

Analyse des pratiques dans le dépistage des troubles psychiques chez le Mineur Non Accompagné à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé pédiatrique de Marseille

DIU Santé des Migrants 2024-2025

Docteure Axelle DIBAS-FRANCK, Pédiatre
Assistante Spécialiste au Centre Hospitalier Universitaire de Marseille

Plan du mémoire

■ Introduction

Santé Mentale et Migration

- A) Santé mentale : généralités
- B) Les personnes migrantes, une population à risque
- C) Focus sur l'enfant et l'adolescent migrant

Recommandations du bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-

arrivante : volet santé mentale

- A) Présentation des recommandations
- B) Spécificités en pédiatrie

Objectif du mémoire

■ Analyse

Présentation de la PASS Pédiatrique de Marseille et données chiffrées

- A) Présentation de la PASS Pédiatrique de Marseille
- B) Données chiffrées : MNA en France et en Bouches-du-Rhône en 2022

Analyse des pratiques dans le dépistage des troubles psychiques chez le MNA

- A) Score PROTECT
- B) Utilisation des scores PHQ-4 et PC-PTSD-5

■ Discussion

■ Conclusion

■ Pour aller plus loin : Recueil de données

■ Références bibliographiques

■ Annexes

■ Introduction

Santé Mentale et Migration

A) Santé mentale : généralités

La santé mentale est une composante fondamentale de la santé de tout individu. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé se définit par un état de complet bien-être, à la fois sur le plan physique mais aussi sur le plan mental et social. [1]

Une altération de cette santé mentale peut, de plus, avoir des répercussions sur le fonctionnement de l'individu dans de multiples champs. Elle peut par exemple engendrer ou majorer des difficultés d'accès aux soins, d'accès au travail, entraîner une altération des relations interpersonnelles... [2]

Il est donc indispensable de dépister les troubles psychiques et psychiatriques, et ce de façon précoce. Ceci est vrai en population générale, et s'applique aussi tout particulièrement en cas de populations « à risque » ou dite « vulnérables ».

B) Les personnes migrantes, une population à risque

Il est admis que les personnes migrantes sont plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale en comparaison à la population générale.

Parmi les troubles psychiques, on retrouve notamment un risque accru d'épisode dépressif sévère, de trouble anxieux généralisé, de trouble stress post traumatique (TSPT) et de trouble lié à l'usage de substances psychoactives. [3]

La prévalence augmentée de ces troubles est d'origine plurifactorielle, à la fois liée :

- ✓ à l'histoire pré-migration de la personne (*exposition à la guerre, violence ou torture subie dans le pays d'origine...*)
- ✓ au parcours migratoire en lui-même
- ✓ au parcours post-migration (*stress lié à l'incertitude d'obtenir le statut de réfugié, chômage, discrimination, exclusion sociale dans le pays d'accueil...*)

De plus, l'accès aux soins psychiques peut présenter une épreuve pour ces populations en lien par exemple avec l'allophonie, la méconnaissance du système de soin du pays d'accueil ou encore la stigmatisation des problèmes de santé mentale dans certaines cultures. [4]

Plusieurs articles se sont intéressés à cette thématique de « santé mentale et migration », toutefois la littérature est moins riche si l'on s'intéresse spécifiquement aux enfants et aux adolescents migrants.

C) Focus sur l'enfant et l'adolescent migrant

La prévalence augmentée des troubles psychiques et le faible recours aux soins en population migrante générale est aussi retrouvée en population migrante pédiatrique, chez l'enfant et chez l'adolescent. [5],[6] On pourrait parler d'une double vulnérabilité, à la fois celle liée à l'enfance et celle liée à la migration.

Parmi cette jeunesse, ce sont les mineurs non accompagnés (MNA) qui présentent le plus haut risque d'altération de leur santé mentale. [7] On parle de MNA lorsqu'un enfant étranger est présent sur le territoire français sans être accompagné d'un parent titulaire de l'autorité parentale ou d'un représentant légal. [8] Ainsi, parce qu'ils sont non accompagnés, leur risque de subir des événements traumatiques au cours de leur parcours est augmenté (*torture, violences physiques, violences sexuelles, traite d'êtres humains...*). [9] A cela s'ajoute aussi une procédure souvent complexe, parfois violente d'évaluation de la minorité dans le pays d'accueil. Si les causes d'exil sont multiples, tous ces mineurs ont quitté une situation familiale fragile et une partie d'entre eux sera soupçonnée de falsifier leur âge même lorsqu'ils disposent d'une pièce d'état civil. [10]

Recommandations du bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante : volet santé mentale

A) Présentation des recommandations

Etablies par la Société Française de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), la Société Française de Pédiatrie (SFP) et la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), des recommandations en date de juin 2024 sont disponibles concernant le bilan à réaliser chez les personnes migrantes primo-arrivantes. [11]

Selon ces trois sociétés savantes, les troubles psychiatriques doivent faire l'objet d'un dépistage systématique à l'aide d'échelles simplifiées.

- Pour le dépistage du trouble anxieux et de l'épisode dépressif caractérisé, il s'agit de l'échelle **PHQ-4** (Patient Health Questionnaire-4). [Annexe 1]
- Pour le dépistage du syndrome de stress post traumatique, il repose quant à lui sur l'échelle **PC-PTSD-5** (Primary Care PTSD Screen for DSM-5). [Annexe 2]

B) Spécificités en pédiatrie

Le chapitre concernant les spécificités pédiatriques du bilan de santé précise à nouveau l'importance de dépister les troubles psychiques. **Toutefois les échelles de dépistage recommandées chez l'adulte ne sont pas validées chez l'enfant, notamment chez le MNA.**

Objectif du mémoire :

L'objectif de ce mémoire était ainsi d'interroger les pratiques dans le dépistage des troubles psychiques du MNA, et d'évaluer l'utilisation des échelles de dépistage au cours de la première consultation médicale à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pédiatrique de Marseille.

■ Analyse

Présentation de la PASS Pédiatrique de Marseille et données chiffrées

A) Présentation de la PASS Pédiatrique de Marseille

La PASS pédiatrique de Marseille reçoit des enfants âgés de 0 à 18ans. Elle est répartie sur 2 sites du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Marseille : l'hôpital de La Timone Enfant (secteur centre-ville) et l'hôpital Nord (secteur « quartiers Nord »).

L'équipe de la PASS est constituée d'un agent administratif, de deux assistantes sociales (AS), de trois infirmières diplômées d'état (IDE), d'une médiatrice en santé et de deux pédiatres.

L'accueil des patients se fait soit au cours de permanences assistante sociale/ infirmière ou en consultation médicale.

B) Données chiffrées : MNA en France et en Bouches-du-Rhône en 2022

En 2022, la MMNA (Mission Nationale Mineurs Non Accompagnés) constatait une augmentation du flux de MNA de 30,64 % par rapport à l'année 2021. [12] Au total, 14782 MNA ont été confiés aux services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) par décisions judiciaires entre le 1er janvier et le 31 décembre 2022. Parmi ces 14782 mineurs, 434 d'entre eux, soit 2,93%, ont été confiés dans les Bouches-du-Rhône.

Concernant le profil de ces enfants :

- Les 3 trois pays d'origine les plus représentés étaient la Côte-d'Ivoire, la Guinée et la Tunisie.
- Il était constaté une augmentation de la proportion du nombre de jeunes filles : 6,8% des MNA
- Les MNA âgés de plus de 16 ans représentait environ 75 % des MNA.

Analyse des pratiques dans le dépistage des troubles psychiques chez le MNA

A) Score PROTECT (Processus de reconnaissance et d'orientation des victimes de torture dans les pays européens afin de faciliter l'accompagnement et l'accès aux soins)

Avant les recommandations de 2024, le score utilisé à la PASS pédiatrique de Marseille pour dépister les troubles psychiques de l'adolescent, et en particulier du MNA était le score PROTECT. Celui-ci était intégré à l'interrogatoire médical dès le premier entretien, et permettait une orientation spécialisée précoce en cas de score élevé.

• Présentation du score

Le score PROTECT est un questionnaire qui a été établi par l'association française Parcours d'Exil, en collaboration avec des associations non gouvernementales d'autres pays membres de l'Union Européenne (*Allemagne, Bulgarie, Danemark, Hongrie, et Pays Bas*) et une organisation internationale. Il a été établi entre 2010 et 2012, et financé par le Fond Européen pour les Réfugiés.

Ce score a été créé par des professionnels de santé et des juristes. Son objectif est de faciliter la procédure d'accueil des demandeurs d'asile, et d'identifier de façon précoce les personnes vulnérables ayant subi des expériences traumatiques graves. Le but est ainsi que

ces personnes puissent bénéficier de conditions matérielles, de soins médicaux et d'un suivi adaptés.

Il est recommandé de réaliser ce questionnaire à l'arrivée dans le pays d'accueil de la personne, mais en respectant une période de repos préalable. [13]

- **Avantages du score PROTECT**

Le score PROTECT repose sur des connaissances scientifiques, il est simple d'utilisation et peut être utilisé à la fois par les professionnels de santé mais aussi par toute personne travaillant avec les demandeurs d'asile et ayant pris connaissance des modalités de sa réalisation.

Il permet par dix questions simples (« oui » ou « non »), que ce soit en entretien direct ou avec un interprète, d'établir un risque de vulnérabilité psychologique (de 0 à 3 : risque faible, de 4 à 7 : risque moyen, de 8 à 10 : risque élevé). Ce questionnaire recherche en particulier les symptômes de TSPT, de dépression et une dégradation de la santé physique secondaire à un traumatisme grave.

- **Difficultés rencontrées en pratique**

Tout comme la PHQ-4 et la PC-PTSD-5, le score PROTECT n'a pas été pensé pour le mineur non accompagné. En effet, il a spécifiquement été conçu pour l'adulte en demande d'asile, et il est même précisé dans le chapitre « conditions pour remplir le questionnaire » qu'il ne peut être utilisé qu'avec des personnes âgées de plus de 18ans.

Aussi, certaines questions du PROTECT, notamment celles des douleurs (céphalées et douleurs physiques) semblent assez peu spécifiques dans notre population. En effet, une grande partie des MNA reçus à la PASS présente une pathologie somatique associée de fait à des douleurs (*exemple : pathologie orthopédique en lien avec un traumatisme physique, pathologie dentaire...*).

B) Utilisation des scores PHQ-4 et PC-PTSD-5

Depuis fin 2024, les scores PHQ-4 et PC-PTSD-5 recommandés dans le bilan de santé chez l'adulte ont été progressivement intégrés à notre pratique lors des consultations avec les MNA.

- **Avantage des deux scores**

Les scores PHQ-4 et PC-PTSD-5 permettent d'aborder le volet santé mentale de la consultation avec une sémiologie psychiatrique plus fine. En effet, chaque item oriente vers un ou plusieurs symptômes précis appartenant à la symptomatologie anxieuse, dépressive et/ou post-traumatique. [14], [15] Ils permettent ainsi de faciliter et fluidifier la communication concernant l'état psychologique de l'adolescent et les signes d'alerte retrouvés en cas d'orientation vers un spécialiste en santé mentale (psychologue ou psychiatre).

- **Difficultés en pratique**

En pratique, ces deux scores peuvent parfois poser des difficultés.

Tout d'abord, il n'est pas rare que les deux échelles entraînent des difficultés de compréhension chez l'adolescent, et ce malgré l'intervention de l'interprète ainsi que plusieurs tentatives de reformulation des items. Ceci pourrait être lié en partie à un faible niveau de littératie en santé mentale des patients. [16]

Pour la PHQ-4, la notion de temporalité (*«au cours des deux dernières semaines»*) et l'évaluation de la fréquence des symptômes semblent souvent difficiles pour le patient.

Pour la PC-PTSD-5, l'identification d'un événement comme ayant été traumatique peut être difficile pour le MNA. Or, elle est la condition requise pour dérouler la suite des items et pouvoir établir un score. *Par exemple, en 2025, un MNA de 14ans originaire de Côte d'Ivoire est accompagné en consultation à la PASS par l'IDE d'une association départementale. L'entretien est réalisé avec accord de l'adolescent en sa présence, et après que celui-ci ait répondu « non » à l'exposition à un événement potentiellement traumatique, c'est l'IDE qui rapporte avec le consentement de l'adolescent des violences physiques en Tunisie. Le score s'avère finalement positif.*

Parmi les critiques, on pourrait aussi déplorer l'absence d'évaluation du risque suicidaire par ces deux scores.

■ Discussion

Le dépistage des troubles psychiques et psychiatriques chez les patients reçus à la PASS pédiatrique, et notamment chez le MNA, est essentiel.

Pour ce faire, les échelles simplifiées et les scores sont des outils utiles et précieux en pratique clinique. En effet, ils permettent une approche systématique et standardisée de la santé mentale au cours de la consultation. Ils limitent les questions ouvertes et réduisent ainsi possiblement la subjectivité du professionnel de santé sur cette thématique. De plus, s'ils sont pris en main régulièrement, ils peuvent probablement permettre une synthèse plus rapide de l'état psychologique du patient, et faciliter l'orientation vers le spécialiste lorsque nécessaire. Ces scores ont également l'intérêt de pouvoir être répétés dans le temps, et ainsi de pouvoir suivre l'évolution du patient.

L'écueil principal de tous ces scores, est qu'aucun d'entre eux n'est validé en pédiatrie. Se pose donc la question de la pertinence de les pratiquer auprès des jeunes du service, et de quelle(s) échelle(s) serai(en)t à prioriser dans cette population ? (score PROTECT *versus* échelles PHQ-4 et PC-PTSD-5)

Concernant le PROTECT, bien qu'il ne soit pas mentionné dans les recommandations de juin 2024, il est utilisé depuis plusieurs années dans le service et semble avoir permis un repérage précoce des MNA les plus à risque. Il a aussi l'avantage d'être facile à comprendre par le patient au cours de l'entretien médical. Au sujet des échelles PHQ-4 et PC-PTSD-5, elles sont plus complexes à réaliser en pratique, néanmoins la sémiologie psychiatrique plus fine semble être un atout dans le repérage de symptômes plus spécifiques ; et donc aussi pour un adressage plus ciblé du MNA vers le spécialiste en santé mentale (*Psychologue en milieu associatif ? Groupes de parole ? Consultation « adolescents » du Centre Médico-Psychologique (CMP) ? Centre de référence du psycho traumatisme chez l'enfant du CHU ? ...*).

Dans ce contexte, il paraît difficile de se prononcer en faveur de l'utilisation d'une échelle unique pour le dépistage des troubles psychiques dans le service, car finalement chaque score a ses avantages et ses inconvénients. De plus, des résultats discordants entre ces échelles ont déjà été constatés. *C'est ainsi qu'en 2025, une MNA de 17ans originaire du Bangladesh est reçue en consultation à la PASS. Lors de l'entretien médical, elle allègue avoir été victime de séquestration et de violences sexuelles. Le score PROTECT évalue un risque faible, toutefois la PC-PTSD-5 est au score maximal et en faveur d'un TSPT. Elle est donc orientée en consultation spécialisée. L'utilisation concomitante des différentes échelles aura ici permis d'éviter un « faux négatif ».*

Il faut toutefois garder à l'esprit que si ces scores sont des supports intéressants, ils ne se substituent absolument pas à l'ensemble des autres éléments biographiques et somatiques

recueillis au cours de la consultation. Ils ne peuvent pas remplacer un interrogatoire médical et un examen clinique exhaustifs. Ainsi, parmi les éléments recueillis lors de l'entretien, il est systématiquement demandé à l'adolescent s'il a été victime de violences psychique, physique et/ou psychologique au cours de sa vie. De même, il est interrogé sur une éventuelle consommation de substances psychoactives, celle-ci étant souvent comorbide avec d'autres troubles mentaux. Si ces éléments sont identifiés au cours de l'entretien, une particulière vigilance sera portée sur l'état psychologique du MNA, et ce peu importe le résultat des scores de dépistage. *En illustration, en 2024, un MNA de 16ans originaire de Côte d'Ivoire est reçu à la PASS. Il verbalise spontanément et très tôt au cours de l'entretien médical ne pas vouloir se rappeler de son parcours et avoir été victime de tirs à la carabine dans les membres inférieurs en Tunisie. Son examen physique retrouve des lésions d'impact de balles visibles. Certains morceaux de plomb sont palpables en sous-cutané, et la totalité d'entre eux est vue en radiographie. Une attention importante sera portée sur l'état psychique de cet adolescent, d'emblée et au cours de son suivi.*

■ Conclusion

Les personnes migrantes primo-arrivantes sont à risque d'une altération de leur santé mentale importante, en lien à la fois avec leur histoire passée, récente mais aussi actuelle. En population pédiatrique, ce sont les mineurs non accompagnés qui présentent le plus haut risque, avec notamment un risque accru de trouble stress post-traumatique.

Ces MNA sont le plus souvent des adolescents, et un processus de migration complexe vient se confronter à une période de vie charnière, marquée par définition par des changements physiques, psychologiques et sociaux. Il est essentiel de pouvoir dépister les troubles psychiques dans cette population, et à la PASS pédiatrique de Marseille, nous nous aidons de façon systématique de scores de dépistage pour identifier précocement des arguments en faveur d'un épisode dépressif caractérisé, d'un trouble anxieux et/ou d'un TSPT. Cette identification précoce des troubles permet ainsi une orientation vers le spécialiste si nécessaire, et la mise en place du suivi adapté.

Néanmoins, aucun des scores utilisés n'est recommandé chez l'enfant et l'état actuel de la littérature ne permet pas de se prononcer sur quelle serait l'échelle la plus adéquate. En pratique, l'expérience montre un intérêt de ces outils, même s'ils ne peuvent de toute évidence

pas se substituer à l'examen complet du patient. Il faut aussi que ces outils puissent être adaptés au degré de compréhension et de littératie en santé mentale du patient.

Aussi, le parti pris actuel lors du premier entretien médical avec un MNA, est de tenter de réaliser les 3 scores cités précédemment dans ce travail. En cas de difficultés de compréhension, c'est le score PROTECT qui sera privilégié. Si les trois échelles ont pu être réalisées dans de bonnes conditions, la concordance entre elles pourra alors être étudiée.

Au terme de ce mémoire, il apparaît donc qu'il serait intéressant de mener une étude prospective dans le service sur la corrélation entre le score PROTECT *versus* les scores PHQ-4 et PC-PTSD-5 chez le MNA. Dans ce sens, un document de recueil de données « type » est en cours de rédaction. [Annexe 4]

■ **Pour aller plus loin : *recueil de données-score PROTECT en 2022 chez le MNA à la PASS pédiatrique de Marseille***

• **Méthode de l'étude**

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les mineurs non accompagnés reçus en consultation à la PASS pédiatrique de Marseille en 2022.

Les données de chaque patient étaient recueillies en passant par les dossiers informatisés (logiciel *AXIGATE*). La donnée d'intérêt principal était le résultat du score PROTECT du patient. Les autres données colligées étaient à la fois cliniques (âge, sexe, pays d'origine, date d'arrivée en France, existence d'une couverture sociale...) et biologiques (résultats sérologiques, dépistage des infections sexuellement transmissibles, dépistage de la tuberculose...).

• **Données générales**

En 2022, au total 92 mineurs non accompagnés avaient été reçus à la PASS. Parmi eux, 24 disposaient d'un compte rendu de consultation médicale sur le logiciel *AXIGATE*.

La totalité des patients était de sexe masculin, et leur âge moyen était de 15,9ans (âge minimal de 15ans et maximal de 17ans).

La majorité d'entre eux, soit 21 patients/24 avaient été adressé à la PASS par une association (*Association Départementale pour le Développement des Actions de Prévention des Bouches-*

du-Rhône (ADDAP13), Médecins du Monde, Médecin Sans Frontières...). 1 patient avait été orienté vers notre structure par le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT), 1 patient via les urgences pédiatriques et 1 patient par une personne bénévole.

Histoire pré-migration

Les MNA étaient majoritairement originaires d'Afrique Subsaharienne (20 patients/24, soit 83%) : 10 étaient originaires de Guinée-Conakry, 5 adolescents étaient originaires de Côte d'Ivoire, 1 du Mali, 1 de la République Démocratique du Congo et 3 de Sierra Leone.

Il y avait aussi 2 patients algériens, 1 patient marocain et 1 patient originaire du Bangladesh.

Parmi ces patients, 7 avaient une pathologie médicale chronique qui avait été identifiée dans le pays d'origine et/ou avait eu une intervention chirurgicale au pays.

Parcours migratoire

Les pays traversés au cours du parcours migratoire étaient connus pour 21 patients/24. Au moins 16 MNA avaient traversé plusieurs pays avant leur arrivée en France, dont 7 la Lybie, voie particulièrement traumatique.

Conditions de vie actuelles

- Statut MNA :

Au moment de la consultation, seuls 5 adolescents/24 avaient été reconnu mineur et étaient sous ordonnance de placement provisoire (OPP). 2 étaient en attente de prise en charge. 8 étaient en cours d'évaluation, et 9 étaient en recours (démorisés ou en OPP pour évaluation documentaire).

- Logement :

2 adolescents/24 uniquement avaient un logement stable. 8 bénéficiaient d'un logement précaire (de type squat ou hébergement par tiers). 12 étaient en hébergement pour migrants (de type hôtel). 2 étaient sans abri.

- Couverture sociale :

21 MNA/24 ne disposaient d'aucune couverture sociale, 3 MNA avaient l'Aide Médicale d'Etat (AME).

- Document vaccinal ou carnet de santé :

Aucun patient n'avait de carnet de santé ni de document vaccinal.

- Scolarisation :

8 patients/24 (soit le tiers) étaient scolarisés.

- Maladie invalidante et handicap :

7 patients avaient une maladie invalidante, 1 patient avait un handicap moteur sévère.

- Santé mentale :

Parmi les 24 patients, seuls 2 d'entre eux avaient bénéficié d'une prise en soin psychologique avant la consultation à la PASS.

2 MNA avaient une consommation pathologique de substances psychoactives.

1 MNA avait un diagnostic de TSPT en contexte de violences sexuelles lors de son parcours migratoire.

- **Score PROTECT**

Le score PROTECT avait été fait chez la majorité des patients, 22 MNA/24, au cours de la première consultation.

La majorité d'entre eux, 15 patients/22, soit 68%, avaient un risque moyen (*score entre 4 et 7*), 4 avaient un risque faible (*score entre 0 et 3*), 3 patients avaient un risque élevé (*score entre 8 et 10*) selon le PROTECT.

Les problèmes les plus fréquemment identifiés étaient les plaintes douloureuses (céphalées et douleurs autre), l'anxiété et les ruminations. Celles-ci étaient présentes chez plus de la moitié des patients, et ces symptômes semblaient donc peu discriminants.

A l'inverse, des difficultés à se concentrer et une aboulie étaient rarement rapportées. Ces signes étaient ainsi potentiellement plus spécifiques.

Par conséquent, au terme de cette analyse sur un faible échantillon, le score PROTECT apparaissait particulièrement utile pour les catégories extrêmes (risque faible ou risque élevé).

■ Références bibliographiques

[1] www.santepubliquefrance.fr

[2] Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. Santé mentale au Québec, 42(1), 125-145.

[3] Lu, J., Jamani, S., Benjamin, J., Agbata, E., Magwood, O., & Pottie, K. (2020). Global Mental Health and Services for Migrants in Primary Care Settings in High-Income Countries : A Scoping Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(22), 8627.

[4] Ourhou, A., Habimana, E., & Bergeul, S. (2022). L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN CONTEXTE MIGRATOIRE : LA PERCEPTION DES IMMIGRANTS. Revue québécoise de psychologie, 43(1), 65.

[5] Sadzot P, Malchair A. (2021). La santé mentale des enfants réfugiés : Revue de la littérature. 50-55.

[6] Gutmann, M. T., Aysel, M., Özlü-Erkilic, Z., Popow, C., & Akkaya-Kalayci, T. (2019). Mental health problems of children and adolescents, with and without migration background, living in Vienna, Austria. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 13(1), 35.

[7] Hjern, A., & Kadir, A. (2019). Health care for migrant children without legal residency. Acta Paediatrica, 108(12), 2124-2126.

[8] www.justice.gouv.fr

[9] Stevens, G.W.J.M. and Vollebergh, W.A.M. (2008), Mental health in migrant children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49 : 276-294

[10] Enfants et mineur·e·s non accompagné·e·s | Comede / <https://www.comede.org/enfants-et-mineurs>

[11] Recommandation de la Société française de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), de la Société française de pédiatrie (SFP) et de la Société française de lutte contre le sida (SFLS) sur le bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante (adulte et enfant)- Juin 2024.

[12] Direction de la protection judiciaire de la jeunesse-Mission nationale mineurs non accompagnés/
Rapport annuel d'activité 2022

[13] P r o t e c t/Processus de reconnaissance et d'orientation des victimes de torture dans les pays européens afin de faciliter l'accompagnement et l'accès aux soins

[14] Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression : The PHQ-4. Psychosomatics, 50(6), 613-621.

[15] Lathan, E. C., Petri, J. M., Haynes, T., Sonu, S. C., Mekawi, Y., Michopoulos, V., & Powers, A. (2023). Evaluating the Performance of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) in a Trauma-Exposed, Socioeconomically Vulnerable Patient Population. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 30(4), 791-803.

[16] Montagni, I. (2023). Littératie en santé mentale : De quoi s'agit-il et pourquoi la promouvoir ? Questions de santé publique, 46, 1-4.

■ Annexes

Annexe 1 : PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4) :

Dépistage du trouble anxieux et de l'épisode dépressif caractérisé :

<i>Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé.e par les problèmes suivant</i>	<i>Jamais</i>	<i>Plusieurs jours</i>	<i>Plus de sept jours</i>	<i>Presque tous les jours</i>	<i>SCORE</i>
<i>Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension</i>	0	1	2	3	Score anxiété= /__ / sur 6
<i>Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes</i>	0	1	2	3	
<i>Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses</i>	0	1	2	3	Score dépression= /__ / sur 6
<i>Sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir</i>	0	1	2	3	
SCORE GLOBAL					/ / / sur 12

Interprétation des résultats

Échelle de 0 à 12 comprenant quatre niveaux de détresse psychologique :

- 0-2 : Aucune
- 3-5 : Légère
- 6 -8 : Modérée
- 9-12 : Sévère

Sous-échelle de mesure de l'anxiété = somme des deux premières questions (score de 0 à 6)

Sous-échelle de mesure de la dépression = somme des deux dernières questions (score de 0 à 6)

Un score de 3 ou plus à l'une des sous-échelles est considéré comme positif aux fins du dépistage.

Annexe 2 : PC-PTSD-5 (The Primary Care PTSD Screen for DSM-5) :

Dépistage du trouble de stress post-traumatique et de son impact actuel dans la vie du sujet.
Réalisé uniquement pour les personnes ayant mentionné une exposition à un évènement potentiellement traumatique.

	Oui	Non
<i>Il arrive parfois aux gens des choses inhabituelles ou particulièrement effrayantes, horribles ou traumatisantes. C'est le cas, par exemple d'un accident grave ou un incendie, d'une agression ou un abus physique ou sexuel, d'un tremblement de terre ou une inondation, d'une guerre, voir une personne tuée ou gravement blessée ou encore la mort d'un proche par homicide ou suicide.</i>		
<i>Avez-vous déjà vécu ce type d'événement ?</i>	☐ ↓	☐ STOP
<i>Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.</i>		
<i>Au cours du mois dernier, avez-vous...</i>		
• <i>fait des cauchemars à propos de l'événement (des événements) ou pensé à l'événement (des événements) lorsque vous ne le vouliez pas ?</i>	1	0
• <i>fait des efforts pour ne pas penser à l'événement (aux événements) ou fait des efforts pour éviter des situations qui vous rappellent l'événement (les événements) ?</i>	1	0
• <i>été constamment sur vos gardes, vigilant ou facilement surpris ?</i>	1	0
• <i>vous vous êtes senti insensible ou détaché des gens, des activités ou de votre environnement ?</i>	1	0
• <i>vous vous êtes senti coupable ou incapable d'arrêter de vous en vouloir ou en vouloir les autres pour le(s) événement(s) ou les problèmes que le(s) événement(s) a (ont) pu causer ?</i>	1	0
<i>SCORE : / / sur 5</i>		

Un score ≥ 4 est habituellement considéré comme positif. Un score ≥ 3 mérite une orientation pour évaluation en milieu spécialisé.

Annexe 3 : score PROTECT

Questions		Oui	Non
<i>« souvent » signifie plus qu'à l'accoutumée et source de souffrance</i>			
1	Avez-vous souvent des problèmes pour vous endormir ?		
2	Faites-vous souvent des cauchemars ?		
3	Avez-vous régulièrement des maux de tête ?		
4	Avez-vous d'autres douleurs physiques ?		
5	Vous mettez-vous facilement en colère ?		
6	Repensez-vous souvent à des événements passés douloureux ?		
7	Vous sentez-vous souvent effrayé ou angoissé ?		
8	Vous arrive-t-il souvent d'oublier des choses dans votre vie quotidienne ?		
9	Avez-vous l'impression d'avoir perdu tout intérêt pour les choses quotidiennes ?		
10	Avez-vous souvent des problèmes de concentration ?		
Nombre de réponses répondues par «oui» →			

Évaluation :
 Cocher la case correspondante afin d'indiquer le niveau de risque de traumatisme

0-3	4-7	8-10
Risque faible	Risque moyen	Risque élevé

Annexe 4 : Extrait du recueil de données MNA PASS Marseille

Etiquette pour IPP, DN, Genre		Date de première consultation		Accompagnement	
		__/__/20__		☐ 0 – MNA / ☐ 1 – père / ☐ 1 – mère / ☐ 1 - autre / ☐ 2 parents	
Mode d'adressage		☐ Urgences ou service hospitalier / ☐ ADDAP13, ASE, DIMEF / ☐ Autre PASS / ☐ Association (MDM, MSF, Ramina...) / ☐ Str de dépistage (CLAT, CEGIDD) / ☐ Autre (détail en note)			
Langue pour soins		☐ Entretien Direct / ☐ Interprétariat			
Pays d'origine		Traversée de la Méditerranée		☐ par Espagne / ☐ par Algérie / ☐ par Tunisie ☐ par Lybie / ☐ par avion / ☐ Non	
ATCD individuels		☐ Pas d'ATCD notable / ☐ Chirurgie simple (hernie, appendicite, fracture non compliquée) Pathologie médicale chronique : ☐ identifiée dans le pays d'origine / ☐ pendant le parcours ☐ Chirurgie nécessitant suivi: dans le pays d'origine / ☐ sur le parcours nécessitant suivi			
ATCD TB familial		☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP		Date d'arrivée en France	
Disponibilité d'un document vaccinal		☐ Oui / ☐ Non ☐ Partiel		Sécu initiale	
Taille		Poids initial		Scolarisé actuellement	
Statut MNA		☐ En attente de prise en charge (NON hébergé : SDF ou en squat ou chez bénévoles) ☐ Hébergé en cours d'évaluation (ou en attente) / ☐ Reconnu MNA sous OPP ☐ En recours (démorisé ou en OPP pour évaluation documentaire) ☐ Tous recours épuisés / ☐ Mineur accompagné			
Hébergement initial		☐ LOGEMENT personnel et stable (loc, prop) LOGEMENT INADÉQUAT : ☐ suroccupation sévère / ☐ indigne (loc, prop) / ☐ provisoire ☐ non conventionnelle (caravane, abri) hors squat LOGEMENT PRÉCAIRE : ☐ Hébergement par tiers / ☐ Hébergement pour sans domicile (court) ☐ Squat de logement ou terrain / ☐ Hébergement de long terme / ☐ Menace d'expulsion SANS LOGEMENT : ☐ En hébergement pour immigrés (dont hôtel/demande asile) / ☐ Sortant d'institution sans logement (médico-sociale, pénale) SANS ABRI : ☐ dans la rue / ☐ Hébergement d'urgence			
Date		PEC psy existante		TTT psychotrope existant	
__/__/20__		☐ Oui ☐ Non ☐ NSP		☐ Non / ☐ Traitement prescrit ☐ Consommation psychotrope ☐ Traitement prescrit ET conso psychotrope	
PROTECT	1. Tb endormissement	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP		6. Ruminations	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP
	2. Cauchemars	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP		7. Anxiété	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP
	3. Céphalées	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP		8. Tb mémoire	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP
	4. Douleurs autres	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP		9. Aboulie	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP
	5. Irritabilité (colères)	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP		10. Tb concentration	☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP
PHQ4 : nervosité		☐ 0 / ☐ 1 / ☐ 2 / ☐ 3 / ☐ NSP		P	Vécu traumatique
Inquiétude		☐ 0 / ☐ 1 / ☐ 2 / ☐ 3 / ☐ NSP		C	Cauchemars
Peu d'intérêt		☐ 0 / ☐ 1 / ☐ 2 / ☐ 3 / ☐ NSP		p	Évitement
Tristesse		☐ 0 / ☐ 1 / ☐ 2 / ☐ 3 / ☐ NSP		T	Hypervigilance
				S	Détachement
				D	Culpabilité
				5	
Nb de caries		caries traitées		Douleurs dentaires	
__		__		☐ Oui / ☐ Non / ☐ NSP	
Statut TET (avant rappel)		__/__/20__		☐ < 0,1 ☐ 0,1-0,99 ☐ ≥ 1,0 UI/ml ☐ NF	
Date Rappel dTcP fait à la PASS		__/__/20__			
Statut TET ≥ 1 mois après rappel		__/__/20__		☐ < 0,1 ☐ 0,1-0,99 ☐ ≥ 1,0 UI/ml ☐ NF	
Statut VHB initiale		__/__/20__		☐ NEG ☐ Hep Aiguë ☐ AgHBs + Vacciné ☐ NF	
Date de Vaccination VHB		__/__/20__		Ac / HBs (≥ 1 mois après)	
__/__/20__		__/__/20__			
Date de Vaccination VHB		__/__/20__			
Date de Vaccination VHB		__/__/20__			
Ferritine	Pb	Nb ROR	Sero : VHA	VZV	VIH
__ µg/l	__ µg/l	(0 sans doc)	☐ Neg ☐ IA/ ☐ Hep aigüe ☐ Vacciné / ☐ NF	☐ Neg ☐ IA/ ☐ Inf aigüe ☐ / ☐ NF	☐ Neg ☐ Pos ☐ Neg ☐ Pos
PCR IST		☐ Neg / ☐ Pos à : _____ / ☐ NF			