Quantiféron®) chez des patients originaires de pays à forte endémie, ne présentant pas d'altération de l'état général et possédant une radiographie pulmonaire normale.

La positivité de l'IDR doit être interprétée en fonction d'une éventuelle vaccination par le BCG, rarement connue par les MNA. La présence d'une cicatrice de BCG peut être un élément d'orientation mais elle peut être confondue avec d'autres lésions, notamment chez ces mineurs présentant de multiples cicatrices de leur périple migratoire. En cas de positivité douteuse, un complément par un test INF gamma doit être réalisé. Les seuils d'interprétation de lecture des IDR sont ainsi complexes dépendant du statut vaccinal rappelé dans notre protocole (annexe 4).

Les tests INF-gamma ont l'avantage de ne pas interagir avec le BCG. Le principal frein à leur utilisation en routine est leur coût de l'ordre de 25 euros versus 8 euros le flacon contenant 10 doses d'IDR (38). Depuis 2017, la HAS recommande d'effectuer préférentiellement un test INF-gamma pour tous les migrants, y compris pour les enfants de < 5 ans (39).

Parmi les patients diagnostiqués avec une TM, tous présentaient des symptômes et trois d'entre eux ont pu bénéficier d'un scanner d'emblée, même si une radiographie thoracique seule est préconisée en première intention dans la stratégie diagnostique de cette pathologie (39).

Aucune TM issue de notre échantillon n'a été confirmée par un examen direct positif ni par une culture microbiologique cherchant à mettre en évidence respectivement des bacilles alcool-acido-résistants (BAARs) ou *Mycobacterium tuberculosis*. Les diagnostics ont cependant été retenus, très évocateurs de la pathologie et sans diagnostic différentiel. Ceci est en accord avec la littérature puisque selon le rapport de la HAS (39), 20 à 60 % des TM de l'enfant sont asymptomatiques et seulement 10 à 15 % des TM sont confirmées microbiologiquement par la détection de BAAR sur frottis.

Selon l'avis du HCSP concernant le bilan des MNA (12), un dépistage d'ITL doit être systématiquement réalisé. Si le patient présente des symptômes de TM il faut d'abord effectuer une radiographie thoracique et si elle s'avérait être anormale compléter par des examens complémentaires. En l'absence de symptomatologie particulière, un test INF-gamma doit être prescrit (à défaut une IDR à la Tuberculine pourra être réalisée).

L'indication du traitement repose sur :

- l'évaluation du risque individuel : La probabilité d'évolution d'une ITL vers une TM varie fortement selon les populations et certains facteurs de risques. Les enfants

de moins de 5 ans et les adolescents sont les plus à risque (39). De même un contage datant de moins de 2 ans et un état général altéré (dénutrition, co-facteurs infectieux) sont considérés comme des facteurs de risque de progression de l'ITL vers la TM. En cas d'argument en faveur d'une ITL, il faut donc rechercher auprès du MNA une notion de contage et, si possible à ce moment-là le temps écoulé depuis le dernier contact avec cette personne malade. En pratique, dans notre étude, cette réponse était rarement fiable. Cependant, notre population étant âgée de 16 ans en moyenne, la probabilité, en cas d'ITL, que celle-ci remonte à moins de deux ans était mathématiquement plus élevée que dans une population d'adultes.

- L'évaluation du risque collectif qui ne concerne que les cas de TM, où deux paramètres sont à prendre en compte : le degré de contagiosité du malade (important en cas de caverne ou d'examen direct positif) et la nature du contact (durée, proximité, etc).
- La balance bénéfices/risques : Les risques iatrogènes du traitement sont dominés par l'hépatotoxicité de l'*isoniazide*, généralement peu intense chez les sujets jeunes. Elle concerne surtout les sujets atteints d'hépatites virales chroniques. La durée du traitement et la nécessité d'une bonne observance, doivent également être pris en compte.

Dans cette étude, nous avons identifié un nombre important de MNA atteint d'ITL (40% des patients ayant consulté au CLAT). Ils ont tous bénéficié d'une bithérapie lorsque le suivi le permettait.

Cette démarche est en accord avec la recommandation du HCSP sur les ITL publiée en mai 2019 : « *Le HCSP recommande de maintenir le dépistage et le traitement de l'ITL chez les enfants et adolescents migrants, en étendant l'âge à 18 ans au lieu de 15 ans. Ce dépistage ne doit concerner que les enfants et adolescents migrants en provenance de pays avec une incidence supérieure à 40/10 ; il doit être réalisé le plus tôt possible après leur arrivée en France.* » (39)

Une déclaration obligatoire auprès de l'ARS est à faire pour les diagnostics d'ITL chez les < 15 ans.

Par conséquent nous proposons d'appliquer aux MNA le protocole de dépistage proposé par l'OMS (40) et reprenant celui du HCSP proposé dans notre protocole en annexe 4.

V.2.1.4 Hépatites virales

Dans cette étude, 19,2% des MNA dépistés présentaient une Hépatite B chronique répliquante mais sans critère de gravité, ne nécessitant pas de mise sous traitement. Seulement 4,2% des patients dépistés présentaient une Hépatite C aiguë et guérie, mais aucune forme de VHC chronique n'a été dépistée. Selon l'OMS en 2017, la prévalence de l'Hépatite B en Afrique était de 6,1% et pour l'Hépatite C de 1% (41). Cette différence de prévalence entre le VHB et le VHC peut en partie s'expliquer par leur mode de transmission, le VHC se transmet essentiellement par voie sanguine (transfusions, scarifications, circoncision, consommation de drogues injectables...) alors que le VHB peut se transmettre par voie sexuelle, sanguine voire salivaire avec une transmission bien plus élevée que le VIH (30 à 40% de risque de transmission suite à un rapport sexuel non protégé pour le VHB versus 0.32% pour le VIH) (42).

On voit bien la proportion élevée d'Hépatite B chronique parmi cette population et l'intérêt d'un dépistage précoce lors de leur arrivée en France. D'autant qu'en l'absence de traitement, environ un quart des infections chroniques à VHB et VHC évolueront vers un cancer du foie. A titre comparatif, le taux de positivité d'une infection à VHB dans les CeGIDD français d'après le rapport national d'activité en 2018 était de 1,31% toute population confondue et de 7,86% chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne (43).

Le HCSP recommande d'effectuer une sérologie VHB et VHC à titre systématique (12). La vaccination contre l'hépatite B est également recommandée pour les MNA non immunisés.

Concernant les hépatites A, la problématique est différente compte tenu de l'absence de formes chroniques. La recherche d'IgM anti-VHA n'a d'intérêt que devant une symptomatologie évocatrice d'hépatite aiguë. L'intérêt de la recherche d'IgG anti-VHA permettrait de confirmer une immunisation post VHA et, si négative de retenir une indication vaccinale contre l'hépatite A en cas de nouveau voyage dans un pays en voie de développement. En effet l'hépatite A est une infection liée au péril fécal. Dans un travail de thèse en médecine rouennais, la totalité des patients migrants de la file active VIH du CHU de Rouen initialement non immunisés contre l'hépatite A et non vaccinés ont finalement attrapé l'hépatite A à l'occasion d'un voyage ultérieur dans leur pays d'origine

(44). Il est également recommandé de vacciner contre l'hépatite A les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, la transmission se faisant au contact de fèces.

L'hépatite D, ne représente un risque de chronicité qu'en cas de co-infection avec le VHB, et sera alors à rechercher uniquement en cas de VHB avéré. L'hépatite E présente uniquement un risque d'hépatite fulminante chez la femme enceinte ou l'immunodéprimé. Il semblerait donc qu'il n'y ait pas lieu d'effectuer en première intention des sérologies VHA, VHD et VHE de manière systématique mais selon la symptomatologie ou le terrain.

V.2.1.5 Syphilis et autres Infections sexuellement transmissibles

Le taux de positivité des infections à *Chlamydia trachomatis* était de 3,4% (n=2/59) et de 26,7% (n=4/15) pour les portages de *Mycoplasma genitalium*. Aucun cas de Syphilis ni de Gonococcie n'a été retrouvé.

Seuls un petit nombre de patients porteurs d'IST (n=2/9) avaient déclaré l'existence de rapports sexuels antérieurs. Il semble alors difficile d'orienter la réalisation de dépistage sur cette simple déclaration. En effet, le biais déclaratif est majeur ici, notamment au vu du tabou que représente la sexualité pour ces jeunes. Il peut également s'agir de rapports sexuels forcés s'apparentant à des agressions sexuelles ou viols non avoués.

La sérologie Syphilis fait partie du bilan initial recommandé par le HCSP (12) pour tous les MNA, tout comme la PCR à la recherche d'un portage de Chlamydia et Gonocoque. Le dépistage du mycoplasme n'est en revanche pas recommandé en première intention et à réserver aux urétrites persistantes et/ou récurrentes (45). Son rôle pathogène étant d'autant discuté, un traitement n'est retenu uniquement pour les patients symptomatiques (46). Devant le grand nombre de tests positifs présents dans cette étude chez des patients non symptomatiques, et selon les recommandations, il semble que son dépistage ne soit pas à retenir en première intention dans notre protocole (47).

En revanche, le dépistage systématique de portage de chlamydiae et gonocoque semble à retenir, malgré ce faible taux de positivité. D'une part, ces IST sont dans plus de 75% des cas asymptomatiques et peuvent engendrer une stérilité chez les jeunes femmes. D'autre part, la classe d'âge 15 à 24 ans présentent les taux diagnostics les plus élevés, qui ont été multipliés par un facteur 3,4 entre 2012 et 2016 d'après une estimation nationale publiée par Santé Publique France (48). Ces données ont conduit la Haute

Autorité de Santé à la recommandation d'un dépistage systématique de *C.trachomatis* des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans depuis 2018 (49).

De plus, dans un article sur la sexualité des adolescents migrants, Renteria faisait remarquer la vulnérabilité des MNA sur ce plan : *«les [MNA] se trouvent être fréquemment des adolescent(e)s avec un passé de victimisation (contexte de guerre, viols, pratiques sexuelles néfastes, de mariages forcés, exposition à la prostitution aussi des garçons). Ces adolescent(e)s peuvent être en proie à des idées fatalistes à l'origine de comportements sexuels à haut risque et autodestructeurs en termes de santé. »* (50).

En plus des dépistages systématiques proposés pour les IST, une information sur le thème de la santé sexuelle devrait être délivrée à chaque MNA lors de la consultation initiale. Dans l'étude de L.Tavora, portant sur la présence d'IST chez les migrants d'origine africaine au Portugal « 16,4% des personnes avaient au moins une infection sexuellement transmissible » (51). Il s'agit dans cette étude d'une population adulte. La prévalence dans notre échantillon était de 7,1%, ceci montre l'importance et la nécessité réelle de la prévention des risques sexuels pour ces populations particulièrement à risque, et le plus tôt possible.

Seulement 59 patients sur les 91 inclus ont pu bénéficier d'un dépistage Chlamydia et Gonocoque, tandis que 77 patients ont bénéficié d'une sérologie pour le VIH, pourtant ils apparaissent dans le bilan initial proposé par le HCSP au même titre.

V.2.1.6 VIH

Un seul cas de séropositivité au VIH a été diagnostiqué dans notre échantillon (taux de positivité = 1,1%). Ce chiffre peut paraître faible par rapport à la prévalence globale du VIH retrouvée dans les pays en voie de développement (3,6% pour la Guinée par exemple) (52). En revanche, il est élevé au regard du taux de positivité du VIH des structures de dépistage telles que les CeGIDD, qui était de 0,37% tout âge confondu en 2018 (43).

Depuis 2010, l'incidence des infections à VIH chez les enfants a diminué de plus de la moitié (52 %), passant de 310 000 en 2010 à 150 000 en 2019 depuis la facilitation de l'accès aux traitements antirétroviraux et la diminution conséquente de transmission materno-foetale (52). De ce fait, aujourd'hui la majorité des cas de séropositivité chez les MNA font suite à une contamination par voie sexuelle. D'après l'enquête PARCOURS de

l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida publiée en 2018 (53), réalisée auprès des migrants nés en Afrique subsaharienne et vivant en Ile de France, près de la moitié (49%) des séropositifs pour le VIH ont été infectés après leur arrivée en France. En effet la promiscuité et leurs conditions de vie précaires les rendent d'autant plus vulnérables. Les MNA les plus à risques sur ce plan sont les jeunes filles en situation de prostitution et les victimes de viols et/ou de mariages forcés.

La sérologie VIH fait partie de l'avis publié par le HCSP (12) associée à une prévention des risques sexuels comme rappelée au paragraphe précédent.

V.2.1.7 Paludisme

Le peu d'accès palustre (n=1) dans notre étude s'explique aisément par une durée du trajet migratoire souvent supérieure à la durée d'incubation du parasite (<2 mois pour *P. falciparum* notamment). Certains MNA peuvent être protégés par une immunité partielle lorsqu'ils ont grandi en zone de forte endémie comme le montre le nombre d'antécédents d'accès palustres élevé dans cette population (30,6%). Il n'y a donc pas lieu de proposer un dépistage systématique. Cependant toute fièvre dans les mois suivant l'arrivée en France doit faire l'objet d'investigations éventuellement à la recherche d'accès récurrents à des plasmodium non falciparum (frottis sanguin - goutte épaisse en urgence) pour les sujets originaires de zones à forte endémie (54). Nous n'avons pas retenu ce dépistage en systématique et il ne figure pas dans les recommandations proposées par la HCSP (12).

V.2.1.8 Filariose

Les filarioses sont des helminthiases de répartition tropicale causées par des vers ronds dont les larves sont transmises par une pique d'arthropode. Elles constituent un groupe de pathologies variées selon l'espèce parasitaire, les manifestations cliniques et la nature de la réponse immunitaire induite. Elles sont largement répandues dans le monde (près d'un milliard de sujets exposés et plus de 200 millions de personnes atteintes). Trois principaux groupes de filarioses sont distingués : les filarioses lymphatiques, le *Loa loa* (loase) et l'onchocercose. Le traitement étiologique antiparasitaire est actif sur les larves (ou microfilaires) mais moins efficace sur les vers adultes. Le traitement symptomatique est essentiel, notamment pour les filarioses lymphatiques dont les manifestations cliniques à long terme peuvent être spectaculaires (éléphantiasis, lymphœdème). Plusieurs programmes d'éradication ont été mis en place par l'organisation mondiale de la santé

(OMS), notamment basés sur le traitement antiparasitaire des populations exposées, la lutte contre le vecteur et la surveillance des zones à risques. (55).

Lors du traitement de la loase essentiellement, il existe un risque d'accident de lyse filarienne, de nature immunoallergique, pouvant aboutir à une encéphalopathie fatale. Ces accidents font le plus souvent suite au traitement par *Diéthylcarbamazine*, mais des cas successifs à l'administration d'*ivermectine* et exceptionnellement d'*albendazole* ont également été décrits

La sérologie filariose n'apparaît pas parmi les dépistages systématiques des recommandations du HCSP (12). Il semblerait qu'elle ne puisse juger d'une forme pathogène ou non. Elle sera donc à effectuer au cas par cas chez un patient selon la présence ou non de symptômes.

Selon la HAS, la sérologie filariose peut être envisagée :

- « soit en deuxième intention suite à une recherche directe de microfilaires négative chez un patient avec un tableau clinique fortement évocateur d'une filariose, dans le but d'identifier une infection filaire ;
- soit en première intention dans le cadre d'une exploration d'un syndrome hyperéosinophilique chez les personnes exposées et asymptomatiques, dans le but d'exclure une infection filaire.
- La recherche des microfilaires reste cependant nécessaire pour confirmer avec certitude le diagnostic et également afin de quantifier la quantité de microfilaires (charge parasitaire) » (55).

Nous pensons que cette sérologie doit être réservée aux patients symptomatiques ou présentant une hyperéosinophilie, après une recherche de microfilaires dans les selles négative à l'EPS, ou chez des patients avec suspicion forte de Loase devant être traités par Ivermectine, Diéthylcarbamazine ou albendazole.

V.2.1.9 Gale

Un patient de notre étude présentait une gale. Les MNA y sont particulièrement vulnérables, comme le montre le travail d'O.Monpierre avec un taux d'infection de 4,2% (20). Ceci s'explique par la précarité de leurs conditions de vie ainsi que la promiscuité à laquelle ils sont exposés durant leur exil et une fois placés en collectivité.

Le diagnostic repose avant tout sur l'examen clinique.

V.2.2 Anomalies hématologiques

En dehors des pathologies infectieuses, la carence martiale était une anomalie mise en évidence chez 33,3% des dépistés, ressortant dans les principales anomalies du bilan de santé. Un cas de drépanocytose a également été diagnostiqué.

V.2.2.1 Carence martiale

Malgré le peu de MNA dépistés dans cette étude (n=12), un tiers présentaient un taux de ferritine très faible ($< 15\mu\text{g/l}$) et trois quart de ces patients présentaient une anémie associée. Nous retrouvons un taux de carence martiale de l'ordre de 33,3%, chiffre similaire à ceux décrits dans la littérature. En effet, selon l'OMS, il s'agit du déficit nutritionnel le plus répandu mondialement, qui atteindrait deux milliards de personnes, soit plus de 30% de la population mondiale (56).

Le dosage de la ferritinémie seule étant un examen de dépistage suffisant (en l'absence d'inflammation, d'insuffisance rénale ou de pathologies malignes) selon la HAS (57), il n'est pas recommandé de doser le fer sérique, ni la transferrine. La ferritinémie fait partie du bilan proposé par le HCSP. Compte tenu de la fréquence des carences observées parmi cette population, ce dosage nous semble également à retenir indiscutablement y compris en l'absence d'anémie.

Concernant la substitution martiale, elle est indiquée en cas d'anémie ou de carence associée à une symptomatologie évocatrice (asthénie, alopecie etc ...) (58). Le traitement repose avant tout sur l'apport de sels ferreux PO à la dose de 3 à 6 mg/kg/jour en 3 prises quotidiennes pendant une durée de 3 à 6 mois. Une NFS et une ferritinémie peuvent être réalisées à 3 mois afin de suivre l'évolution de l'anémie et/ou de la carence. Il faudra cependant prévenir ces jeunes des effets secondaires potentiels attendus sous supplémentation (selles noires, douleurs abdominales) (59).

V.2.2.2 Drépanocytoses et thalassémies

Un cas de drépanocytose homozygote a été diagnostiqué mais aucun cas de thalassémie majeure ni mineure n'a été rapporté dans notre étude. Ces chiffres sont inférieurs à ceux retrouvés dans l'étude de C.Péaud sur l'état de santé des MNA en France, où 6,8% (n=8/117) des patients étaient atteints d'hémoglobinopathies (60). Selon l'OMS, dans les

pays en voie de développement, plus de 50 % des enfants atteints de la forme la plus sévère de drépanocytose décèdent avant l'âge de cinq ans (d'infection ou d'anémie). Leur espérance de vie est bien inférieure à la moyenne et leur pathologie représente un handicap compromettant leurs chances d'émigration (61).

L'Électrophorèse de l'hémoglobine n'apparaît pas dans le dépistage systématique proposé par le HCSP (12). Nous pensons néanmoins qu'elle serait à réaliser de manière systématique pour tous les patients et d'informer du risque possible de transmission à la descendance. En effet beaucoup de MNA seront perdus de vue au décours de ces consultations et il semble que le moment soit opportun pour la prévention.

V.2.2.3 Déficit en G6PD

Seulement trois patients ont bénéficié d'un dépistage pour le déficit en G6PD et PK, parmi eux, un patient était déficitaire pour les deux enzymes. Les chiffres étant minimes, il est impossible de conclure à une prévalence.

Selon O.Monpierre (20), 8% des MNA étaient porteurs de déficit en G6-PD dans leur étude, ils étaient originaires d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Ouest et d'Afghanistan. Ceci semble cohérent avec la répartition mondiale de cette maladie. Le déficit en G6PD tout comme celui en PK sont plus répandus dans les régions du monde où existe une endémie palustre. Il confère aux sujets porteurs une certaine résistance vis à vis de ce parasite. Cette protection a été montrée dans des populations africaines où les personnes déficitaires ont un risque diminué d'environ 50% de développer une forme sévère de paludisme à *P. falciparum* (62). Un dépistage précoce permet d'éviter la survenue d'accidents hémolytiques, en écartant les aliments et les médicaments à risques comme les fèves, les dérivés de la quinine, certains sulfamides, les fluoroquinolones... (63).

Selon P.Machado la prévalence du déficit en PK était de 4,6% pour les populations issues d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale (64).

Le dosage du déficit en G6PD et PK ne fait pas partie des recommandations du HCSP. Certains auteurs préconisent la réalisation de ces dépistages à la naissance, auprès des mêmes populations que celles ciblées par le dépistage néonatal de la drépanocytose (65). Ce dépistage nous semble bénéfique pour les MNA qui n'auraient pas pu bénéficier d'un tel examen dans leur pays d'origine afin d'éviter les complications potentiellement graves de ces maladies.

V.2.2.4 Pathologies pédiatriques et générales :

Notre population étant âgée de 16 ans en moyenne, il est logique de retrouver dans notre étude des pathologies pédiatriques cosmopolites.

Aucun cas de diabète de type 1 n'a été diagnostiqué dans cette étude, néanmoins ce type de diabète pouvant n'être découvert parfois qu'au stade d'acidocétose, représente alors une urgence vitale. L'isolement des MNA et leurs difficultés d'accès aux soins les rend beaucoup plus à risque d'évoluer jusqu'à ce stade. Ceci justifie de leur proposer un dépistage systématique du diabète par mesure de la glycémie sanguine ou capillaire. Seule la BU fait partie du bilan du HCSP. Cependant, la BU n'étant pas validée comme test diagnostique, il semble que la glycémie sanguine/capillaire soit un meilleur examen à proposer. La glycémie à jeun, quant à elle, semble difficile de réalisation, s'agissant la plupart du temps d'un bilan réalisé à un instant t, en consultation, où les patients ne seront que très rarement à jeun.

Devant l'absence de suivi médical antérieur chez la plupart des MNA, il paraît nécessaire de profiter de ce bilan pour dépister des anomalies potentiellement graves pouvant être asymptomatiques. Un bilan standard complémentaire est recommandé par le HCSP comprenant :

- NFS, Plaquettes
- CRP
- Ionogramme sanguin complet,
- Créatinine plasmatique,
- Ferritinémie
- Glycémie
- Bilan hépatique : ASAT/ALAT.

Seule la créatinine est recommandée dans l'évaluation de la fonction rénale. Mais, il semble difficile d'en analyser les résultats non couplés au taux d'urée. La plupart des anomalies du bilan rénal en pédiatrie concerne des insuffisances rénales aiguës fonctionnelles sur déshydratation, spontanément résolutives après majoration des apports hydriques.

La majeure partie des pathologies infantiles et de l'adolescent sera dépistée par l'examen clinique (asthme, acné, eczéma, scoliose etc..).

La cardiomyopathie hypertrophique obstructive, étant surreprésentée dans les populations Africaines, doit être activement recherchée devant un faisceau d'arguments tel qu'un souffle cardiaque, des antécédents personnels de malaises et surtout des antécédents familiaux de mort subite.

Le bilan médical initial doit inclure une mesure de la taille et du poids, ainsi qu'une technique adaptée de dépistage des troubles visuels et auditifs, accompagné d'un examen clinique complet. La taille est bien trop souvent absente des examens alors que le calcul de l'IMC est une aide incontestable dans le diagnostic de dénutrition.

La dénutrition n'est que très rarement décrite dans les études concernant les MNA en dépit de leurs conditions de voyage et de vie dans leur pays d'origine, pourtant elle concerne 19,1% de la population Africaine selon l'OMS (66). Ceci pouvant s'expliquer par le fait d'une sélection certaine des MNA, concernant leur état de santé globalement bon pour ceux qui atteindront le territoire d'exil (« hypothèse du healthy migrant effect »).

Les pathologies dentaires sont également plus fréquentes dans les pays en voie de développement. Cela peut être attribué à un manque de prévention et d'accès sanitaire, ainsi qu'à une augmentation de la part de sucre dans l'alimentation en milieu tropical urbain (67)(68). L'examen clinique initial doit donc comporter une inspection de l'état buccodentaire et un rappel des principes généraux d'hygiène. Une consultation odontologique systématique devrait ensuite être planifiée, à court ou moyen terme.

L'examen dermatologique doit être attentif et complet. Certaines pathologies, bien que non observées dans notre étude, nécessitent un examen clinique minutieux (leishmanioses, lèpre, trachome...) et au moindre doute, un avis spécialisé et une analyse microbiologique devraient être demandés.

V.2.2.5 Traumatisme et maltraitance :

L'examen clinique des MNA retrouvait très fréquemment des cicatrices ou d'autres séquelles de traumatismes pouvant être liées à des accidents domestiques, comme à des actes de maltraitance.

L'examineur doit également garder à l'esprit la possibilité de mutilations génitales chez les jeunes filles. Un examen gynécologique n'est pas pour autant indiqué lors du bilan initial car trop invasif, mais le sujet peut être abordé dans le cadre d'une information sur la

santé sexuelle et la contraception. La prescription d'un test de grossesse à titre systématique pour les jeunes MNA paraît nécessaire devant la fréquence des abus subis. Il fait notamment partie du bilan systématique recommandé par le HCSP.

V.2.2.6 Troubles psychiques :

Malheureusement les dossiers de la MDA de Rouen concernant nos patients n'ont pu être consultés suite à un accès aux dossiers rendu impossible.

Toutes les études cependant sont convergentes sur ce point et établissent que les MNA présentent des troubles psychiques et des troubles du comportement importants et plus fréquents que chez ceux accompagnés de leur famille ou que pour les adolescents issus de la population générale (69)(70)(71). Et pourtant, ces troubles sont repérés plus tardivement et moins bien pris en charge que pour les autres mineurs du fait d'une difficulté d'accès aux soins et d'un lien ensuite difficile à maintenir.

Les troubles psychiques les plus décrits sont le syndrome de stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété, même si les résultats varient considérablement selon les études (14 % à 66 % des enfants étrangers isolés souffrent de troubles psychiques). Le syndrome de stress post-traumatique concerne jusqu'à la moitié des enfants étrangers isolés, même si sa prévalence varie selon les études (entre 20 % et 53% des troubles psychiques). Les prévalences de la dépression et de l'anxiété sont également surreprésentées dans cette population (dépression : 15 à 23 % des troubles psychiques, anxiété : 9 à 50%) (72)(73). Les autres troubles psychiques repérés sont les suivants : agoraphobie, phobies et troubles du sommeil (73).

Une revue de la littérature de plusieurs travaux, a recensé les facteurs suivants comme facteurs de risque de troubles psychiques (74) :

- être enfant étranger isolé,
- être une fille,
- le nombre et la sévérité des événements traumatiques rencontrés (mort d'un proche, situation de danger personnelle, situation de guerre, être témoin de violences, viol subi ou observé, séparation, mauvais traitements, ...),
- le fait d'avoir changé souvent de centre d'hébergement dans le pays hôte,
- de vivre dans un centre d'accueil avec un nombre d'individus important,
- l'incertitude sur le statut de demandeur d'asile,

- les facteurs de stress quotidiens tels que le manque d'argent, d'indépendance ou la discrimination subie dans le pays d'accueil.

Ces facteurs de risque sont également décrits par von Werthern (75).

Une évaluation du risque mental devrait être réalisée lors de chaque consultation. L'interrogatoire visera à explorer chaque item de la santé mentale telle que :

- Des antécédents de troubles psychologiques,
- De prise de médicament psychotrope,
- De tentative de suicide,
- D'addiction
- De troubles du sommeil,
- De rumination,
- D'idées noires,
- De plainte somatique floue,
- D'irritabilité et/ou d'instabilité de l'humeur,
- De troubles du comportement
- Etc

Au moindre doute il faudra adresser le jeune en consultation spécialisée.

V.3 Forces et faiblesses

V.3.1 Intérêts :

L'atout de notre travail est avant tout son originalité puisque peu de travaux se sont intéressés aux MNA, ni à la mise en place d'un protocole de soins les concernant.

V.3.1.1 Amélioration des pratiques :

Il paraît clair au décours de ce travail que plusieurs réseaux de prise en charge des MNA existent sur la ville de Rouen. En fonction des structures d'accueil, l'orientation n'était pas la même. Les patients reconnus MNA et n'ayant pas bénéficié de bilan de santé auparavant étaient adressés par l'ASE vers des médecins de ville et en consultation au CLAT.

Avant qu'ils ne soient reconnus mineurs, si un problème de santé existait, ils étaient dirigés volontiers par des associations vers la PASS (aux heures ouvrables), où un

accompagnement social leur permettait une ouverture des droits à la santé. S'il s'agissait d'une urgence vitale (ou une consultation aux heures non ouvrables), ils étaient adressés aux urgences du CHU.

On pourrait imaginer créer une consultation spécifique commune pour ces patients, possiblement au CHU, où tous les MNA seraient reçus au même endroit et bénéficieraient de la même prise en charge, qu'ils soit reconnus mineurs ou non lors de leur consultation. Ils seraient ensuite orientés vers un praticien de ville ou des spécialistes si nécessaire pour prendre le relai et bénéficier d'une expertise complémentaire. Ce parcours permettrait à ces jeunes d'être accueillis dans une structure neutre, commune à tous, avec une équipe formée et où un service d'interprétariat dans l'idéal pourrait être disponible 24h/24. (par exemple : ISM interprétariat®)

Selon les recommandations du HCSP il est difficile de déterminer un moment précis opportun pour effectuer une première approche médicale. Néanmoins dans leur avis relatif au bilan des MNA publié en 2019 (12), le HCSP essaie de guider la bonne pratique de ces consultations.

Les étapes importantes rappelées sont de :

- préciser à l'enfant qu'aucune information recueillie pendant un acte de soin ne pourra être communiquée sans son accord (en particulier aux personnels impliqués dans l'évaluation socio-éducative du statut de MNA).
- le renforcement de l'accès à l'interprétariat professionnel apparaît comme essentiel à toutes les étapes du parcours de santé des migrants.
- un premier entretien avec un référent infirmier formé pourrait être organisé dans les 48 heures à partir de la mise à l'abri pour les mineurs et aurait pour but d'identifier une problématique de santé nécessitant un avis médical et/ou une prise en charge urgente (tant pour raison individuelle que collective), de rechercher un antécédent médical pour lequel la rupture d'un traitement de fond exposerait à une décompensation aiguë, d'annoncer et d'expliquer les objectifs et le déroulement du bilan de santé proprement dit.
- la seconde rencontre devrait, dans l'idéal, être conduite par la même personne, dans un délai rapproché, le but étant de confirmer l'absence de pathologie avérée justifiant un avis médical urgent, de mener un entretien médical et un examen clinique selon le guide d'entretien. Cet entretien serait suivi d'un avis médical qui

confirmerait l'orientation décidée : suivi simple et prise en charge par un médecin traitant relai ou suivi spécialisé hospitalier.

Certains départements mettent déjà en œuvre ce parcours de soins, dans les lieux de vie et pour tous les MNA. C'est notamment le cas en Gironde où une plateforme est uniquement dédiée à la prise en charge des MNA lors de leur mise à l'abri et avant leur reconnaissance (DROMIE).

Le risque d'interruption du parcours de soins lors des changements de lieux de vie mais aussi de statut (non reconnaissance en tant que MNA) et durant les périodes de recours pouvait rendre le suivi médical aléatoire. Néanmoins, malgré le nombre élevé de perdus de vue dans notre travail, 42/55 MNA (soit 76,4%) ont été revus en consultation après avoir été orientés par la PASS et la Pédiatrie. On note ici une volonté d'adhésion aux soins de la part de ces jeunes malgré des conditions de vie peu favorables à un suivi optimal (pas de moyen de transport, difficultés de moyen ...).

Depuis plus d'un an, un livret nommé « PASSEPORT SANTE » a été mis au point au sein du centre hospitalier de Rouen et, est distribué au décours de la première consultation à la PASS ou au CeGIDD. Il regroupe des informations sur l'identité du patient, son parcours de soin, les différentes sérologies prévacinales et vaccinations reçues, les dépistages effectués ainsi qu'un annuaire avec les différents centres de santé et quelques conseils d'hygiène (téléchargeable sur <https://www.corevih-normandie.fr/ressources/outils/passeport-sante/>). Le but de ce carnet était de pouvoir remettre aux primo-arrivants migrants dont les MNA un document (analogue au carnet de santé) à présenter par la suite à tout intervenant de santé afin qu'ils ne bénéficient pas des mêmes dépistages et rattrapages vaccinaux à multiples reprises durant leur parcours de vie et d'assurer à minima un suivi médical lors des changements de région. Aucun résultat d'examen médical n'apparaît afin de ne pas être préjudiciable pour le MNA, mais uniquement les coordonnées des structures les ayant accompagnés à un moment donné de leur parcours de soins.

V.3.1.2 Proposition d'un protocole (Annexe 4)

Le HCSP a publié un avis relatif au bilan de santé des MNA en 2019 (12) après le début de notre étude (annexe 4). Le protocole présenté en conclusion de ce travail permet d'appuyer la nécessité des dépistages proposés par le HCSP, de compléter certaines données (ajout de l'EpHB, du déficit en G6PD et PK...) notamment sur la prise en charge

globale, la conduite à tenir lors de leur hospitalisation ou lors des consultations (ouverture de droit, OPP ? ...). Il s'agit d'une aide visant l'harmonisation des pratiques pour le bilan standard des MNA arrivant sur le territoire Français et devant être réalisé pour tous, qu'ils soient reconnus mineurs ou non. Il sera à compléter au cas par cas, en fonction de l'interrogatoire et des symptômes décrits par le patient.

V.3.2 Biais de classement

Une des principales faiblesses de cette étude consiste en l'analyse rétrospective des données issues de dossiers de services différents de part leur pratique et population habituellement soignée. La multitude d'acteurs de santé engagés, de spécialités médicales différentes, habitués à prendre en charge des enfants ou des adultes engendre une disparité majeure dans les propositions de dépistages et examens réalisés. Par ailleurs, de nombreuses données que nous aurions souhaitées recueillir n'ont pu l'être faute d'information retrouvée dans le dossier, telles que le niveau d'éducation, le motif de l'émigration, les langues parlées, la présence de traces de BCG ...

V.3.3 Biais de sélection

Le recueil ayant été effectué uniquement au CHU de Rouen, il existe un biais de sélection. En effet, tous les MNA ayant réalisé leur dépistage en dehors du centre hospitalier et pris en charge en ville ne sont pas inclus dans cette étude et l'on peut supposer que les MNA vus à l'hôpital présentent des pathologies plus graves que ceux suivis uniquement en ville.

Les MNA suivis à Rouen ne sont pas non plus représentatifs de l'ensemble des MNA prise en charge sur le territoire français. En effet, selon la région et la période d'accueil, leurs origines diffèrent. Comparativement aux chiffres du rapport d'activité de MMNA de 2019 reprenant l'ensemble des données des MNA sur le territoire français, on comptait beaucoup moins de MNA originaires du Bangladesh (1,1% vs 4,8%) et du Maghreb (0% vs 10,5%) dans ce travail rouennais. Cela peut s'expliquer par la distribution des communautés ethniques et des filières d'immigration intraterritoriales. La situation géographique et les réseaux de transport (ex. présence d'un aéroport international dans le département) entrent également en jeu dans cette répartition.

Toutefois, les trois nationalités les plus représentées chez les MNA étaient les mêmes à l'échelle nationale et à l'échelle de notre travail, soit en provenance de Guinée, du Mali et de Côte d'Ivoire.

Par ailleurs, l'objectif était de proposer un protocole de prise en charge pouvant s'appliquer à une population de mineurs isolés ayant tous des parcours de vie complexes et traumatisants. La prise en charge devra dans les tous les cas être individualisée au vécu et aux antécédents du MNA ainsi qu'à son pays d'origine.

V.3.4 Biais d'information

Aucun MNA accueilli ne possédait de carnet de santé ni de document médical. Le recueil d'information sur leurs conditions de vie, leur parcours migratoire, leurs antécédents médicaux personnels et familiaux était donc basé sur leurs propres déclarations. Ces informations pouvaient être incomplètes ou erronées pour les raisons suivantes :

- Chez les MNA non francophones, la barrière de la langue altérerait la qualité de l'entretien.
- Les biais de mémorisation entravent le recueil d'informations, en particulier pour ceux souffrant de psychotraumatismes. Il semble évident qu'au décours d'un trajet migratoire éprouvant, un antécédent considéré comme sans importance par le jeune, puisse être occulté lors d'une première consultation.
Leurs variations de discours sont très fréquemment utilisées comme prétexte pour un refus de reconnaissance en tant que MNA, jugés comme peu fiables. Bien que, selon Spinhoven *et al.* les MNA les plus jeunes y seraient davantage sujets mais sans que cela ne constitue un critère pertinent de manque de fiabilité (76).
- La peur du jugement ou la méfiance, peuvent inciter certains migrants à dissimuler certaines informations. Notamment une consommation de substances prohibées, une activité sexuelle ou d'autres informations mal perçues dans leur culture d'origine ou la nôtre. La peur du rejet et de l'aveu de pathologies considérées comme tabou peut également entraver la déclaration de certains antécédents tels qu'une séropositivité pour le VIH ou des symptômes évocateurs de tuberculose, d'autant plus s'ils estiment que cela peut compromettre un accueil chez l'habitant salubre pour ne plus dormir dans la rue. Aussi, la dépression reste trop souvent jugée comme une faiblesse, une honte pour les Africains, sans question ciblée et orientée, il est presque impossible d'obtenir des informations sur leur état psychologique.
- Les coutumes auxquelles les MNA étaient confrontés avant leur arrivée en France sont également bien différentes des nôtres altérant les informations fournies dans de nombreux domaines. Par exemple, il est mal vu de regarder dans les yeux une

personne plus âgée que soit, il faut donc lui répondre en baissant la tête. Ceci peut aussi se retrouver lors d'interactions homme/femme.

- Les parcours migratoires de ces jeunes étaient violents et traumatisants. Les violences subies physiques et/ou sexuelles et la confrontation à la mort sont souvent passées sous silence le plus souvent pour ne pas ressasser ces souvenirs traumatisants.
- Pour finir, en situation précaire, leur priorité au moment de ces consultations concerne le plus souvent la nécessité de soins primaires tels que la recherche d'un logement, de quoi se nourrir, s'habiller relayant la santé au second plan.

V.3.5 Biais de mesure

Afin de conserver une base de données exploitables, certaines informations jugées peu pertinentes n'ont pas été recueillies. C'est le cas notamment pour certaines pathologies intercurrentes bénignes et cosmopolites, comme les rhinopharyngites ou les allergies saisonnières. A l'inverse, certaines informations recueillies n'ont finalement pas été exploitées car jugées peu représentatives du fait de leur renseignement effectué de manière trop aléatoire dans les dossiers (ex. cicatrices de BCG, hébergement, niveau d'étude, langue parlée...).

La plupart des résultats provenait de questions directes ou d'examens paracliniques standardisés. Ils s'avèrent donc fiables et reproductibles. En revanche certains diagnostics, comme les troubles psychiatriques, dont les critères peuvent être plus subjectifs pouvaient s'avérer plus incertains.

De plus, il faut noter le peu de patients recrutés dans cette étude d'où la faible puissance des résultats, notamment des prévalences obtenues en fonction des pays d'origine. Et, nos sous-groupes de population par origine géographique étaient de tailles trop différentes pour permettre une analyse multivariée de qualité. Nous avons donc pris le parti de ne pas réaliser de tests de comparaison statistiques, préférant raisonner en terme d'ordres de grandeur et de santé globale. Nous estimons pouvoir mieux répondre ainsi aux questions de notre étude.

Une comparaison avec la population d'origine Française n'aurait pas été constructive, puisqu'il nous semblait évident que l'état de santé des MNA diffère de celui des mineurs nés en France en terme de maladies infectieuses et tropicales, de conditions de vie, etc.

Enfin, le nombre élevé de perdus de vue représente un biais non négligeable, bien qu'ils aient été intégrés dans l'analyse. En effet, nul ne sait si ces patients ont été reconnus mineurs ou s'ils ont pu bénéficier de traitements à la suite de ces consultations. Il paraît aller de soi qu'il s'agit de la même population et que leur état de santé est comparable aux patients reconnus mineurs.

VI. Conclusion

La prise en charge des MNA en France est un sujet sensible, tant sur le plan éthique et social que politique. Leur santé est souvent reléguée au second plan face à l'urgence que génère la représentation légale, l'hébergement et la scolarisation de ces jeunes.

Pourtant nous avons pu voir tout au long de cette thèse que les MNA représentent une population particulièrement vulnérable, cumulant les risques sanitaires, étant à la fois migrants, réfugiés clandestins et adolescents. Le nombre de pathologies infectieuses dépistées représentent un risque autant sur le plan individuel que collectif, qu'il ne faut pas négliger. À cela s'ajoute un état psychologique particulièrement affecté, suite aux événements traumatiques vécus et à l'isolement auquel ils sont confrontés.

Pour toutes ces raisons, une prise en charge spécifique, visant à dépister précocement les pathologies les plus fréquentes et les plus graves rencontrées chez les MNA, tout en leur offrant un accès aux soins équitable semble nécessaire. L'avis sur le bilan de santé des MNA publié par le HCSP en 2019 est le premier document visant l'harmonisation d'un bilan de santé. Notre protocole de prise en charge proposé suite à ce travail en reprend les grandes lignes tout en étayant le contenu suite aux résultats retrouvés tout au long de notre étude.

Une étude de cohorte prospective multicentrique menée sur un échantillon plus important de la population serait digne d'intérêt afin de corroborer ces premiers résultats.

Il est indispensable de faciliter l'accès aux soins de ces jeunes sans attendre le statut final de leur minorité.

Ainsi une consultation commune à tous les MNA, qu'ils soient reconnus ou non en tant que tels, permettrait une harmonisation certaine des pratiques et un suivi plus adéquat.

VII. Références

1. Mineur étranger non accompagné : définition du Haut Commissariat des Nations Unis pour les Réfugiés. août 2011; Disponible sur: <https://www.infomie.net/spip.php?article661>
2. Mineurs isolés étrangers ; l'essentiel. Disponible sur: https://www.france-terre-asile.org/images/stories/mineurs-isoles-etrangers/MIE_web.compressed1.pdf
3. Parlementaire en mission auprès du Garde des Sceaux - Ministre de la Justice et des Libertés. mai 2010; Disponible sur: https://www.infomie.net/IMG/pdf/rapport_mineur_20100510.pdf
4. Comité de suivi des mineurs non accompagnés du 7 mars 2016. 8 août 2016; Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/comite-de-suivi-des-mineurs-non-accompagnes-du-7-mars-2016-29232.html>
5. Mission mineurs non accompagnés : rapport annuel d'activité 2019. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/mission-mineurs-non-accompagnes-rapport-annuel-dactivite-2019-33104.html>
6. Données statistiques issues des rapports institutionnels. janv 2021; Disponible sur: <https://www.infomie.net/spip.php?article666>
7. UNICEF. Convention internationale des droits de l'enfant. 1989; Disponible sur: <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
8. Arrêté du 28 juin 2019 pris en application de l'article R. 221-12 du code de l'action sociale et des familles et relatif à la participation forfaitaire de l'Etat à la phase de mise à l'abri et d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. juill 2019; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038777278/>
9. Décret n° 2019-57 du 30 janvier 2019 relatif aux modalités d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à ces personnes. janv 2019; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038074279/>
10. Guide de bonnes pratiques en matière d'évaluation de la minorité et de l'isolement des personnes se déclarant comme mineur(e)s et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. déc 2019; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/guide-de-bonnes-pratiques-en-matiere-d-evaluation-de-la-minorite-et-de-l>
11. Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France. janv 2006; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006053178/>
12. Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés. 2019, Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=753>.
13. Etienne. Evaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide sociale à l'enfance. 2002; Disponible sur: https://www.infomie.net/IMG/pdf/etude_sociologique_de_madame_etienne.pdf
14. Les mineurs isolés étrangers Une triste bienvenue. févr 2017; Disponible sur: https://www.infomie.net/IMG/pdf/mie_dossier_ai_2.pdf
15. Frechon I. Les mineurs isolés étrangers et les inégalités de prise en charge en protection de l'enfance en France. 2018; Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/mineurs-isoles-etrangers-et-inegalites-de-prise-en-charge-protection-enfance-france/>

16. Kloning T, Nowotny T, Alberer M, Hoelscher M, Hoffmann A, Froeschl G. Morbidity profile and sociodemographic characteristics of unaccompanied refugee minors seen by paediatric practices between October 2014 and February 2016 in Bavaria, Germany. *BMC Public Health*. 7 août 2018;18(1):983.
17. Lecordier. Mission d'information et d'évaluation relative à l'accueil et à la mise à l'abri des mineurs non accompagnés en Seine-Maritime. oct 2019; Disponible sur: <http://departement.elus76.com/wp-content/uploads/2019/12/2019-11-22-Rapport-de-la-mission.pdf>
18. Laporte R. « Soins somatiques aux mineurs étrangers isolés » 12 juin 2018. 12 juin 2018; Disponible sur: <https://splf.fr/wp-content/uploads/2018/07/Soinsaux-Mineurs-Non-Accompagnes-JNCLAT-2018.pdf>
19. Comede. La santé des exilés. 2019; Disponible sur: <https://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf>
20. Monpierre O, Baudino P, Rio-René P, Maurice S, Malvy D, Receveur M-C. [Global health of unaccompanied refugee minors in Gironde (France) between 2011 and 2013]. *Bull Soc Pathol Exot* 1990. mai 2016;109(2):99-106.
21. Rapport d'activité 2018, Médecins du Monde (délégation Ile de France) - Programme Mineurs Non Accompagnés (MNA). 2018; Disponible sur: <http://www.infomie.net/spip.php?article4934>
22. Nombre de MNA confiés par décision judiciaires du 1er janvier au 31 décembre 2020 inclus. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/tableau_mna_2020.pdf
23. La santé des enfants, l'épidémie de Covid-19 et ses suites, Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=860>.
24. rapport MMNA 2019, Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/mission-mineurs-non-accompagnes-rapport-annuel-dactivite-2019-33104.html..>
25. Hourdet A. 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, Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ile-de-france/documents/article/2020/etat-de-sante-des-patients-se-declarant-mineurs-non-accompagnes-et-non-reconnus-mineurs-enquete-retrospective-au-sein-de-la-permanence-d-acces-au>.
26. Le nombre de mineurs reconnus non accompagnés varie considérablement selon les départements, Disponible sur : infoMIE.net.
27. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit*. févr 2015;29(1):15-20.
28. Biddle N, Kennedy S, McDonald JT. Health Assimilation Patterns Amongst Australian Immigrants. *Econ Rec*. mars 2007;83(260):16-30.
29. Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N. The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. *Am J Public Health*. janv 2008;98(1):78-84.
30. Uretsky MC, Mathiesen SG. The effects of years lived in the United States on the general health status of California's foreign-born populations. *J Immigr Minor Health*. avr 2007;9(2):125-36.
31. Berchet C. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. :5.

32. Staat MA, Rice M, Donauer S, Mukkada S, Holloway M, Cassedy A, et al. Intestinal parasite screening in internationally adopted children: importance of multiple stool specimens. *Pediatrics*. sept 2011;128(3):e613-622.
33. Manzardo C, Trevino B, Mongui E, Claveria I, Val JLD, Zabaleta E, et al. Communicable diseases in the immigrant population attended to in a tropical medicine unit: Epidemiological aspects and public health issues. :8.
34. Maaßen W, Wiemer D, Frey C, Kreuzberg C, Tannich E, Hinz R, et al. Microbiological screenings for infection control in unaccompanied minor refugees: the German Armed Forces Medical Service's experience. *Mil Med Res*. 2017;4:13.
35. rochat laurence. Panels gastro-intestinaux par PCR multiplex pour la prise en charge des diarrhées du voyageur : performants et utiles. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-561/panels-gastro-intestinaux-par-pcr-multiplex-pour-la-prise-en-charge-des-diarrhees-du-voyageur-performants-et-utiles>
36. Al LG. Maladies tropicales persistantes chez les migrants. *Rev Médicale Suisse*. 2014;Volume 425(14):827-32. [Internet]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-425/maladies-tropicales-persistantes-chez-les-migrants>
37. Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic de la schistosomose (bilharziose), Suzie D. Haute Autorité de santé, 2017, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2678400/fr/actualisation-des-actes-de-biologie-medicale-relatifs-au-diagnostic-de-la-schistosomose-bilharziose.
38. HAS. Tests in vitro de dépistage de l'infection tuberculeuse latente par détection de production d'interféron gamma. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/argumentaire_igra_vd_2015-06-29_11-57-54_758.pdf
39. Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance. 2019, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/argumentaire_igra_vd_2015-06-29_11-57-54_758.pdf.
40. OMS. Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente. Disponible sur: https://www.who.int/tb/publications/lbti_document_page/fr/
41. OMS, données sur l'hépatite [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/21-04-2017-new-hepatitis-data-highlight-need-for-urgent-global-response>
42. Prise en charge du VIH – Recommandations du groupe d'experts. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
43. bulletin épidémiologique hebdomadaire. déc 2020; Disponible sur: <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/index.html>
44. Dynamique infectieuse et vaccinale de l'hépatite virale A chez les personnes vivant avec le VIH suivies dans un centre tertiaire. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/jni/2019/com/jni2019-hva-coustillerese.pdf>
45. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les MST. févr 2016; Disponible sur: <https://www.cnr-ist.fr/ressources/editeur/Guidelines%20IST%20SFDermato%202016.pdf>
46. Soni S, Horner P, Rayment M, Pinto-Sander N, Naous N, Parkhouse A, et al. 1 2018 BASHH UK national guideline for the 2 management of infection with *Mycoplasma genitalium*. :27.
47. Urétrites et cervicites, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038472/fr/uretrites-et-

48. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. juill 2019; Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiR4uuX3PnwAhUlcBQKHQ2-DZcQFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F190597%2F2335082&usg=AOvVaw1beocKyEPU7f4OXv1_ErO3
49. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. oct 2018; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis
50. Renteria S-C. [Migrant adolescents and sexuality]. Rev Med Suisse. 13 juin 2012;8(345):1266-71.
51. Távora-Tavira L, Teodósio R, Seixas J, Prieto E, Castro R, Exposto F, et al. Sexually transmitted infections in an African migrant population in Portugal: a base-line study. J Infect Dev Ctries. 1 déc 2007;1(3):326-8.
52. ONUSIDA. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
53. Gosselin A, Ravalihasy A, Pannetier J, Lert F, Desgrées du Loû A, PARCOURS Study Group. When and why? Timing of post-migration HIV acquisition among sub-Saharan migrants in France. Sex Transm Infect. mai 2020;96(3):227-31.
54. Minodier P, Imbert P. Conduite à tenir devant un enfant fébrile au retour de voyage. J Pédiatrie Puériculture. juin 2020;33(3):118-45.
55. Actualisation filariose, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801837/fr/actualisation-de-la-nomenclature-des-actes-de-biologie-medecale-pour-le-diagnostic-et-le-suivi-des-filarioses.
56. OMS. Carences en micronutriments. Disponible sur: <https://www.who.int/nutrition/topics/ida/fr/>
57. HAS. Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/texte_court_bilan_martial_carence_2011-11-09_17-22-2_135.pdf
58. Fehr J, Favrat B, Schleiffenbaum B, Krayenbühl PA, Kapanci C, von Orelli F. [Diagnosis and treatment of iron deficiency without anaemia]. Rev Med Suisse. 4 nov 2009;5(224):2229-30, 2232-4.
59. Schaefer RM, Huch R, Krafft A, Anaemia Working Group. [Current recommendations for the treatment of iron deficiency anemia]. Rev Med Suisse. 4 avr 2007;3(105):874-80.
60. Peaud C. Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers, Disponible sur : <https://www.infomie.net/spip.php?article3840>.
61. Drépanocytose : une stratégie pour la région africaine de l'oms. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1727/afr_rc60_8_fr%5b1%5d.pdf?sequence=1&isAllowed=y
62. PNDS Déficit en G6PD, HAS. 2017; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2800207/fr/deficit-en-g6pd-glucose-6-phosphate-deshydrogenase-ou-favisme
63. Médicament et déficit en G6PD : actualisation de l'ANSM. 2019; Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/medicament-et-deficit-en-g6pd-lansm-actualise-le-referentiel>

64. Machado P, Manco L, Gomes C, Mendes C, Fernandes N, Salomé G, et al. Pyruvate kinase deficiency in sub-Saharan Africa: identification of a highly frequent missense mutation (G829A;Glu277Lys) and association with malaria. *PloS One*. 2012;7(10):e47071.
65. Ouattara AK, Yameogo P, Traore L, Diarra B, Assih M, Compaore TR, et al. Prevalence, genetic variants and clinical implications of G-6-PD deficiency in Burkina Faso: a systematic review. *BMC Med Genet*. 23 nov 2017;18(1):139.
66. OMS. Rapport de l'ONU : Alors que la faim augmente et que la malnutrition persiste, la réalisation de l'objectif Faim zéro d'ici à 2030 est compromise. 2020; Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/13-07-2020-as-more-go-hungry-and-malnutrition-persists-achieving-zero-hunger-by-2030-in-doubt-un-report-warns>
67. Hagenfeld D, Zimmermann H, Korb K, El-Sayed N, Fricke J, Greiser KH, et al. Periodontal Health and Use of Oral Health Services: A Comparison of Germans and Two Migrant Groups. *Int J Environ Res Public Health*. 20 août 2019;16(16).
68. Cote S, Geltman P, Nunn M, Lituri K, Henshaw M, Garcia RI. Dental caries of refugee children compared with US children. *Pediatrics*. déc 2004;114(6):e733-740.
69. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Comparing Psychological Distress, Traumatic Stress Reactions, and Experiences of Unaccompanied Refugee Minors With Experiences of Adolescents Accompanied by Parents. *J Nerv Ment Dis*. avr 2007;195(4):288-97.
70. Mitra R, Hodes M. Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. *Child Care Health Dev*. mars 2019;45(2):198-215.
71. Salari R, Malekian C, Linck L, Kristiansson R, Sarkadi A. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scand J Public Health*. août 2017;45(6):605-11.
72. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*. juill 1992;5(3):377-91.
73. Jakobsen M, Demott MAM, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 2014;10:53-8.
74. Honkanen. MENTAL HEALTH PROBLEMS OF CHILD AND ADOLESCENT REFUGEES AND ASYLUM SEEKERS. 2016; Disponible sur: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/111533/Mental%20Health%20of%20Child%20and%20Adolescent%20Refugees.pdf;jsessionid=674C1A939CE8E2763943CC3957A8C854?sequence=1>
75. von Werthern M, Grigorakis G, Vizard E. The mental health and wellbeing of Unaccompanied Refugee Minors (URMs). *Child Abuse Negl*. déc 2019;98:104146.
76. Spinhoven P, Bean T, Eurelings-Bontekoe L. Inconsistencies in the self-report of traumatic experiences by unaccompanied refugee minors. *J Trauma Stress*. oct 2006;19(5):663-73.

VIII. Annexes

Annexe 1 :

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

Dernière mise à jour des données de ce texte : 20 novembre 2016

NOR : JUSF1628271A

JORF n°0269 du 19 novembre 2016

VIII.1.1.1 Version en vigueur au 24 mai 2021

Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur, la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes et la ministre des outre-mer,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 221-2-2, L. 223-2, R. 221-11 à R. 221-15, R. 523-2, R. 534-2 et R. 584-1 ;

Vu la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, notamment son article 27 ;

Vu la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, notamment ses articles 43, 48 et 49 ;

Vu le décret n° 2010-497 du 17 mai 2010 modifié relatif au fonds national de financement de la protection de l'enfance ;

Vu le décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 pris en application de l'article L. 221-2-2 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille,

Arrêtent :

VIII.1.1.2 Article 1

Le présent arrêté a pour objet de définir les modalités de l'évaluation de la minorité et de l'isolement familial des personnes se déclarant mineures privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille en application des dispositions de l'article R. 221-11 du code de l'action sociale et des familles.

La personne est considérée comme isolée lorsque 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. Afin de faire obstacle à toute exploitation ou emprise, une attention particulière doit être portée quant aux motivations de cette personne qui doit agir dans l'intérêt exclusif de l'enfant. Le fait qu'un mineur ne soit pas considéré comme isolé ne l'empêche pas de bénéficier des dispositifs de protection de l'enfance.

VIII.1.1.3 Article 2

Le président du conseil départemental fait procéder à l'évaluation de la minorité et de l'isolement familial des personnes se déclarant mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. L'évaluation est composée d'une évaluation sociale et, le cas échéant, d'investigations complémentaires telles que prévues aux 2° et 3° du II de l'article R. 221-11 du CASF.

VIII.1.1.4 Article 3

L'évaluation sociale est menée par les services du département ou par toute structure du secteur public ou du secteur associatif à laquelle la mission d'évaluation a été déléguée par le président du conseil départemental.

L'évaluation sociale se déroule dans une langue comprise par l'intéressé, le cas échéant avec le recours d'un interprète, faisant preuve de neutralité vis-à-vis de la situation.

La personne est informée des objectifs et des enjeux de l'évaluation qui doit être une démarche empreinte de neutralité et de bienveillance. Elle est notamment avisée qu'elle pourra être prise en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance d'un autre département si elle est déclarée mineure et privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille à l'issue de l'évaluation.

L'évaluateur analyse la cohérence des éléments recueillis au cours d'un ou de plusieurs entretiens, si nécessaire en demandant le concours de professionnels d'autres spécialités ou en effectuant des vérifications auprès de particuliers concernés. Ces éléments constituent un faisceau d'indices qui permet d'apprécier si la personne est un mineur privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille.

VIII.1.1.5 Article 4

Le président du conseil départemental s'assure que les professionnels en charge de l'évaluation auxquels il a recours disposent d'une formation ou d'une expérience leur permettant d'exercer leur mission dans des conditions garantissant la prise en compte de l'intérêt de l'enfant ; il veille au caractère pluridisciplinaire de l'évaluation sociale de la personne.

Les professionnels doivent ainsi justifier d'une formation ou d'une expérience notamment en matière de connaissance des parcours migratoires et de géopolitique des pays d'origine, de psychologie de l'enfant et de droit des mineurs.

VIII.1.1.6 Article 5

A chaque stade de l'évaluation sociale, l'évaluateur veille à confronter l'apparence physique de la personne évaluée, son comportement, sa capacité à être indépendante et autonome, sa capacité à raisonner et à comprendre les questions posées, avec l'âge qu'elle allègue.

L'évaluateur est attentif à tout signe d'exploitation ou d'emprise dont peut être victime la personne évaluée. Il l'informe sur les droits reconnus aux personnes victimes d'exploitation ou de traite des êtres humains, et veille à son accompagnement vers le dépôt de plainte.

Les éléments recueillis lors de la mise à l'abri doivent être communiqués à l'évaluateur et font partie de l'évaluation.

Les entretiens peuvent permettre de déceler d'éventuels problèmes de santé nécessitant des soins rapides.

VIII.1.1.7 Article 6

L'évaluation sociale, qui porte a minima sur les six points d'entretien suivants, conduit à la rédaction d'un rapport de synthèse concluant ou non à la qualité de mineur privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille. D'autres points peuvent être ajoutés pour enrichir l'évaluation sociale si la situation de la personne le nécessite.

I. - Etat civil

L'évaluateur recueille les déclarations de la personne évaluée concernant sa situation personnelle, son état civil et son pays ainsi que sa région d'origine. L'intéressée produit tout document concernant son état civil et précise les conditions d'obtention des documents produits.

L'évaluateur applique la présomption d'authenticité des actes de l'état civil émanant d'une administration étrangère prévue par les dispositions de l'article 47 du code civil.

Si l'évaluateur constate des incohérences entre le document présenté et le récit de la personne, il demande des précisions à cette dernière et l'indique dans le rapport de synthèse.

II. - Composition familiale

L'évaluateur recueille auprès de la personne évaluée tous éléments sur sa famille et ses proches dans son pays d'origine, l'identité et l'âge de ses parents et des membres de sa fratrie, la place qu'elle occupe au sein de cette dernière.

Elle indique si elle a maintenu des liens avec sa famille depuis son arrivée sur le territoire français, notamment si elle a connaissance de la présence de membres de sa famille en France ou en Europe, ainsi que les liens qu'elle entretient avec ceux-ci.

Les entretiens d'évaluation de la minorité et de l'isolement familial peuvent être le moment propice à l'amorce d'une recherche de la famille en vue d'une prise de contact.

III. - Présentation des conditions de vie dans le pays d'origine

La personne évaluée décrit le contexte géopolitique de sa région d'origine, la situation économique de sa famille la plus proche, ainsi que la localisation actuelle de celle-ci, le niveau et le déroulement de sa scolarité et/ou de sa formation et enfin le travail ou toute autre activité qu'elle a pu exercer dans son pays d'origine.

L'évaluateur prend en compte l'évolution géopolitique du pays dont elle est ressortissante, telle qu'il peut en avoir une connaissance objective issue notamment de la consultation du site du ministère des affaires étrangères.

IV. - Exposé des motifs de départ du pays d'origine et présentation du parcours migratoire de la personne jusqu'à l'entrée sur le territoire français

L'évaluateur recueille auprès de la personne évaluée les motifs et la date de départ de son pays d'origine ainsi que l'organisation et les modalités de financement de son parcours migratoire en précisant, le cas échéant, l'intervention de passeurs.

Elle décrit son itinéraire entre le pays d'origine et le territoire français, en précisant la durée et les conditions du séjour dans chaque pays traversé, les démarches éventuellement engagées dans ces pays et notamment sa prise en charge par des services d'aide à l'enfance.

V. - Conditions de vie depuis l'arrivée en France

La personne évaluée précise la date et ses conditions d'entrée sur le territoire français, ses conditions de vie en France depuis son arrivée et les conditions de son orientation vers le lieu de l'évaluation.

VI. - Projet de la personne

Afin de procéder à une orientation adaptée de la personne, l'évaluateur recueille son projet notamment en termes de scolarité et de demande d'asile ainsi que, lorsqu'un contact avec la famille a pu être établi, le projet parental.

VIII.1.1.8 Article 7

Après avoir effectué une synthèse des entretiens dans un rapport d'évaluation, l'évaluateur rend un avis motivé quant à la minorité ou à la majorité et au caractère d'isolement familial ou non de la personne se déclarant mineure privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille. Si des doutes subsistent quant à l'âge, l'évaluateur l'indique dans son rapport. Il transmet le rapport d'évaluation et son avis motivé au président du conseil départemental.

VIII.1.1.9 Article 8

Le président du conseil départemental apprécie la nécessité, selon les cas :

- d'une transmission aux services chargés de la lutte contre la fraude documentaire des documents d'identification produits par la personne évaluée s'il estime qu'ils pourraient être irréguliers, falsifiés ou que des faits qui y sont déclarés pourraient ne pas correspondre à la réalité ;
- d'une saisine de l'autorité judiciaire aux fins d'assistance éducative ou de procéder aux investigations complémentaires dans le respect des conditions posées à l'article 388 du code civil.

VIII.1.1.10 Article 9

La personne qui est évaluée mineur privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille bénéficie des dispositions relatives à la protection de l'enfance.

Lorsque la personne n'est pas reconnue mineur privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, le président du conseil départemental notifie à l'intéressé une décision motivée de refus de prise en charge mentionnant les voies et délais de recours applicables.

Il l'informe alors sur les droits reconnus aux personnes majeures notamment en matière d'hébergement d'urgence, d'aide médicale, de demande d'asile ou de titre de séjour.

VIII.1.1.11 Article 10

La directrice de la protection judiciaire de la jeunesse, le directeur général des collectivités locales, le directeur général de la cohésion sociale et le directeur général des outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 17 novembre 2016.

*Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Jean-Jacques Urvoas*

*Le ministre de l'intérieur,
Bernard Cazeneuve*

*La ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes,
Laurence Rossignol*

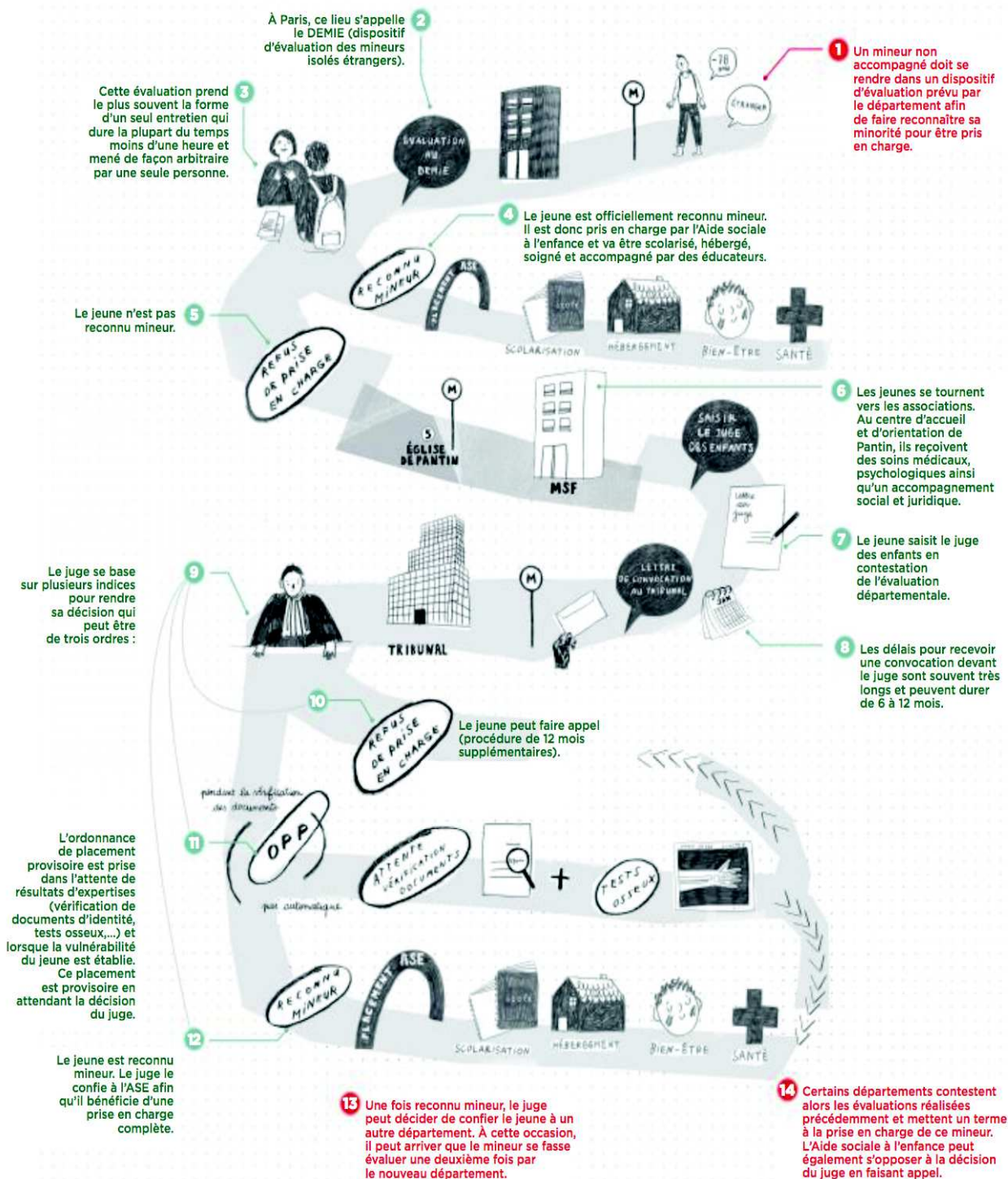
*La ministre des outre-mer,
Ericka Bareigts*

Annexe 2 : Interprétation des résultats d'une IDR à la Tuberculine par la HAS

Chez une personne de plus de 15 ans	
0-4 mm	IDR négative. Infection tuberculeuse peu probable.
5-9 mm	IDR positive. Réaction due à une vaccination BCG ancienne ou à une infection tuberculeuse latente, mais non en faveur d'une infection récente.
10-14 mm	IDR positive. Infection tuberculeuse latente probable, le contexte aide à définir l'ancienneté.
≥ 15 mm	IDR positive. Infection tuberculeuse latente probablement récente.
Chez un enfant de moins de 15 ans	
Si aucune vaccination BCG : une IDR ≥ 5 mm évoque une infection tuberculeuse latente.	
Si BCG datant de dix ans ou plus : une IDR ≥ 10 mm évoque une infection tuberculeuse latente (entre 5 et 9 mm, il peut s'agir d'une réaction due au BCG ou d'une infection tuberculeuse latente).	
Si BCG datant de moins de dix ans : une IDR ≥ 15 mm évoque une infection tuberculeuse latente. Entre 10 et 14 mm, il peut s'agir d'une réaction due au BCG ou d'une infection tuberculeuse latente. Entre 5 et 9 mm, il s'agit plutôt d'une réaction due au vaccin.	

D'après l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2009 (18)

Annexe 3 : Parcours d'un MNA issue de <https://www.msf.fr/actualites/msf-infos-le-magazine-des-donateurs-octobre-2020>



Annexe 4 : Protocole de prise en charge des MNA

	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Appliqué(e) le
	<NE PAS MODIFIER>	003	<NE PAS MODIFIER>	<NPM>	<NE PAS MODIFIER>
	<NE PAS MODIFIER>				
PRISE EN CHARGE D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNE (MNA)					

Description de la dernière évolution :		
<NE PAS MODIFIER>		
	<NE PAS MODIFIER>	<NE PAS MODIFIER>
Nom(s) et fonction(s)	<NE PAS MODIFIER>	<NE PAS MODIFIER>
Date	<NE PAS MODIFIER>	<NE PAS MODIFIER>

Sommaire

1	Définitions	106
2	Objectifs	106
3	Protocole de prise en charge d'un mineur non accompagné	107
3.1	Interrogatoire	107
3.2	Examen clinique rigoureux	108
3.3	Examens complémentaires	108
3.4	Prise en charge globale	111
4	Passeport Santé : document de suivi du patient	113
5	Annuaire des services ressources	113
6	Référence(s) et document(s) associé(s)	114
6.1	Annexes	114
6.2	Référence(s)	Erreur ! Signet non défini.

1 Définitions

Mineur non accompagné (ou MNA, anciennement Mineur Isolé Étranger) est une personne âgée de moins de 18 ans, n'ayant pas la nationalité française et étant séparée de ses représentants légaux sur le sol français. Il s'agit d' « un jeune privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille » (articles L112-3 et L221-2-2 du CASF (1)). Après reconnaissance de sa minorité par les services de l'État, il entre dans le droit commun sous l'autorité de l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

1. Objectifs

Ce protocole vient en complément de la prise en charge habituelle des patients du même âge et propose des items spécifiques à rechercher à l'interrogatoire ainsi qu'un bilan de santé systématique à proposer en première intention pour les MNA.

2. Protocole de prise en charge d'un mineur non accompagné

- **Interrogatoire**

- **Antécédents à rechercher :**

- Médicaux
 - accès palustre
 - Contage tuberculeux
- Chirurgicaux
- Psychologiques : prise de médicament psychotrope, tentative de suicide, addiction
- Rechercher un antécédent de violences ou abus sexuel, excision génitale, violence physique subie
- Familiaux :
 - Diabète
 - Facteurs de risque cardio-vasculaires, morts subites
 - Maladie(s) héréditaire(s) (drépanocytose)
 - Infections (tuberculose, VIH, VHB, parasitoses...)

- **Vaccinations :**

- **Connues :**

Recueillir les informations du carnet de santé ou du carnet de vaccinations si disponible.

- **Non connues :**

Rechercher une cicatrice de BCG (deltoïde) et un antécédent de varicelle.

Si les vaccinations sont inconnues, il faut considérer le patient comme non vacciné et effectuer les rattrapages vaccinaux +/- en fonction de sérologies pré-vaccinales selon les dernières recommandations proposées par la Haute Autorité de Santé (2). Tableau 1

- **Mode de vie :**

- Motif d'émigration
- Date d'arrivée sur le territoire Français
- Date du départ du pays d'origine
- Date de mise à l'abri
- Trajectoire et mode d'arrivée en France
- Langue(s) parlée(s)
- Niveau de scolarité (sait lire et écrire ?)
- Modalités actuelles de couverture des besoins primaires (hébergement, alimentation, accompagnement ...)
- Consommation de toxique(s)

- **Symptômes :**

Rechercher la présence des symptômes suivants :

- Fièvre, altération de l'état général, sueurs nocturnes, toux ou douleurs thoraciques (tuberculose maladie ?).
- Diarrhées, douleurs abdominales, prurit (parasitose digestive ?).
- Hématurie macroscopique (bilharziose urinaire ?).

- **Évaluation psychiatrique**

Rechercher les symptômes suivants :

- Reviviscence d'événements traumatiques
- Trouble de l'humeur, idées noires, ruminations, anxiété
- Comportement inadapté, agressivité, irritabilité
- Croyances, éléments délirants, bizarreries
- Troubles du sommeil, hypervigilance

- **Examen clinique rigoureux**

- Constantes : Température, pression artérielle, fréquence cardiaque
- État staturo-pondéral : poids, taille et l'IMC, rapport poids/taille (P/T) ou poids/âge (P/A) / rapport taille/âge (T/A) à la recherche d'une dénutrition.
- Examen clinique comprenant :
 - o une auscultation cardio-pulmonaire
 - o une palpation abdominales à la recherche d'hépatosplénomégalie et des aires ganglionnaires (inguinales, axillaires et cervicales)
 - o un examen buccodentaire (caries ?)
 - o un examen cutané (pâleur conjonctivale, mycose, brûlures, gale, teigne, cicatrice de BCG ou autre)
- Recherche de signes de malnutrition et de rachitisme.
- Dépistage de troubles visuels et/ou auditifs (test de la voix chuchotée à défaut)

- **Examens complémentaires**

- **Bilan systématique de première intention**

De manière systématique, sont à proposer l'ensemble des examens suivants, faisant partie du bilan de première intention pour tout MNA.

- **Bilan biologique sanguin :**

- NFS, Plaquettes
- CRP
- Urée et Créatininémie
- Ionogramme sanguin complet : Na, K, Ca, Mg
- Glycémie sanguine ou capillaire
- Bilan hépatique : ASAT, ALAT, GGT, PAL
- Ferritinémie
- Électrophorèse de l'Hémoglobine
- Dosage Glucose-6-Phosphate Déshydrogénase (G6PD) et Pyruvate Kinase (PK)
- Sérologies hépatite B (VHB) (Ac HBs , Ag HBs et Ac HBc) et hépatite C (VHC)
- Sérologies VIH 1 et 2 (test ELISA)
- Sérologies bilharziose et anguillulose selon les pays traversés (3).
- β HCG urinaire ou plasmatique chez les filles (fréquences élevées des abus).

- **Dépistage d'une infection tuberculose latente (ITL) ou tuberculose maladie (TM) :**

Les modalités de dépistage de la TM et ITL retenues sont celles proposées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) (4) et illustrées dans la figure 1.

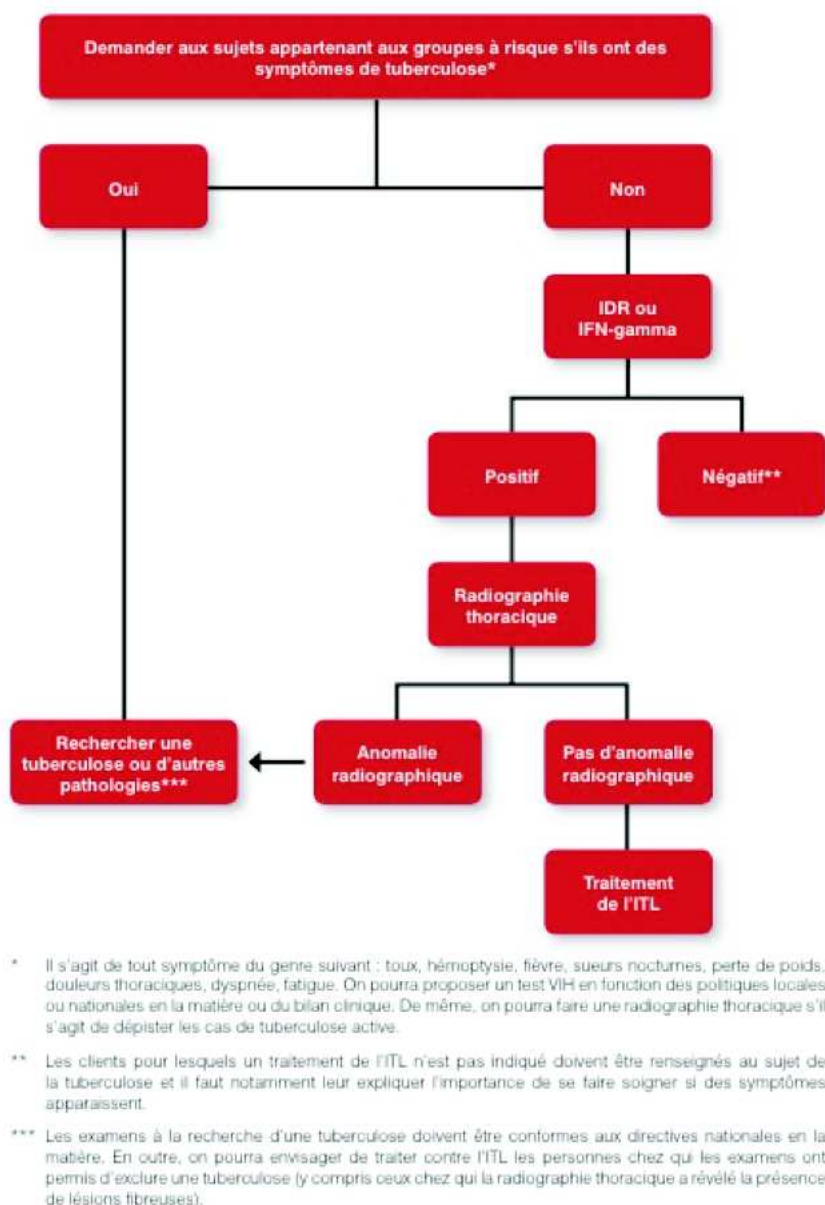


Figure 1. Algorithme pour le diagnostic et le traitement ciblé de l'infection tuberculeuse latente chez les sujets appartenant à des groupes à risque, OMS.

Un test Interferon-gamma (Quantiféron®) est à privilégier vis-à-vis d'une intradermoréaction (IDR) à la tuberculine.

En cas de réalisation d'une IDR, l'interprétation dépend de l'âge et du statut vaccinal pour le BCG (figure 2).

Chez une personne de plus de 15 ans	
0-4 mm	IDR négative. Infection tuberculeuse peu probable.
5-9 mm	IDR positive. Réaction due à une vaccination BCG ancienne ou à une infection tuberculeuse latente, mais non en faveur d'une infection récente.
10-14 mm	IDR positive. Infection tuberculeuse latente probable, le contexte aide à définir l'ancienneté.
≥ 15 mm	IDR positive. Infection tuberculeuse latente probablement récente.
Chez un enfant de moins de 15 ans	
Si aucune vaccination BCG : une IDR ≥ 5 mm évoque une infection tuberculeuse latente.	
Si BCG datant de dix ans ou plus : une IDR ≥ 10 mm évoque une infection tuberculeuse latente (entre 5 et 9 mm, il peut s'agir d'une réaction due au BCG ou d'une infection tuberculeuse latente).	
Si BCG datant de moins de dix ans : une IDR ≥ 15 mm évoque une infection tuberculeuse latente. Entre 10 et 14 mm, il peut s'agir d'une réaction due au BCG ou d'une infection tuberculeuse latente. Entre 5 et 9 mm, il s'agit plutôt d'une réaction due au vaccin.	

Figure 2 : Interprétation d'une intradermo-réaction, Institut national de prévention et éducation pour la santé (2009).

Une radiographie de thorax est réalisée systématiquement en cas de symptômes évocateurs de tuberculose maladie. Si le patient est asymptomatique, la radiographie de thorax est indiquée en cas de test de dépistage positif (IDR ou Quantiféron®).

- **Bandelette urinaire**

Si Globules Rouges (GR) > + : faire une recherche de bilharziose urinaire à l'aide d'un examen parasitologique des urines (EPU).

- **Examens parasitologiques des selles (EPS)**

Idéalement à faire sur trois jours consécutifs à la recherche de parasites intestinaux. A défaut un prélèvement unique pourra être effectué.

- **Dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)**

En complément du dépistage sérologique VIH, et hépatites, doit être proposé la recherche d'IST bactériennes :

- PCR *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*

Selon les modalités suivantes :

- Sur prélèvement du premier jet urinaire chez le garçon
- Sur auto-prélèvement vaginal chez la fille

- Sérologie syphilis

- **Bilans complémentaires au cas par cas**

- **Compléments d'investigations concernant les hépatites virales**

Si VHB positif : sérologie hépatite D et orientation vers le réseau hépatites (02.32.88.66.33).

En cas de voyage en zone d'endémie envisagé et/ou de rapports sexuels entre hommes, proposer une sérologie IgG hépatite A (VHA) en vue d'une vaccination VHA en l'absence d'immunisation antérieure.

- **Devant une suspicion de tuberculose maladie**

Demander en complément d'une radiographie pulmonaire, la réalisation d'un scanner thoracique +/- abdomino-pelvien et :

- Si expectorations : BK-crachats sur trois jours de suite avec examen direct et mise en culture
- Si absence d'expectoration : BK-tubages à jeun le matin en ambulatoire ou en hospitalisation sur trois jours de suite avec examen direct et mise en culture

En l'absence de résultat positif au direct, et forte suspicion, discuter la réalisation d'une fibroscopie bronchique avec lavage-broncho-alvéolaire.

- **Devant un syndrome fébrile**

Réaliser un frottis sanguin et une goutte épaisse à la recherche d'un accès palustre.

- **Prise en charge globale**

- **Rattrapage vaccinal**

Les grands principes des rattrapages vaccinaux rappelés dans les recommandations de rattrapage vaccinal de l'HAS (2) et à retenir sont :

- Possibilité de réaliser jusqu'à quatre injections au cours d'une séance de vaccination en accord avec la personne vaccinée.
- Tous les vaccins peuvent être administrés le même jour ou à n'importe quel intervalle à l'exception des vaccins vivants viraux qui doivent être administrés le même jour ou à 4 semaines d'intervalle. Toutefois, la co-administration d'un vaccin contre la fièvre jaune et un vaccin ROR doit être évitée et un délai minimum de 4 semaines est recommandé entre ces vaccins.
- Utiliser des sites différents lors d'injections multiples, espacés d'au moins 2,5 cm, en privilégiant les deltoïdes chez les grands enfants et les adultes et la face antérolatérale de la cuisse chez les nourrissons. Les injections dans la fesse sont à proscrire. Après une vaccination BCG, ne pas vacciner pendant 3 mois sur le même membre.
- Une réactogénicité accrue en cas d'administration de doses excédentaires de vaccins à base d'anatoxines tétaniques ou d'antigènes diphtériques est possible mais ces réactions restent peu fréquentes et n'entraînent pas de complications. Cependant, quand survient un œdème étendu du membre ou un phénomène de type Arthus, il convient d'interrompre la vaccination DTPCa/dTPca et de proposer un dosage des anticorps antitétaniques.
- La présence d'une infection mineure ou d'une fièvre de faible intensité ne doit pas retarder le rattrapage vaccinal. L'existence d'une maladie fébrile ($> 38^{\circ}$) ou d'une infection aiguë modérée ou sévère ne contre-indique pas la vaccination mais peut conduire à la différer de quelques jours.
- Les contre-indications médicales définitives à la vaccination sont extrêmement rares (allergie grave lors d'une précédente injection d'un vaccin, syndrome de Guillain Barré dans les 6 semaines qui suivent l'administration d'un vaccin, et, pour les vaccins vivants atténués, une immunodépression congénitale ou acquise). Les vaccins vivants ROR, varicelle et BCG sont contre-indiqués pendant la grossesse.

Seule la sérologie pré-vaccinale pour le VHB est indiquée pour tous les MNA. Le tableau 1 permet d'aider à l'interprétation du résultat.
 Une sérologie rubéole peut être réalisée chez les patientes en âge de procréer.
 Une sérologie varicelle peut être réalisée chez les patients sans notion d'antécédent de varicelle.

Tableau 11 : Interprétation de la sérologie hépatite B en prévacinal

Interprétation de la sérologie hépatite B en prévacinal

Ag HBs	Ac anti HBs	Ac anti HBc	Interprétation	Conduite à tenir
Positif	Négatif	Positif	Infection aiguë ou chronique par le virus de l'hépatite B	Orientation pour prise en charge spécialisée Pas d'indication vaccinale
Négatif	Négatif ou <10UI/l	Négatif	Non immun ou immunité postvaccinale avec perte des Ac anti HBs	Si indication, vaccination 3 doses ou administrer une dose puis titrer les Ac antiHBs 4 à 8 semaines plus tard
Négatif	Positif 10-99UI/l	Négatif	Immunité postvaccinale acquise	En l'absence de preuve vaccinale, la durée de l'immunité est inconnue, une dose supplémentaire unique de vaccin Hep B peut être administrée
Négatif	Positif ≥100UI/l	Négatif	Immunité postvaccinale acquise à long terme	Pas d'indication vaccinale
Négatif	>10UI/l	Positif	Immunité acquise après maladie	Pas d'indication vaccinale
Négatif	Négatif	Positif	Anticorps antiHBc isolé. Immunité acquise après maladie dans la plupart des cas ¹	Pas d'indication vaccinale ni de recherche de l'ADN VHB hors contexte particulier (immunodépression et grossesse)

¹. Après exclusion d'un éventuel résultat faux positif du dosage vis-à-vis des Ac antiHBc par un second test.

Une injection vaccinale de vaccin tétravalent diphtérie-tétanos-polyomyélite et coqueluche adapté à l'âge du patient peut être réalisée dès la première consultation avec un dosage à 6 semaines des Ac antitétaniques afin de guider la suite du schéma vaccinal. Les différents schémas en fonction de l'âge du patient sont présentés en Annexe 1, 2 et 3.

Le vaccin vivant atténué ROR sera proposé après réception des résultats de la sérologie VIH et du test de grossesse.

Enfin, un rattrapage vaccinal contre le papillomavirus et la méningite C peut être proposé en fonction de l'âge du patient (Annexe 1,2,2)

- **Prise en charge sociale**

En l'absence de reconnaissance de la minorité par le département, un certificat de non minorité est remis au patient et disponible auprès du Comité d'Action et de Promotion Social (CAPS) permettant de prendre en charge le mineur en ambulatoire sans la présence d'une autorité parentale de manière légale.

Prévenir l'assistance sociale du service afin de récupérer ce certificat si le patient ne l'a pas en sa possession et afin de demander une ouverture de droit à la PUMa (Protection universelle maladie) et CMU-c en attendant la reconnaissance de minorité.

En cas de pathologie grave ou nécessité de mise à l'abri, réaliser un signalement au Procureur de la République afin de demander une ordonnance de placement provisoire et une demande de protection de l'ASE.

- **Prise en charge psychologique**

Au moindre doute, adresser le patient en consultation spécialisée.

- **Prévention des risques sanitaires**

Pour éviter la transmission de maladies contagieuses, délivrer des conseils concernant l'hygiène de vie :

- Alimentation et activité physique.
- Hygiène corporelle et dentaire (se laver tous les jours, se brosser les dents matin et soir pendant 2 minutes).
- Changer ses sous-vêtements tous les jours.
- Changer de vêtements et les laver à la lessive tous les 2 ou 3 jours.
- Laver ses draps, serviettes et gants de toilettes toutes les semaines.
- Ne pas échanger ses vêtements, sa serviette, son gant de toilette et ses affaires de toilettes (rasoir, brosse à dent, maquillage).
- Santé sexuelle et contraception (utiliser des préservatifs pour toute relation sexuelle, mode d'emploi, accès gratuit au centre de dépistage).
- Information sur les modes d'accès aux soins existants.

3. Passeport Santé : document de suivi du patient

Ne pas oublier de remettre le PASSEPORT SANTE dument rempli avec les vaccinations réalisées (<https://www.corevih-normandie.fr/ressources/outils/passeport-sante/>).

Le but de ce carnet est de pouvoir remettre aux primo-arrivants migrants dont les MNA un document (analogue au carnet de santé) à présenter par la suite à tout intervenant de santé afin qu'ils ne bénéficient pas des mêmes dépistages et rattrapages vaccinaux à multiples reprises durant leur parcours de vie et d'assurer à minima un suivi médical lors des changements de région. Aucun résultat d'examen médical n'apparaît afin de ne pas être préjudiciable pour le MNA, mais uniquement les coordonnées des structures ayant accompagné à un moment donné leur parcours de soin.

4. Annuaire des services ressources

Ci-joint les services ressources, inscrits dans le parcours de soins des MNA :

- Service dentaire – polyclinique Saint-Julien,
Hopital Saint Julien,
02 32 88 58 48
- Urgences psychiatriques (UNACOR)
4 rue Paul Eluard, 76300 Sotteville-les-Rouen,
02 32 95 12 34

- Services des urgences adultes et pédiatriques,
CHU de Rouen, Hôpital Charles-Nicolle, 1 rue de Germont
- Médecins du Monde Rouen,
5 rue d'Elbeuf 76100 Rouen
02 35 72 56 66
- CIMADE – aide aux migrants,
45 rue de Buffon, 76000 Rouen
06 34 28 89 38
- Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA),
CHU de Rouen, Hôpital Charles-Nicolle, 1 rue de Germont
02 32 88 82 84
- Pôle Accueil Violences Intra-familiales (PAVIF),
19 rue Armand Carrel, 76000 Rouen
02 35 71 26 01

5. Référence(s) et document(s) associé(s)

- **Annexes**
 - **Rattrapage vaccinal**

Annexe 1 : Enfant de 1 à 5 ans

Enfants de 1 à 5 ans

J0	J3-J7	M1	M2	M8 à 12
DTCaPHibHepB (jusqu'à 36 mois) ou DTCaPHib + HepB (après 36 mois)		± dosage Ac antitétaniques et anti-HBs S4-S8	± DTCaP (selon Ac antitétaniques) ± HepB (selon Ac antiHBs)	± DTCaP (selon Ac antitétaniques) ± HepB (selon Ac antiHBs)
VPC13 (si entre 2 mois et 2 ans)			VPC1 (si entre 2 mois et 2 ans)	
ROR. Le vaccin ROR sera réalisé après la réalisation de l'IDR ou de l'IGRA si ce dernier est indiqué et réalisé d'emblée		ROR 2 ^e dose		
Men C (avec intervalle min de 6 mois si une dose a été reçue avant 1 an)				
Recherche cicatrice vaccinale BCG et, si indiqué ² , réaliser IGRA préférentiellement ou à défaut IDR tuberculine d'emblée ou plus de 4 semaine après une dose de ROR si volonté de ne prélever l'enfant qu'une seule fois			± BCG si dépistage négatif	
Sérologie VHB et VIH si indiquées dans le cadre du « bilan de santé migrants » d'emblée ou 4 à 8 semaines après une vaccination HepB si volonté de ne prélever l'enfant qu'une seule fois				

² Durant les difficultés d'approvisionnement, les enfants de moins de 5 ans à risque (enfants migrants né dans un pays de forte endémicité tuberculeuse ou dont au moins un des parents est né originaire de l'un de ces pays, ou devant séjourner 1 mois ou plus dans l'un de ces pays ou enfants en situation précaire) ainsi que les enfants nés à Mayotte et Guyane sont prioritaires.

Annexe 2 : Enfants de 6 ans à 13 ans

Enfants de 6 à 13 ans

J0	J3-J7	S4-S8	M2	M4	M8 à 12
DTCaP		± dosage Ac antitétaniques et antiHBs S4-S8	± DTCaP (selon Ac antitétaniques)		± DTCaP
ROR (après IDR/IGRA si indiqué et réalisé d'emblée)		ROR 2			
Men C					
HPV (filles âgées de 11 à 13 ans)					± HPV 2 (filles âgées de 11 à 13 ans)
Sérologie VHB, VIH ± « bilan de santé migrants » d'emblée ou 4 à 8 semaine après	Lecture des résultats ± HepB1 (si 3 marqueurs Hep B négatifs)	± HepB2 (selon dosage Ac anti HBs S4-S8)			± Hep B3
± sérologie varicelle si pas d'ATCD (adolescents âgés de 12-13 ans)		± varicelle 1 (si pas d'ATCD et sérologie VZV négative)	± varicelle 2		
Recherche cicatrice vaccinale BCG et, si indiqué ^{2,3} , réaliser IGRA préférentiellement ou à défaut IDR tuberculine d'emblée ou 4 à 8 semaine après une dose de ROR si volonté de ne prélever l'enfant qu'une seule fois					

3. Pour les enfants ayant résidé ou effectué un séjour de plus d'un mois dans un pays de forte endémicité.

Annexe 3 : Enfants de 14 à 18 ans

Enfants de 14 à 18 ans et adultes

J0	J3-J7	S4-S8	M2	M3	M8 à 12
dTcaP		± dosage Ac antitétaniques et S4-S8	± dTP (selon dosage Ac antitétaniques)		± dTP (selon dosage Ac antitétaniques)
ROR 1 (après IDR/IGRA si indiqué et réalisé d'emblée*)		ROR 2			
Men C si ≤ 24 ans					
HPV1 (filles âgées de 14 à 19 ans, HSH ≤ 26)			± HPV2 (filles âgées de 14-19 ans, HSH ≤ 26)		± HPV3 (filles âgées de 15 -19 ans, HSH ≤ 26)
Sérologie VHB, VIH + « bilan de santé migrants »	Lecture des résultats ± HepB 1 (selon sérologie initiale)	± dosage Ac antiHBs S4-S8	± HepB 2 (selon dosage Ac antiHBs S4-S8)		± HepB 3 (selon dosage Ac antiHBs S4-S8)
± sérologie varicelle si pas d'ATCD et <40 ans ou femme en âge de procréer		± varicelle 1 (si pas d'ATCD, <40 ans et sérologie VZV négative)	± varicelle 2		
Recherche de tuberculose latente : IGRA ou IDR (enfants jusqu'à 17 ans révolus et adultes de moins de 40 ans dans des situations particulières)					

• Guide d'utilisation d'un préservatif

Annexe 4 : Guide d'utilisation du préservatif



- Les préservatifs s'achètent en supermarchés, pharmacies et distributeurs.
- Vérifier que la date de péremption n'est pas dépassée et que l'étui est en bon état. Conserver à l'abri de la chaleur.
- Il en existe plusieurs sortes : différentes tailles, textures, parfums, avec ou sans réservoir etc.
- Ne jamais réutiliser un préservatif. Pour chaque rapport et pour chaque partenaire, il faut en prendre un nouveau et répéter l'opération.
- Ne jamais utiliser un préservatif masculin et féminin en même temps.
- Ne pas utiliser de vaseline, beurre, huiles ou d'autres matières grasses qui risquent d'endommager le préservatif.
- Si vous n'avez jamais utilisé de préservatif, entraînez-vous avant...

Mode d'emploi du préservatif masculin



Pour plus d'informations

- Sida Info Service
0 800 840 800
24h/24 7j/7. Service et appel anonymes et gratuits.
www.sida-info-service.org
- Sexualités / Contraception / IVG
0800 08 11 11
Du lundi au samedi de 9h à 20h
Service à appel anonymes et gratuits
www.ivg.gouv.fr

Mode d'emploi du préservatif masculin



Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/depliant-flyer/mode-d-emploi-du-preservatif-masculin-en-francais>

RESUME

Introduction : Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) sont des jeunes de moins de 18 ans, originaires d'un pays étranger et non accompagnés de leurs représentants légaux. De plus en plus nombreux à arriver en France, ils nécessitent une prise en charge administrative, sanitaire et sociale. Cette étude avait pour objectif de décrire leur état de santé afin d'élaborer un protocole de prise en charge optimale à proposer lors de leur accès aux soins.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle, descriptive au centre hospitalo-universitaire de Rouen à partir de données issues des dossiers médicaux de MNA ayant consulté au moins une fois dans les services identifiés comme « porte d'entrée » : la permanence d'accès aux soins (PASS), le service de Pédiatrie et le Centre Gratuit de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD). Un recueil de données démographiques, sociales, sanitaires et administratives a été réalisé sur une période de trois ans, du 1er janvier 2018 au 31 Décembre 2020.

Résultats : Un total de 91 patients ont été inclus, majoritairement des hommes (90,1%), d'origine Africaine (95,6%), en particulier en provenance d'Afrique de l'Ouest (81,3%) : Guinée (53,9%), Côte d'Ivoire (10,9%) et Mali (13,2%). Le motif de consultation le plus fréquent était une plainte algique d'ordre ostéo-articulaire (33,3%), de douleurs dentaires (26,5%) ou de troubles digestifs (22,8%). Les pathologies avec les taux de dépistages positifs les plus élevés étaient les parasitoses digestives pathogènes ou non (n=7/9, 64,3%, dont *B. hominis* dépistés chez 77,8%), la bilharziose (n=9/21, 42,9%), l'infection tuberculose latente (24/55, 43,6%) la carence martiale (4/12, 33,3%) et l'hépatite B chronique (n=15/78, 22,5%). On relevait également quatre tuberculose maladies, une découverte de séropositivité VIH et une drépanocytose. Concernant, les troubles psychiques, 28,8% des MNA reçu à la PASS avaient été adressés pour un suivi pédo-psychiatrique au décours d'une première consultation.

Conclusions : Les MNA représentent une population particulièrement vulnérable, cumulant les risques sanitaires, étant à la fois migrants, réfugiés clandestins et adolescents. Les pathologies infectieuses représentent un risque autant sur le plan individuel que collectif, qu'il ne faut pas négliger. À cela s'ajoute un état psychologique particulièrement affecté, suite aux événements traumatiques vécus et à l'isolement auquel ils sont confrontés. Ils requièrent donc une prise en charge adaptée pour laquelle un protocole de soins systématique a été proposé.

TITRE : État des lieux de santé des MNA au CHU de Rouen et élaboration d'un protocole de prise en charge.

DISCIPLINE : Pédiatrie ; Médecine infectieuse ; Médecine générale ; Médecine tropicale

MOTS-CLÉS : Mineurs non accompagnés ; Mineurs isolés étrangers ; Santé des migrants ; Réfugiés ; Protocole ;