

Santé des enfants migrants épidémiologie, démographie sociologie

Enora Leroux et Agnès Dumas

et clinique

Frédéric Sorge

Consultations adoption, enfant migrant

Hôpital Necker
Paris 75015

Albert Faye

Pédiatrie générale

Hôpital R. Debré
75019

Service de Pédiatrie



14/05/2018

freedso@gmail.com



DU Santé Migrant Paris XIII

Plan

- 1. Définitions + cadre juridique + démographie des enfants migrants
- 2. Contexte de la consultation des enfants migrants (cas cliniques)
- 3. Bilan médical pour un enfant migrant primo-arrivant
- 4. Evaluation et rattrapage des vaccins
- 5. Prise en charge médico-sociale
- 6. Données sanitaires Cs enfants migrants mineurs isolés Ile de France
- 7. Particularités des enfants Roms
- 8. Saturnisme



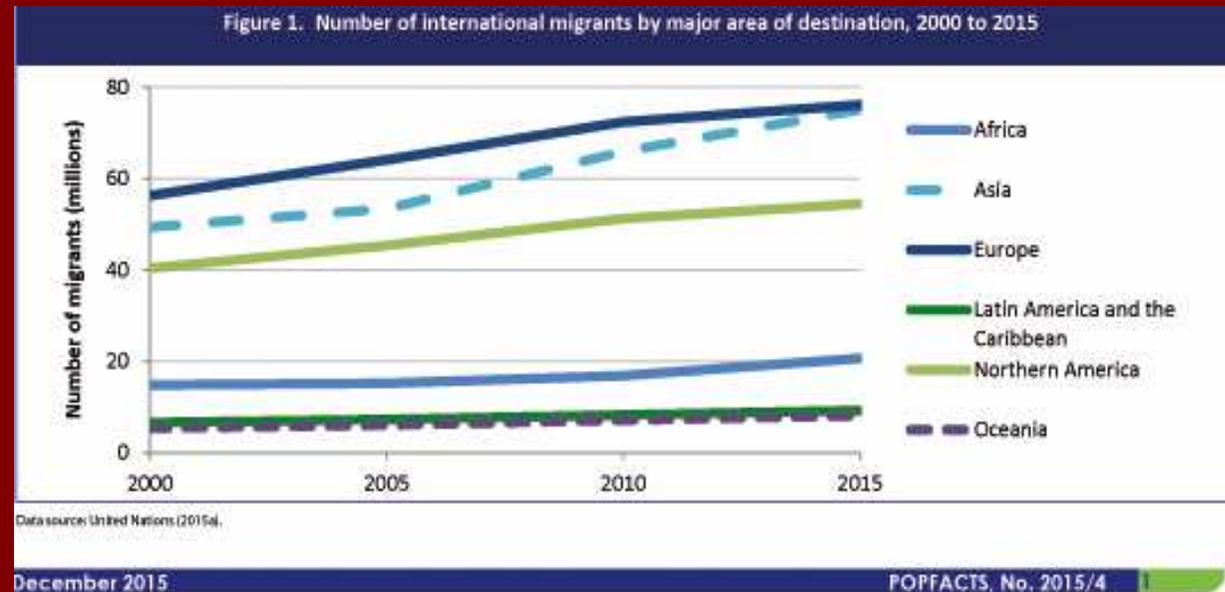
1.1 Différents types d'enfants migrants

- **Enfant migrant:** enfant dont le lieu de vie se déplace ou s'est déplacé dans une autre région du pays ou du monde



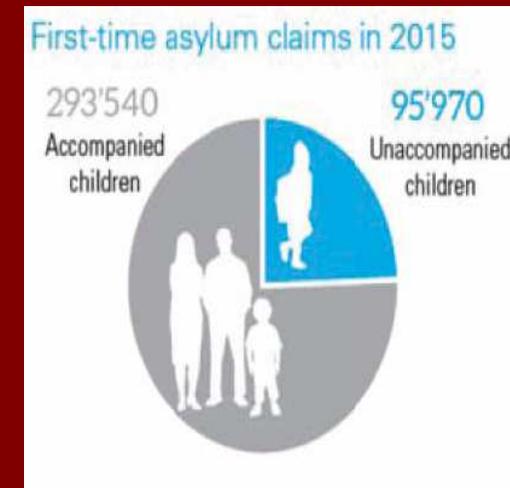
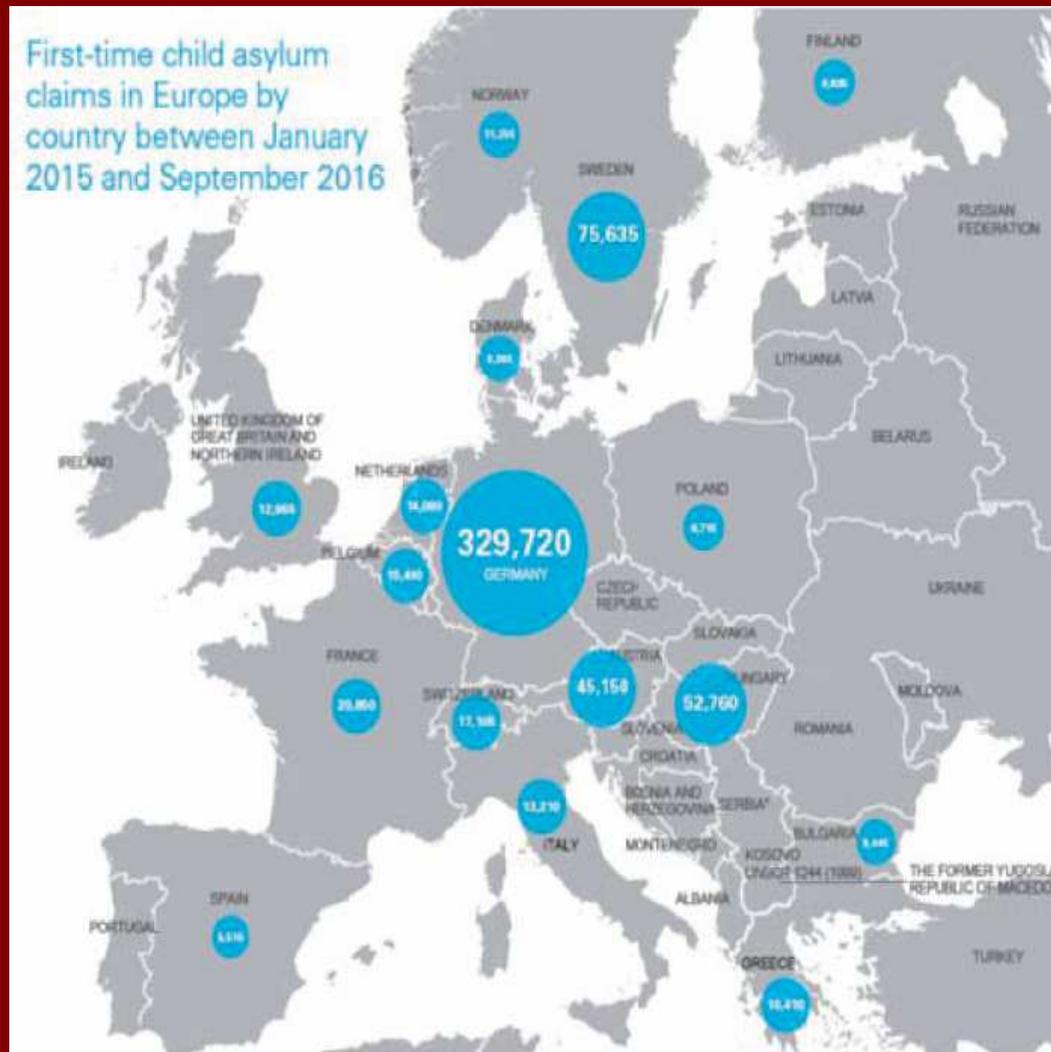
1.1 Combien d'enfants migrants ?

- Tendances
 - croissance



- Estimations
 - Réfugiés et demandeurs d'asile: 240 000 [en séjour précaire], (*Insee* 2013)
 - Mineurs isolés, enfant de réfugiés ou protégées contre les MSF: 26 000 (*Ofpra*)
 - ≈ 300- 500 000 étrangers en séjour irrégulier (min Int. 2012)
 - 9 000 enfants vivent en bidonvilles en France : Roms +++ (unicef 2015)

Enfants demandeurs d'asiles en 2015



1.2 Épidémiologie des enfants migrants

- France: données parcellaires
 - enfants de parents immigrés
 - exilés et réfugiés (comede)
 - Roms (MDM),
- Europe:
 - enfants migrants (Espagne, Grèce, Italie, Allemagne)
- ...
- Monde:
 - Infections Réseau multicentrique géosentinel 1997-2009 →

Table 1. Ten Most Frequent Infectious Disease Diagnoses in Referred Migrants, Children and Adults

Diagnosis	Frequency	Percentage
Children (age ≤18 y; n = 854)		
Malaria	170	20.0
Latent tuberculosis	92	10.8
No health condition identified	82	10.0
Schistosomiasis	71	8.3
Giardiasis	67	7.8
Active tuberculosis	65	7.6
Hepatitis B, acute and chronic	41	4.8
Strongyloidiasis	40	4.7
Eosinophilia	25	2.9
Intestinal ascaris	19	2.2
Adults (age ≥19 y; n = 6751)		
Latent tuberculosis	1619	24.0
Hepatitis B, acute and chronic	864	12.8
Active tuberculosis	723	10.7
Human immunodeficiency virus/AIDS	510	7.6
Schistosomiasis	370	5.5
Hepatitis C	346	5.1
Strongyloidiasis	344	5.1
No health condition identified	326	4.8
Malaria	321	4.8
Eosinophilia	182	2.7

1. 3 Motif de la consultation des enfants migrants

- Urgences
- Orientation: ASE, PMI
- " bouche à oreille "

1. 4 Accès au soin des enfants migrants

- Droits des enfants et protection maladie:
théoriquement toujours acquise*

- AME

Absence de domiciliation (refus des C.C.A.S., expulsions):
88 % des enfants vivants en bidonville sans AME (MDM)

- CMU (Tout enfant mineur a droit à une CMUc)

- 0 → dispositif soins urgents (Pass)

→ associations, ONG :

Comède, MDM, secours populaire, Samu social...



* guide Comede 2015 p 289 + 297

K. Saïdatou le 8/09/2017

- ♀ 3 ans et 9 mois , arrivée il y a 2 mois avec sa mère (absente à la consultation)
- du Nord Côte d'Ivoire, par voie terrestre et maritime
- pour rapprochement familial,
- père demandeur d'asile depuis 1 an (accompagnant)
- La PMI l'adresse pour un bilan médical.

Quelles sont les priorités sanitaires à évaluer ?

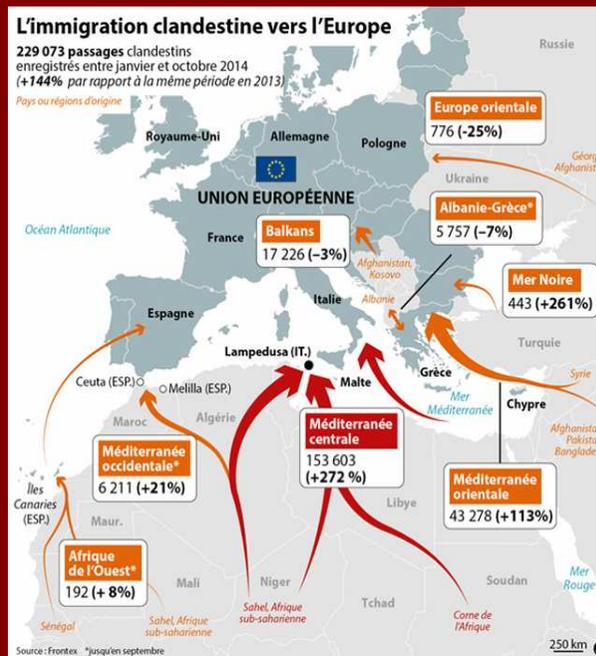
Cas clinique de Sadaitou

Quelles sont les priorités sanitaires à évaluer ?

pays d'origine + des régions de "passage" avant l'arrivée en consultation

→ cartographie des risques sanitaires

Prérequis: connaissances en épidémiologie et en santé publique internationale



Problèmes sanitaires prioritaires

CMAJ • SEPTEMBER 6, 2011 • 183(12) E 928-32

Orde alphabétique

- 1. Anémie + carence en fer *
- 2. Anxiété *
- 3. Audition (dépistage de troubles ...)
- 4. Caries dentaires, periodontopathie *
- 5. Dépression *
- 6. Grossesse (dépistage)
- 7. Hépatite B *
- 8. Hépatite C
- 9. Dépistage post néonatal de maladies métaboliques et hématologiques génétiquement déterminés
- 10. Maltraitance et violence *
- 11. Paludisme
- 12. Parasites Intestinaux *
- 13. Saturnisme **
- 14. Syndrome de stress post-traumatique *
- 15. Syphilis
- 16. Tuberculose *
- 17. Varicelle (chicken pox)
- 18. Vaccination: ROR, DTPC Hib ...
- 19. Vision (dépistage de troubles ...)
- 20. VIH *
- Dépistage d'infection(s) parasitaire(s) latente(s) et d'évolution grave spécifique d'une région:
 - schistosomoses, anguillulose, trypanosomiase, leishmaniose ... **

* Conditions identifiées par consensus de première intention. (The rest were selected in the second round.)

** non prioritaire pour ces experts

K Saïdatou le 8/09/2017

Quelles sont les priorités sanitaires à évaluer ?

- Examen physique: subnormal
- Bon contact avec son père, craintive des soignants.
- P: 14 kg; T : 94 cm; PC: 48,9 cm ; Θ : $38^{\circ}2$; PA:112/63; FC: 135; sat: 97%
- palpation petite masse hypochondre gauche, croûtes cutanées + cheveux, incisives cariées, OGE: S1 P1.
- parle Koyaga et comprend le bambara.
- Appétit modéré, troubles du sommeil
- Elle a une cicatrice de BCG sur l'avant bras gauche et un carnet de vaccination indiquant 3 doses de DTP, VHB et Polio Oral.

Saïdatou le 8/09/2017

Quels examens complémentaires vous semblent nécessaires ?

- Radio de thorax
- Rx de poignet gauche
- Bilan biologique sanguin : NFS, VS, transaminases, ionogramme, urée, créat.,
- électrophorèse Hb
- Interféron gamma
- empreinte génétique
- Echographie abdominale et cardiaque
- Prélèvements bactériologiques: sang, urine, peau, cheveux
- Prélèvements parasitologiques: sang, urine, selles
- Examen gynécologique
- Examen psychologique

Quel bilan de dépistage médical pour les enfants migrants primo-arrivants ?

- Absence de consensus international ou national
- Absence de recommandations basées sur des preuves
- Bilan de santé différent d'un enfant voyageur ?
- Quelles sont les priorités sanitaires devant un enfant primo arrivant qui permettraient de définir des recommandations pragmatiques ?
- Quelle approche préventive ?
- Quelle approche curative ?
- Place d'une approche cout/ bénéfice ?



Rationnel du dépistage médical primo-arrivant

- Identifier des pathologies aux conséquences graves individuelles et / ou collectives (contagiosité)
- Disposer d'un traitement curatif et / ou de pouvoir isoler le malade contagieux
- Disposer d'un moyen de dépistage et d'un moyen de diagnostic facilement accessibles (cout, interprétation)
- Technique(s) de dépistage et de Dg acceptable(s) par la population
- Maladie(s) décelable(s) en phase de latence ou phase clinique initiale
- Connaitre l'histoire naturelle de(s) la maladie(s)
- Préétablir les critères de choix des personnes à traiter
- Coût de la recherche de cas non disproportionné / au coût du traitement
- Assurer le bilan médical des migrant primo-arrivant dans la continuité

Dépistage médical des enfants "migrants" primo-arrivants

EXAMEN	systematique	# orientation	Commentaire
Clinique	Complet		OGE (MSF)
Psychologique	+		ethnopsy +++
IDR tuberculin.	+		
Quantiféron	±	+	si IDR + / Σ ic
Rx Thorax		+	si IDR +, S+ Pul
Bandelette Ur.	+		GB, GR, Prot, Gly
ECBU		+	si BU: GB +
Glycémie		+	si BU: Gly +
Créat, urée, prot.	Sg	+	si BU: Prot +
NFS	+		
Ferritinémie	+		

Dépistage médical des enfants "migrants" primo-arrivants

EXAMEN	systematic	# orientation	Commentaire
Dépistage Sg: FKP, HPS hypoT, PCU Hbpath.	+	âge NN γ	Test guthrie, Sinon: TSH,T3,T4 Électroph. Hb
Sérologies: Ag Hbs, Ac Hbs,Hbc	+		
HVC	+		
HVA	±		contagiosité
HIV	+		
Syphilis	+		
Chlamydia, Gonococ		+	si abus ou rapport Sexuel NP, VIH+
Schistosome		+	si BU: GR+ /expo +
Anguillule / Filariose		+	si exposition # géo

Dépistage médical des enfants "migrants" primo-arrivants

EXAMEN	systematic	# orientation	Commentaire
Ac antitétanique	+		Indicateur DPCT
Plombémie	+		
Frottis+ GE+ICT		+	si exposition # géo
β HCG		+	si S+ / risque Δ
Parasito, Bact selles	+		3 examens !
Rx poignet G (Âge osseux)		\pm	DN incertaine, limites médico- judiciaires
Examen(s) complémentaire(s)		+	# résultats précédents

Alternative à l'examen parasitologique intestinal des enfants migrants = traitement présomptif

Refugiés	Vers transmis. par le sol	Anguillules	Schistosomoses
TT: ----- → Origine géographique	Albendazole	Ivermectine Hte D albendazole	Praziquantel
Asie, moyen-orient, Afrique nord, Amérique latine, Caraïbes	➢ dose unique ! ➢ 2 ans: 400 mg 1-2 ans : 200 mg	200 γ / kg D ! / j x 2 CI: 1. Pds ≤ 15 kg 2. infect. Loa-loa	--
Afrique subsaharienne	< 1 an : 0		> 4 ans: 40 mg/kg

Cas clinique de Saïdatou

Quelles sont les priorités sanitaires à PEC ?

- Prise en charge médico-sociale (demande d'asile CMU ...)
- Dépistage médical pour une enfant migrante primo-arrivante
 - dépistage tuberculose
 - dépistage parasitoses (Palu +) et mycoses (teigne)
 - dépistage saturnisme plombémie (+++)
 - dépistage mutilation sexuelle féminine
 - dépistage trafic des êtres humain
- Evaluation et rattrapage des vaccins
- Suivi et prise en charge des pathologies (ITL, Palu, schisto, parasitoses intestinales, teigne, carence en fer et en vitamine D
- Information et coordination partenaires (Compte-rendu med)

Cas clinique 2: GHALIM Hijaz, le 5/05/2018

- Afghan 15 ans isolé, arrivé de Jalalabad, il y a 3 mois, hébergé dans un foyer ASE depuis 1 mois
- Convulsion tonico-clonique généralisée dans la rue il y a 2 jours -> SAU
- Examen sans particularité → Cs MIE

Quelles sont les priorités sanitaires à évaluer ?

GHALIM Hijaz, le 5/05/2018

- Examen + éducatrice + traducteur pachtoun:
- ATCD: crises épileptiques depuis 4 ans, pas de carnet de santé
- Examen N : ♂ conscient, vigile, parle un peu anglais
- P: 56 kg; T: 167 cm; PC:54,5 cm; IMC: 20
- Pas de déficit neurologique,
- assez inquiet de l'examen. Une fois rassuré, il a un contact social distant
- Il a peu d'appétit. Il a des selles fréquentes.
- Il s'endort tard.
- Bilan biologique du 3/05/2018 : normal (iono, G, NFS , toxiques...)
- EEG (4/05/2018): tracé de veille organisé dépourvu d'anomalie spécifique

Quelles sont les priorités sanitaires à PEC ?

Cas clinique d'Hijaz

Quelles sont les priorités sanitaires à PEC ?

- - PEC médico-sociale (ASE ...)
- - interprétariat
- - bilan d'une crise convulsive (comme tout enfant...TDM,
- - Bilan médical migrant mineur isolé étranger
- - Dg et PEC stress post traumatique
- - dépistage tuberculose
- - traitement antiparasitaire présomptif
- - Evaluation et rattrapage des vaccins (carnet vaccin.)
- - Suivi et prise en charge des pathologies (épilepsie, ITL,...)
- - dépistage trafic des êtres humain
- - Information et coordination partenaires (Compte-rendu med)

Prévalence des pathologies des mineurs isolés en France

Source	K Bicêtre	Anjou	Gironde
années	2008 - 2014	2014 - 2015	2011 - 2013
N	545	117	143
Psychotrauma	6,8 %	-	-
Hépatite B ch.	6,4 %	8,5 %	5,6 %
Hépatite C ch.	0,4 %	0	0
HIV	0,4 %	0	0,7 %
ITL	-	15,4 %	38,3 %
TB	0,6 %	0,9 %	0,4 %
Syphilis	-	1,7 %	0,7 %
Parasit. int. Pat.	-	21,4 %	16,6 %
Schisto	1,8 %	22,2 %	4,7 %
Caries		29,4 %	29,8 %
Carence Fer		25,9 %	18,3 %

Organisation des Cs MIE IdF

1^{ère} étape: les centres d'accueil prennent RDV

2^{ème} étape: consultation de l'enfant avec 1 interne

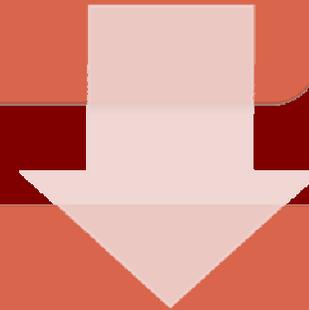
- 1/2 journée par semaine
- 45-60 mn / enfant → 4 enfants / 1/2 journée

3^{ème} étape:

discussion de chaque cas avec 1 médecin senior

Organisation des Cs MIE IdF

5^{ème} étape: bilan biologique + Rx thorax +/-
consultation spécialisée



6^{ème} étape: rendu des résultats lors de la
Cs N°2 (M1)

- +/- vaccination(s)
- +/- prescription de traitements si besoin
- + délivrés par la pharmacie de l'hôpital
- Compte-rendu des consultations adressé au médecin référent du centre d'accueil du centre

Partenariats

- Source de patients :
 - France Terre d'Asile, ASE 93, PEMIE croix rouge 93, Urgences RDB et JVD
- Psychologues:
 - psychologue du foyer, centre Minkowska (Paris)
 - CASITA (maison des adolescents d'Avicenne) (Bobigny)
- Consultation dentaire PASS Colombes Louis Mourier
- Consultation PASS dermatologie Paris hop. Saint Louis
- Pathologies infectieuses
 - > 15ans : hôpitaux adultes (Ex VHB: Bondy, Bobigny)
 - < 15 ans: Infectiologie hop. Paris R. Debré, hop Bondy JV

Données Hop. Robert Debré

Nombre de patients	52 VIII 2017- II 2018
Ages	Âge: 4-18 ans, moyenne= 15,3 ans
Sexe	48 Garçons, 4 filles
Pays d'origine	Afrique: Guinée Conakry (9), Mali (8), Côte d'Ivoire (6) , Sénégal (1) Somalie (1) , Tunisie (3) Asie: Pakistan (5), Afghanistan (9)
Raisons de migration	guerre, économie, éducation
Durée entre arrivée en France et acquisition d'un logement	de quelques nuits à 2 mois.
Hépatites	VHA: tous immunisés VHB: hépatites anciennes(8), hépatite active (4) , non immunisé (11), vacciné(3)
Parasitoses	Bilharziose(4) dont un mansoni (écho abdo anormale), entamoeba coli (1)
Tuberculose	6 ITL (11)
Sérologies tétaniques	14 negatives

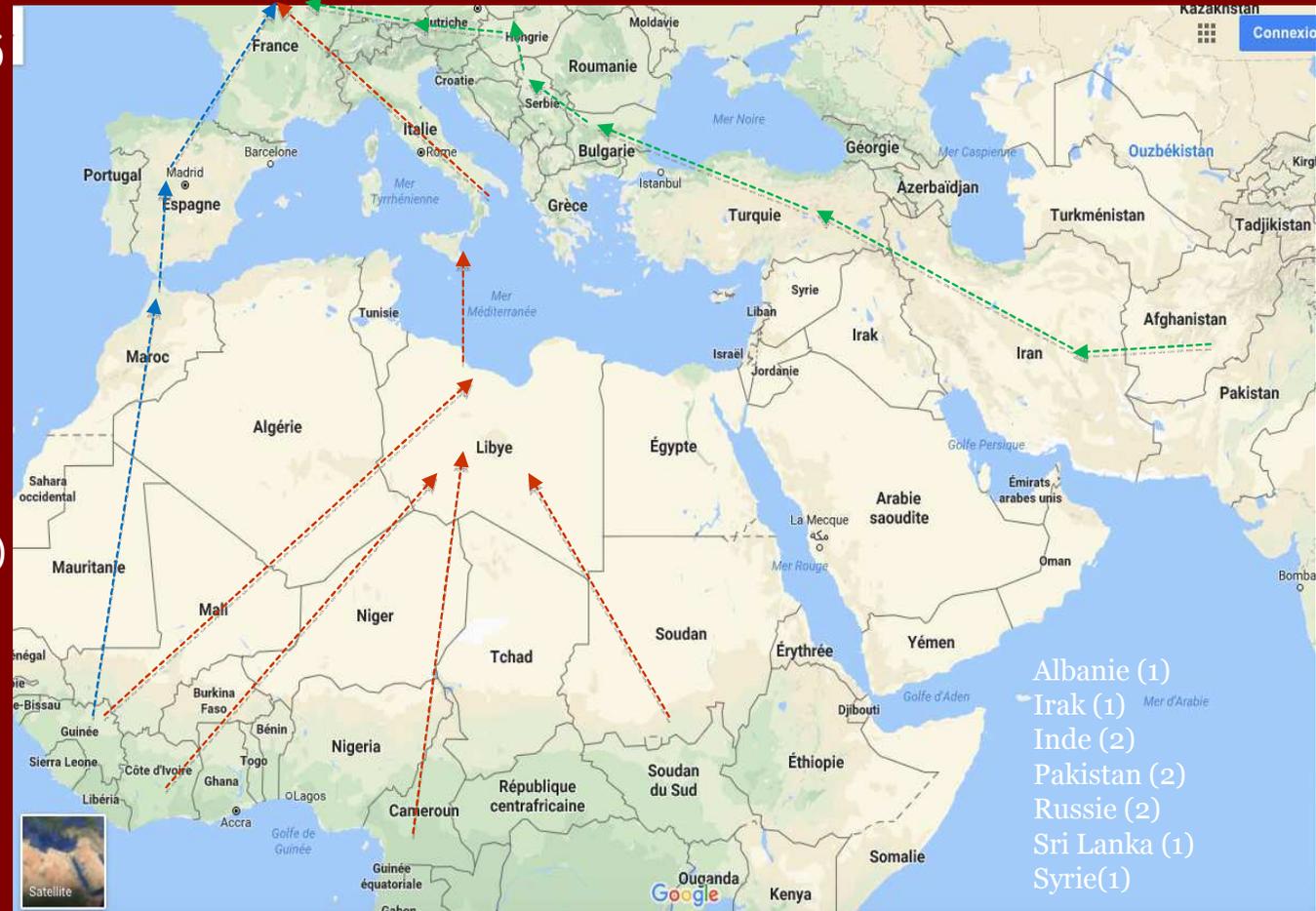
Données Hop. Robert Debré

Neuro-psy	Psychotraumatisme (15), Migraine (8)
ORL/ophtalo	Probable glaucome chronique (1) Surdité post traumatique (1) Mauvais état bucco dentaire (14) Myopie(4)
Rhumato/orthopédie	Arthralgies post traumatiques (6) Sciatique (1)
Autre	Anomalie arc aortique (2) Saturnisme (0) Hémorroïdes grade 3 (1) Grossesse (1)
Recours examens complémentaires	TDM th (4), IRM c (4), Rx os (4), écho abdo (3)
Traitements et nécessité de consultations spécialisées	Traitements: antalgiques (10), Praziquantel (4), AINS (8) Consultations spécialisées: OPH(4) , ORL (2), dentistes (10), ortho (1), psy(5), dermato(3), Cs infectieux (6), viscéral (1) gynécologue(2), hospitalisation (2)
Vaccination	17
Perdus de vue	9

Expérience clinique hôp. Jean Verdier

Passage Lybie: 15
Violences physiques: 15
Violences sexuelles: 1
Incarcération: 8
Travail forcé : 6

Algérie (4)
Comores (2)
Congo (5)
Côte d'Ivoire (6)
Guinée/Guinée Conakry (2)
Egypte (1)
Mali (8)
Maroc (1)
Nigeria (1)
Soudan (2)



Données clinique hôp. Jean Verdier

Nombre de patients	66 (depuis le 9/11/2017)
Ages	3 mois-17 ans, moyenne= 13
Sexe	Filles (12, 3 isolées), garçons (54)
Raison de migration	guerre, économie, éducation, fuir une MSF, fuir mariage forcé (1), fuir violence, orphelins, fuir maltraitance
Durée entre arrivée en France et acquisition d'un logement	de quelques nuits à 12 mois.
Hépatites	VHA: immunisation fréquente VHB: 4 guéries
Parasitoses	Bilharziose(8), giardiase (5), Amibiase (1 symptomatique), autres
Tuberculose	10 ITL(15%) , 3 tuberculoses maladies
Sérologies tétaniques	Immunisées

Données clinique hôp. Jean Verdier

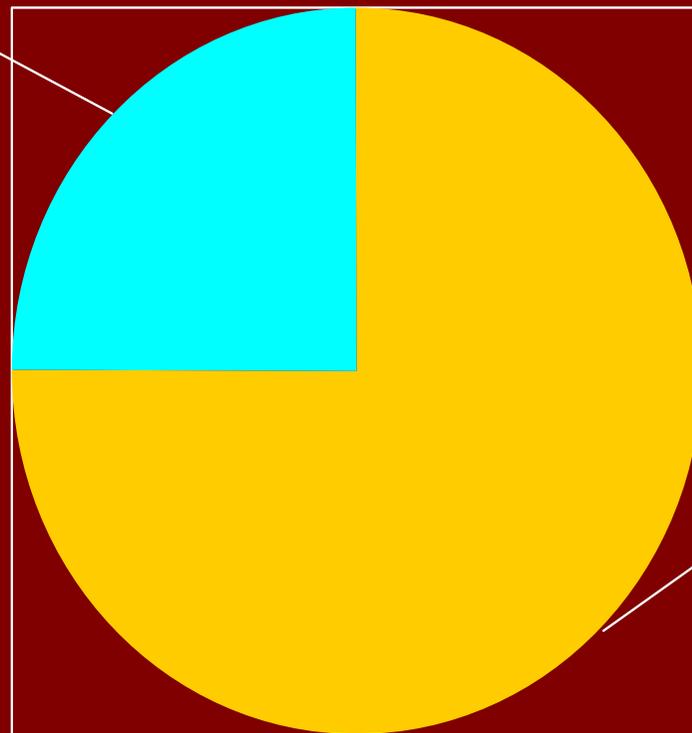
Neuro-psy	Psychotraumatisme (16), Migraines (3) Epilepsie (1) , Syndromes polyalgiques (8)
Dermatologie	Leishmaniose cutanée (1) Abscess superficiel (1) Teigne (1) , Gales (5), Pytiriasis versicolor.
Autre	1 mineur de 4 ans fuyant MSF
ORL/Ophthalmologie	Myopie (2), mauvais état bucco-dentaire (tous)
Recours examens complémentaires	Examens : TDM th, échoR, ETT, Fibrobronchique
Traitements et nécessité de consultations spécialisées	Traitements: Quadrithérapie et bithérapie antiBK, Praziquantel, Griséosulvine Consultations spécialisées: orthopédie (amputation, traumatisme séquellaire), dermatologie, psychiatrie, PASS, odontologie, ophtalmologie Vaccins (tous)
Perdus de vues	5

Enseignement des internes

- Consultations très riches humainement et médicalement
- Dépistage essentiel (beaucoup de pathologies individuelles diagnostiquées)
- Importance majeure en terme de santé publique :
→ vaccins, tuberculose, VHB...

Statut vaccinal enfants adoptés Cs n° 1 < 3 mois / arrivée (n : 474)

Complet
25 %



Incomplet
75 %

Vaccinations du calendrier français

Age	BCG	DTP	C	Hib	HVB	Pnm	ROR	MnC	PapV	
NN	± BCG				± HVB					
1 Mois	BCG									
2 mois	± BCG	DTP	Ca	Hib	HVB	Pnm				
4 mois		DTP	Ca	Hib	HVB	Pnm				
5 mois								MnC		
11 mois		DTP	Ca	Hib	HVB	Pnm				
12 mois					R A T T R A P A G E		ROR 1	MnC		
16-18 mois							ROR 2	R A T T R A P A G E		
6 ans		DTP	Ca							
11-13 ans			DTP	Ca						PapV

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf

Vaccin d'administration + précoce

- **BCG** : dès la naissance (> 1 mois en France)
- **Hépatite B** : dès la naissance
(3 doses : 2 + 1), contrôler Ac
- Faire 4 doses (3 + 1) si mère Ag HBS+
et AG < 32 SA ou PN < 2 kg
- **Rougeole** : 6 mois (ROR)
2^{ème} dose à 12-18 mois



Compléter les vaccinations manquantes

- Hib : une dose suffit entre 12 mois et 5 ans d'âge
- Prévenar[®] : 2 doses à ≥ 2 mois d'intervalle [12 - 23 mois]
- ROR: 2 doses de vaccin à ≥ 1 mois d'intervalle
- Méningo C conjugué : 1 dose entre 5 mois et 24 ans
(Neisvac[®] ou Menjugate[®] ...)
- Hépatite B: 10-15 ans : 2 doses HBVax Pro10 [®] ou
Engérix B 20 [®] à M0 et \geq M6



Règles de base de tout « rattrapage vaccinal » :

- Chaque dose de vaccin donnée compte ;
- Les intervalles minimums de temps entre deux vaccins en primo-vaccination doivent être de 1 à 2 mois (minimum toléré validé : 3 semaines)
- Pour être considérée comme dose de rappel, une dose doit être faite au moins 5 à 6 mois après la dernière dose de primo-vaccination (minimum toléré validé : 4 mois)
- Tous les vaccins peuvent être donnés le même jour ou avec n'importe quel intervalle (sauf deux vaccins vivants viraux : avec plus de 24 h d'intervalle cf Chronovac 2016).

Rattrapage des vaccins chez le non vacciné

Cf Calendrier vaccinal 2017 p

Ag	Doses	Primo vaccination	Rappel 1	Rappel 2
1 – 5 ans				
DTPCa	3	m 0: DTPCa Hib HVB	m 8-12 : DTPCa HVB	à 6 ans ou > 2 ans de R1: DTPCa
Hib	1	m 2: DTPCa HVB		
HvB	3			
Pnm13	2	à 2 m. d'interval. si < 2 ans		
ROR	2	à > 1 m. d'intervalle		
Méningo C	1			
6 – 10 ans				
DTPCa	3	m 0: DTPCa HVB	m 8-12: DTPCa HVB	à 11-13 ans ou > 2 ans de R1: DTP
HVB	3	m 2: DTPCa HVB		
ROR	2	à > 1 m. d'intervalle		
Méningo C	1			
≥ 11 ans				
DTPCa	3	m 0 + m 2 : DTPCa	m 8-12: DTPCaHVB	dTP à 25 ans puis / 20 ans
HVB, PapV	2	m 0 + m 6: HVB, PapV		
ROR	2	à > 1 m. d'intervalle		
Méningo C	1			

Un cumul de facteurs de vulnérabilité des mineurs isolés à la 1^{ère} cs



- 2/3 des enfants sans protection maladie
- 1/8 n'a pas mangé à sa faim pdt les 3 jours précédant la consultation
- 1/4 n'a pas de proche avec qui partager ses émotions
- 1/10 n'a pas d'accompagnateur pour ses démarches

Points importants

- Assurer la Protection Maladie
→ adresser A.S. (PASS) / C.R.I.P.
- Considérer les facteurs de vulnérabilité :
 - isolement psycho-familial
 - condition socio-économique précaire,
 - statut immunitaire (vaccinal) déficient
 - statut nutritionnel déficient
 - contexte épidémiologique rencontré (environnement)
 - système de santé insuffisant du pays d'où ils viennent.

Points importants

- Les enfants migrants représentent peu de risque sanitaire pour la population autochtone
 - risque de stigmatisation !
 - les infections fréquentes :
 - VHB: aborder la sexualité et la vaccination
 - Parasitoses intestinales, schistosomoses + rare: Palu ...
 - Tuberculose
- Considérer les pathologie non contagieuses fréquentes:
 - Psychotraumatismes (dépression masquée...)
 - à dépister et aborder de potentielles violences subies
 - Parcours & vie en France
 - à ne pas sous estimer chez les mineurs accompagnés
 - malnutrition
 - anémie



Prise en charge sanitaire des enfants migrants

- L'attention et les services sanitaires à offrir sont difficilement systematisables, outre un **bilan clinique et biologique** minimal à préciser par des études bénéfice / cout ...
- **individualiser l'écoute** (interprète pro ++),
les dépistages
et les prises en charges
des caractéristiques de chaque enfant et de son parcours migratoire.
- **Assurer un lien de continuité avec PEC psycho-éducative + sociale** (compte-rendu , carnet de santé et de vaccinations (numérisé ?))

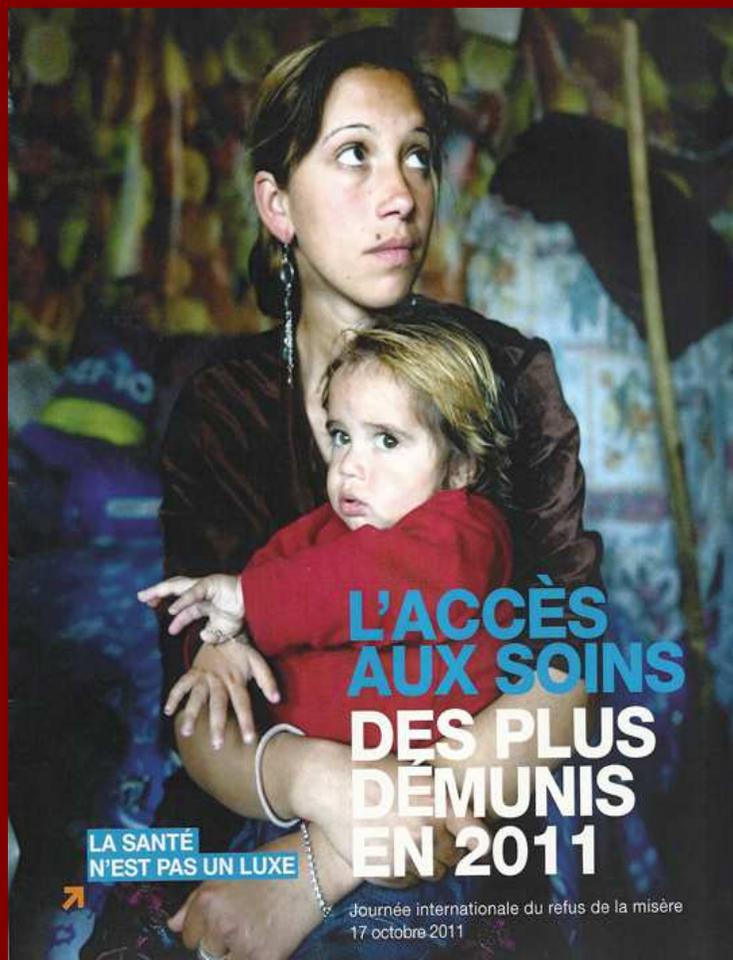


Bibliographie

- Santé des migrants. Colloque_21/10/2011_Paris SPE, MDM,Comede.
- Rapport Comède 2015 Comité pour la santé des exilés www.comede.org
- Santé et recours aux soins des migrants en France BEH 2012. N° 2-3-4
- Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C et al. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. BEH 2017 ; 19_20 : 389-95
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html
- Monpierre O et al. Etat de santé Mineurs isolés étrangers en Gironde 2011-13 B.P.Exo. 2016.109_99-106
- Péaud C. Etat de santé Mineurs non accompagnés PEC Angers. 2014-15. (sous presse)
- Monge-Maillo B et al. Imported infectious diseases in mobile populations, Spain. Emerg. Inf. Dis. www.cdc.gov. 2009;15:1745-52
- Barnett E et al. Spectrum of illness in international migrants seen at geosentinel clinics in 1997-2009 : part1 CID 2013: 56:913-924
- Mc Carthy A et al. Spectrum of illness in international migrants seen at geosentinel clinics in 1997-2009 : part1 CID 2013: 56:925-933
- Karki T. Screening for infectious diseases among migrants in EU-EEA countries-varying practices but consensus on the utility of screening. Int J Envir Res Pub Health 2014_11_11004-1
- Infectious-diseases-of-specific-relevance-to-newly-arrived-migrants-in-EU-EEA_ecdc ter 2015
- ISSOP Position Statement on Migrant Child Health 2017□01□30.doc www.issop.org



Merci de votre attention et de vos questions



freedso@gmail.com