



HAL
open science

Étude observationnelle de l'état de santé des enfants migrants, âgés de 0 à 10 ans, consultant pour la première fois auprès d'un service public sur le territoire Montpellier Métropole, d'avril 2019 à septembre 2020

Charline Sintès

► To cite this version:

Charline Sintès. Étude observationnelle de l'état de santé des enfants migrants, âgés de 0 à 10 ans, consultant pour la première fois auprès d'un service public sur le territoire Montpellier Métropole, d'avril 2019 à septembre 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03512852

HAL Id: dumas-03512852

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03512852v1>

Submitted on 5 Jan 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEURE EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Charline SINTES

Le 12 Octobre 2020

« Etude observationnelle de l'état de santé des enfants migrants, âgés de 0 à 10ans, consultant pour la première fois auprès d'un service public sur le territoire Montpellier Métropole, d'Avril 2019 à Septembre 2020 »

Directrice de thèse : Docteure Anne Alauzen

JURY

Président : Professeur Denis MORIN

Asseseurs :

Professeur Nicolas SIRVENT

Professeur Eric JEZIORSKI

Docteure Anne ALAUZEN

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEURE EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Charline SINTES

Le 12 Octobre 2020

« Etude observationnelle de l'état de santé des enfants migrants, âgés de 0 à 10ans, consultant pour la première fois auprès d'un service public sur le territoire Montpellier Métropole, d'Avril 2019 à Septembre 2020 »

Directrice de thèse : Docteure Anne Alauzen

JURY

Président : Professeur Denis MORIN

Assesseurs :

Professeur Nicolas SIRVENT

Professeur Eric JEZIORSKI

Docteure Anne ALAUZEN

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques

BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH de 1^{re} classe	
<hr/>	
AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie

NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane TOUITOU Isabelle	Pédopsychiatrie ; addictologie Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas STOEBNER Pierre	Chirurgie infantile Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe:

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Génétique
Valère

CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MCU-PH de 1^{re} classe	
BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves- Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re}classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème}classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINKAgnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

« Au cours des siècles, l'histoire des peuples n'est qu'une leçon de mutuelle tolérance ».

Emile Zola

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury :

Au **Professeur Denis MORIN**, merci de me faire l'honneur de présider ce jury, mais également de m'avoir aidée à fonder les bases de cette thèse et d'avoir toujours su prêter une oreille attentive et bienveillante à mes projets et mes remarques au cours de ces 4 années d'internat. Votre soutien a beaucoup compté.

Au **Professeur Nicolas SIRVENT**, merci d'avoir accepté si promptement et généreusement de siéger dans ce jury, et d'avoir également répondu présent lors des périodes plus difficiles de notre internat.

Au **Professeur Eric JEZIORSKI**, merci d'avoir été à mes côtés depuis ce premier entretien où je t'ai parlé de mes rêves de médecine infectieuse, humanitaire et de voyages. Merci d'avoir trouvé les mots qui ont su me redonner confiance à une période déstabilisante de ma vie. Merci de m'avoir encouragée et soutenue dans mon projet tahitien. Merci d'être un chef si passionnant et humain.

Au **Docteure Anne ALAUZEN**, merci d'avoir accepté de m'encadrer dans ce travail sans réellement me connaître, et de l'avoir fait avec autant d'implication, de justesse et de bienveillance. Tu es un modèle pour moi et j'espère que notre partenariat pourra continuer encore longtemps.

A ma famille :

A ma mère Isabelle, mon pilier, merci d'avoir toujours essayé de nous donner le meilleur, pour que nous puissions grandir heureux, épanouis et porteurs de belles valeurs. Je t'aime.

A mon petit frère Lucas, d'1m84, merci de m'avoir tant de fois inspirée. C'est en pensant à la fierté dans tes yeux que je me suis répétée « c'est dans la tête » avant de sauter en parachute ou de plonger au milieu des requins.

A mon père Christian, merci de ne pas me juger, d'être toujours de mon côté, de me soutenir et de m'encourager quel que soit mes décisions. Tu m'as appris à lâcher prise et à m'assouplir.

A mon beau-père Mehmet, merci d'avoir, par ton histoire, ta générosité et ton humanité, ouvert mon esprit et inspiré cette thèse.

A mon beau-père Arnaud, merci d'avoir participé à mon éducation alors que tu étais encore jeune, et merci pour les moments de féerie des Noëls au Carlton.

A ma tante Nathalie et tou(te)s **mes cousin(e)s (Elies, Lucile, Imane, Marie, Naïma, Bilel, Awa, Souleymane, Bilkis, Soumeya et Tasnime)**. Merci d'être entré(e)s dans ma vie, d'avoir agrandi ma famille, en pratique et dans mon cœur. Vous êtes une richesse dont je ne saurai plus me passer.

A ma tante Laurence, mon oncle Bart et mon cousin Kylian, ainsi qu'à **mon oncle Eric, ma tante Corinne, ma cousine Cindy et mon cousin Bryan**.

Nos chemins se sont trop peu souvent croisés, mais j'ai aimé chacun de ces moments, et j'espère qu'il y a en aura encore, en France, à Tahiti, au Canada ou ailleurs !

A ma grand-mère Madeleine et mon grand-père Robert, merci de m'avoir appris à skier dans les belles montagnes du Jura. J'espère que vous avez trouvé la paix depuis votre départ.

A ma grand-mère Odile, mon grand-père Alain et mon arrière-grand-mère Mamie Yette, merci de m'avoir offert des vacances à la campagne, d'avoir essayé de m'apprendre à tricoter, et de m'avoir donné le goût du vélo et de la cuisine avec les restes (la meilleure !).

A mes oncles et tantes paternels, à **mon cousin Mathieu, mes cousines Camille, Juliette et Elodie**. J'espère vous revoir et je vous souhaite beaucoup de bonheur.

A mes amis :

A Manu, merci de m'avoir fait rire, de m'avoir motivée, de m'avoir écoutée, consolée, parfois rabrouée quand j'en avais besoin, merci de m'avoir accompagnée au Vietnam, merci d'être mon meilleur ami depuis bientôt 11 ans.

A Camille, merci d'avoir accepté une collocation qui n'était pas vraiment prévue et de m'avoir fait découvrir que le vin rouge et le fromage vont vraiment bien ensemble. Merci pour ta légèreté et ta bonne humeur inaltérables.

A Baptiste, mon acolyte de combat, je ne sais pas si je dois te remercier pour tous ces bleus, mais venir au Krav Maga est devenu encore plus un plaisir après ton arrivée, et je suis ravie de te compter encore, plusieurs années après, parmi mes amis.

A Sophie, un autre de mes modèles. Merci pour ta gentillesse, ta force et ta douceur. Notre inter-rail en Europe m'a permis de découvrir quelle formidable personne tu es, et comme je suis chanceuse de t'avoir rencontrée.

A Thien An, merci pour ta sincérité, ton originalité et ta fiabilité. Je sais qui appeler à chaque fois que j'ai envie d'une discussion passionnante.

A Sita, merci pour ta simplicité, ta bonne humeur et ta gentillesse. T'avoir à mes côtés pour surmonter le premier hiver au CHU était une chance immense. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec ta petite tribu.

A Marion, merci de me laisser réaliser chaque jour à quel point tu es géniale, capable d'abnégation et drôle.

A Chloé, merci pour ta luminosité et ta soif de vivre. Tout me paraît possible quand je suis à tes côtés.

Merci à mes amis tahitiens : **Sandra, Marius, Antoine, Benjamin, Roxane** et les autres. Ces 6 mois passés avec vous sont gravés dans mon cœur.

A **Yann**, mon compagnon de route depuis ces trois dernières années, merci d'avoir participé à mon projet un peu fou de bout du monde, d'avoir partagé tant d'expériences et de moments de bonheur, de ton aide précieuse dans l'élaboration de cette thèse, et de m'encourager chaque jour à être un peu meilleure.

A toutes les personnes, de ma vie privée ou professionnelle, qui m'ont permis d'être ici aujourd'hui :

Au Lycée Privé Michelet à Nice.

- Merci, **Mme. Catherine Pinder** d'avoir incarnée l'espoir quand j'en avais le plus besoin. Votre passion et dévotion ont inspiré des générations d'élèves, et je suis honorée d'en avoir fait partie.
Vous avez construit, avec notre regretté Patron **Mr. Michel Pinder**, un espace de liberté et d'épanouissement, et je ne mesure qu'à peine la chance que j'ai eu d'y grandir. Michelet, avec son traditionnel poème de Kipling et les petites cartes de fin de trimestre, est pour toujours l'une des ancrs qui m'ont construite.
- Merci, **Mr. Giorgio Tenenti**, d'être un professeur si passionné et passionnant. Vous nous avez appris le sens critique, vous nous avez permis de développer nos opinions propres et notre autonomie. Et vous avez toujours su trouver des mots réconfortants.
- Merci **Mme. Vanna Borgo**, pour votre rigueur et votre force. Je suis heureuse d'avoir pu vous transmettre ma gratitude dans la vidéo des anciens élèves.
- Merci à tous mes professeurs et surveillants : **Mr. Toselli, Mme. Cherias, Mr. Glachant, Mr. Askenazi, Mme. Hurault** et tous ceux qui nous ont apporté leur bienveillance et leur pédagogie.
- Merci à mes anciens camarades : Jonathan, Jérémie, Taor, Nikita, Tristan, Adrien, Julie, et tous les autres.

Au **Professeur Patrick Baqué**, doyen de la faculté de médecine de Nice, de nous avoir appris à rester humain dans notre profession, à développer notre sens clinique, et qui a suscité mon admiration lorsque j'ai vu un professeur de chirurgie digestive, lors de mon stage de sémiologie de 2^{ème} année à la Polyclinique de l'hôpital Saint Roch, faire un dessin à un patient, pour lui expliquer clairement et simplement sa pathologie.

Au **Professeur Jean-Paul Fournier**, de nous avoir poussé à l'excellence et nous avoir appris qu'il ne faut jamais négliger les effets secondaires des médicaments, et toujours peser la balance bénéfice-risque pour préserver un maximum nos patients de la iatrogénie.

A tous mes camarades niçois, avec qui j'ai partagé les joies de soirées et week-ends de fête, mais aussi les angoisses des partiels et des réformes dans les couloirs de marbre gelés de la tour Pasteur.

Merci à tous le personnel médical, infirmier, soignant des différents services dans lesquels je suis passée en stage, en tant qu'externe et interne, en Métropole, au Vietnam ou à Tahiti, et qui m'ont forgée pour devenir la personne et le médecin que je suis aujourd'hui.

Une gratitude particulière pour l'équipe de la PMI de Béziers : **Sylvain, Emilie, Fanny, Sophie, Majdouline, Zaïa et Mariléna**. Vous m'avez redonnée le plaisir de me lever le matin pour venir travailler en équipe.

Merci à tous mes co-internes (**Lison, Maxime, Margot, Léa, Julie, Essia, Raphaëlle, Elaura, Eva, Diane, Clémentine, Guillaume, Anais, Mathilde, Clara, Fanny, Carole(s), Cécile, Coralie, Mélanie, Eleonore, Justine, Benoît, Dimitri, Caroline(s), Marie, Arnaud, Fabien, Mohammed** et tous ceux que j'oublie !)

A toutes ces jeunes chefs pleines de vitalité, de compétences et de rires (**Valérie, Coline, Floriane, Damien, Stéphanie, Hélène, Bénédicte** et j'en oublie aussi !)

A tous les hommes qui ont marqué ma vie et m'ont fait grandir, à **Alexandre** qui m'a soutenue pendant cette période difficile de l'externat et m'a accompagnée un temps dans de nombreux et beaux voyages.

Et enfin à toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue dans ce projet :

Au **Docteur Clara Parvillez**, médecin de PMI, merci d'avoir inclus quasiment la moitié des patients de cette thèse et de m'avoir offert autant de temps et de disponibilité.

Aux puéricultrices **Hélène Vallières et Clémentine Héral**, au **Docteur Aurélie Rivière** et à la psychologue **Mme. Reda-Besse Meriem**, merci de votre implication.

Au Docteur Brigitte Blanc, chef de service des urgences pédiatriques du CHU de Montpellier, merci de m'avoir aidée dans la traduction des formulaires, d'avoir été de nombreuses fois source de réconfort et de réassurance, et bien sûr de m'offrir une place dans ton équipe à compter de Novembre. J'en suis ravie.

Au Docteur Muriel Lalande, pédiatre de l'équipe de pédiatrie générale et infectieuse du CHU de Montpellier, merci de m'avoir aidée de nombreuses manières dans l'élaboration de ce projet. J'espère pouvoir travailler en partenariat avec toi encore longtemps.

Au **Docteur Sophie Gervais-Blondel**, médecin de l'Aide Sociale à l'Enfance et au **Docteur Ryad Chelabi**, pneumopédiatre, pour ses talents de traducteur.

Aux assistantes sociales : **Mme. Violet Christine, Christelle et Mme. Jacquet Valérie**. Merci d'avoir partagé vos connaissances théoriques et pratiques avec autant de disponibilité.

Aux psychologues : **Mme. Vidal Pascale et Mme. Perret Emmanuelle**. Merci pour vos retours d'expérience si enrichissants.

A **Mme. Coralie Poncet**, secrétaire du service de pédiatrie générale, merci pour ton temps et tes efforts précieux.

Merci à **Mme. Yolande Kotais et Mr. Sauret** pour votre temps.

Merci à **Médecins du Monde** pour m'avoir reçue à plusieurs reprises, et m'avoir aidée à élaborer ce projet.

Merci à tout le reste de l'équipe du **CAMSP de Montpellier et à Estelle** pour les inclusions précieuses que vous avez réalisées.

Merci aux **Docteurs Alice Bergevain et Emilie Desselas**, pour leur partage d'expériences et de connaissances dans la bonne humeur et la bienveillance.

C'est un honneur, et une chance, d'être arrivée jusqu'ici, alors merci.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	24
1. Histoire	24
2. Définitions	24
3. Chiffres	28
4. Problématiques de santé	29
A) Avant le départ du pays d'origine	29
B) Pendant le parcours migratoire	30
C) Après l'arrivée dans le pays d'accueil	31
5. Législation	32
6. Organismes de prise en charge	38
7. Motivations de l'étude	41
MATERIELS & METHODE	42
1. Type d'étude	42
2. Population cible	42
3. Modalités d'inclusion	43
4. Recueil des données	43
5. Objectifs	43
6. Ethique	44
RESULTATS	45
1. Inclusion	45
2. Caractéristiques de la population	47
3. Antécédents	49
A) Vaccination	49
B) Antécédents familiaux	50
C) Antécédents personnels médicaux	51
D) Antécédents personnels chirurgicaux	55
E) Eléments de la vie quotidienne	55
4. Pathologies constatées au cours de la consultation	56
5. Modalités de prise en charge	57

DISCUSSION	60
1) Comparaison à la littérature	60
2) Comparaison à la population générale	64
3) Limites	65
4) Etat actuel du système de soins Montpelliérain	67
A) Protocoles du service de Pédiatrie générale et infectieuse du CHU	67
B) Dispositifs actuellement mis en place au CHU	69
5) Recommandations nationales	70
6) Autres modalités de prise en charge en France	72
7) Propositions	73
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES	81
ABREVIATIONS	94
SERMENT D'HIPPOCRATE	95
RESUME & MOTS CLES	96

INTRODUCTION

1) Historique

Le développement, l'expansion et l'évolution de l'humanité sont, depuis le début de son existence, intimement intriqués aux phénomènes migratoires.

En effet les archéologues tendent à l'heure actuelle à situer nos origines aux confins du continent Africain. La découverte progressive du reste du monde s'est, semble-t-il, effectuée par vagues de migrations.

Ainsi les peuples d'Asie partirent pour la Polynésie mais également vers le Groenland, qui sera lui-même colonisé des siècles plus tard par les peuples vikings venus de Norvège.

Dans chacun de ces déplacements, l'humain a emmené une partie de son patrimoine d'origine : culturel, matériel, mais aussi médical avec ses pratiques de soins traditionnelles et ses maladies.

Il est tristement célèbre que les populations amérindiennes ont été en partie décimées par des infections inconnues de leur système immunitaire, ramenées d'Europe par les colons : variole, typhus, diphtérie ou encore la grippe.

Jadis motivés par l'esprit de conquête, le besoin de nourriture ou l'exil, les motifs migratoires sont, de nos jours, encore plus divers (scolaires, économiques, politiques, idéologiques, sanitaires, etc.).

Mais ils n'en restent pas moins impactant en terme sanitaire, tant par l'apport ou la rencontre de nouvelles maladies, que par les éventuelles difficultés rencontrées au sein des systèmes de soins.

2) Définitions

Il est important de préciser les termes employés, afin d'en saisir le sens et ses implications.

•Santé = « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

Il s'agit de la définition apportée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), lors de la rédaction de sa convention en 1946, il y a 74 ans [1].

Cette convention stipule également que

« - La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. [...]

- La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats.

- L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

- Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

- L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.»

• Enfant = « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable » [2].

Cette définition a été utilisée pour la mise en place de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, ou Convention relative aux droits de l'enfant, traité international adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des nations unies (ONU) en 1989, il y a 31 ans.

• Migrant = « qui effectue une migration » d'après la définition grand public du dictionnaire.

La migration étant elle définie alternativement comme « un déplacement volontaire d'individus ou de populations d'un pays dans un autre ou d'une région dans une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles », ou « un déplacement massif de populations ».

Pourtant, en pratique, l'OMS affirme qu' « **il n'existe pas, au niveau international, de définition universellement acceptée pour les migrants.** Les études empiriques analysées dans le cadre du rapport témoignent d'ailleurs de la grande diversité des termes servant à décrire les populations concernées. Les termes 'migrant ' et 'immigrant ' sont largement utilisés et de manière interchangeable sans référence à des sources bien précises » [3]

Il n'existe donc pas de définition juridiquement reconnue du terme « migrant ». [4]

• **Réfugié = est « considéré comme réfugié,** en application des Arrangements du 12 mai 1926 et du 30 juin 1928, ou en application des Conventions du 28 octobre 1933 et du 10 février 1938 et du Protocole du 14 septembre 1939 ou encore en application de la Constitution de l'Organisation internationale pour les réfugiés, [toute personne] qui, par suite d'événements survenus avant le premier janvier 1951 et **craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité** et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner » d'après la Convention relative au statut des réfugiés, établie par l'ONU en 1950 et entrée en vigueur en 1954 [5]. Cette définition a été élargie aux évènements survenus après 1951.

« Il existe aussi une acceptation non juridique de la notion de réfugié, qui désigne toute personne contrainte à quitter son pays d'origine et ne pouvant y rentrer » [4].

La problématique posée par la nécessité de définitions précises a conduit à détailler les différents types d'individus, avec des consensus non « officiels » :

« • **Migrant international** : toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays [...].

• **Demandeur d'asile** : personne qui a quitté son pays d'origine et souhaite obtenir le statut de réfugié.

• **Travailleur migrant** : personne qui va exercer, exerce ou a exercé une activité rémunérée dans un État dont elle n'est pas ressortissante (Convention internationale

des Nations-Unies sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles).

- **Migrant environnemental** : personne forcée de quitter son lieu de vie de manière temporaire ou permanente à cause d'une rupture environnementale (d'origine naturelle ou humaine).
- **Déplacé interne** : personne forcée ou contrainte à fuir son lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État (ONU). »
- **Clandestins** : terme commun péjoratif « utilisé pour désigner des étrangers en situation irrégulière » [4].

Alors qu'est-ce qu'un **enfant migrant** ?

D'après le Collège national des pédiatries universitaires (CNPU) [6] la population des enfants migrants est constituée par :

- « Les enfants adoptés »
- « Les enfants primo-arrivants dans le cadre du regroupement familial »
- « Les enfants en provenance de pays tropicaux et rendant visite à de la famille lors de vacances en France, ayant un problème médical nécessitant une consultation et/ou hospitalisation en urgence »

Ne sont pas inclus dans cette définition les enfants accompagnant leurs parents dès le parcours initial ou les mineurs isolés appelés « mineurs non accompagnés » (MNA).

D'après l'Office des migrations internationales (OMI), (Guerreiro et al.2006), est considéré comme un « enfant migrant » :

- Un enfant effectuant une migration seul ou avec ses parents
- Un enfant « non enregistré »
- Un enfant ayant un statut irrégulier
- Un enfant demandeur d'Asile
- Un enfant réfugié
- Un enfant issu de la 2^{ème} génération post-migratoire [7].

Cette définition est plus complète que celle du CNPU, mais ne distingue pas les enfants nés sur le territoire étranger de ceux nés sur le territoire d'accueil.

3) Chiffres

Il y a environ 10 ans, les estimations globales du nombre de migrants, adultes et enfants, internationaux et internes, atteignaient près d'un milliard de personnes [8].

D'après les statistiques de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) [9] « En 2019, 6,7 millions d'immigrés vivent en France, soit 9,9 % de la population totale. 2,5 millions d'immigrés, soit 37 % d'entre eux, ont acquis la nationalité française.

La population étrangère vivant en France s'élève à 4,9 millions de personnes, soit 7,4 % de la population totale. Elle se compose de 4,2 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française et de 0,7 million de personnes nées en France de nationalité étrangère.

1,7 million de personnes sont nées de nationalité française à l'étranger. Avec les personnes immigrées (6,7 millions), au total, 8,4 millions de personnes vivant en France sont nées à l'étranger, soit 12,6 % de la population ». La proportion d'enfants n'est pas précisée.

« En 2019, **421 enfants** ont été **adoptés** à l'étranger par des ressortissants français ou étrangers résidant en France, contre 615 en 2018.

Les 5 premiers pays d'origine sont : Vietnam : 49 adoptions, Colombie : 43 adoptions, Thaïlande : 37 adoptions, Haïti : 30 adoptions, République du Congo : 28 adoptions » [10].

Le Fond des nations unies pour l'enfance (UNICEF) estime qu'en 2016, environ **11 millions d'enfants vivent en tant que réfugiés ou demandeurs d'Asile** dans un pays différent de leur pays de naissance [11].

« Les mineurs demandeurs d'asile représentent environ 18 % des premières demandes d'asile en France en 2019 » [12]. Cf. Annexe n°1 et 2 pour plus de détails sur les chiffres européens et français.

L'OMS rapporte qu'entre 2015 et 2017, **1 037 440 d'enfants ont demandé l'Asile** dans un pays de l'Union européenne / Espace économique européen, dont 200 550 (soit 19,3%) n'étaient pas accompagnés [13].

« Un rapport de l'UNICEF a établi qu'en 2015 et 2016, **300 000 enfants** dans le monde étaient **sur les routes sans aucun adulte** pour les accompagner soit cinq fois plus d'enfants qu'en 2010 et 2011 » [14]

« 28% des victimes de traite dans le monde sont des enfants, et les mineurs d'Afrique sub saharienne ou d'Amérique centrale et des Caraïbes sont les plus touchés. » [14]

En 2016, l'UNICEF rapporte qu'« au moins 4 579 personnes ont perdu la vie en essayant de franchir la Méditerranée depuis la Libye, soit un décès pour 40 tentatives de traversée. On estime que les enfants comptent pour au moins 700 de ces morts » [15].

4) Problématiques de santé

La santé de l'enfant migrant est dépendante à la fois de son état de santé avant la migration, et des risques auxquels il va faire face au cours du parcours migratoire. Elle est également liée à la santé des personnes qui s'occupent de lui.

Par conséquent, les risques pour un enfant vont varier selon ses expériences particulières dans son pays natal, pendant son trajet et après l'arrivée dans le pays de destination [13]. Cf. Annexe 3.

A) Avant le départ du pays d'origine :

- Les antécédents médicaux et les caractéristiques sanitaires initiales peuvent être extrêmement variables selon les déterminants de santé individuels, sociétaux et nationaux [8]. « 20 millions d'enfants ne sont pas encore complètement protégés par la vaccination », et « 2,1 milliards de personnes ne disposent pas d'un accès à l'eau potable » [16] favorisant notamment les pathologies en lien avec le péril fécal.

Les enfants peuvent ainsi contracter un nombre variable de maladies qui pourraient être accessibles à la prévention [13].

- Le CNPU répertorie par exemple les principales pathologies associées à de la fièvre selon la région d'origine [6] :

« - Les diarrhées, les infections respiratoires basses [pour les enfants] en provenance d'Afrique du Nord

- Le paludisme, les infections respiratoires basses, et les diarrhées [pour les enfants] en provenance d'Afrique subsaharienne

- Les atteintes cutanées [pour les enfants] en provenance d'Amérique du Sud. »

- De plus les expériences vécues dans le pays d'origine peuvent influencer la santé des migrants tout au long du processus migratoire. [8]

Une exposition à des conflits armés, un accès difficile voire impossible à un système de soins malgré la présence d'une éventuelle pathologie initiale, sont des exemples de facteurs impactant directement la santé des patients avant leur départ, mais également au long cours.

B) Pendant le trajet migratoire:

- Certaines routes migratoires sont connues pour leur dangerosité.

C'est le cas de la route migratoire de la Méditerranée centrale entre l'Afrique du Nord et l'Europe du Sud, passant par la Libye.

L'OMS enregistre une importante augmentation du nombre d'incarcérations, de kidnappings et de violences sexuelles touchant les mineurs, avec les risques physiques et psychologiques qui en découlent [13].

D'autre part, il n'est pas rare que les enfants se retrouvent temporairement ou définitivement séparés de leurs accompagnants adultes initiaux [13].

- Sont également concernés les enfants nés au cours du parcours migratoire, avec un risque majoré de pathologies sévères dont les conséquences peuvent être graves : hypothermie, malnutrition par difficultés d'allaitement, déshydratation ou encore des infections sévères telles que septicémie, méningite ou pneumonie [13].

- Enfin les moyens de transport peuvent, par eux-mêmes, être source de pathologies.

Par exemple, lors des trajets en bateaux, notamment pour traverser la mer méditerranée, les enfants sont exposés à des risques de déshydratation et de brûlures dues à la macération de la peau dans le fioul au fond des bateaux [17].

C) Après l'arrivée dans le pays d'accueil :

•D'après la Professeure Marie-Rose Moro « Le fonctionnement psychique de l'enfant vulnérable est tel qu'une variation minime, interne ou externe, entraîne un dysfonctionnement important, une souffrance, un arrêt, une inhibition ou un développement à minima dans son potentiel » [18].

Pour les enfants migrants demandeurs d'Asile, la situation irrégulière est source d'inconstance et d'incertitudes qui peuvent les impacter durablement. Il n'est pas rare que ceux-ci soient « non documentés » c'est-à-dire des « migrants non enregistrés », favorisant ainsi une existence « sous le radar » avec des conditions de grande précarité, sans accès aux droits sociaux fondamentaux ou à la scolarisation, avec un **sur-risque de pauvreté, d'exploitation, d'exclusion sociale et de violences** [8-13].

Une méta-analyse réalisée en 2014 sur la base de 30 études conclut que « les jeunes immigrants peuvent subir différentes formes de violence physique, verbale ou relationnelle ». Cette violence viendrait principalement des autres jeunes, motivée par la discrimination, et engendrerait une « attitude négative » de la part des victimes « envers leur société d'accueil » et renforcerait une « attitude positive envers leur communauté d'origine ». Celle-ci peut causer des pathologies diverses comme la dépression, les troubles psychosomatiques, un stress chronique voire un syndrome de stress post-traumatique, des troubles anxieux, du sommeil ou encore du comportement [19].

D'autre part, les enfants qui éprouvent ces conditions peuvent adopter une attitude de survie, leur rendant difficile d'envisager un futur [13-20].

• Il semble également, que le nouveau mode de vie adopté impacte la santé des migrants, avec une augmentation de l'IMC et du risque de diabète dans la population indienne ou du risque cardio-vasculaire dans la population latino-américaine en cas de migration en zone urbaine [8].

•Une vigilance accrue est également de mise dans les services de soins.

Une étude réalisée en 1993 dans un hôpital américain, faisait le constat alarmant que « la façon dont les antalgiques étaient administrés aux patients présentant une fracture récente d'un os long » était significativement différente selon s'il s'agissait d'un patient

« Blanc » ou « Hispanique ». Cette étude posait la question des mécanismes d'une telle sous-évaluation, qui persistait malgré la correction du facteur « langage ». Bien qu'aucune « cause » évidente n'ait été mise en valeur dans cette étude, il apparaît que l'iatrogénie peut également participer à la dégradation de l'état de santé après l'arrivée dans le pays d'origine. [21-22]

• D'autre part, d'après une étude réalisée en 2017 en Europe et en Australie, seuls 5 pays (France, Italie, Norvège, Portugal et Espagne) stipulent explicitement dans leurs lois "le droit aux enfants de recevoir des soins médicaux de qualité égale quelque soit leur origine ou leur statut". Des pays développés comme l'Allemagne, appliquent des **politiques répressives en matière d'accès aux soins** (accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière uniquement par le biais du Bureau de la Protection sociale, également en charge de l'information de l'État des personnes dans cette situation), favorisant ainsi des problématiques sanitaires diverses [11]. Pourtant l'accès aux soins de santé est, comme stipulé plus haut, reconnu comme un droit humain basique supérieur au statut politique [23].

Enfin, les stratégies des états concernés par la migration, malgré les accords internationaux, mettent parfois également en péril la santé des migrants. C'est le cas de la **détention** (parfois prolongée, qui peut être réalisée dans des prisons d'Etat) ou des **mesures d'interception**, qui au-delà du risque somatique, entretiennent le cycle de persécution et donc le risque psychologique, et qui deviennent, dans beaucoup d'états, un élément habituel du mécanisme de contrôle de la migration [24].

5) Législation

Il existe actuellement de nombreux de textes de loi encadrant la migration et organismes de gestion et de prise en charge, aux différents niveaux (international, européen et national).

• **Au niveau international**, officiellement, « quelle que soit sa nationalité ou les circonstances qui l'ont poussé à fuir son pays d'origine, un enfant [...] bénéficie de droits garantis par la **Convention internationale des droits de l'enfant**, traité

international ratifié par 195 États. Pour tous les mineurs, l'éducation, la santé et la protection sont des droits. » [14]

Celle-ci a été adoptée en **1989**, à l'unanimité par l'**Assemblée générale des Nations Unies**, inscrivant dans l'histoire le premier texte international qui « reconnaît explicitement les moins de 18 ans comme des êtres à part entière, porteurs de droits sociaux, économiques, civils, culturels et politiques – des droits fondamentaux, obligatoires et non négociables » [14].

195 états l'ont signé. Aujourd'hui, seuls les États-Unis et la Somalie manquent.

Elle énonce le droit :

- D'avoir un nom, une nationalité, une identité
- D'être soigné, protégé des maladies, d'avoir une alimentation suffisante et équilibrée
- D'avoir un refuge, d'être secouru, et d'avoir des conditions de vie décentes
- D'avoir une famille, d'être entouré et aimé
- D'aller à l'école
- De jouer et d'avoir des loisirs
- D'être protégé de la violence, de la maltraitance et de toute forme d'abus et d'exploitation
- D'être protégé contre toutes les formes de discrimination
- De ne pas faire la guerre, ni la subir
- A la liberté d'information, d'expression et de participation

Selon 4 principes fondamentaux que sont : « la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit de vivre, survivre et se développer et le respect des opinions de l'enfant ».

Il existe, ajoutés à cela, 3 protocoles « facultatifs » afin de :

- Protéger contre le recrutement dans les conflits armés
- Protéger contre la vente d'enfants, la prostitution et la pédopornographie
- **Permettre à l'enfant de porter plainte en cas de violation de ses droits**, par une procédure internationale, auprès du Comité des droits de l'enfant des Nations unies, dans l'éventualité où les recours nationaux seraient épuisés [16].

Tous les Etats ont un devoir de respect de la Convention des Nations unies pour les Réfugiés et de la Convention contre la Torture, afin de s'assurer qu'aucune personne cherchant une protection soit renvoyée de force ou refoulée vers un pays où elle risque de subir torture et/ou persécution [24].

•**Au niveau européen** :

La législation européenne s'appuie sur le **Règlement Dublin III**, « applicable à toutes les personnes demandeuses d'Asile depuis le 1^{er} janvier 2014.

L'article 8 de ce règlement détermine les Etats responsable des mineurs non accompagnés.

L'article 6 prévoit que Les Etats membres veillent à ce qu'un représentant représente et/ou assiste un mineur non accompagné en ce qui concerne toutes les procédures.

L'annexe 12 de la circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 indique : En raison de sa minorité, tout Mineur isolé étranger (MIE) qui souhaite demander l'asile doit être représenté dans ses démarches par un représentant légal. Si le mineur isolé bénéficie d'une tutelle d'Etat prononcée par un juge, ce sont les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) du département de résidence du mineur qui se chargeront d'entreprendre ces démarches. Si le MIE n'a pas de représentant légal et qu'il se présente seul en préfecture pour demander l'asile, le préfet doit saisir le procureur de la République pour qu'il désigne un administrateur ad Hoc qui assistera et représentera alors le MIE dans ses démarches d'asile » [20].

Il est à noter qu' « en vertu de ce texte, **une demande d'asile ne peut être examinée que par un seul pays européen** » [25].

•**En France** : cf. Annexe 4

Sur le plan social

La protection internationale au titre de l'asile constitutionnel est accordée par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) à "toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté (alinéa 4 du préambule de la Constitution de 1946) » [25].

La procédure de demande d'Asile pour les familles a été modifiée par la **réforme de l'Asile de 2018** a conduit à une évolution de la procédure pour les familles. « Jusqu'en 2018, seul le parent déposait une demande, en son seul nom, et l'enfant bénéficiait de

la protection au titre de l'unité familiale. En cas de craintes distinctes de celles des parents, l'enfant pouvait néanmoins déposer un dossier individuel, les demandes fondées sur la crainte de mutilations sexuelles constituant l'essentiel de ces procédures. Aujourd'hui, selon le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda), **une demande doit être déposée pour chaque membre de la famille, y compris les enfants** »

Dans l'éventualité où le statut de réfugié est accepté « les enfants peuvent [...] obtenir un **certificat de protection permanent**, à titre personnel ou au titre de l'unité familiale valable jusqu'à leur majorité. À l'âge adulte, ils obtiendront automatiquement le statut de réfugié en leur nom propre, sans aucune étape procédurale ». [12].

Concernant plus précisément les enfants seuls, « dès qu'un enfant est reconnu mineur ET isolé, il est considéré comme étant en danger et peut avoir accès au dispositif de protection de l'enfance en France », assurée par l'**ASE**, dépendante des conseils départementaux (loi du 5 mars 2007 N°2007-293 et du 14 Mars 2016). Ceci donne le droit à un accompagnement socio-éducatif et juridique.

D'autre part, si l'enfant est confié à l'ASE avant ses 15 ans et depuis une durée d'au moins 3 ans, celui-ci peut réclamer la nationalité française (article 21-12 du Code civil) à condition d'effectuer la démarche avant ses 18 ans.

Enfin s'il est confié avant ses 16 ans, il a accès de plein droit à une carte 'vie privée et familiale' à sa majorité, sous certaines réserves (article L313-11 2° bis du CESEDA) » [20].

De même, les mères accompagnées d'enfants âgés de moins de trois ans sont prises en charge par l'ASE, indépendamment de leur statut administratif et la « prise en charge médico-sociale est assurée gratuitement par les **services départementaux de la Protection maternelle et infantile (PMI)** » [12].

Les parents accompagnateurs d'enfants malades, dans l'hypothèse d'une demande d'Asile déboutée, peuvent réaliser une demande **d'Autorisation provisoire de séjour d'un étranger parent d'enfant malade**.

Celle-ci est obtenue selon les conditions suivantes :

- « L'état de santé de l'enfant nécessite une prise en charge médicale indispensable en France
- L'enfant ne peut pas avoir accès au traitement approprié dans votre pays d'origine »

- L'accompagnateur réside habituellement avec l'enfant en France et subvient à son entretien et à son éducation, et ne représente pas une menace pour l'ordre public [26]. Elle ne donne droit à aucune allocation et ne permet pas aux parents de travailler en France, ce qui en fait une solution de dernier recours.

Enfin pour les personnes ressortissantes de l'Union Européenne, il faut réaliser une demande de titre de séjour, qui sera éventuellement accordée pour une durée initiale de 5 ans [27].

Sur le plan médical

Concernant la couverture sociale, les familles peuvent demander l'**Aide médicale d'état (AME)** (instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle [28]) ou la **Protection universelle maladie (PUMA)**, qui remplace la CMU depuis le 1^{er} janvier 2016.

Les conditions d'obtention de l'AME sont les suivantes : « sous condition de ressources, les étrangers qui, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France, ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale » [28]. Contrairement aux adultes, qui doivent témoigner d'une présence sur le territoire français d'au moins 3 mois, **les enfants peuvent en bénéficier immédiatement à leur arrivée.**

Il est important de noter, principalement pour le secteur hospitalier, que « lorsqu'un établissement de santé délivre des soins urgents et vitaux au sens de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles à une personne ne pouvant les payer, il doit, avant de les imputer sur le dispositif prévu à cet article, veiller à ce que soient recherchés les droits de cette personne à une couverture santé (circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME). **De manière à permettre que les soins dispensés soient couverts par l'AME, il est nécessaire que l'établissement transmette une demande d'AME dans un délai d'un mois.** La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) l'instruit en priorité » [28].

Les conditions d'obtention de la PUMA sont les suivantes : « toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière ». Il faut cependant, pour justifier de cette aide, pouvoir présenter un titre de séjour.

Concernant les enfants « par dérogation à l'article L. 160-1, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé en tant qu'ayants droit d'un assuré social les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation ou enfants recueillis. De même, les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité » [29].

•Cas particulier de l'adoption :

Celle-ci est régie au niveau international par la même **Convention internationale des droits de l'enfant**, qui stipule que « les États parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption :

- S'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale.
- Veillent à ce que l'adoption d'un enfant ne soit autorisée que par les autorités compétentes, qui vérifient, conformément à la loi et aux procédures applicables et sur la base de tous les renseignements fiables relatifs au cas considéré, que l'adoption peut avoir lieu eu égard à la situation de l'enfant par rapport à ses père et mère, parents et représentants légaux et que, le cas échéant, les personnes intéressées ont donné leur consentement à l'adoption en connaissance de cause, après s'être entourées des avis nécessaires.
- Reconnaissent que l'adoption à l'étranger peut être envisagée comme un autre moyen d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, si celui-ci ne peut, dans son pays d'origine, être placé dans une famille nourricière ou adoptive ou être convenablement élevé
- Veillent, en cas d'adoption à l'étranger, à ce que l'enfant ait le bénéfice de garanties et de normes équivalant à celles existant en cas d'adoption nationale
- Prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que, en cas d'adoption à l'étranger, le placement de l'enfant ne se traduise pas par un profit matériel indu pour les personnes qui en sont responsables

- Poursuivent les objectifs du présent article en concluant des arrangements ou des accords bilatéraux ou multilatéraux, selon les cas, et s'efforcent dans ce cadre de veiller à ce que les placements d'enfants à l'étranger soient effectués par des autorités ou des organes compétents » [2].

6) Organismes de prise en charge

De nombreux organismes institutionnels et associatifs interviennent dans la prise en charge légale, sociale et médicale des enfants migrants.

Organismes institutionnels

• **OFPRA** : « **établissement public** créé en 1952, doté d'une indépendance fonctionnelle, chargé de l'application des textes relatifs à la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatride et à l'admission à la protection subsidiaire ». Instance **en charge de l'étude de toutes les demandes d'Asile**.

Afin de réaliser la demande d'Asile, il faut tout d'abord « se rendre auprès d'une association chargée du pré-accueil » [25].

Cette demande sera enregistrée auprès d'un « guichet unique rattaché [au] lieu de résidence, composé d'agents de la préfecture et d'agents de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) [25].

• **OFII** : **département de la préfecture traitant toutes les demandes d'installation en France de la part de personnes étrangères**. Il est « en charge de l'intégration des migrants durant les cinq premières années de leur séjour en France » et délivre les cartes permettant le droit à l'**Allocation demandeur d'asile** (ADA, « créée par la loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile, versée pendant la période d'instruction de la demande d'asile ou jusqu'au transfert effectif vers un autre Etat responsable de l'examen de la demande d'asile » [25]) sous conditions de ressources (qui doivent être inférieures au montant du Revenu Solidarité Active (RSA)).

• **Plateforme d'accueil des demandeurs d'asiles (PADA)** : **plateformes gérées par l'OFII**, « en charge du premier accueil des demandeurs d'asile » avec les missions suivantes :

- « Orientation et information des demandeurs d'asile

- Accompagnement administratif et social des demandeurs d'asile qui ne sont pas pris en charge au sein d'un Centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) et ce pendant toute la procédure
- Inscription des demandeurs dans le dispositif national d'hébergement ».

• **Agence française de l'adoption (AFA)** : organisme public d'adoption créé en 2005, par lequel environ un quart des adoptions internationales sont effectuées.

• **Organismes autorisés à l'adoption (OAA)** : organismes par lesquels la moitié des adoptions internationales sont effectuées.

• **PMI** : « **service départemental** créé en 1945, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant », régie par le Code de la santé publique, articles L2112-1 à L2112-10 [30]. Elle organise des « **consultations et des actions médico-sociales de prévention** et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale ».

Elle **organise l'accueil des jeunes enfants** : « instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation ; surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans ».

Enfin elle participe pour une part importante aux **actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger** [30] et se trouve à ce titre, régulièrement impliquée dans la prise en charge et le suivi des enfants issus de la migration, à fortiori dans le contexte de demande d'Asile, souvent en collaboration proche avec le CADA.

• **Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** : « **dispositifs de prise en charge médico- sociale pour les personnes en situation de précarité sociale** » dont le but est de « leur faciliter l'accès au système de santé, et de les accompagner dans les démarches ».

Son budget est assuré par « une dotation finançant les missions d'intérêt général, sur déclaration de l'établissement de santé » [31].

Elle permet ainsi par exemple, la délivrance gratuite de traitements dans l'attente de l'ouverture des droits.

Organismes associatifs

• **Comité inter-mouvements auprès des évacués (CIMADE)** : « **association** d'origine protestante née en 1939, initialement pour aider les évacués d'Alsace Lorraine qui fuyaient l'avancée allemande, devenue une importante association **de solidarité active avec les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile** » [25].

• **Croix rouge** = association d'aide humanitaire française fondée en 1864.

• **France Terre d'Asile (FTDA)** = association de solidarité française fondée en 1971, dont le principal objectif est le soutien aux demandeurs d'asile et la défense du droit d'asile en France.

• **Médecins sans frontières (MSF)** = organisation caritative privée à but humanitaire d'origine française, créée en 1971.

• **Médecins du monde (MDM)** = organisation non gouvernementale (ONG) d'origine française, médicale de solidarité internationale créée en 1980.

Organisme mixte

• **CADA** : « **établissement ou dispositif** financés par les pouvoirs publics et gérés par des associations diverses (Adoma, Coallia, FTDA, etc.), **spécialisé pour l'hébergement ou l'accompagnement des demandeurs d'asile** durant toute la procédure ».

Ils leur incombent 4 missions principales :

- « L'accueil et l'hébergement des demandeurs d'asile
- Leur accompagnement administratif, social et médical
- La scolarisation des enfants et l'animation du centre
- La gestion de la sortie du centre » [25].

Les personnes peuvent en bénéficier après avoir entamé les démarches de demandeur d'Asile auprès de la Préfecture.

7) Motivations de l'étude

Force est de constater l'étayage bien plus marqué dans le domaine juridique ou social concernant la prise en charge des enfants migrants.

En effet les littératures françaises et internationales sont pauvres quant aux études somatiques et médicales.

Il existe heureusement des Guidelines, éditées à l'international par l'OMS pour tous les enfants migrants [3], et en France principalement pour les enfants de retour de la zone irako-syrienne, éditées par la Direction Générale de la Santé.

Cependant, la prise en charge quotidienne des patients est marquée par le manque de visibilité concernant les problématiques sanitaires et les dispositifs de soins disponibles à échelle locale.

C'est pourquoi cette étude s'attache à évaluer l'état de santé des enfants migrants, arrivant sur un territoire précis (Montpellier-Métropole), ainsi que leur prise en charge par le service public, sans omettre le contexte socio-législatif et les motivations migratoires.

MATERIELS & METHODE

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, analytique de type observationnelle, multicentrique, prospective.

2) Population cible

Critères d'inclusion :

- Enfant âgé de 0 à 10ans inclus
- Né dans tout autre pays que la France
- Arrivé récemment sur le territoire Montpellier-métropole
- Consultant pour la première fois auprès d'un service de soins public (CHU ou PMI)
- Entre Avril 2019 et Septembre 2020
- Indépendamment des conditions socio-économiques du patient et/ou de sa famille

Critères non inclusion :

- Enfant de plus de 10ans (définition arbitraire de l'âge sur la base expérimentale de l'âge moyen des mineurs non accompagnés rencontrés sur le territoire montpelliérain)
- Enfant né ou ayant déjà séjourné en France
- Enfant déjà pris en charge avant Avril 2019
- Enfant déjà pris en charge sur le plan médical dans un autre territoire
- Enfant venu en France dans le cadre d'un programme spécifique sanitaire
- Enfant en voyage sans projet d'installation sur le territoire français
- Impossibilité d'explication des modalités de l'étude

Critère d'exclusion :

- Refus secondaire de participation
- Critères de non inclusion constatés au cours du recueil de données

3) Modalités d'inclusion

Les patients ont été inclus de manière prospective :

- Lors de la consultation médicale initiale avec remise en main propre du formulaire de non opposition.
- Dans un deuxième temps, si l'inclusion initiale n'avait pas été possible, par rappel téléphonique de la famille pour transmission de l'information claire, loyale et appropriée concernant l'étude, et envoi par mail du formulaire de non opposition.
- Avec utilisation systématique de l'aide d'un interprète (personne accompagnatrice, bénévole ou professionnelle).

4) Recueil des données

Les données ont été recueillies anonymement, à partir des dossiers patients papiers et informatisés : logiciels Dxcare et Résurgence au CHU de Montpellier, dossier papier et logiciel Horus dans les antennes PMI.

5) Objectifs

•Objectif principal : **étudier l'état de santé des enfants migrants primo-arrivants**

•Objectifs secondaires :

- Identifier d'éventuels facteurs de risque de mauvaise santé
- Evaluer l'existence d'une prévalence plus importante pour certaines problématiques en comparaison à la population générale des enfants vivant en France
- Evaluer les motifs migratoires et leurs éventuelles spécificités dans la population pédiatrique
- Analyser la prise en charge et les dispositifs mis en place
- Evaluer l'observance des orientations et du suivi à 6mois
- Comparer les pratiques de soins locales aux recommandations nationales et à d'autres centres en France
- Evaluer les éventuelles améliorations à mettre en place au niveau régional et national

6) Ethique

L'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et de l'Institut de recherche en biothérapies (IRB) du CHU de Montpellier a été sollicité avant la réalisation de cette étude. Celle-ci a été autorisée au titre MR-004 sous condition de délivrance d'un formulaire de non opposition à chaque patient inclus (cf. Annexe 6). Ce formulaire a pu être traduit en 3 langues : anglais, italien et géorgien.

RESULTATS

1) Inclusion

• **82 patients** d'origine non française **sont suivis depuis 2015 par le service territorial de la PMI de l'Ecusson à Montpellier**. Parmi eux, **15 ont pu être inclus** (soit 18,2%) dans ce projet.

- 1 situation était éthiquement trop complexe pour proposer l'inclusion.
- 4 patients avaient au préalable transité par la France.
- Les autres étaient suivis depuis une date antérieure à Avril 2019.
- 2 patients ont secondairement été exclus pour ce motif.

• **Entre Avril 2019 et Avril 2020, au moins 280 personnes migrantes** se sont présentées **aux urgences du CHU de Montpellier**, dont 182 consultations et 98 accompagnants (sur la base du registre des Assistantes sociales des urgences). **Les enfants âgés de 10ans et moins** étaient au nombre de **71, soit 25,3%**.

- 1 situation était éthiquement trop complexe pour proposer l'inclusion.
- 1 patient avait déjà une prise en charge sur Alès.
- 1 patient a refusé la participation.
- 5 patients étaient suivis depuis une date antérieure à Avril 2019.
- 11 d'entre eux n'ont pu être inclus du fait de l'absence d'un numéro de téléphone valable.
- Nous n'avons pu proposer l'étude à 35 patients du fait de la barrière de la langue, avec absence d'interprète disponible.

Au total **nous avons pu inclure 16 patients** (soit 22,5%). 1 enfant l'était déjà par l'intermédiaire de la PMI.

• **31 patients** ont bénéficié d'une **consultation COCA ou de pédiatrie spécialisée** auprès du Dr. Lalande au sein du CHU de Montpellier d'Avril 2019 à Septembre 2020.

- 16 d'entre eux étaient suivis depuis une date antérieure à Avril 2019.
- Il n'a pas été possible de recontacter 2 patients.
- 1 patient a refusé la participation.
- 4 patients ont été exclus secondairement du fait d'une prise en charge débutée avant Avril 2019 ou dans une autre région.

Soit un total de 6 patients inclus (19,3%). 2 enfants étaient déjà inclus par l'intermédiaire des urgences.

•1 patient a pu être inclus après avoir bénéficié d'une consultation de pédiatrie spécialisée d'otorhinolaryngologie (ORL) au CHU de Montpellier.

Soit un total de 38 dossiers analysés

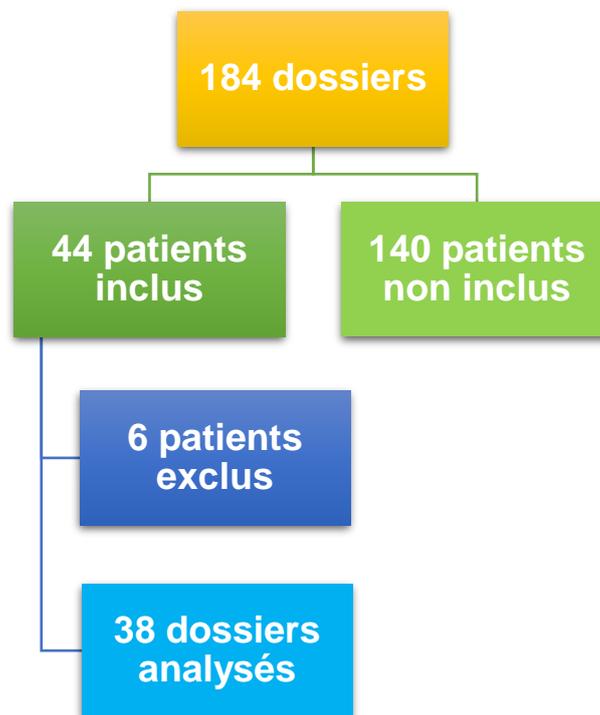


Figure n°1 : diagramme flow chart

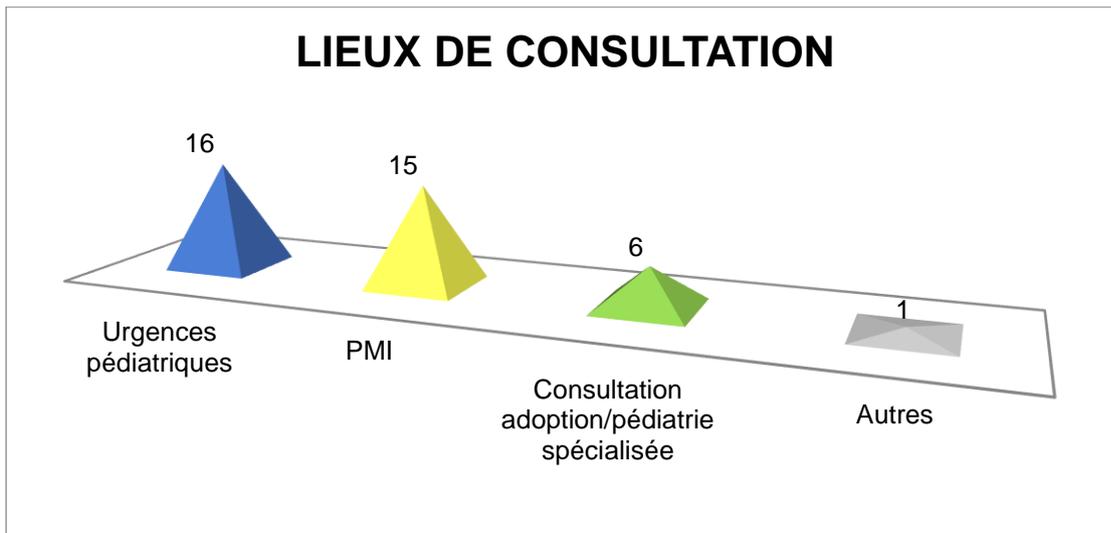


Figure n°2 : lieux de réalisation de la première consultation médicale auprès du service public

2) Caractéristiques de la population

- Les consultations se sont réparties entre Avril 2019 et Septembre 2020 de la manière suivante : 44,7% en 2019 et 55,3% en 2020

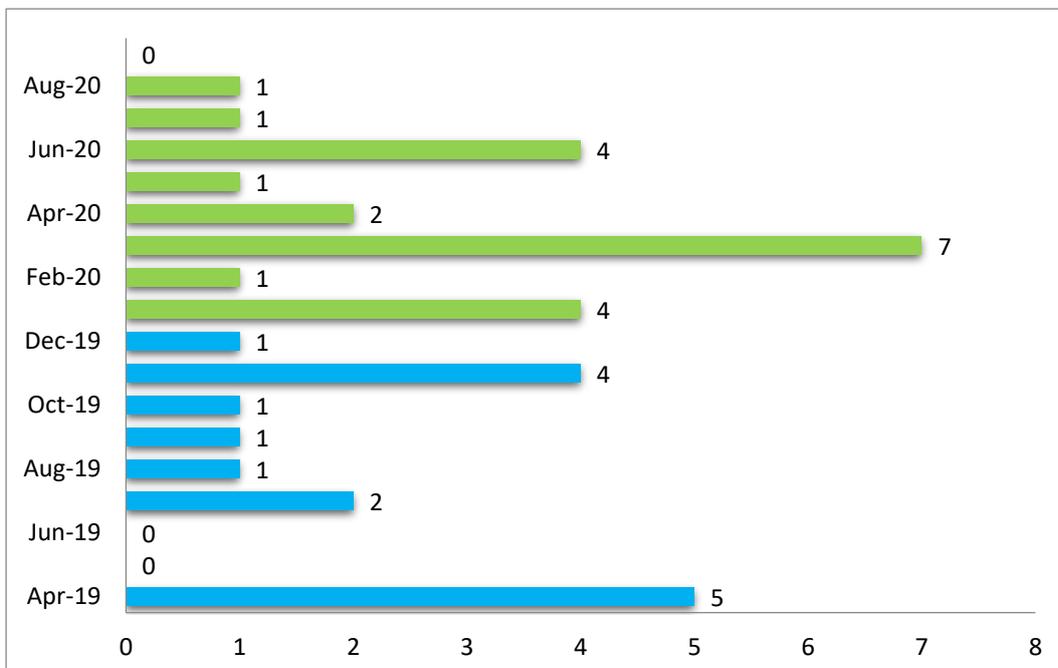


Figure n°3 : périodes de consultation

•La population étudiée présentait les caractéristiques suivantes :

- Il n'y avait pas de prévalence de sexe avec 18 enfants de type masculin (47,3%) et 20 de type féminin (52,6%)

- L'âge moyen était de **41 mois (soit 3ans et 5mois)**, avec une médiane à 32mois (soit 2ans et 8mois). Le plus jeune enfant étant âgé de 1mois, et le plus vieux de 115mois (soit 9ans et 7mois).

- Les origines étaient diverses : Albanie (6), Algérie (6), Géorgie (3), Maroc (3), Nigéria (3), Madagascar (2), Pakistan (2), Espagne (2), Inde (2), Belgique (1), Sénégal (1), Irak (1), Burkina Faso (1), Syrie (1), Allemagne (1), Kazakhstan (1), Lybie (1).

Un patient ne disposait pas de ce renseignement.

- Parmi eux au moins **9 familles ont transité** avec leurs enfants, nés ou avec une grossesse en cours et une naissance lors du parcours, **par 1 ou plusieurs pays** avant leur arrivée en France (Liban, Turquie, Italie, Allemagne, Lybie, Bosnie).

•Sur le plan social :

Environ 1/3 des patients ne disposaient d'aucune couverture sociale au moment de la première consultation médicale.

Un autre 1/3 était protégé par une couverture sociale minimale.

Seul le dernier 1/3 bénéficiait de la sécurité sociale classique.

COUVERTURE SOCIALE	NOMBRE DE PATIENTS
AME	4 (10,5%)
CMU/PUMA	8 (21%)
SECURITE SOCIALE	10 (26,3%)
AUCUNE	12 (31,5%)
NON RENSEIGNE	4 (10,5%)

Tableau n°1 : couverture sociale

•Concernant les démarches administratives :

- 17 patients (soit **44,7%**) étaient inscrits dans une procédure de demande d'Asile.

- Pour 6 d'entre eux, la venue en France s'était réalisée dans un contexte d'adoption.

- 1 famille bénéficiait d'un visa professionnel ou 1 autre d'un visa touristique avec volonté d'installation en France.

- L'information n'a pas pu être obtenue pour 9 d'entre eux.

•Enfin au sujet des logements :

- 19 patients (soit **47,3%**) **étaient hébergés dans des centres d'accueil sociaux** de type Hôtel fourni par le Samu Social 115 ou CADA / Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile (HUDA).

- 1 famille avec 2 enfants vivait dans un squat.

- 1 famille était venue s'installer chez un proche vivant en France.

- **Seuls 9 enfants (23,6%) vivaient dans leur propre domicile familial.**

- L'information n'a pas pu être obtenue pour 7 d'entre eux.

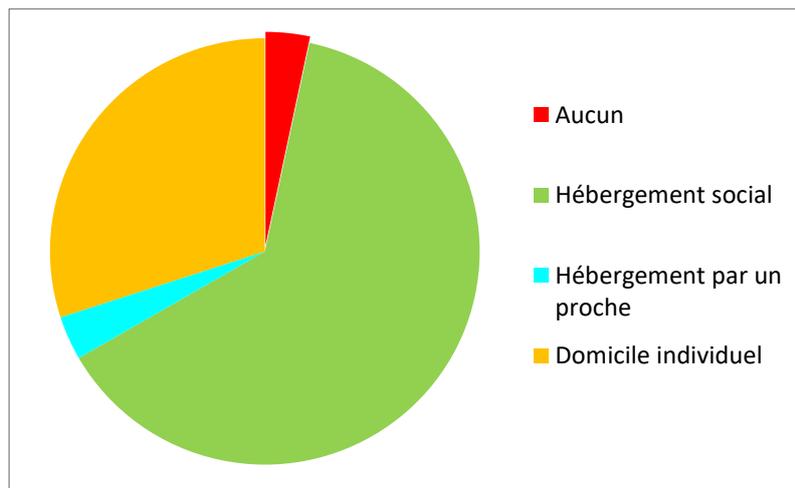


Figure n°4 : type d'habitation

7 familles (soit 18,4%) ont déclaré être venues en France pour motif de santé de leur enfant.

3) Antécédents

A) Vaccination :

• 21 patients, soit **55,2%** **présentaient une vaccination incomplète** avec support médical permettant de l'attester.

- 15 enfants n'avaient jamais été vaccinés contre la méningite

- 10 n'étaient pas à jour sur le vaccin anti-Rougeole Oreillons Rubéoles (ROR), soit par deuxième dose manquante soit par absence totale de vaccination

- 10 n'étaient pas efficacement vaccinés contre l'hépatite B

- 9 n'avaient jamais reçu de vaccination anti-pneumococcique
- 4 patients présentaient une vaccination quintivalente (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche et Haemophilus influenzae B) incomplète
- **2 patients n'avaient aucune vaccination**
- 1 patient était sur vacciné (doses supplémentaires non recommandées en France)

• Chez 7 enfants (soit 18,4%) les parents rapportaient une vaccination incomplète sans pouvoir le justifier.

• 1 enfant à l'inverse, était à priori à jour sans preuve possible.

• Les données étant manquantes dans 4 dossiers.

• **Seuls 13,1% des enfants (soit 5 personnes) disposaient d'une vaccination complète avec traçabilité.**

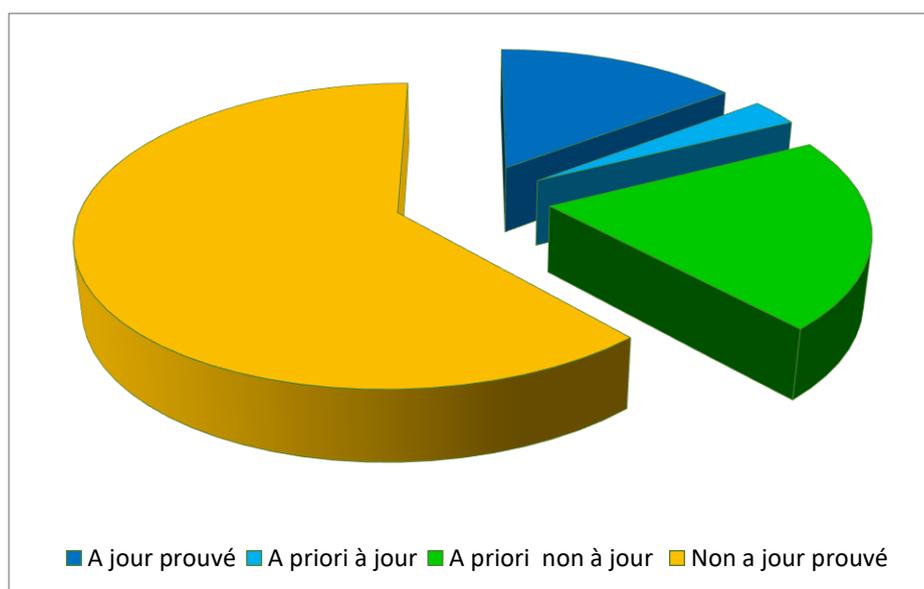


Figure n°5 : taux de vaccination sur la base du calendrier vaccinal français 2019/2020

B) Antécédents familiaux :

• Ceux-ci n'étaient renseignés que dans 50% des cas dans le dossier médical.

• Pour les 19 patients disposant de ces informations, **14 d'entre eux présentaient des antécédents familiaux notables**, d'une gravité variable.

- Les antécédents parmi les membres de la famille au premier degré (parents et fratrie) étaient les suivants :
 - Hypertension artérielle gravidique
 - Asthme
 - Douleurs abdominales chroniques, allergies aux protéines de lait de vache et autres allergies alimentaires
 - Retard de développement psychomoteur
 - Hypophosphatémie chronique
 - Anémie chronique
 - Saignements génitaux d'origine inconnus
 - Pathologies ophtalmologiques avec port de lunettes et/ou opération chirurgicale, rétinopathie pigmentaire
 - Infection par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
 - Syndrome de stress post-traumatique
 - Décès d'une cause respiratoire d'étiologie inconnue.

- **2 enfants étaient atteints de la même pathologie que leur parent** : infection par le VIH et syndrome de stress post-traumatique.

C) Antécédents personnels médicaux :

17 enfants (soit **44,7%**) **présentaient une pathologie chronique** avec nécessité de prise en charge spécialisée.

- Au niveau **néonatal** (24 dossiers renseignés soit 63%)
 - 2 enfants étaient nés prématurés à 33SA (Semaine d'Aménorrhée),
 - Aucun Retard de croissance intra-utérin (RCIU) n'a été rapporté, le plus petit poids étant de 2389g à 33SA
 - 1 enfant présentait une macrosomie avec un poids de 4500g à terme, le poids moyen étant de 3249g avec une médiane à 3200g.
 - 6 patients ont présenté des pathologies à la naissance :

PATHOLOGIE	NOMBRE (%)
Difficultés de prise alimentaire	3 (7,8%)
Ictère cutanéomuqueux	1 (2,6%)
Infection materno-fœtale	2 (5,2%)
- Suspectée	1
- Confirmée	1
Détresse respiratoire	1 (2,6%)
Malaise avec cyanose	1 (2,6%)
Convulsions	1 (2,6%)
Trouble neurologie déficitaire	1 (2,6%)

Tableau n°2 : pathologies néonatales

- 1 seul patient était allergique connu (allergie médicamenteuse et alimentaire, probablement croisées).

- 4 patients étaient atteints d'une pathologie cardiaque, avec absence de retentissement fonctionnel de type communication inter-atriale (3) ou souffle inexploré (1).

Aucune cardiopathie congénitale sévère n'a été répertoriée.

- 3 patients avaient des antécédents pneumologiques de type asthme (2) et infections bactériennes pulmonaires récidivantes (1).

- 9 patients étaient concernés par un antécédent digestif, principalement à type de constipation (4), reflux gastro-œsophagien (4) et difficultés alimentaires (4).

- **9 patients (soit 23,6%) présentaient des troubles neurologiques**, de sémiologie variable et d'étiologie souvent indéterminée :

- Retard de langage simple
- Retard de développement psychomoteur global
- Paralysie faciale avec hémiplégie corporelle gauche dans le cadre d'un syndrome de Moebius
- Syndrome pyramidal avec ou sans hémiparésie associée
- Epilepsie associée à une hypotonie axiale d'étiologie indéterminée
- Syndrome de West

- Au niveau néphrologique, 1 patient avait comme antécédent une insuffisance rénale chronique évolutive secondaire à une glomérulonéphrite d'étiologie indéterminée, et 1 autre présentait un syndrome polyuro-polydispique d'étiologie inconnue.

- **10,5% des enfants (4) étaient atteints d'une pathologie de type endocrinienne :**

- 1 enfant avait un retard statural à -2,4DS
 - 1 enfant présentait un retard global staturo-pondéral (avec âge osseux pathologique)
 - 2 enfants étaient en surpoids avec un IMC au dessus de la courbe (Cf. Annexe 5)
- Il est à noter que la taille de l'enfant n'était pas renseignée pour 21% d'entre eux (8).

- Sur le plan métabolique, 1 enfant était suspect de trouble de la glycosylation et un 1 autre d'hémochromatose.

- Sur le plan hématologique, 2 enfants étaient porteurs d'une drépanocytose dont l'un était également suspect d'avoir un déficit en G6PD associé.

- 2 patients présentaient des atteintes ORL avec un syndrome de Pierre-Robin et un enfant suspect de laryngomalacie devant un stridor avec tirage sus-sternal.

- 1 patient était atteint d'une rétinopathie pigmentaire.

- Aucun antécédent gynécologique n'a été rapporté.

- Sur le plan dermatologique, 1 enfant présentait une cicatrice de brûlure, à priori secondaire une chute accidentelle d'eau chaude et 1 autre une cicatrice d'étiologie indéterminée à 0,5cm de la marge anale.

- **Les pathologies infectieuses rencontrées ne concernaient que 10,5% des enfants (4) avec seulement 1 enfant atteint d'une infection chronique :**

- 1 enfant souffrait d'une infection par le VIH
- 1 patient avait contracté une infection à Haemophilus influenzae
- 1 patient était infecté à Entamoeba coli avec des kystes retrouvés dans les selles
- 1 enfant avait contracté par le passé un accès palustre
- Aucun patient n'était infecté par un virus de type hépatite (A, B, C, D, E), et aucun antécédent de tuberculose n'était rapporté.

- 6 enfants (15,8%) présentaient des malformations, de typologie variée : pied bot congénital ou anomalie du squelette dans un contexte de suspicion de syndrome polymalformatif, plagiocéphalie (2), microcéphalie et hémangiome en regard de l'œil.
- 1 seul enfant avait un diagnostic de pathologie d'ordre pédopsychiatrique avéré, celui-ci présentant des Troubles du spectre autistique (TSA).

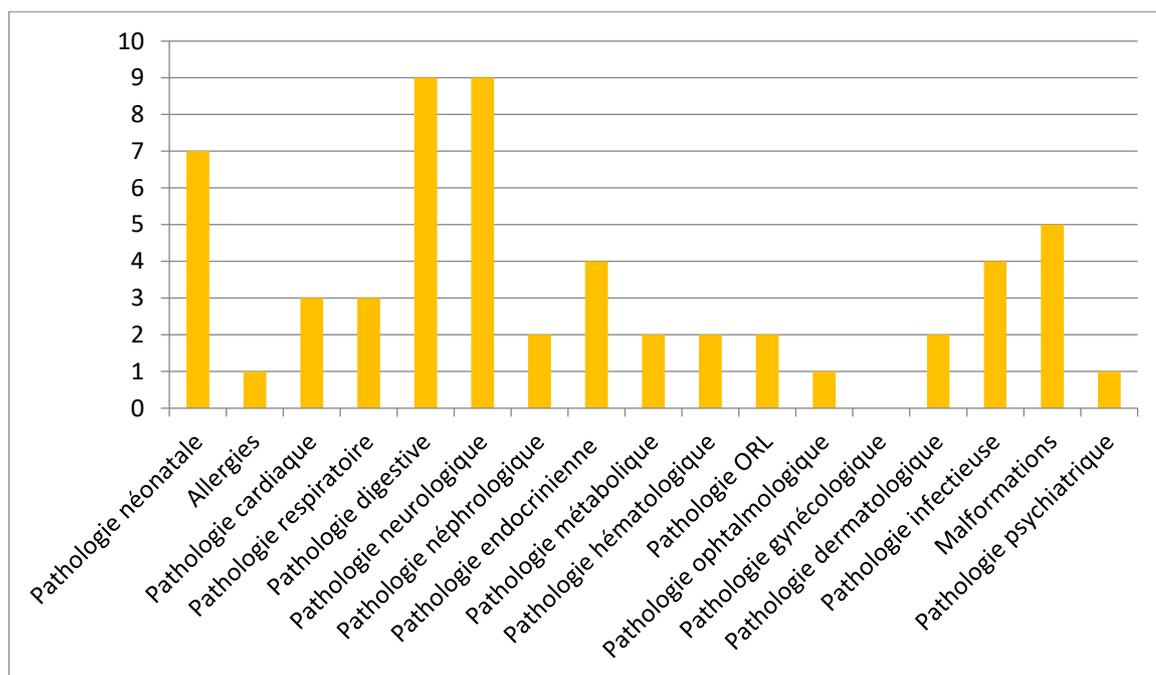


Figure n°5 : antécédents personnels

- Enfin **9 enfants (soit 23,6%) prenaient des traitements personnels** en rapport avec leur pathologie chronique :
 - Corticoïdes oraux
 - Antihypertenseurs de type inhibiteur calcique et inhibiteur de l'enzyme de conversion
 - Supplémentations par bicarbonate de sodium, fer et/ou en vitamine D
 - Régime spécifique par hydrolysats poussés de protéines de lait de vache
 - Antibiothérapie au long cours
 - Antiépileptique de type valproate de sodium

D) Antécédents personnels chirurgicaux :

6 patients, soit 15,7% de la population, avaient déjà subi une intervention chirurgicale.

TYPE	INTERVENTION	NOMBRE (%)
Uro-néphrologique	- Circoncision	3 (7,8%)
	- Biopsie-ponction rénale	1 (2,6%)
Orthopédique	- Achillotomie	1 (2,6%)
ORL	- Amygdalectomie	1 (2,6%)
	- Trachéotomie	1 (2,6%)

Tableau n°3 : antécédents d'interventions chirurgicales

E) Éléments notables de la vie quotidienne :

- 4 enfants étaient appareillés au quotidien, 2 par sonde naso-gastrique et 2 porteurs de lunettes de vue.

- Sur le plan alimentaire, 2 patients devaient respecter des régimes alimentaires spécifiques du fait de leur pathologie. 6 patients (soit **15,8%**) **présentaient des difficultés sévères d'alimentation**, en lien avec une pathologie ORL ou neurologique le plus souvent.

- La qualité du sommeil est une donnée peu renseignée dans les dossiers médicaux (seulement 65% de notification). Il semblerait que **28,9% des enfants (8) présentaient des troubles du sommeil**, dont 7,8% (3) des troubles sévères.

- De même le comportement rapporté par les parents ou observé en consultation est rarement précisé (47% d'informations).

Sur les 20 patients pour lesquels des données sont disponibles, 4 présentaient des petites difficultés comportementales à type d'inhibition, de crainte ou d'irritation à la frustration, et 2 d'entre eux des troubles sévères avec retentissement fonctionnel important, dont un suspect d'être atteint d'un syndrome de stress post-traumatique dans un contexte d'exposition à des bombardements.

4) Pathologies constatées au cours de la consultation

Aucun enfant de notre étude ne disposait, au moment de la consultation, d'un **état de bonne santé** comme définie par l'OMS, y compris ceux consultant en dehors d'un motif d'urgence.

• Les motifs de consultation étaient nombreux et variés :

- Asthénie, dyspnée, malaise, inquiétude parentale, douleur, toux, convulsion, fièvre (7), céphalées, éruption cutanée ou encore pleurs.

- Mise en place d'un suivi PMI.

- Consultation dans le cadre de l'adoption ou de consultations médicales pour avis spécialisé (retard de croissance, suivi d'une pathologie infectieuse, suspicion d'atteinte spécifique d'organe).

• Concernant l'évaluation de l'état bucco-dentaire :

- Celui-ci n'était renseigné que dans environ 50% des cas (17 dossiers sans précision).

- 7 enfants présentaient un état bucco-dentaire précaire avec de nombreuses dents abîmées et/ou cariées, soit tout de même 10% de la population.

- Une petite carie isolée avait été repérée chez 1 enfant.

- 7 enfants avaient une bonne hygiène bucco-dentaire.

- 4 d'entre eux n'étaient pas encore dotés de dents.

• **28 patients présentaient des anomalies à l'examen clinique** (soit 73,7%), le plus souvent en lien avec leurs antécédents médicaux (ex : 1 enfant drépanocytaire consultant pour une crise vaso-occlusive du membre supérieur avec pronation douloureuse).

Les anomalies nouvellement diagnostiquées étaient les suivantes :

- Poussée d'herpès labial

- Rhinopharyngite et toux à priori depuis plus de 3 semaines pour 2 enfants d'une même fratrie dont un positif au dépistage du virus de la grippe B.

- Mycose du siège ou muguet

- Lésions de piqûres et de grattage

- Suspicion d'hypertrophie amygdalienne avec ronflements et respiration buccale

- Dacryocystite

- Tache hypo pigmentée d'étiologie indéterminée apparue depuis plus de deux mois.

Soit environ 18% de pathologies aigües ou subaigüe.

• Il est à noter qu'aucune pathologie infectieuse de type VIH, tuberculose, VHB, VHC ou gale n'a été nouvellement diagnostiquée.

5) Modalités de prise en charge

• L'accueil des patients consiste dans un premier temps à l'évaluation de la possibilité de communication, à savoir la présence ou non d'une barrière de la langue, et la possibilité ou non d'avoir recours à un interprète.

- Dans notre étude, **seuls 36,8% des parents (14) maîtrisaient la langue française.**

- Le recours à un interprète professionnel n'a eu lieu que dans 2 consultations.

- Le recours à un interprète bénévole, professionnel au sein de la structure ou accompagnateur de la famille, a été utilisé dans 3 consultations.

- Ainsi 19 patients (soit **50%**) **ont été interrogés sans possibilité de compréhension correcte.**

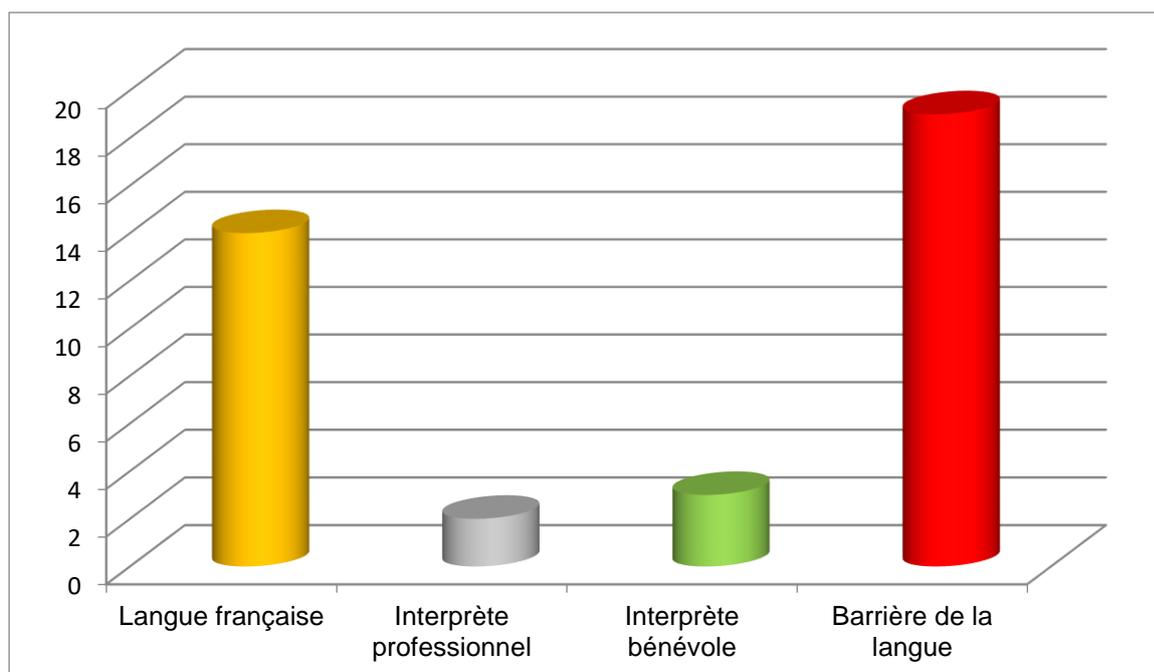


Figure n°6 : modalités d'interrogatoire

• Après cette phase d'interrogatoire et l'examen clinique, **un acte technique a été décidé pour 15 enfants (soit 39,5%)** :

- Un bilan biologique a été réalisé dans 28,9% des cas (soit 11 enfants).
- 4 enfants ont été vaccinés pendant la consultation.

• **4 enfants (soit 10,5%) ont été hospitalisés à la suite de la consultation.**

• A l'issue de la prise en charge, les enfants ont reçu différentes orientations de suivi :

- Pour 18 patients (soit **47,3%**), il est apparu nécessaire de continuer un **suivi hospitalier avec intervention de professionnels spécialisés.**

- 15 d'entre eux ont été redirigé vers un suivi ambulatoire pour une consultation spécialisée de type dentiste (5), ophtalmologiste (7), ORL (2), dermatologue (1) et orthophoniste (1) et/ou un lien avec le médecin généraliste (2) ou la PMI (3).

- **4 enfants n'ont reçu aucune orientation spécifique.**

- 1 dossier n'a pas été renseigné.

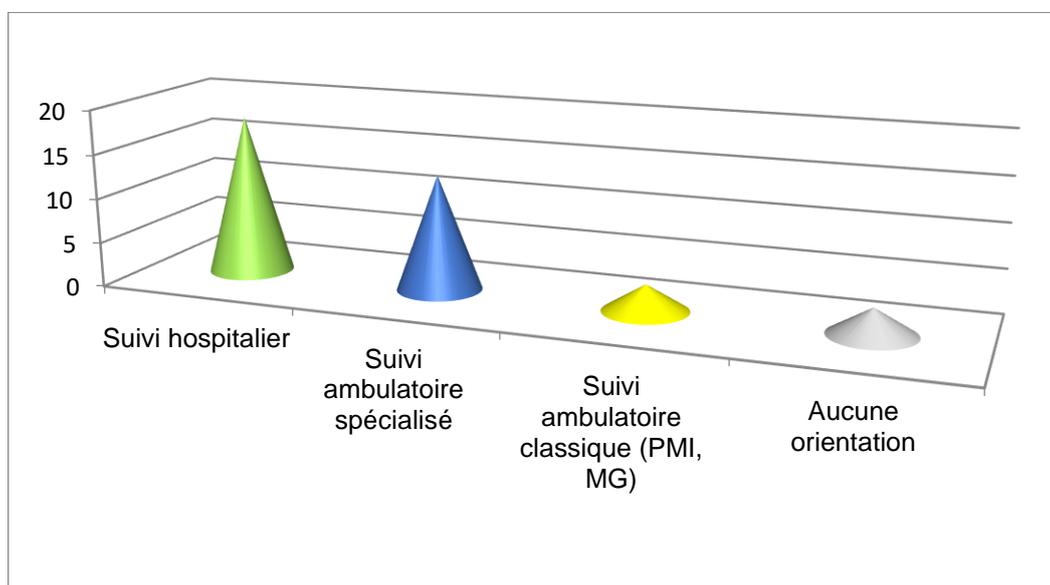


Figure n°7 : orientations des patients à la suite de la consultation médicale

• Enfin nous avons essayé, lorsque celui-ci était possible (consultations jusqu'à Mars 2020, soit 30 patients), d'évaluer le suivi à 6mois :

- Les informations n'étaient pas renseignées dans 5 dossiers.

- 4 n'ont pas réussi à assurer un suivi optimal, avec annulation de rendez-vous de la part de la famille ou de la part des professionnels en contexte de pandémie mondiale.

- 21 patients (soit 70%) ont respecté les orientations et les rendez-vous proposés

Il apparait donc que plus de la moitié des familles se sont mobilisées pour assurer un suivi médical adéquat à leurs enfants.

DISCUSSION

Cette étude nous permet, dans un premier temps, de constater le nombre important d'enfants migrants, de toutes origines, pris en charge par le système de soins public du bassin montpelliérain et l'importance de leurs problématiques de santé.

En effet, quasiment 20% d'entre eux affirmaient être venus en France pour des soins. Et plus de 70% présentaient des anomalies à l'examen clinique.

Elle met également en lumière l'important déficit de vaccination, et les nombreuses pathologies dont peuvent être atteints les enfants, sans prédominance particulière des pathologies infectieuses : les problématiques d'infection virale chronique semblent bien moins marquées que les atteintes neurologiques chroniques.

Le constat est que les motifs migratoires pédiatriques diffèrent des adultes ou mineurs non accompagnés.

Il est également important de noter qu'en dépit des procédures standardisées et de la législation, nombre d'entre eux n'ont que difficilement accès à un logement décent et une prise en charge sociale effective.

Enfin il semblerait que les enfants bénéficient quasi-systématiquement d'orientations médicales, que les familles s'efforcent le plus souvent de suivre efficacement.

Une question se pose néanmoins sur la pertinence de notre interrogatoire lorsque la barrière de la langue handicape 50% de nos consultations.

Voyons maintenant plus en détails comment se place ce travail par rapport à la littérature et la population générale, et quelles en sont les limites.

1) Comparaison à la littérature

Peu d'études concernant la santé des enfants migrants sont actuellement disponibles. Toutefois nous avons pu nous appuyer sur quelques travaux.

- Le CNPU affirme que dans un contexte de consultation médicale systématique à 1 mois de l'arrivée « des problèmes de santé peuvent ainsi être retrouvés dans près de la moitié des cas : problèmes nutritionnels, parasitoses digestives, pathologies dermatologiques, anémies, difficultés comportementales ». [6]

Cette information pose la question d'une surreprésentation d'enfants atteints de pathologies dans notre population.

- Une méta-analyse réalisée sur la population suisse d'enfants migrants en 2012, sur la base de 30 publications, retrouvait :

- Un sur-risque de 40% d'hospitalisation et d'admission en soins intensif (sans possibilité d'identifier la cause exacte entre une surreprésentation des pathologies graves et la facilité d'hospitalisation dans les cas de difficultés de communication).
- Une prévalence plus importante de caries (38,5 à 65% des enfants originaires d'ex-Yougoslavie ou d'Albanie contre 7,5 à 15% des enfants d'origine suisse), un risque doublé d'obésité et chez les adolescents une majoration du risque de troubles psychologiques et d'avortements.

Il semblerait également que la prévalence d'infections de type hépatite A, tuberculose (13,6% des enfants demandeurs d'asile à Genève), parasitose digestive (38% des enfants migrants hospitalisé dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Genève) et infection à *Helicobacter Pylori* (HP) soit plus élevée [7].

Le sur-risque d'hospitalisation en unité de soins intensifs n'a pas été évalué comparativement à la population générale dans notre étude, mais seuls 10% des patients ont été hospitalisés, et en secteur conventionnel.

21% des enfants de notre population étaient atteints de caries, ce qui semble cohérent avec les données de l'étude malgré un nombre important de données manquantes.

Aucun cas de tuberculose, hépatite A ou infection à HP n'a été détecté.

Se pose la question d'une variabilité des résultats, possiblement attribuable à une population cible plus jeune.

- Une étude allemande publiée en 2017, réalisée sur la base d'un questionnaire adressé à 3 centres de prise en charge de réfugiés et orientée sur la prise en charge chirurgicale retrouvait, sur 461 patients :

- Une prédominance de garçons (54,5%), avec un âge moyen de 8ans, principalement issus de Syrie (33,6%) ou d'Afghanistan (23,2%).

- 68% des enfants nés par voie basse et 32% par césarienne. 82% d'entre eux à priori sans antécédents néonataux.
- 42,2% des patients avec des antécédents chirurgicaux, et 11% des filles ayant subi des mutilations sexuelles.
- Des antécédents traumatiques fréquents, notamment par chute de vélo ou brûlure.
- Seulement 63% d'entre eux ayant leur calendrier vaccinal à jour, et 13% étaient atteints de pathologies chroniques (principalement de l'anémie, mais aussi des antécédents d'asthme et d'épilepsie) [32].

Les mutilations sexuelles n'ont pas été spécifiquement rapportées dans notre étude. La question doit se poser quant à une réelle absence de lésions, ou un défaut de vérification.

Le taux de vaccination complète est nettement moindre dans notre population (< 15%). Cependant il n'est pas précisé dans l'étude allemande s'il s'agit du statut vaccinal à l'arrivée, ou au moment de la réalisation du questionnaire, et par conséquent toute conclusion semble difficile.

Enfin plus de 40% de notre population était atteinte d'une pathologie chronique, posant à nouveau la question de leur surreprésentation.

Il semblerait que la différence du niveau de santé soit plus importante entre les enfants migrants selon leur origine, qu'entre les enfants migrants de manière globale et la population générale. Les principaux facteurs prédictifs seraient le pays d'origine, le niveau social initial de la famille et les conditions de vie dans le pays d'accueil [13]. Au vu de l'importante variabilité des origines de nos patients et de l'absence de connaissance de leur statut social initial, il semblait difficile d'évaluer d'éventuels facteurs de risque de pathologies.

Deux autres études, cette fois sur des populations différentes (adultes et mineurs non accompagnés MNA) peuvent tout de même apporter des informations utiles.

- Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a publié un rapport [33] concernant la notification des principales pathologies infectieuses transmissibles par les différents pays européens. En résulte une notification très variable d'un pays à l'autre et d'une pathologie à l'autre. Il semblerait toute fois que les populations migrantes, sans distinction d'origine, soit plus à risque d'être porteuse du

VIH (39%) et de la tuberculose (15%), et moins à risque que la population générale de contracter la syphilis (7% de migrants, 55% non migrants) ou une infection gonococcique (11% de migrants, 50% non migrants).

Les pathologies infectieuses étaient faiblement représentées dans notre population avec un taux d'infection par le VIH à 2,6% et aucune infection chronique détectée.

Encore une fois la population ciblée étant jeune, elle est théoriquement moins concernée par ces problématiques notamment d'infections sexuellement transmissibles

- L'avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP) relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés, édité en Novembre 2019, s'appuie notamment sur « les consultations médicales assurées en 2018 par Médecins du monde auprès d'enfants étrangers isolés. Sur un total de 403 consultations médicales pour des pathologies somatiques chez des enfants étrangers isolés dont 97 % proviennent de l'Afrique subsaharienne, 25 % des consultations ont abouti à une prise en charge hospitalière. Les pathologies chroniques (n=173) sont plus fréquentes que les pathologies aiguës (n=84). Les pathologies se répartissaient ainsi : Respiratoire = 26, Neurologique = 30, Œil = 32, Peau = 4, Ostéo-articulaire = 62, Système digestif = 124 » [2].

Les données retrouvées semblent également cohérentes avec cet avis, bien que la proportion d'enfants issus de l'Afrique subsaharienne soit moindre (18,4%), avec également une très nette prédominance de pathologies chroniques, et une prépondérance des atteintes neurologiques et digestives.

Ainsi nos résultats, bien que légèrement divergents des études disponibles, semblent tout de même cohérents avec le rapport de l'OMS [13] qui constate que les besoins les plus importants des enfants migrants concernent la prise en charge des maladies chroniques (avec une plus importante prévalence des infections chroniques chez les patients venant de pays sous-développés), la rééducation des handicaps et les soins dentaires.

2) Comparaison à la population générale

Il semble que la collecte de données médicales pédiatriques dans la population générale soit également inégale selon les pathologies concernées.

- Au sujet de la santé bucco-dentaire, une enquête réalisée en 2006 par l'Union Française de la Santé Bucco-dentaire (UFSDB) retrouvant un « indice carieux » (nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées par enfant) relativement stable entre 6 et 12ans, aux alentours de 1,23. Dans cette enquête 63,4% des enfants de 6 ans ne présentaient aucune carie.

Autre fait intéressant, il semblerait qu'il existe, dans la population générale, une inégalité de prise en charge selon le niveau et le lieu de vie :

- Indice carieux à 1,59 en zone rurale contre 1,16 dans les zones urbaines de petite taille

- Indice carieux à 1,55 pour les enfants d'ouvriers contre 0,90 pour les enfants de milieux sociaux plus élevés [34]

Il apparait que la santé bucco-dentaire constitue un véritable enjeu de santé publique, de manière globale, mais également, comme spécifié plus haut, que les enfants migrants sont plus à risque de mauvais état bucco-dentaire (moins de 20% des enfants ne présentaient pas d'atteinte).

- D'après le CNUP, la prévalence des pathologies chroniques dans la population pédiatrique générale est la suivante:

- Asthme = première maladie chronique de l'enfant avec une prévalence de 8% chez les enfants d'âge scolaire.

- Handicap neurosensoriel = 2%

- Cardiopathies congénitales = 0,8 à 1%

- Diabète de type 1 = 12 000 les enfants diabétiques en France, soit 0,1 % des enfants âgés de 0 à 15 ans.

- Cancers = 2 400 cas par an entre les âges de 0 et 18 ans, dont 1 700 cas avant l'âge de 15 ans et 50 % des cas avant l'âge de 5 ans. [6]

Les problématiques chroniques semblent donc très différentes entre les enfants déjà présents sur le territoire et les enfants migrants, atteints principalement de pathologies neurologiques avec handicap (23,6%), avec une absence de cardiopathies congénitales ou de diabète dans notre population.

La question se pose d'une surreprésentation des atteintes neurologiques du fait de la lourdeur de leur prise en charge, potentiellement impossible dans le pays d'origine, ou d'une sous-représentation de pathologies graves actuellement efficacement prises en charges en France comme le diabète ou les cardiopathies, mais potentiellement létales en l'absence d'un réseau de soins solide.

• Concernant les pathologies infectieuses :

- L'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) rapporte 450 cas de rougeole survenus chez les moins de 12 mois au cours de l'année 2010, et environ 500cas/100 000 habitants au cours de l'année 2011 [35].

- Il n'y a que peu de données de prévalence concernant les pathologies infectieuses chroniques dans la population pédiatrique générale en France.

« L'Enquête nationale périnatale (ENP) réalisée en 2016 auprès de l'ensemble des maternités de France retrouvait une prévalence de l'hépatite chronique B (portage de l'AgHBs) chez les femmes enceintes à 0,8%, variant de 0,4% (IC95%:0,3-0,5) pour celles nées dans un pays de faible endémicité du VHB, à 1,1% (IC95%:0,6-1,2) pour celles nées dans un pays de moyenne endémicité et à 5,6% (IC95%:4,2-7,4) pour celles nées en pays de forte endémicité ». [36]

Un seul patient était porteur d'une infection chronique par le VIH, et aucun cas de rougeole ou d'hépatite B chronique n'a été répertorié.

Cela confirme seulement la complexité de l'évaluation et de la notification des pathologies infectieuses chroniques.

3) Limites

Notre étude présente malheureusement de nombreuses limites.

• **Le nombre de patients ayant pu être inclus dans l'étude est restreint** (21% de l'effectif total) et permet difficilement d'extrapoler les résultats.

Plusieurs raisons semblent être intriquées :

- Diminution importante du nombre d'arrivées, notamment en provenance de l'Europe de l'Est, depuis Décembre 2019.

- Arrêt quasi-total des mouvements migratoires depuis Mars 2020 dans le contexte de crise sanitaire mondiale due à la pandémie de Coronavirus (comme en témoigne la hausse importante de consultation avant la mise en place du confinement et la

fermeture des frontières, suivi d'une nette diminution de l'affluence, notamment aux urgences pédiatriques).

- Difficultés d'inclusion d'emblée devant la multiplicité des intervenants dans les différents centres de recueil (urgences pédiatriques, services de pédiatrie de CHU de Montpellier, centres de consultation de PMI) et, dans certains contextes le manque de temps (période épidémique aux urgences pédiatriques) ou l'inadéquation éthique (situation personnelle grave).

- **Barrière de la langue avec difficulté d'accès aux interprètes** (professionnels avec rémunération, bénévoles parmi les salariés ou personne accompagnant le patient) ne permettant pas de traduire le formulaire de non opposition obligatoire et/ou d'expliquer les enjeux de l'étude aux patients et leurs familles.

- Mise en place difficile d'un partenariat avec les diverses associations pour des raisons pratiques et organisationnelles.

• De plus cette étude comporte plusieurs biais :

- Le principal biais de cette étude semble être un **biais de recrutement**.

En effet, d'une part la porte d'entrée hospitalière sélectionne des enfants présentant des pathologies plus graves.

D'autre part à l'heure actuelle, les enfants orientés vers les services de la PMI le sont souvent par les CADA/HUDA, et possiblement plus fréquemment lorsqu'une pathologie semble évidente.

- Un **biais de subjectivité** ne peut également être exclu, avec la notification d'informations uniquement lorsque celles-ci semblent anormales (exemple : l'état bucco-dentaire étant rarement renseigné, avec un fort taux d'anomalies rapportées, on peut se demander s'il n'est pas plus souvent vérifié mais non précisé en cas de normalité).

- Enfin des **biais de confusion** ne peuvent également pas être exclus. Comme citée précédemment la variabilité des pathologies représentées, notamment chroniques, peut être due à la qualité de la prise en charge dans les pays d'origine, ou la longueur du parcours migratoire, avec certaines pathologies sévères non répertoriées dans la population migrante car rapidement létales.

Au vu de l'absence de prédominance franche d'une origine et du manque d'informations sur les parcours migratoires des patients, il ne paraissait pas pertinent de réaliser des analyses statistiques multivariées dans une tentative de réduction de ce biais.

4) Etat actuel du système de soins Montpelliérain

Cette étude nous a permis de constater la complexité de la prise en charge de ces patients, tant par les ressources disponibles que par leurs besoins.

Il existe déjà néanmoins de nombreux recours en termes de protocoles et de consultations sur le bassin Montpelliérain.

A) Protocoles du service de pédiatrie générale et infectieuse du CHU :

Le service de pédiatrie générale et infectieuse du CHU dispose actuellement de plusieurs protocoles de service disponible avec accès spécifique sur l'espace de partage commun (T).

• Bilan général des enfants migrants

- NFS, réticulocytes, électrophorèse de l'hémoglobine, dosage G6PD
- TP, TCA, fibrinogène
- Plombémie
- Fonction rénale (urée, créatinine), ionogramme sanguin, 1-25 OH vitamine D
- Bilan hépatique (ASAT, ALAT, GGT, PAL), glycémie
- Bilan thyroïdien TSH, T3, T4
- Sérologie VIH, VHA, VHB, VHC, syphilis
- Sérologie bilharziose, frottis sanguin avec recherche de paludisme
- Parasitologie des selles sur 3 jours
- Virologie des selles avec recherche d'entérovirose
- IDR et quantiféron, radiographie thoracique
- Sérologies vaccinales : tétanos, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole

• Bilan spécifique des enfants revenant d'une zone de groupement terroriste

- NFS, électrophorèse de l'hémoglobine non systématique
- TP, TCA, fibrinogène
- Plombémie
- Fonction rénale (urée, créatinine), ionogramme sanguin, vitamines ADEC, albumine, pré-albumine

- Bilan hépatique (ASAT, ALAT, GGT, PAL), glycémie
- Bilan martial complet (fer, transferrine, ferritine, CST)
- Bilan thyroïdien TSH, T3, T4
- Sérologie VIH, VHA, VHB, VHC, syphilis
- Parasitologie des selles sur 3 jours, coproculture
- Virologie des selles avec recherche de poliovirus
- IDR et quantiféron, radiographie thoracique
- Sérologies vaccinales : tétanos, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole
- Bilan ophtalmologique et ORL au cas par cas.
- Explorations plus complètes d'une éventuelle maltraitance au cas par cas (radiographies du squelette corps entier, fond d'œil, imagerie cérébrale et abdominale).

Ce protocole propose une prescription systématique d'une ampoule de vitamine K et d'une ampoule de vitamine D

• **Bilan spécifique des enfants venant d'être adoptés**

- NFS, réticulocytes, électrophorèse de l'hémoglobine, dosage G6PD
- TP, TCA, fibrinogène
- Plombémie
- Fonction rénale (urée, créatinine), ionogramme sanguin, 1-25 OH vitamine D
- Bilan hépatique (ASAT, ALAT, GGT, PAL), glycémie, lipase
- Bilan thyroïdien TSH, T3, T4
- Sérologie VIH, VHB
- IDR et quantiféron, radiographie thoracique
- Sérologies vaccinales : tétanos, hépatite B
- Age osseux
- Bandelette urinaire

Ce protocole propose une prescription systématique d'une ampoule de vitamine D et d'un antiparasitaire

B) Dispositifs actuellement mis en place au CHU:

- Il existe une notification systématique aux assistantes sociales des urgences pédiatriques en cas de consultation d'un enfant en situation irrégulière ou présentant des difficultés sociales, hors week-ends et nuits.
- Le recours à une plateforme téléphonique d'interprètes basée en région parisienne est possible, mais doit être réservée à des situations particulières car dépendante du budget du pôle pédiatrie global, avec nécessité de validation préalable par la(le) cadre de santé.

• Consultation de l'enfant adopté:

- Mise en place depuis environ 7ans, dans le cadre des Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) agréé par le Ministère de l'intérieur (MAI)
- Réalisée 1 fois par mois, le jeudi matin
- Créneaux de 45min
- Par le Dr. Lalande en binôme avec une psychologue, Mme. Pascal Vidal
- Associée à la mise en place d'un réseau ville-hôpital où interviennent des psychologues, des assistantes sociales, l'Aide Sociale à l'Enfance, le service adoption du Conseil Général, des médecins généralistes, des pédopsychiatres et/ou psychologues libéraux, entretenu par des réunions tous les 2-3mois, permettant de développer des thématiques spécifiques et d'échanger sur les actualités

• Consultation "médecine du voyage et de l'enfant", référente migrants et enfants voyageurs:

- Réalisée 2 fois par mois, le jeudi matin
- Par le Docteur. Lalande et l'équipe du service de pédiatrie générale et infectieuse du Pr. Jeziorski
- En binôme avec une psychologue Mme. Pascal Vidal
- Dans une démarche d'aide, de soutien ou d'expertise
- Pour des enfants ayant ou non des droits
- Orientés par un médecin de ville, les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, les services du CHU de Montpellier et les différentes associations

La création de cette consultation est actuellement en attente de validation par le Conseil de pôle.

Plusieurs améliorations sont toutefois déjà prévues avec la mise en place d'un questionnaire simple dans Dxplanning permettant, lors de la prise de rendez-vous auprès du secrétariat, de renseigner notamment l'existence de droits et la langue parlée par la famille, dans une optique d'anticipation de la nécessité ou non d'une intervention conjointe de l'assistante sociale et d'un interprète.

• **Consultation au Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT) :**

- Une demi-journée par semaine pour les enfants
- Par le Docteur Sarah Dutron en binôme avec une puéricultrice
- Enfants habituellement adressés par les CADA et parfois par les médecins de ville

5) Recommandations nationales

Il existe plusieurs recommandations de bonnes pratiques au niveau national, qui se recoupent, et concordent globalement aux pratiques Montpelliéraines.

Nous pouvons néanmoins constater que leur applicabilité réelle est parfois limitée, avec une mise en place souvent partielle dans les consultations médicales.

Il apparaît donc important, au même titre que les protocoles locaux, de les rappeler régulièrement.

• Le CNPU, version 2014, recommande une consultation médicale à réaliser dans le premier mois suivant l'arrivée, au cours de laquelle il faut évaluer :

- «Un examen clinique détaillé
- Une courbe staturo-pondérale et une évaluation de l'état nutritionnel
- Une courbe de périmètre crânien et une évaluation du développement psychomoteur
- La recherche de la protection vaccinale (le programme de vaccination de chaque pays est accessible sur le site internet de l'OMS). En cas de doute ou d'information incomplète, réalisation de sérologies vaccinales.
- La recherche de pathologies sous-jacentes, en particulier infectieuses
- La recherche de maladies transmissibles par la mère : sérologies syphilis, VIH, hépatites B et C

- Recherche de tuberculose (radiographie de thorax, IDR)
- Parasitologie des selles
- Un bilan biologique avec un NFS et une ferritinémie à la recherche d'une anémie par carence martiale » [6].

Il est à noter que dans l'hypothèse d'une hospitalisation, « un isolement septique jusqu'à la vérification de l'absence de portage de bactéries multi résistantes doit être effectué chez les enfants ayant été hospitalisés dans leur pays d'origine » [6].

• Dans son **avis de 2016 le HCSP** recommande :

- Une consultation obligatoire dans les 4 mois d'entrée sur le territoire, sous secret médical, ayant pour objectifs « l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun ».
- Idéalement dans un « lieu unique intégrant les aspects sanitaires, sociaux, psychologiques/psychiatriques et informationnels ».
- Avec délivrance systématique des informations suivantes : « secret médical, égalité des droits notamment homme-femme, consentement aux soins, libre choix du médecin traitant; les règles de fonctionnement du service public reposant sur des professionnels de santé des deux sexes ayant les mêmes missions; les modalités d'accès, d'organisation et de fonctionnement du système de soins en France; les modalités de prise en charge des soins (assurance maladie, CMU, ...); la santé des femmes : suivi périnatal (service de protection maternelle et infantile), intégrité du corps, accès à la contraception, droit à l'avortement, violences intrafamiliales, dépistage des cancers gynécologiques, la santé et la protection des mineurs : service de protection maternelle et infantile (PMI), service de protection de l'enfance, service de santé scolaire »
- **Avec recours à un interprète professionnel de manière systématique en cas de barrière de la langue.**
- Un examen clinique complet avec « évaluation de l'exposition à des violences physiques et mentales et de leurs conséquences sur la santé, recueil des antécédents médicaux personnels, évaluation et mise à jour du statut vaccinal
- Un dépistage de la tuberculose « pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité tel que défini par l'OMS » même en cas de vaccination par le BCG.
- Les examens complémentaires suivants : dépistage VIH, VHB, VHC et saturnisme chez l'enfant de manière systématique, recherche de drépanocytose /

hémoglobinopathie / diabète / anomalie à la bandelette urinaire / parasitologie des selles selon l'orientation clinique [37-38].

• Enfin il existe un **Protocole d'évaluation somatique et pédopsychiatrique des enfants de retour de la zone irako-syrienne**, édité par la Direction Générale de la Santé (DGS) recommandant :

- Un interrogatoire complet avec pays de naissance, langues, scolarisation, situation des parents et de la fratrie, antécédents, vaccinations (« si l'enfant n'est en possession d'aucun carnet de santé ou de vaccination, il faut considérer qu'il n'est pas vacciné »).
- Un examen clinique complet avec courbe staturo-pondérale et constantes
- Un bilan biologique avec NFS, réticulocytes, bilan martial, urée, créatininémie, ionogramme sanguin complet, glycémie à jeun, bilan phosphocalcique, bilan hépatique, albumine, électrophorèse des protéines sanguines, 25-OH Vit D, CRP, sérologies VIH / VHA / VHB / VHC / bilharziose
- Un IDR / quantiféron et une radiographie thoracique
- Un bilan urinaire avec bandelette urinaire et examen parasitologique des urines à la recherche de bilharziose
- Un examen parasitologique des selles sur 3 jours
- Une évaluation diététique et psychologique [39]

6) Autres modalités de prise en charge en France

La comparaison entre les protocoles Montpelliérains, les recommandations nationales et les modalités réelles de consultation, met l'accent sur la nécessité d'une qualité de prise en charge dans une dimension locale.

Il peut, dans cette dynamique, être intéressant de regarder et de s'inspirer éventuellement du fonctionnement de nos voisins.

• Exemple de la « consultation migrants » mise en place à l'**Hôpital Robert Debré à Paris** :

- Consultation PASS créée par 2 internes en pédiatrie avec le soutien du Professeur Albert Faye, chef de service de la pédiatrie générale
- Réalisée 1 fois par semaine, le vendredi après-midi

- Par les internes du service de pédiatrie générale, avec la supervision d'un médecin sénior du même service
 - Après une brève formation d'une journée complète ou demi-journée sur la prise en charge de l'enfant migrant
 - Accompagné par un(e) interprète bénévole ou professionnel(le) fourni(e) par l'Association d'où vient l'enfant (avec consultations organisées par origine des patients). Possibilité, en l'absence d'interprète, d'appeler un service d'interprétariat téléphonique payant, pour lequel le service de pédiatrie générale dispose d'une dotation
 - Pour les enfants âgés de plus de 6 ans, n'ayant pas de droits, orientés après démarchage auprès des associations, notamment France Terre d'Asile.
 - Avec une première consultation permettant la réalisation de l'interrogatoire avec récupération des antécédents, du pays d'origine, du parcours et d'un examen clinique complet avec poids / taille / IMC et d'une radiographie thoracique.
- Prescription d'un bilan biologique réalisé le lundi suivant.
- Puis deuxième consultation à environ 15 jours, permettant de récupérer les résultats du bilan sanguin, réaliser les vaccinations manquantes et créer ou mettre à jour le carnet de santé et d'orienter si nécessaire vers les différents spécialistes.

- En région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) une consultation initialement créée par l'Agence régionale de santé (ARS) dans un but de prévention des risques liés aux logements insalubres, est, par voie de conséquence, devenue consultation référente des enfants migrants, avec maintien du budget ARS.

Chaque centre hospitalier de la région, qu'il soit universitaire ou non, est doté d'un créneau de consultations, réalisées par un médecin référent, le plus souvent sur une demi-journée.

7) Propositions

Comme remarqué précédemment, cette étude nous permet de constater la globale cohérence de nos résultats et de nos limites, avec les données de la littérature française, européenne et internationale, mais aussi la qualité du réseau de soins et de la prise en charge déjà mis en place sur le bassin Montpellierain.

Il reste toutefois des axes d'amélioration, pour lesquels quelques propositions seraient possibles.

- La **principale difficulté** rencontrée lors de cette étude reste la **barrière de la langue**. La PMI dispose d'interprètes professionnels payants, joignables en heures ouvrables du lundi au vendredi et pouvant se déplacer sur site, mais ne pouvant intervenir de manière simultanée sur les différents sites du département. Le CHU propose une liste d'interprètes bénévoles parmi les professionnels salariés, joignables en heures ouvrables selon leurs disponibilités, et ne couvrant malheureusement pas toutes les langues (ex : absence d'interprète géorgien ou albanais).

Il serait peut-être pertinent, comme le proposait une étude suisse réalisée à Lausanne [40], de **réaliser une étude coût-efficacité permettant d'évaluer la perte en termes monétaire et en termes d'iatrogénie**, attribuable aux difficultés de compréhension des patients, **afin de justifier** auprès de la direction hospitalière, de **l'intérêt de la mise en place systématique d'interprètes professionnels** joignables à tout moment du jour ou de la nuit.

En effet « l'incompréhension liée à une mauvaise communication entre médecin et patient peut conduire à une interprétation erronée des symptômes, à une surconsommation d'examens complémentaires, voire à des erreurs diagnostiques » [21-41].

L'étude menée à l'hôpital de Lausanne en 1999, s'est attachée à évaluer l'importance de la présence d'un interprète professionnel lors des consultations médicales [40]. Les origines des patients étaient réparties de manière suivante « albanais = 11%, Italie/Espagne = 17,3%, Portugal = 19,4%, Bosnie = 6% Yougoslavie = 5,2%, Somalie = 5,7%, Kurdes = 7,5%, Sri-lankais : 4,4%, Amériques du Sud et Centrale 1,5%, Europe autre 4,8%, Afrique Autre 7% ».

Parmi eux « 59% comprenaient bien la langue parlée par le médecin, 19% avaient un intérêt à avoir un traducteur, et pour 12% c'était indispensable, soit dans 38% des cas un traducteur utile, voire indispensable ». Ils citaient notamment l'exemple d'un petit garçon issu du Kosovo, ayant réalisé de multiples consultations sans interprète pour « constipation », qui présentait en fait un bégaiement et des troubles psychosomatiques secondaires au vécu récent de la famille dans son pays d'origine.

La question du risque d'interférence des interprètes dans la prise en charge et l'instauration d'une relation de confiance n'est pas à négliger [18].

Certains professionnels formés, choisissent de privilégier la communication non verbale afin d'offrir aux familles un espace de libre parole sans peur de jugement.

Cependant, ces temps et modalités de consultation ne sont pas compatibles avec les contraintes hospitalières, à fortiori celles des urgences. En revanche, **l'anonymat fourni par les plateformes téléphoniques pourrait être un compromis efficace** dans la prise en charge des patients en situation délicate.

Dans l'attente de telles mesures, l'affichage, en salle de soins, de la liste des interprètes bénévoles du CHU ainsi que de leurs disponibilités faciliterait peut-être déjà la communication.

- Une autre difficulté est **l'inconstance de la recherche d'éléments médicaux** pourtant importants comme l'état bucco-dentaire, le statut vaccinal ou le développement staturo-pondéral, ou **l'absence de renseignements du statut et des conditions de vie des patients**.

Il est possible que cette inconstance soit due à un **manque de formation du personnel** accueillant les enfants, notamment aux urgences, où le nombre d'intervenants et le rythme de travail complexifie ces prises en charges chronophages. Une étude, avec par exemple mise en place d'un questionnaire de connaissance et de satisfaction, apporterait peut-être des réponses.

De plus, il pourrait être intéressant de mettre en place une brève **formation sur « l'enfant migrant »**, et ce qu'implique la migration en termes de santé physique et psychologique, de mesures sociales / administratives / légales et de prises en charge dans le réseau de soins de santé.

Est actuellement en projet la réalisation, à chaque début de semestre, d'un cours bref mais exhaustif pour les internes des urgences pédiatriques et toute autre personne intéressée.

Pourrait s'ajouter à cela, une **plaquette « rappel »** facilement disponible, localisée au niveau du secrétariat et des bureaux médicaux et infirmiers. Cf. Annexe 7

- Au cours de ce travail est également apparue la **difficulté de communication et de partage des informations entre les différents intervenants**, qu'ils soient hospitaliers, libéraux ou associatifs.

- Une étude menée auprès de la PASS de Calais et du centre médico-social de Lille géré par l'Association Médecins Solidarité Lille, en 2013 [42], évaluant les attentes des migrants (adultes) lors de la consultation médicale, réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés avec grille, retrouvait une place centrale des difficultés multiples rencontrées. Les résultats pointaient l'association de « problèmes financiers, d'isolement, de difficultés de logement » et de « peurs multiples », avec une consultation motivée par un problème somatique et un désir de traitement médicamenteux. A priori, « l'élargissement de la consultation à des motifs secondaires » apportait un sentiment plus positif que délétère et les patients quittaient la consultation avec « soulagement et satisfaction ». Il semblait également que le contact avec les médecins généralistes français soit mieux vécu qu'avec leurs compatriotes étrangers ou hospitaliers.
- Les urgences sont souvent la porte d'entrée dans le système de soins de ces patients, et pourtant ne peuvent pas apporter, de par leur organisation, le temps nécessaire à la réalisation de consultations spécifiques.
Temps qui pourrait être accordé lors de consultations spécialisées dédiées hospitalières ou en PMI.
- D'autre part, les patients ayant déjà consulté auprès d'associations à but médical peuvent avoir déjà une partie ou la totalité du bilan d'accueil réalisé.
D'où l'importance d'une prise en charge conjointe, avec la mise en place un partenariat durable et solide avec les différentes associations locales. [8]
Plusieurs pistes pourraient être explorées pour renforcer les liens ville-hôpital :

En pratique

- Compléter systématiquement les carnets de santé
- Notifier sur le carnet des Assistantes Sociales des Urgences Pédiatriques tous les patients migrants passant par les urgences, y compris soirs et week-ends
- Permettre à la puéricultrice de liaison PMI, (qui est, au CHU de Montpellier, en charge du lien entre l'hôpital et la PMI par l'intermédiaire de visites régulières permettant la rencontre des équipes soignantes et la récupération des « fiches de liaisons ») de collecter également, lors de ses visites, les noms de tous les enfants de moins de 6ans et des mineures isolées enceintes, afin d'assurer un lien systématique avec la PMI.

En projet

- Créer, si les lois de bioéthiques et les ressources le permettent, un Dossier Patient Informatisé conjoint, strictement médical et sécurisé.

- A défaut, créer un « cahier de suivi » à l'image des cahiers de Réseau pour le suivi des enfants prématurés, permettant d'impliquer le patient dans sa prise en charge en tant que détenteur de cet outil de communication.

- Réaliser une journée de formation et d'échange conjointe avec les différentes structures (publiques, ambulatoires et associatives) impliquées dans la prise en charge des enfants migrants, à l'image des journées réalisées dans le réseau d'Adoption.

• A l'aide de ce réseau de soins, nous pourrions proposer, comme mis en place au Canada (consultation médicale imposée dans le processus d'installation, indépendamment du motif migratoire, valide pour 12 mois) et comme le préconise les recommandations du HSP ainsi que l'OMS [13-37], une consultation médicale de référence systématique à l'arrivée du patient, incluse dans son parcours au même titre que les démarches juridiques ou sociales.

Un argument supplémentaire en faveur de cette mise en place systématique pourrait être apporté par une étude évaluant la durée entre l'arrivée sur le territoire français et le premier contact avec le système de soins, dans l'éventualité où celui-ci dépasserait régulièrement les 4 mois préconisés par le HCSP [37].

• Enfin, l'un des biais de cette étude, nous l'avons dit, est la sélection des patients ayant recours au système public, notamment hospitalier.

Il serait probablement utile d'étendre cette étude à l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres libéraux afin de cartographier plus précisément l'état de santé des enfants migrants, et de favoriser encore une fois, le lien ville-hôpital pour renforcer la qualité de la prise en charge de ces enfants.

CONCLUSION

Les enfants migrants présentent de nombreuses problématiques de santé, notamment de pathologies chroniques avec une lourde prise en charge.

Les recommandations nationales et protocoles de services, ainsi que les consultations spécialisées permettent actuellement une réponse correcte à leurs besoins.

Néanmoins la barrière linguistique, le défaut de formation des professionnels et le manque de partage entre les différents intervenants freinent encore une prise en charge optimale.

Comme l'affirme FTDA « Garantir l'intérêt supérieur de l'enfant en leur offrant un accueil digne, c'est leur permettre de grandir, de s'intégrer et demain, de contribuer à la société ».

Il est de notre devoir d'améliorer chaque jour la prise en charge de ces enfants à leur arrivée sur le territoire français.

Nous pouvons pour ce faire, mettre en place des outils de communication comme le recours si nécessaire à un interprète professionnel ou l'utilisation rigoureuse du carnet de santé.

Nous pouvons également améliorer et entretenir la formation de tous les professionnels impliqués dans leur prise en charge précoce.

Nous pouvons enfin travailler activement à un partenariat solide et productif entre les différents intervenants hospitaliers, ambulatoires et associatifs.

Car, comme l'a dit Mme. Audrey Hepburn, ambassadrice de l'UNICEF, lors d'une conférence publique des Nations Unies : « Tous les enfants ont le droit à la santé, à la tendresse, à la vie ».

BIBLIOGRAPHIE

- [1] <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- [2] <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
- [3] www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/03/what-is-a-migrant-how-definitions-affect-access-to-health-care
- [4] <https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/>
- [5] <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx>
- [6] Collège National des enseignants de pédiatrie – édition 2014
- [7] Fabienne N. Jaeger, Mazedra Hossain, Ligia Kiss, Cathy Zimmerman. The health of migrant children in Switzerland. *Int J Public Health* (2012) 57:659–671
- [8] Brian D. Gushulak, Douglas W. MacPherson. Health Aspects of the Pre-Departure Phase of Migration. *PLoS Medicine* May 2011, Volume 8, Issue 5, e1001035
- [9] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
- [10] <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/la-mission-de-l-adoption-internationale/les-chiffres-de-l-adoption-internationale/>
- [11] Liv Stubbe Østergaard, Marie Norredam, Claire Mock-Munoz de Luna, Mitch Blair, Sharon Goldfeld, Anders Hjern. Restricted health care entitlements for child migrants in Europe and Australia. *The European Journal of Public Health*, Vol. 27, No. 5, 869–873
- [12] https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/FTA_Lettre_asile_91_WEB.pdf
- [13] Health of refugee and migrant children, Technical guidance – OMS – 2018

[14] <https://www.unicef.fr/dossier/enfants-migrants-refugies>

[15] <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/un-periple-meurtrier-pour-les-enfants-la-route-migratoire-de-l-afrique-du-nord-l-europe>

[16] <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>

[17] Reportage BRUT. Original © Alice Gautreau, sage-femme à bord de l'Aquarius

[18] Mme. Emmanuelle MOUKOUANGA-PERRET. Enfant de migrant et handicap : double vulnérabilité ? Dossier D.U psychiatrie transculturelle 2011.

[19] Claudia Fournier, B.A., Louise Hamelin Brabant, Ph.D, Dominique Damant, Ph.D, Geneviève Lessard, Ph.D, Simon Lapierre, Ph.D, Mélissa Dubé-Quenum, M.Sc. .Enfants et adolescents venus d'ailleurs : la violence vécue dans leur société d'accueil et les effets sur leur santé, une recension des écrits. Revue canadienne de santé publique 2014;105(1):e28-e36

[20] Montgomery E. Refugee children from the Middle East. Scand J Soc Med Suppl. 1998;54:1–152.

[21] Durieux-Paillard S, Louton L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. Rev Med Suisse 2005, 34 :2208-13

[22] Todd K, Samaroo N, Hoffman J. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. JAMA 1993;269:1537-9

[23] Cécile Rousseau, MD Marie-Jo Ouimet, MD, MSc Sonia ter Kuile, Laurence Kirmayer, MD Marie Muñoz, MD François Crépeau, PhD Lucie Nadeau, MD, MSc. Health Care Access for Refugees and Immigrants with Precarious Status. Revue canadienne de Santé Publique Vol 99, NO. 4 290-292

[24] Zachary Steel, Belinda J. Liddell, Catherine R. Bateman-Steel, Anthony B. Zwi. Global Protection and the Health Impact of Migration Interception. PLoS Medicine June 2011; Volume 8; Issue 6 ; e1001038

[25] <https://www.ofpra.gouv.fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile/demander-l-asile-en-france>

[26] <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17336>

[27]

<https://www.prefecturedepolice.interieur.gouv.fr/Demarches/Particulier/Ressortissants-etrangers/Ressortissants-etrangers/Les-titres-de-sejour-ressortissants-europeens#ancre-0-0>

[28] http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_12928.pdf

[29]

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000031668689&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

[30] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>

[31] <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>

[32] Marios Loucas, Rafael Loucas, Oliver J. Muensterer. Surgical Health Needs of Minor Refugees in Germany: A Cross-Sectional Study. Eur J Pediatr Surg . 2018 Feb;28(1):60-66

[33] Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. European Center for Disease Prevention and Control (ECDC)

[34] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_buccodentaire_des_enfants_de_6_et_12_ans_en_France_en_2006.pdf

[35] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/InVS_rougeole_oreillons.pdf

[36] <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/articles/prevalence-de-l-hepatite-b>

[37] Haut Conseil de la santé publique AVIS relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers Version du 6 mai 2015

[38] Haut Conseil de la Santé Publique AVIS relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés Version du 7 Novembre 2019

[39] Protocole d'évaluation somatique et pédopsychiatrique des enfants de retour de la zone irako-syrienne, Direction Générale de la Santé (DGS)

[40] Mario Gehri, Bernard Hunziker, Françoise Geraud, Diane Rouffaer, Sanjie Sopa, Clara Sage-DaCruz, Jean-Claude Matraux. Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL): état des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels. *Soz.- Präventivmed.* 44 (1999) 264-271

[41] Akinosi B, Ramaiah S. Ethnic minorities ill served by health services. *Lancet* 2000;356:1354

[42] Alice Mathieu, Denis Deleplanque. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. *La revue française de médecine générale.* 2013, Volume 24 N°105 p27-28

ANNEXES

N°1 : Rapport d'activité 2019 de l'OPHRA

N°2 : Health of refugee and migrant children Technical guidance, Child asylum applicants in the EU/EEA during 2015–2017

N°3 : Facteurs de risques de pathologies – Rapport OMS 2018

N°4 : parcours de l'enfant migrant – plaquette sociale Montpellier

N°5 : courbes d'IMC fille-garçon avec reports des résultats de notre population

N°6 : formulaire de non opposition transmis à chaque patient (version française)

Montpellier, le xx/xx/xxxx

|PATIENT_NOM_NAISSANCE| (|PATIENT_NOM_MARITAL|) |
PATIENT_PRENOM|
|ADRESSE1|
|ADRESSE2|
|ADRESSE3|
|CODEPOSTAL| |VILLE|

OBJET : Inclusion du dossier dans une étude

Madame, Monsieur,

Depuis de nombreuses années, le CHU de Montpellier / la PMI / Le foyer de l'aide sociale à l'enfance / Médecins du monde travaille à l'amélioration continue de la prise en charge de ses patients.

A cet effet, il/elle réalise des études visant à déterminer la meilleure prise en charge à leur proposer.

Correspondant au problème de santé que nous souhaitons étudier, le dossier de |PATIENT_NOM_NAISSANCE||PATIENT_PRENOM| a été sélectionné dans l'étude : Etude observationnelle de l'état de santé des enfants migrants de 0 à 10ans consultant pour la première fois auprès d'un service public sur le territoire Montpellier-métropole d'Avril 2019 à Septembre 2020

Dont l'objectif est :

De réaliser un bilan global sur l'état de santé des enfants de toutes nationalités confondues hors nationalité française, qui arrivent à Montpellier et dans sa métropole sur une période d'un an.

Cette étude ne modifie pas sa prise en charge. Elle collecte et traite les informations du dossier, en se restreignant aux seules données nécessaires.

Le responsable de l'étude est SINTES Charline (interne de pédiatrie) et Dr. Anne Alauzen (directrice PMI Hérault) et l'équipe de santé intervenue lors de la consultation dans le centre public. Seules ces personnes seront autorisées à consulter ses informations pour l'étude.

Les catégories de données décrites ci-dessous ne seront utilisées que pour cette étude; si le dossier était inclus dans une autre étude, vous en seriez avertis par une autre lettre d'information.

- Age au moment de la consultation
- Motif de la consultation: bilan de suivi ? Symptômes ?
- Motif de la migration
- Existence ou non d'évènements marquant au cours de la migration
- Aide médicale dont dispose ou non l'enfant
- Conditions de naissance: AG, PN, TN, PC, APGAR et particularités (réanimation / hospitalisation et causes)
- Statut vaccinal
- Troubles du sommeil ? Troubles alimentaires ?
- Antécédents familiaux
- Allergies
- Affections neurologique / cardio-vasculaire / respiratoire / digestive / néphrologique / génitale / orthopédique / dermatologique
- Antécédents chirurgicaux
- Pathologies infectieuses
- Pathologies psychiatriques connues
- Traitements au long cours
- Poids, taille, IMC, courbes de croissance et anomalies
- Etat bucco-dentaire
- Appareillage au moment de la consultation
- Vision et audition
- Comportement de l'enfant
- Eléments pathologiques médicaux identifiés au cours de l'examen clinique
- Diagnostics établis dès la consultation
- Orientations :
 - * Médecin généraliste / pédiatre
 - * PMI

- * Spécialiste en ville
- * Centre hospitalier et service
- * Autre

- Mesures médicales et sociales prises au décours de la consultation.

Vous pourrez également être rappelés par l'interne SINTES Charline dans un délai de 4 à 6 mois suivant cette consultation afin d'évaluer les mesures médicales et sociales prises.

Les données seront pseudo-anonymisées et conservées au sous la responsabilité de SINTES Charline (interne de pédiatrie) durant 1 an après la publication des résultats.

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, de limitation des informations le concernant dans le cadre de ce traitement.

Vous pouvez en particulier :

- Obtenir des informations de santé en rapport avec l'étude : charline-sintes@chu-montpellier.fr
- Refuser que le dossier soit inclus dans l'étude. Ce refus n'aura aucune conséquence sur la prise en charge.

Si vous désirez signifier votre refus, vous devez retourner le formulaire joint à cette lettre vers votre correspondant pour cette étude à l'adresse suivante :

charline.sintes@chu-montpellier.fr

Nous vous remercions de votre compréhension, et vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos sentiments dévoués.

SINTES Charline & Dr. Anne Alauzen

Formulaire de refus de participation

Titre : Etude observationnelle de l'état de santé des enfants migrants de 0 à 10ans
consultation pour la première fois auprès d'un service public sur le territoire Montpellier-
métropole d'Avril 2019 à Septembre 2020

Coordonnateur de la recherche – CHU de Montpellier : SINTES Charline & Dr. Anna
Alauzen

Service de PMI Hérault Montpellier

Je soussigné(e) :

Né le __/__/____

refuse que le dossier de |PATIENT_NOM_NAISSANCE| |PATIENT_PRENOM| (IPP :
|PATIENT_IPP|) soit utilisé pour l'étude : Etude observationnelle de l'état de santé des
enfants migrants de 0 à 10ans consultation pour la première fois auprès d'un service
public sur le territoire Montpellier-métropole de Avril 2019 à Septembre 2020

J'ai été informé que ma décision n'aura aucun effet sur la prise en charge médicale
habituelle et notamment sur la qualité des soins qui sont et seront apportés.

J'ai été informé de mon droit de refus à tout moment et sans justification.

Date :

Signature :

N°7 : plaquette « Prise en charge de l'enfant migrant » dont la mise en place est prévue aux urgences



pédiatriques du CHU de
Novembre 2020



PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MIGRANT AUX URGENCES

ACCUEIL

- 1) Inscription sur le registre des Assistantes Sociales
- 2) Obtention interprète bénévole / professionnel
- 3) Vérification statut social (AME / CMU / SS / aucun) et logement (personnel / social / aucun)
- 4) Vérification de la prise en charge par l'ASE pour les mineurs isolés (âge déclaré !)
- 5) Récupérer les éventuels papiers de santé (ex : carnet de santé)
- 6) Vérification d'un éventuel suivi : PMI (enfant < 6ans / femme enceinte) + médecin traitant
- 7) Vérification des antécédents et d'un éventuel traitement de fond + risque grossesse

EXAMEN CLINIQUE

- 1) Poids, Taille et PC à l'orientation
- 2) Constantes complètes (FC, PA, Sat, FR, T°C)
- 3) Etat bucco-dentaire
- 4) Etat cutané et cicatrices
- 5) Examen clinique complet (cardio, respi, digestif, ORL, neuro)

EXAMENS PARACLINIQUES

- 1) Dirigés par la clinique
- 2) Si hospitalisation bilan complet de l'enfant migrant :
NFS, rétic, TP, TCA, fibrinogène, plombémie, urée, créat, ionogramme sanguin complet, 1-25OH VitD, bilan hépatique complet, bilan thyroïdien, glycémie
Sérologies : VIH, VHA, VHB, VHC, – vaccinales : tétanos, polio, VHB
IDR / quantiféron, radio thx, parasitologie des selles sur 3 jours, écouvillon rectal BMR
Au cas par cas : électrophorèse Hb, G6PD, bilharziose, frotti pour recherche paludisme, écho abdo, bétaHCG + syphilis + gonocoque + chlamydia si sexualité.
Age osseux : uniquement sur réquisition judiciaire.
- 3) Si suivi ambulatoire
 - Absence de droits = bilan réalisé en consultation CHU
 - Présence de droits = ordonnance pour bilan à faire en ville, à récupérer par le médecin traitant ou la PMI.

ORIENTATION :

- 1) Hospitalisation : possible quelque soit le statut social
- 2) Ambulatoire :
 - Absence de droit = consultation médicale Dr. Lalande CHU Montpellier + orientation PASS pour la délivrance des médicaments, faculté d'odontologie si soins dentaires
 - Présence de droit = lien PMI systématique pour les enfants < 6ans et les mineures enceintes (*noms du cahier des AS récupérés par puer de liaison PMI*), orientation vers médecins généralistes / pédiatres de ville,
 - Orientation systématique des mineurs isolés vers le médecin de l'ASE / du foyer de l'enfance si non pris en charge.

ABREVIATIONS (A->Z)

ADA : Allocation Demandeur d'Asile	OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
AFA : Agence Française de l'Adoption	OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
AME : Aide Médicale d'Etat	OMI : Office des Migrations Internationales
ARS : Agence Régionale de Santé	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance	ONG : Organisation Non Gouvernementale
CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile	ONU : Organisation des Nations Unies
CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	ORL : OtoRhinoLaryngologie
CHU : Centre Hospitalier Universitaire	PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse	PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asiles
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés	PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
CNPU : Collège National des Pédiatres Universitaires	PMI : Protection Materno Infantile
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	PUMA : Protection Universelle Maladie
ECDC : European Center for Disease Prevention and Control = Centre Européen de Prévention et de Contrôle des maladies	RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin
FTDA : France Terre d'Asile	RSA : Revenu Solidarité Active
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique	SA : Semaine d'Aménorrhée
HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile	TSA : Troubles du Spectre Autistique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques	UFSDB : Union Française de la Santé Bucco-Dentaire
InVS : Institut National de Veille Sanitaire	UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance
IRB : Institut de Recherche de Biothérapies	VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
MDM : Médecins du monde	VHA : Virus Hépatite A, VHB : Virus Hépatite B, VHC : Virus Hépatite C

MSF : Médecins sans frontières

OAA : Organismes Autorisés à l'Adoption

SERMENT

En présence des Maîtres & Maitresses de cette école, de mes cher (e)s condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

*Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : La migration des enfants est un phénomène international d'ampleur croissante. 11 millions d'enfants seraient réfugiés ou demandeurs d'asile dans le monde.

Plusieurs recommandations guident leur prise en charge médicale, mais les études concernant leur santé et leur parcours restent rares dans la littérature

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'état de santé et la prise en charge des enfants migrants sans omettre le contexte socio-législatif et les motivations migratoires.

Matériel & méthodes : Nous avons analysé de manière observationnelle, prospective et multicentrique, une population d'enfants âgés de 0 à 10ans, récemment arrivés le territoire Montpellier-métropole et consultant pour la première fois auprès d'un service public (CHU / PMI) entre Avril 2019 et Septembre 2020, sur la base du dossier patient papier et informatisé.

Résultats : 38 patients ont pu être inclus. L'âge moyen était de 3ans et 5mois sans prédominance de sexe. 44,7% étaient demandeur d'Asile, avec 47,3% des enfants hébergés en centre social et 31,5% sans couverture maladie. 18% des familles déclaraient le motif de santé comme raison migratoire.

Seuls 7 enfants étaient à jour de leur vaccination. Aucun enfant ne disposait d'un état de bonne santé comme définie par l'OMS. 44,7% étaient atteints de pathologies chroniques et 73,7% présentaient un examen clinique pathologique. Le taux d'hospitalisation reste faible (4 enfants) mais nombreux ont du être suivis sur le CHU (47,3%). Le suivi à 6mois était bien mené par 70% des familles. Il est à noter que la barrière de la langue s'imposait dans 50% des consultations.

Discussion : Les enfants migrants présentent de nombreuses problématiques de santé. Les recommandations nationales et protocoles de services, ainsi que les consultations spécialisées permettent actuellement une réponse correcte à leurs besoins.

Néanmoins la barrière linguistique, le défaut de formation des professionnels et le manque de partage entre les différents intervenants freinent encore une prise en charge optimale.

Mots clés : enfant – migrant – santé – service public – urgences – protection maternelle et infantile