

SANTÉ DES ENFANTS MIGRANTS

Dossier élaboré selon les conseils scientifiques du Dr Frédéric Sorge

Service de pédiatrie et de maladies infectieuses, consultations adoption et enfants migrants, permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Necker-Enfants malades et hôpital Robert-Debré, Paris, France, Groupe de pédiatrie tropicale de la Société française de pédiatrie

frederic.sorge@aphp.fr

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.



© ADOBESTOCK

Une population vulnérable sujette à des troubles variés

Les enfants migrants forment une population vulnérable et hétérogène estimée à 70 000 en France. Ils sont exposés à des conditions de vie défavorables, incluant le vécu de violences, la précarité socio-économique et un accès limité à la santé et à l'éducation. Isolés ou accompagnés de pairs ou de parents, ils ont des besoins nutritionnels, socio-éducatifs, d'hébergement et de santé qu'il est important d'identifier et de prendre en charge dans le cadre d'un réseau socio-psycho-médico-éducatif. Afin d'établir une relation de confiance et de faciliter la communication d'informations sanitaires, il est recommandé d'avoir recours à un interprète professionnel. Des troubles comportementaux et psychologiques sont observés dans près d'un cas sur deux. Les troubles précoces du neurodéveloppement sont plus fréquents chez ces enfants en comparaison des autres groupes. Les pathologies somatiques les plus souvent observées sont liées à la malnutrition, aux carences, aux toxiques et aux infections.

SOMMAIRE

- ▶ P. 960 Comprendre et prendre en charge les troubles psychiques des enfants migrants
- ▶ P. 965 Troubles d'adaptation psychosociale chez des enfants adoptés à l'international
- ▶ P. 966 Pathologies somatiques affectant les enfants migrants ▶ P. 970 Bilan initial et premières mesures
- ▶ P. 974 Addictions chez les mineurs isolés : retour d'expérience de l'hôpital Robert-Debré
- ▶ P. 978 Structures d'accueil en France ▶ P. 982 Mutilations génitales féminines ▶ P. 985 10 messages clés

Comprendre et prendre en charge les troubles psychiques des enfants migrants

Face aux multiples vulnérabilités, savoir mobiliser les ressources

Sevan Minassian¹,
Marie Rose Moro²

1. Pédo-psychiatre, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, AP-HP, hôpital Cochin, Maison de Solenn, unité Inserm 11-78, Paris, France

2. Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service de la Maison de Solenn, Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, unité Inserm 11-78, Paris, France

sevan.minassian@aphp.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

La migration et ses conséquences sur la santé mentale sont de mieux en mieux connues. Ces dernières années, les familles migrantes et leurs enfants ainsi que les migrants mineurs non accompagnés (MNA) ont fait l'objet de recherches dans les pays concernés par leur accueil, afin d'anticiper leurs besoins en matière de santé publique et d'identifier des profils de vulnérabilité éventuels. En effet, parmi les migrants qui fuient leur pays d'origine et se réfugient dans un pays hôte, plus de 41 % ont moins de 18 ans.¹

Des troubles psychiatriques plus fréquents

Il a été démontré que la prévalence des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent est de 20 % en moyenne.² Les études qui s'intéressent à la santé mentale (et non à la souffrance psychique exprimée) trouvent des résultats en matière de bien-être encore plus alarmants. À titre d'exemple, le mal-être des adolescents dans le monde peut atteindre jusqu'à 25 % d'une classe d'âge en fonction des critères utilisés.³ Ces taux très élevés sont retrouvés également en France, oscillant entre 10 et 20 % en fonction de l'âge. De plus, ils ont été aggravés par la pandémie de Covid-19 et ses effets sur les parents et les enfants.

De nombreuses études soulignent une prévalence plus élevée de certains troubles psychiatriques parmi les enfants et adolescents réfugiés, avec 19 à 36 % d'états de stress post-traumatiques (ESPT) et 3 à 9,4 % de dépression, ainsi que des risques importants d'automutilation, corrélés à des niveaux de stress élevés.⁴ Il est cependant important de souligner qu'une majorité de migrants n'a pas de troubles psychiatriques et mobilise de grandes modalités d'adaptation et des ressources insoupçonnées face aux événements adverses traversés au cours de la migration. Par ailleurs, il n'existe pas de pathologie psychiatrique spécifique de la migration.⁵

Cependant, ces données s'inscrivent dans des contextes politiques et socio-historiques profondément marqués par une méfiance accrue vis-à-vis des migrants, un durcissement des conditions d'accueil, ainsi que la multiplication des obstacles et des dangers sur le chemin de leur exil (les morts de la traversée de la Méditerranée

et de la Manche, l'encampement des frontières de l'Europe, la sous-traitance de la gestion des migrants par des pays tiers...).

Des facteurs de vulnérabilité psychique avant, pendant et après la migration

L'impact de la migration sur la santé psychique des familles migrantes dépend de plusieurs facteurs qui concourent à un vécu plus ou moins difficile de cette épreuve : les raisons de la migration, la mobilisation dans la perspective du projet migratoire, les conditions socio-économiques de la famille et de la communauté d'appartenance, les conditions socio-économiques générales dans le pays d'accueil, ainsi que l'histoire qui préfigure la migration.

L'influence des raisons de la migration

Lors de la phase prémigratoire, les migrants peuvent avoir vécu des événements adverses ou traumatiques. Il peut s'agir de persécutions, de torture, de guerre, de deuils de proches dans un contexte de guerre ou de meurtre, d'exposition à des scènes horribles ou de violences physiques et/ou sexuelles, de catastrophes naturelles, de crises socio-économiques, etc. Visant un groupe ou une communauté, certaines de ces violences peuvent disloquer les familles et créer des situations d'insécurité.

La décision de partir donne lieu à des pertes et des renoncements douloureux, qu'elle soit planifiée ou bien qu'elle engage la survie, occasionnant parfois une fuite sans retour possible.

Le voyage peut être particulièrement éprouvant

Durant le voyage, qui peut durer des années, les enfants et adolescents migrants, notamment les mineurs non accompagnés, sont particulièrement exposés à des événements pouvant mettre en jeu leur vie, ainsi que leur intégrité physique et sexuelle. Les traumatismes, notamment lorsqu'ils sont multiples et intentionnels, peuvent concourir au développement d'une forme particulière de trouble psychiatrique, l'état de stress post-traumatique complexe. Les deuils et les pertes symboliques ou réelles peuvent par ailleurs être des facteurs de risque de développer une dépression.

De nombreuses difficultés à l'arrivée

Les épreuves de la migration ne s'arrêtent pas à l'arrivée dans le pays hôte : le vécu post-migratoire peut s'avérer violent et difficile, teinté de racisme, d'hostilité et de discriminations diverses. Les démarches administratives s'avèrent souvent complexes, amenant les migrants à devoir prouver qu'ils ne sont pas des criminels ou des fraudeurs et remettant en question leur vécu. Par la suite, les incertitudes concernant leur statut légal impactent des conditions sociales plus ou moins précaires (logement instable et interdiction de travailler pour les parents). Enfin, un moindre accès à des soins médicaux d'urgence ou de routine est un facteur important de vulnérabilité psychique. La qualité de l'accueil est donc déterminante pour le bien-être des enfants migrants et de leur famille. Il importe, pour prendre en compte ces différents niveaux de risque, de faire la part des choses entre le culturel, le psychologique, le social (les contextes de précarité) et le politique (effets du non-accueil, de l'histoire coloniale et des discriminations). Une situation d'exclusion ou de non-droit doit être reconnue afin que la souffrance et les difficultés soient pensées comme une contrainte externe immédiate, une cause sociale ou politique et non comme une donnée psychologique ou culturelle. Une famille persécutée dans son pays d'origine peut légitimement se sentir menacée. Un contexte de très grande précarité sociale peut occasionner un sentiment de relégation ou d'abandon. L'environnement social concret doit donc être pris en compte sérieusement dans l'analyse de la situation des enfants migrants pris en charge.

Prendre en charge la famille dans son ensemble

Dans les lieux qui accueillent beaucoup de réfugiés, qu'on appelle aussi exilés, les familles qui consultent ne sont pas toujours « traditionnelles » dans le sens où nous l'entendons. Les membres de la famille ont migré ensemble et n'ont pas toujours à leur disposition des théories culturelles qui donnent du sens au désordre qui les habitent. Leur souffrance (à la fois celle du trauma et celle de l'exil) apparaît comme un non-sens absolu. Par ailleurs, les violences endurées sont « genrées », souvent au détriment des femmes. Dans ces situations, la culture d'origine ne peut pas être valorisée, car c'est la violence culturelle qui est fuie.

Il en va de même pour certains jeunes, lorsqu'ils fuient des logiques familiales violentes ou maltraitantes. Dans ces situations, il est nécessaire de trouver des modalités de récits et de reconnaissance des violences et des traumas qui permettent aux familles d'effectuer ce travail de figuration. Cela peut aussi passer par une reconnaissance des événements traumatiques vécus et de leurs effets lorsque des soins plus spécifiques ou un recours à des associations d'aide aux victimes sont envisagés, avec la rédaction d'un certificat ou d'un courrier médical. Il est possible d'utiliser, si besoin, dans un second temps, le matériel culturel. Parfois les niveaux traumatiques et culturels sont très intriqués, ce qui rend le maniement

des leviers culturels plus difficile, car alors tout ce qui est culturel est menaçant. Dans ce cas, il vaut mieux se servir d'espaces intermédiaires créatifs et multiples (créations, dessins, photographies, objets, souvenirs) qui s'appuient sur les compétences des familles et des enfants.

Il est important de rendre figurable ce que chacun des membres de la famille a vécu, de nommer la violence et de la qualifier de telle sorte qu'il n'y ait pas de doute sur le vécu (« *cela a bien existé* », « *c'est criminel* », « *c'est injuste* », etc.) et parfois aider le récit traumatique en faisant écho à d'autres récits traumatiques (« *d'autres familles nous ont expliqué que...* ») ou encore témoigner d'un événement de guerre ou d'un trauma grave sous une forme élaborée (« *je me souviens d'avoir entendu parler de...* »). Une lecture courte d'un conte ou d'un texte peut aussi aider à nommer les événements autrement. Il est parfois possible de requalifier le trauma en le plaçant dans une posture marquée par le courage ou la résistance à l'adversité. En effet, les familles (comme les individus) craignent qu'on ne les croie pas (surtout s'ils sont déboutés de leur demande d'asile) ou bien craignent de « contaminer » les soignants avec leurs expériences douloureuses ; plus souvent, ils ont simplement honte. Des récits transgénérationnels peuvent émerger, comme le génocide pour les Arméniens. Les enfants sont toujours très intéressés par ces récits qui les rattachent à ce qu'ont vécu leurs parents ou leurs ancêtres.

Parfois, toute la famille n'a pas encore migré. Il reste des membres qui endurent les souffrances et violences que les patients ont fuies. Ces personnes restent dans une forme de douleur groupale : ils se sentent membres du même corps. Il faut alors ménager une place importante aux membres de la famille restés ou en chemin. Écouter leur parole, portée par ceux qui sont là, avec l'idée que l'apaisement n'est pas possible sans cela.

Le traumatisme de l'exil est vécu différemment selon l'âge

Face à un enfant ou un adolescent qui vient d'arriver, un paramètre supplémentaire doit être intégré, le vécu potentiellement traumatique de l'exil pour l'enfant qui fait lui-même le voyage. Ce traumatisme est ressenti directement par l'enfant mais surtout indirectement par le biais des parents. Les adultes sont déstabilisés par cet événement qui, même lorsqu'il est choisi, entraîne des ruptures entre les mondes internes et externes. Ils transmettent cette rupture à l'enfant par leur manière d'être avec lui. Selon l'âge, l'enfant exprime ses doutes, voire, dans certains cas, son traumatisme de manière différente.

Avant 3 ans, des signes fonctionnels et psychosomatiques

Chez l'enfant en dessous de 3 ans, il s'agit essentiellement d'expressions fonctionnelles et psychosomatiques que l'on doit identifier et relier au voyage ou à

un éventuel événement traumatique (vomissements, insomnie et cauchemars, anorexie, douleurs abdominales). Ces symptômes peuvent impacter le développement psychomoteur, provoquer des états d'apathie ou d'agitation, des peurs irraisonnées et des troubles des fonctions instinctuelles. Lorsque les événements traumatiques ont eu lieu après l'âge de 18 mois, il est possible d'observer des symptômes de reviviscence, par le biais de la pensée et des jeux symboliques. Après avoir éliminé une cause organique, il convient d'établir un cadre rassurant pour la famille et l'enfant dans lequel le désarroi et la douleur puissent se dire. Il faut se garder d'être trop interventionniste, mais simplement proposer aux parents des possibilités d'accompagnement en respectant leurs propres manières de penser et de faire.

Entre 3 et 6 ans, laisser le temps de l'adaptation

De même, pour l'enfant entre 3 et 6 ans, en général non scolarisé dans le pays d'origine, le traumatisme s'exprime de façon essentiellement somatique : douleurs abdominales, vomissements et tout un cortège de symptômes fonctionnels (céphalées, douleurs abdominales), conduites d'évitement, phobies, troubles du sommeil, anxiété de séparation mais aussi régressions transitoires (pleurs, colères, énurésie et/ou encoprésie secondaires, perte de certaines acquisitions antérieures langagières ou comportementales). Cela peut également prendre la forme de comportements de jeux ou de dessins répétitifs. Ici encore, il convient, après un bilan somatique, de laisser le temps à l'enfant de s'adapter à ce nouveau monde. L'entrée à l'école maternelle est nécessaire, mais elle doit être faite sans précipitation et de manière très progressive. Il faut faire attention, en effet, de ne pas ajouter, à la rupture de l'exil, une rupture d'avec la famille et en particulier la mère. Si l'immersion est brutale, cela compromet l'entrée de l'enfant dans ce nouveau monde.

À partir de 6 ans, des expressions pathologiques sur le plan psychique

Pour l'enfant au-delà de 6 ans, en général scolarisé dans son pays d'origine, la pathologie s'exprime essentiellement sur le plan psychique par deux types de réaction qui parfois coexistent de manière paradoxale :

- une sidération psychique, des niveaux de stress élevés ou des troubles attentionnels qui se traduisent parfois par une impossibilité ou un retard dans l'apprentissage de la langue française et une difficulté à investir le monde extérieur ;
- une excitation psychique, une agressivité et des troubles des conduites dès que l'enfant est dans le monde extérieur et tout particulièrement à l'école. Ceci doit être corrélé avec son anxiété devant l'inconnu et l'étranger ainsi que le sentiment de vague hostilité qu'il en nourrit. À ces réactions s'ajoutent parfois des cauchemars répétitifs où la même scène apparaît de manière terrifiante : un avion qui s'écrase, sa mère qui meurt...

Une sensibilité exacerbée à l'adolescence

Les adolescents sont quant à eux très sensibles aux traumas de l'exil et à la perte de leurs groupes de pairs. Ils l'expriment par leur corps, leurs comportements parfois inhibés, parfois provocants, et par des affects dépressifs. En cas de souffrance psychique, ils peuvent avoir des conduites transgressives, des comportements à risque, auto- ou hétéro-agressifs (scarifications, tentatives de suicide, agressivité vis-à-vis des pairs ou des membres de la famille) et abuser de substances toxiques (alcoolisations aiguës, benzodiazépines, cannabis...). Ces symptômes témoignent de réactions ou de tentatives de faire face à des états de détresse, des symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation, parfois même vécus de transe ou de possession) ainsi que des sensations de vide intérieur, d'émoussement des affects ou de détachement.

L'école doit s'appuyer sur les ressources du jeune

L'école suppose toujours une certaine transformation des enfants pour s'adapter aux contraintes des apprentissages ; c'est forcément un processus empreint de violence et de séparation d'avec le milieu d'origine des enfants si ce milieu est différent de l'école sur le plan linguistique, social ou culturel. Mais si cette violence tend à l'effacement de l'histoire des enfants, de leur langue maternelle, de leurs attaches, de leurs appartenances, c'est alors un appauvrissement pour eux, qui doivent renoncer à une partie d'eux-mêmes pour apprendre à l'école, et ce de manière définitive ou presque, dans la mesure où ils auront intériorisé que cette partie d'eux-mêmes est mauvaise, inutile, voire néfaste. Or cela est non seulement faux mais aussi humiliant et susceptible d'aboutir à des malentendus, à des inhibitions, à des difficultés à apprendre et à habiter le nouveau monde. L'école est alors pour eux un lieu qui secrète de la souffrance, du doute et une expérience de perte des rêves et illusions de réussite individuelle et collective.

À l'école, il est nécessaire de s'appuyer sur les ressources du jeune. Il arrive fréquemment que les professionnels s'interrogent sur les compétences d'un enfant qui peine à parler français et souhaitent rapidement s'appuyer sur des tests psychométriques pour déterminer une réorientation scolaire. Il est nécessaire, quand cela est possible, de solliciter un interprète ou un médiateur culturel. Certains tests étant faussés dans ces contextes précis, il existe par ailleurs des outils pour évaluer les compétences des enfants possédant au moins deux langues et comprendre leur parcours langagier.

L'évaluation langagière pour allophones et primo-arrivants (ELAL) d'Avicenne permet, par exemple, de valider ou d'invalider une inquiétude par rapport au langage et de réorienter vers d'autres hypothèses chez un enfant qui peine à parler français.⁶ En clinique, elle peut contribuer au diagnostic chez un enfant bilingue

présentant des difficultés de parole et de langage et être le point de départ d'une réflexion avec la famille autour de la transmission ou de ses empêchements.

Lorsque le jeune n'est pas accompagné par ses parents

Pour les mineurs non accompagnés (MNA), par exemple, on ne peut pas s'appuyer directement sur la famille ; il faut donc aider davantage le jeune à construire le récit de son parcours. Cette histoire doit être différenciée de celle qui a été donnée aux travailleurs sociaux, juges, inspecteurs... pour que le jeune comprenne que le but n'est pas la vérification de son âge (savoir si le jeune est mineur ou non, ce qui conditionne l'accès à l'aide sociale), de son parcours, ni de la véracité de son discours. S'il ne peut pas tout reconstituer seul, ce qui est fréquent, on tente de l'imaginer avec lui. On s'appuie sur la personne qui l'accompagne (thérapeute, travailleur social, membre bienveillant de la communauté) pour tout ce qui concerne l'histoire vécue depuis son arrivée dans le pays d'accueil. Il est nécessaire de soutenir le récit du jeune en proposant des manières d'être, de comprendre et de faire qui soient ancrées dans le collectif, qui appartiennent à l'adolescent et à sa famille ou qui existent dans d'autres familles ou d'autres parties du monde. Il s'agit d'autoriser l'adolescent à utiliser ses propres manières de penser et de faire, et de donner une place à l'altérité, afin de favoriser les métissages et soutenir l'identité narrative du jeune. Quelle que soit la situation, la présence d'un interprète ou d'un médiateur (le médiateur assure des liens concrets entre le monde culturel interne et le cadre culturel externe ou en cours d'intériorisation) s'avère importante.

Des supports narratifs peuvent être utilisés pour faciliter l'émergence d'un récit chez ces jeunes. En effet, pour les adolescents qui ont appris souvent à se taire pour se protéger, le statut de la parole est particulier ; parler peut présenter un risque ou déterminer leur avenir. Il ne faut pas négliger le risque de « retraumatiser » le jeune si celui-ci se sent « forcé » à raconter, il faut donc à tout prix éviter un récit contraint, frontal et trop prématuré des événements traumatiques.⁷ Il est possible de tourner autour de ce récit sans se centrer sur les moments traumatiques. Il convient de travailler sur la relation entre le jeune et son référent éducatif (quand il en a un) pour renforcer cette relation et permettre qu'un projet adapté puisse se mettre en place.

Adapter les modalités de prise en charge

Les difficultés réactionnelles liées au traumatisme et à ses conséquences, à l'anxiété qui en découle, à des mouvements dépressifs doivent être repérées dans le dispositif de soins primaires, puis l'enfant peut bénéficier de l'orientation adéquate.

Maintenir la présence à l'école avec un accompagnement adéquat

Dans un premier temps, il est important de maintenir l'enfant à l'école en proposant, pour les situations les plus bruyantes, un suivi de l'enfant et de sa famille. Le psychologue de l'Éducation nationale, au sein même de l'école, peut être un médiateur très intéressant dans la mesure où cette pathologie de l'enfant, réactionnelle à un événement traumatique identifié, s'apaise en général rapidement pour peu qu'on la repère comme telle. Ce suivi peut aussi être fait par un pédiatre ou un psychiatre extérieur à l'école et toujours en ambulatoire. Le recours à une prise en charge hospitalière doit ici rester limité aux situations graves car il est souvent vécu par les familles nouvellement arrivées comme une violence du fait de la méconnaissance des manières de faire de la psychiatrie occidentale. Dans ce cas, une prise en charge brève dans un cadre de soins sensible aux contextes transculturels peut être nécessaire. Le recours au spécialiste doit permettre de créer un espace d'étayage suffisant pour que le traumatisme de la migration puisse s'élaborer par le récit de l'histoire de la famille, par des jeux ou des dessins avec l'enfant.

Éviter les ruptures

Il faut à tout prix éviter tout acte qui provoquerait une nouvelle rupture (hospitalisation intempestive, placement en urgence non motivé par un danger immédiat, exclusion de l'école).

La prise en charge de l'enfant doit se faire en lien avec la famille. Il est parfois nécessaire de décrypter pour les parents les réactions de leur enfant, afin de leur permettre de comprendre ses symptômes. Parfois, il faut prendre en compte la culpabilité ou l'impuissance des parents, voire ceux de l'éducateur ou de l'adulte référent s'il s'agit d'un mineur non accompagné. Les symptômes de l'enfant peuvent aussi se répercuter sur le parent, qui peut lui-même avoir des troubles psychiques, notamment un état de stress post-traumatique.

Prendre en compte la détresse des parents

Enfin, la prise en compte de la détresse des parents est primordiale pour soutenir leur capacité à protéger leurs enfants ; ces derniers ont des besoins physiques et émotionnels qui peuvent être impactés lorsque l'un des parents est affecté par un trouble psychique. Cela dépend de leur âge et de leur stade de développement : pour le nourrisson, la relation dyadique avec une mère qui a un ESPT est à risque élevé d'aboutir à un attachement insécure.⁸ Par ailleurs, l'ESPT post-migratoire d'un parent est associé à des comportements plus sévères du parent et des difficultés émotionnelles et de conduite de l'enfant. Ainsi, que ce soit à la suite d'un événement traumatique partagé par le parent ou l'enfant ou en conséquence d'un trouble chez un des deux parents, les interactions entre l'enfant et le parent, ainsi que sa capacité de contenance peuvent être affectées. Par la suite, cela peut aboutir à des états de stress post-traumatique complexes.

Tous ces éléments sont donc à prendre en compte lorsque l'enfant vient d'arriver. Pour le reste, la conduite à tenir est la même que devant un enfant ou un adolescent né en Europe.

Faciliter l'accès au soin

Pour bien accueillir ces enfants, il faut enfin que la famille ait un lieu de vie décent, que l'enfant puisse aller à l'école et accéder à des soins. Or la littérature internationale retrouve une sous-utilisation du système de santé pour les enfants de migrants. Les enfants et les familles migrantes se heurtent à des obstacles pour accéder aux services de santé, quels que soient le pays d'accueil et l'organisation des services.¹⁰ Par ailleurs, de nombreuses familles de migrants ont leurs propres modèles explicatifs de la santé et de la maladie mentale, qui peuvent différer sensiblement de ceux du système de soins de santé.

Les difficultés d'accès aux soins peuvent être dues à des facteurs liés aux patients : un passé d'expériences négatives avec les professionnels de la santé, des points de vue divergents des modèles biomédicaux occidentaux sur la santé, des croyances fatalistes et la stigmatisation des troubles mentaux. D'autres facteurs appartenant aux cliniciens qui les rencontrent contribuent à ces différences

de traitement telles que les préjugés, les stéréotypes, l'incertitude dans la prise de décision clinique et la communication. Il faut reconnaître l'effet sur les soignants de la différence de l'autre et de ses manières de penser et de faire, et admettre que cela fait (nécessairement) réagir les professionnels de santé : c'est ce que l'on appelle le contre-transfert culturel. En le reconnaissant, il est possible de l'élaborer et le transformer pour qu'il n'empêche pas de prendre soin d'une famille venue d'ailleurs.

Des soins complexes mais efficaces

Les soins aux enfants migrants sont plus complexes, du fait d'une information insuffisante aux familles et des difficultés d'alliance avec elles, des difficultés à accéder aux « blessures invisibles »¹¹ et des erreurs diagnostiques possibles, d'un moindre accès aux soins des enfants et d'une observance moins bonne, de prises en charge plus longues et moins efficaces et d'une plus grande proportion d'échecs thérapeutiques que pour les enfants autochtones. Néanmoins, certaines études montrent les bonnes capacités de résilience des enfants migrants, susceptibles de trouver des stratégies de survie¹² si on les aide à maîtriser les risques qu'ils encourent. 

RÉSUMÉ COMPRENDRE ET PRENDRE EN CHARGE LES TROUBLES PSYCHIQUES DES ENFANTS MIGRANTS

La prévalence de certains troubles psychiques (état de stress post-traumatique, dépression) est plus importante chez les enfants migrants. Les niveaux de stress élevés et les facteurs de vulnérabilité avant, pendant et après la migration jouent un rôle important dans l'apparition de ces troubles. L'expression clinique de la souffrance psychique est volontiers fonctionnelle avant l'âge de 6 ans. Pour l'enfant de plus de 6 ans, les symptômes psychiques impactent la scolarité et les modalités d'interaction sociale. L'école doit s'appuyer sur les ressources de l'enfant et éviter absolument

d'invalider les acquis du milieu culturel d'appartenance. L'accès aux soins doit être facilité, avec une prise en charge prudente, en évitant les ruptures et en tenant compte des manières de faire différentes face à la souffrance. Quand cela s'avère nécessaire, l'intervention d'un interprète ou d'un médiateur culturel doit être favorisée dans les échanges avec le jeune comme avec sa famille.

SUMMARY UNDERSTANDING AND DEALING WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS OF MIGRANT CHILDREN

The prevalence of certain psychological disorders (post-traumatic stress disorder, depression) is higher among migrant children. High

stress levels and vulnerability factors before, during and after migration play an important role in the development of these disorders. The clinical expression of psychological suffering is usually functional before the age of 6. For children over the age of 6, psychological symptoms have an impact on schooling and social interaction. The school must rely on the child's resources and absolutely avoid invalidating the achievements of the cultural environment to which the child belongs. Access to care must be facilitated with careful management, avoiding disruption and taking into account the different ways of dealing with suffering. When necessary, the intervention of an interpreter or a cultural mediator should be encouraged in exchanges with the young person and his/her family.

RÉFÉRENCES

1. HCR Global Report. Tendances mondiales 2020 du HCR. 2020 (18 juin 2021). www.unhcr.org/fr/apercu-statistique.html
2. OMS. Santé mentale des adolescents 2020. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
3. Moro MR, Brison JM. Pour le bien-être et la santé des jeunes. Paris: O. Jacob 2019.
4. Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in european countries: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiat* 2019;28:1295-310.
5. Baubet T, Moro MR. Psychopathologie transculturelle. Paris: Elsevier Masson 2013; 274 p.
6. Rezzoug D, Bennabi-Bensekhar M, Moro MR. L'Elal d'Avicenne. Le premier outil transculturel d'évaluation des langues maternelles des enfants allophones et primo-arrivants. *L'Autre* 2018;19(2):142-50.
7. Minassian S, Touhami F, Radjack R, Baubet T, Moro MR. Les détours du trauma lors de la prise en charge des mineurs isolés étrangers. *Enfances & Psy* 2017;74(2):115 25.
8. van Ee E, Kleber R, Jongmans M, Mooren T, Out D. Parental PTSD, adverse parenting and child attachment in a refugee sample. *Attachment & Human Development* 2016;18(3):273-91.
9. Saunders NR, Gill PJ, Holder L, Vigod S, Kurdyak P, Gandhi S, et al. Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada: A population-based study. *CMAJ* 2018;190(40):E1183 91.
10. Moro MR, Radjack R. Vers une équité en santé mentale pour les enfants de migrants : propositions transculturelles. Académie nationale de médecine 2022. www.academie-medecine.fr/vers-une-equite-en-sante-mentale-pour-les-enfants-de-migrants-propositions-transculturelles/
11. Baubet T, Saglio-Yatzimirsky MC. Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles. *La santé en action* 2021;455:15-9.
12. Rutter M. Annual research review: Resilience - Clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2013;54(4):474-87.

Troubles d'adaptation psychosociale chez des enfants adoptés à l'international

Suicide, maladie psychiatrique et inadaptation sociale chez des enfants adoptés de l'étranger ont été analysés en Suède dans une étude de cohorte rétrospective. Celle-ci a été menée sur 11 320 enfants adoptés en Asie ou en Amérique latine.¹ Son objectif principal était d'évaluer le risque de survenue à l'adolescence de troubles d'adaptation psychosociale (condamnation pour fait de délinquance), d'addiction à des substances psychoactives (hospitalisation pour abus d'alcool), de troubles psychiatriques (ayant nécessité une hospitalisation), de suicide et de tentatives de suicide. La population étudiée était composée d'enfants adoptés avant l'âge de 7 ans (nés entre 1970 et 1979) en Asie (n : 8700) ou en Amérique latine (n : 2620). Ses caractéristiques étaient comparées à celles de trois groupes :

- des enfants de la population générale nés en Suède de parents suédois (n : 853 419) ;
- leur fratrie née en Suède (n : 2 343) ;
- des enfants immigrés arrivés avant leur septième année nés en Asie ou en Amérique latine (n : 4 600).

Cette étude a été réalisée sur les données du registre national suédois de la population, du recensement de la population de 1985, du registre des hospitalisations et du registre des actes judiciaires (1986-1995).

Il en ressort que les adolescents adoptés en Asie (Corée, Inde) et en Amérique latine (Colombie) ont un excès de risques significatif (multiplié par 3 ou 4) d'avoir des troubles de l'humeur de type dépressif, accompagnés parfois de tentatives de suicide effectives, de comportements délictueux, d'abus d'alcool (multiplié par 2,6) par rapport aux enfants suédois du même âge, dont leur fratrie. Mais certains de ces risques ne sont pas différents de ceux des enfants migrants qui étaient originaires des mêmes continents (Asie ou Amérique du Sud).

Les adolescents immigrés avaient un peu moins de risques de présenter des troubles psychiatriques et un peu plus de rencontrer des difficultés d'adaptation psychosociale que les adolescents adoptés (analyse stratifiée par âge, sexe, niveau socio-économique et antécédents des parents). La discrimination et les préjudices vis-à-vis de jeunes qui n'ont pas l'apparence de personnes d'origine suédoise sont présentés par les auteurs comme les facteurs de risque principaux pouvant expliquer les sur-risques comparables de ces deux groupes d'adolescents. Les micro-agressions vécues par ces enfants affectent l'estime de soi et la construction identitaire.

Une des limites de cette étude est que la discrimination et le racisme au

sein du système judiciaire suédois pourraient avoir biaisé les résultats. Il faut considérer que ces données datent d'il y a vingt ans et qu'il existe une évolution sociodémographique. L'accueil des enfants ayant des traits ethniques différents de ceux de la population autochtone scandinave a peut-être changé depuis lors. Toutefois, cette étude demeure la plus importante publiée à ce jour en matière de qualité de données et d'effectifs sur ce sujet.

La conclusion des auteurs au sujet des enfants adoptés pourrait également concerner les enfants migrants. Les services publics (école...) prenant en charge les enfants migrants devraient informer les familles du risque de stigmatisation et veiller à réduire les risques de discrimination dans leurs procédures. Les enfants migrants, comme les enfants adoptés, avec troubles de l'humeur dépressive devraient bénéficier d'une attention professionnelle et d'un accès rapide à des soins adaptés. 📞

Frédéric Sorge

Service de pédiatrie et de maladies infectieuses, consultations adoption et enfants migrants, permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Necker-Enfants malades et hôpital Robert-Debré, Paris, France, Groupe de pédiatrie tropicale de la Société française de pédiatrie

frederic.sorge@aphp.fr

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

RÉFÉRENCE

1. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet* 2002;360:443-8.

BON DE COMMANDE
à renvoyer sous enveloppe non affranchie à :
Global Média Santé, service abonnements,
Libre réponse n°43360 - 92089 La Defense Cedex

Variée, inattendue et passionnante !
Étudiants et médecins, (re)découvrez la réalité de la médecine générale

Je joins mon règlement de 19,90 € + 5 € de frais de port soit 24,90 €

M. Mme
Spécialité
Nom _____ Prénom _____
N° _____ Rue _____
Code postal _____ Ville _____
Tél. _____ E-mail _____

Vous réglez par chèque à l'ordre de Global Média Santé
 Vous réglez par carte bancaire (Sauf American Express)

N° _____ Date et signature obligatoires _____
Expire fin _____

Retrouvez 34 fiches didactiques sur l'activité des généralistes :
- Données chiffrées
- Commentaires et analyses
Et découvrez l'importance d'un Observatoire pour la médecine générale.

La médecine générale : si vous saviez !
Un panorama par l'Observatoire de la médecine générale

19,90 €
Hors frais de port



Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant, que vous pouvez exercer librement auprès de Global Média Santé -
Tour Voltaire - 1 Place des Degrés - CS 90235 - 92059 Paris La Défense Cedex • sbo@gmsante.fr

Quelles pathologies somatiques affectent les enfants migrants ?

Une morbidité supérieure à celle des enfants sédentaires

Frédéric Sorge^{1,2,3},
Nina Velayudhan,
Deschamps^{3,4}

1. Service de pédiatrie et de maladies infectieuses, consultations adoption, enfants migrants, permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Necker-Enfants malades, Paris, France

2. Service de pédiatrie et de maladies infectieuses, hôpital Robert-Debré, Paris, France

3. Groupe de pédiatrie tropicale de la Société française de pédiatrie

4. Service de pédiatrie, hôpital Broussais, Saint-Malo, France

frederic.sorge@aphp.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Les enfants migrants sont en nombre croissant en Europe¹ depuis 2014 (un demi-million selon le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés [UNHCR],² dont près de 70 000 en France [ministère de l'Intérieur 2020]), et les consultations médicales les concernant sont de plus en plus fréquentes.^{3,4} Ils sont très souvent dans une situation de vulnérabilité – liée à leur déracinement socioculturel et familial, à des troubles psychologiques parentaux, à leurs conditions socio-économiques précaires, à leur état nutritionnel, immunitaire et vaccinal déficient et au contexte épidémiologique critique du ou des pays où ils ont résidé ou par lesquels ils ont transité – qui les expose à une morbidité et à une mortalité supérieures à celles des enfants sédentaires.⁵ L'UNHCR estime à près de 5 000 le nombre d'enfants décédés ou perdus lors de leur migration vers l'Europe ces huit dernières années.²

La prise en charge de la santé de l'enfant migrant est indissociable de l'évaluation de son contexte socio-éducatif de vie (voir l'article « *Organisations des structures d'accueil des enfants migrants* » de Laëtitia Sorlat, p. 978).

Que l'enfant migrant apparaisse bien portant ou malnutri, l'attention du praticien devrait être concentrée sur les conséquences des carences et des stress vécus au cours de son aventure migratoire, les pathologies d'importation du pays d'origine et des régions traversées, sans omettre les maladies cosmopolites d'acclimatation.

L'archétype d'un bon état de santé sélectionné par les épreuves de la migration nécessite d'être nuancé : il est certain que la mortalité des enfants sur la route migratoire est sous-évaluée² et nous ignorons le nombre d'enfants qui ont quitté leur terre d'origine pour une migration aléatoire.

Les principales maladies observées sont liées à la malnutrition et aux carences en fer et en vitamine D, ainsi qu'à l'exposition à des toxiques (saturnisme). Ce sont aussi des infections communes et souvent liées à des conditions de vie précaires, comme les caries dentaires, la gale, l'impétigo, la teigne, les parasitoses intestinales, la tuberculose, l'hépatite virale B et, plus

rarement, le paludisme, la schistosomiase ou une infection sexuellement transmissible, dont la syphilis et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).⁶

Dénutrition et obésité sont fréquentes

La dénutrition et l'obésité sont fréquentes dans les pays d'origine des enfants migrants.

La prévalence de la dénutrition (indice de masse corporelle [IMC] inférieur au 3^e percentile) est de 18 % dans la cohorte de la consultation dédiée aux enfants migrants de l'hôpital Necker-Enfants malades de 2017 à 2021.⁷ Elle est ainsi comparable à celle observée dans une méta-analyse de publications concernant des enfants migrants originaires d'Afrique (17,2 %).⁴

Les enfants en surpoids peu après leur arrivée en Europe représentent 11 à 20 % des enfants examinés dans les cohortes de consultations dédiées à Paris.^{3,7} Une prévalence considérable d'obésité chez des enfants réfugiés aux États-Unis est également rapportée.⁸

Rechercher une anémie

La prévalence de l'anémie (définie selon l'âge)⁷ varie, selon les différentes études, de 6 à 48 %.⁴

Dans la cohorte de l'hôpital Necker-Enfants malades d'enfants âgés de moins de 12 ans, elle est de 36 %.⁷ La principale cause de l'anémie est la carence martiale (ferritinémie inférieure à 15 µg/dL), en particulier chez le jeune enfant : 45 % dans l'ensemble de notre cohorte et 72 % chez les enfants d'origine africaine.⁷

La prévalence est de 17 % (de 13 % à 22 %) parmi les enfants migrants d'origine asiatique examinés en Grèce (moyenne d'âge 7 ans).⁹

La prévalence moyenne est de 12 % selon le Haut Conseil de la santé publique (HCSP).¹⁰

Les hémoglobinopathies et les anémies hémolytiques par déficit enzymatique érythrocytaire (G6PD) sont des causes possibles d'anémie chronique étant donné l'origine ethnique et la consanguinité non rare de ces enfants selon les populations (prévalence de la thalassémie : 1/100 ; prévalence du déficit en G6PD : 39/1000).⁴

L'anémie est un facteur de risque de morbidité et de mortalité des enfants et impacte négativement leur développement physique et cognitif.

Les anémies doivent être traitées : les carences martiales sont supplémentées (dispensation par la permanence d'accès aux soins de santé [PASS] ou la pharmacie hospitalière), et les enfants atteints d'une hémoglobinopathie sont orientés vers des réseaux de soins spécialisés.¹¹

Identifier une carence en vitamine D

La prévalence de la carence en vitamine D (25 OH-vitamine D < 25 nmol/L) est de 67 % dans la cohorte d'origine africaine de l'hôpital Necker-Enfants malades ;⁷ elle est évaluée entre 42 et 70 % dans la méta-analyse de Baauw.⁴

Vérifier l'état bucco-dentaire

L'hygiène buccale de certains enfants est particulièrement négligée, avec de nombreuses caries dentaires. Leur prévalence moyenne est ainsi de 43 % (de 20 à 48 %), selon la recherche bibliographique du HCSP.¹⁰

Le saturnisme en cause dans les troubles précoces du neurodéveloppement

La prévalence du saturnisme est de 13 % dans la cohorte d'origine africaine de l'hôpital Necker-Enfants malades.⁷ Les seuils de vigilance varient selon les pays (plus de 25 µg/dL en France ; plus de 10 µg/dL dans les études anglo-saxonnes ;⁴ plus de 5 µg/dL pour les *Centers for disease control and prevention* [CDC] aux États-Unis). La prévalence est de 30 % chez les immigrants asiatiques en Grèce.⁹

Les plombémies nécessitant un traitement chélateur sont rares.

L'exposition au plomb est un des facteurs liés aux troubles précoces du neurodéveloppement qui sont observés plus souvent chez les enfants migrants en comparaison aux autres groupes.¹²

Dermatophytoses cutanéophanéariennes : peu symptomatiques

L'incidence des teignes est variable, d'autant qu'elles ne sont souvent pas très symptomatiques. La prévalence était de 4 % dans la cohorte d'enfants migrants de l'hôpital Necker-Enfants malades.⁷

Dépistage de la tuberculose

Le dépistage systématique de la tuberculose par intradermoréaction (IDR) et/ou *interferon gamma release assays* (IGRA) chez les enfants migrants montre une prévalence d'infection tuberculeuse latente variant de 2,5 %

en Grèce⁹ à 25 % observée à Paris,^{7,3} en Allemagne,¹³ aux États-Unis,¹⁴ en Australie et en Nouvelle-Zélande¹⁵ et 60 % en Espagne chez des mineurs isolés subsahariens.¹⁶

La probabilité de l'évolution d'une infection tuberculeuse latente en tuberculose maladie est plus élevée chez l'enfant, et une antibioprophylaxie est recommandée.¹⁷

La prévalence de la tuberculose maladie est de l'ordre de 1 % dans les études parisiennes,^{3,7} comme en Allemagne.¹³

Hépatites : un risque variable

Concernant l'hépatite virale B, la prévalence de l'Ag HBs est très variable selon l'origine des enfants ; elle est en moyenne de 3 % (de 4 à 15 %).^{3,16}

L'hépatite C est rare dans les populations d'enfants migrants, à l'exception des enfants originaires d'Égypte.

En revanche, la majorité des enfants ont une immunité postinfectieuse contre l'hépatite A ;⁷ certains sont en phase aiguë contagieuse, exposant la communauté d'accueil à un risque épidémique.

Rares cas d'infection au VIH

L'infection au VIH est rarement observée chez l'enfant migrant et, dans l'expérience de l'hôpital Necker-Enfants malades, ce sont des cas de migration pour raisons médicales.

Penser aux parasitoses

Fréquence variable selon la région d'exposition au parasite

La prévalence du paludisme, asymptomatique (semi-immun), est de l'ordre de 2 %.⁷ Il requiert néanmoins un traitement curatif, selon les recommandations nationales.¹⁸

La prévalence des schistosomoses (*Schistosoma mansoni* [bilharziose intestinale], *Schistosoma haematobium* [bilharziose urogénitale]), dépistées par sérologie selon les recommandations,^{8,19} est différente en fonction de l'exposition des populations migrantes aux bilharzioses. Elle est de 9 à 60 % chez les mineurs non accompagnés (MNA) subsahariens.^{3,11,16}

La prévalence de l'anguillulose (*Strongyloides stercoralis*) est également variable en fonction des populations examinées. Elle est de 28 % chez les MNA en Espagne.¹⁹ Cette infection parasitaire peut devenir grave en cas d'immunodépression.²⁰ Elle est traitée par les antiparasitaires prescrits de façon présomptive systématiquement.²¹

Possible traitement présomptif des parasitoses intestinales

La prévalence des parasitoses intestinales dans les populations d'enfants migrants est de l'ordre de 35 % dans les études qui ont pu réaliser des examens

parasitologiques des selles (EPS). La prévalence moyenne chez les MNA était de 21 % dans l'étude d'Angers²² et de 26 % dans celle menée à Bordeaux.²³

Mais il est compliqué de faire réaliser trois EPS, en particulier chez des MNA ; de nombreuses équipes suivent donc les recommandations pragmatiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) en prescrivant un traitement antiparasitaire présomptif systématique de type albendazole-ivermectine.¹⁵

Effectuer un rattrapage vaccinal

L'insuffisance d'immunisation vaccinale observée²⁴ requiert une évaluation et un rattrapage vaccinal décrit dans l'article concernant le bilan initial et les mesures prioritaires à prendre (« *Quel bilan initial et quelles premières mesures prendre chez un enfant migrant ?* », v. p. 970).

Compenser le défaut de nombreux dépistages

Le défaut fréquent d'accès aux dépistages anténataux, néonataux et post-nataux dans le pays d'origine impose d'examiner soigneusement ces enfants pour rechercher une pathologie endocrinienne, neurologique, cardiorespiratoire chronique, orthopédique ou de santé reproductive nécessitant un bilan complémentaire et une prise en charge spécialisée.

La revue bibliographique du HCSP⁸ a mis en évidence dans ces populations des prévalences de 9 % pour les troubles cardiovasculaires, 5 % pour les troubles respiratoires, 35 % pour les troubles de la vue et de 12 % pour les troubles musculosquelettiques.

On constate également que l'insuffisance de prise en charge préventive des femmes enceintes migrantes est liée à un risque d'hypotrophie néonatale et de prématurité en France ;^{25,26} cela constitue un des facteurs favorisant l'augmentation de la mortalité infantile en France depuis dix ans.²⁷

Une consultation longue et complexe

Au total, la consultation d'un enfant migrant primo-arrivant est longue et peut être complexe en matière de communication. Elle permet le dépistage et la prise en charge précoce de pathologies potentiellement graves ; elle est suivie d'une consultation de restitution des résultats et des prescriptions éventuellement nécessaires. Il convient de veiller à la mise à disposition des traitements nécessaires et à leur observance grâce à un réseau de soins médicosocial. Ces consultations sont souvent riches en échanges socioculturels. Elles font partie de l'accueil minimal que ces enfants sont en droit d'attendre du système de santé des pays qui ont ratifié la Convention des droits de l'enfant²⁸ et qui aspirent à appliquer une couverture santé universelle.²⁹ 

PARCE QU'IL N'Y A PAS DE MÉDECINE SANS HUMANITÉS...

« La littérature, qui cherche à se donner les moyens de connaître l'homme (...), reflète et tisse dans leur intemporalité comme dans leur devenir, voire dans leur à venir, les aspects les plus cruciaux de la vie et de la mort, du soi, du corps, de la mémoire et de l'identité, du désir et des sentiments, la place de l'homme dans la nature, dans le tissu social, dans l'univers. »

C'est ainsi que deux spécialistes d'humanités médicales, Maria Cabral, professeur de littérature de langue française à l'université de Minho (Portugal), et Marie-France Mamzer, médecin et professeur d'éthique médicale et de médecine légale à l'université Paris-Cité, introduisent leur ouvrage « Médecins, soignants... Osons la littérature », récemment paru aux Éditions universitaires de Dijon.

LIVRE

Plus qu'un *corpus*, ce livre constitue une ressource essentielle, faisant dialoguer littérature et éthique médicale.

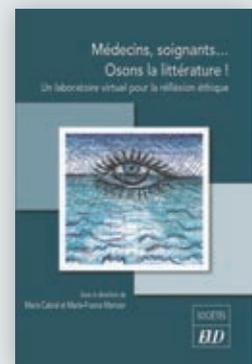
Sa première partie apporte des outils conceptuels pour aider à penser les situations de soin complexes par des textes théoriques commentés, le plus souvent, par des spécialistes de leur auteur.

Puis des extraits d'œuvres littéraires nous plongent en situation difficile (annonce d'une mauvaise nouvelle, mort, perte de l'être cher...).

Enfin, l'évasion est permise grâce à une « pharmacopée littéraire ».

S'il ne se lit pas d'un trait, ce livre offre plutôt un recours en cas de questionnement éthique et la possibilité d'une prise de recul (et de hauteur) à une époque où nous manquons de temps. Il est ainsi étonnant mais réconfortant de (re) découvrir que l'essentiel a déjà été écrit (Rodrigo de Castro, dans son *Medicus politicus*, s'interrogeait déjà en 1614 sur ce qu'il était permis ou non de dire au patient de sa maladie !).

Parcourir cette anthologie commentée, véritable laboratoire de la réflexion éthique, permet d'éclaircir les difficultés des relations de soin et constitue une respiration dans l'exercice.



Cabral M, Mamzer MF.
**Médecins, soignants...
Osons la littérature !
Un laboratoire virtuel
pour la réflexion éthique.**
Éditions universitaires
de Dijon, 2022. 254 pages.

KD

RÉSUMÉ QUELLES PATHOLOGIES SOMATIQUES AFFECTENT LES ENFANTS MIGRANTS ?

Les enfants migrants forment une population vulnérable et hétérogène estimée à 70 000 personnes en France. Leur état de santé est influencé par les conditions de vie dans leur pays d'origine, l'exposition aux stress et aux agents pathogènes, à l'insalubrité de leur hébergement et à l'insécurité alimentaire durant leur parcours migratoire et dans leur pays d'accueil, ainsi que par les troubles psychologiques parentaux. Ils présentent des malnutritions, des carences nutritionnelles (martiale et en vitamine D), des infections dentaires, cutanées et digestives, avec une prévalence significative de tuberculose, parfois des

parasitoses importées (paludisme, bilharziose...) et du saturnisme. On observe une prévalence importante des troubles précoces du neurodéveloppement. Leur immunité vaccinale est insuffisante, et un rattrapage est le plus souvent nécessaire. Ils requièrent une prise en charge dans un réseau de soins socio-psycho-médico-éducatif.

SUMMARY WHICH ARE SOMATIC DISEASES OF MIGRANT CHILDREN?

Migrant children form a vulnerable and heterogeneous population estimated at 70 000 in France. Their health is influenced by their living conditions in their home country, stress and exposure to

pathogens, unsanitary housing and food insecurity during their migratory route and in their host country, as well as their parents' psychological disorders. They present malnutrition, nutritional deficiencies (iron and vitamin D), various dental, skin and intestinal infections, a significant prevalence of tuberculosis, and sometimes imported parasitic infections (malaria, schistosomiasis...) and lead poisoning. A high prevalence of early neurodevelopmental problems is noticed. Their immunity is insufficient and catch-up vaccination is most often necessary. They require the support of a socio-psycho-medico-educational care network.

RÉFÉRENCES

- International Society for Social Pediatrics and Child Health. Genève, Suisse. ISSOP Migration Working Group position statement on migrant child health. *Child Care Health Dev* 2018;44:161-70.
- UNHCR 2022 : data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean
- Bergevin A, Hussain M, Cruz M, Le Blanc C, Dieme A, Girardin ML, et al. Medical check-up of newly arrived unaccompanied minors: A dedicated pediatric consultation service in a hospital. *Arch Pediatr* 2021;28:689-95.
- Baauw A, Kist-van Holthe J, Slattery B, Heymans M, Chinapaw M, van Goudoever H. Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatr Open* 2019;3(1):e000516.
- Stevens AJ. How can we meet the health needs of child refugees asylum seekers and undocumented migrants. *Arch Dis Child* 2020;105:191-6.
- Salami B, Fernandez-Sanchez H, Fouche C, Evans C, Sibeko L, Tulli M, et al. A scoping review of the health of african immigrant and refugee children. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(7):3514.
- Lafay C. État de santé des enfants migrants à leur arrivée en France : une étude rétrospective comparative entre enfants migrants et enfants adoptés en Île-de-France de 2017-2021. Thèse de doctorat en médecine. Paris, 2021.
- Dawson-Hahn E, Pak-Gorstein S, Matheson J, Zhou C, Yun K, Scott K, et al. Growth trajectories of refugee and nonrefugee children in the United States. *Pediatrics* 2016;138(6):e20160953.
- Pavlopoulou I, Tanaka M, Dikaloti S, Samoli E, Nisianakis P, Boleti O, et al. Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMJ Paediatr* 2017;17:132.
- HCSP. Avis relatif au bilan de santé des enfant étrangers isolés. 7 novembre 2019. www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=753
- de Montalembert M, Brousse V, Taylor Marchetti M, Allali S. La drépanocytose de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Elsevier Masson, coll. *Pédia*, 2020.
- Schmengler H, El-Khoury Lesueur F, Yermachenko A. Maternal immigrant status and signs of neurodevelopmental problems in early childhood: The french representative ELFE birth cohort. *Autism Research* 2019 ;12(12):1845-59.
- Kortas AZ, Polenz J, von Hayek J, Rudiger S, Rottbauer W, Storr U, et al. Screening for infectious diseases among asylum seekers newly arrived in Germany in 2015: A systematic single-centre analysis. *Public Health* 2017;153:1-8.
- Yun K, Matheson J, Payton C, Scott KC, Stone BL, Song L, et al. Health profiles of newly arrived refugee children in the United States, 2006-2012. *Am J Public Health* 2016;106:128-35.
- Gray K, Wood N, Gunasekera H, Sheikh M, Hazelton B, Barzi F, et al. Vitamin D and tuberculosis status in refugee children. *Pediatr Infect Dis J* 2012;31:521-3.
- Serre Delcor N, Maruri BT, Arandes AS, Guiu IC, Essadik HQ, Soley ME, et al. Infectious diseases in Sub-Saharan immigrants to Spain. *Am J Trop Med Hyg* 2016;94:750-6.
- HCSP Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance 2019. www.hcsp.fr/hcsp/20190510_infetubelatedtecpresenchareturv.pdf
- SPILEF. Prise en charge et prévention du paludisme d'importation. Mise à jour 2017 des RCP 2007. www.infectiologie.com/FileSpilf/recos/2017-paludiste-final-flash.pdf
- Leblanc C, Brun S, Bouchaud O, Izri A, Vichita O, Caseris M, et al. Imported schistosomiasis in Paris region of France: A multicenter study of prevalence and diagnostic methods. *Travel Med Infect Dis* 2021;41:102041.
- Buonfrate D, Requena-Mendez A, Angheben A, Munoz J, Gobbi F, Van Den Ende J, et al. Severe strongyloidiasis: A systematic review of case reports. *BMC Infect Dis* 2013;13:78.
- World Health Organization Guideline. Preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups 2017.
- Peaud C, de Gentile L, Cateland L, Foucault N, Chabasse D, Pichard E, et al. Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. Médecine et maladies infectieuses 2017;47:S95.
- Monpierre O, Baudino P, Rio-Rene P, Maurice S, Malvy D, Receveur M-C. État de santé des mineurs isolés étrangers en Gironde entre 2011 et 2013. *Bull Soc Pathol Exot* 2016;109:99-106.
- Haute Autorité de santé. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants. En cas de statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu. 2019. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf
- Bourdillon F. Éclairage sur l'état de santé des populations migrantes en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2017;19-20:373-4.
- Sauvegrain P, Stewart Z, Gonther C, Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Deneux-Tharaux C, et al. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bull Epidemiol Hebd* 2017;19-20:389-95. invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html
- Trinh N, de Visme, Cohen J, Bruckner T, Adnot P, Lelong N, et al. Recent historic of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019. *Lancet Reg Health Eur* 2022;16:100339.
- Unicef. Convention des droits de l'enfant. www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant et www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf
- Baggaley R, Zenner D, Bird P, Hargreaves S, Griffiths C, Noori T, et al. Prevention and treatment of infectious diseases in migrants in Europe in the era of universal health coverage. *Lancet Public Health* 2022;7(10):e876-e884.

Quel bilan initial et quelles premières mesures prendre chez un enfant migrant ?

Frédéric Sorge^{1,2,3},
Claire Leblanc^{2,3}

1. Service de pédiatrie et de maladies infectieuses, permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Necker-Enfants malades, Paris, France

2. Service de pédiatrie et de maladies infectieuses, hôpital Robert-Debré, Paris, France

3. Groupe de pédiatrie tropicale de la Société française de pédiatrie

frederic.sorge@aphp.fr

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Quel que soit le motif de la consultation, l'examen d'un enfant migrant pose la question des priorités et des limites du bilan médical et paramédical à réaliser et des éventuelles actions thérapeutiques à entreprendre. L'attention à porter aux enfants migrants et les services sanitaires à leur offrir sont difficiles à systématiser : il est nécessaire d'individualiser les examens et les prises en charge. Étant donné la complexité de cette évaluation sanitaire, il est important d'y consacrer le temps nécessaire, qu'elle se déroule dans un environnement rassurant et avec, si besoin, un interprète spécialisé dans les questions de santé, attentif et respectueux des particularités socioculturelles de l'enfant et de sa famille éventuellement présente. Il est important d'établir une relation de confiance avec l'enfant et d'avoir une ouverture sociale et culturelle.

Importance de l'histoire migratoire

Une évaluation ethnopsychologique est nécessaire dans la mesure des compétences disponibles. Elle est d'autant plus importante à réaliser que l'enfant est isolé et a vécu une aventure migratoire éprouvante. Les troubles psychopathologiques et les troubles du comportement sont souvent au premier plan (41% en moyenne [20-53%]) [lire les articles « Comprendre et prendre en charge les troubles psychiques des enfants migrants », p. 960, et « Addictions chez les mineurs isolés : retour d'expérience à l'hôpital Robert-Debré », p. 974].

Le but principal du bilan médical est d'identifier une ou des pathologies symptomatiques ou non avec des conséquences individuelles et/ou collectives graves. La trame du bilan recommandé par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) est décrite dans le [tableau](#).

Il est particulièrement utile d'avoir une connaissance des pathologies du pays d'origine et des éventuelles régions

traversées, des particularités culturelles et des règles religieuses du groupe social d'origine de l'enfant.

Établir la confiance lors de l'examen clinique

L'examen clinique constitue la première étape importante dans l'évaluation sanitaire de l'enfant migrant. Il permet d'identifier une pathologie et surtout de mettre en confiance l'enfant et ses accompagnateurs éventuels.

Interrogatoire : des antécédents médicaux difficiles à apprécier

La consultation d'un carnet de santé est rarement possible, ou difficile en l'absence de traduction. Les documents disponibles sont le plus souvent un carnet de vaccinations, des notes manuscrites ou des rapports médicaux. On peut avoir recours à une liste de contrôle de symptômes (disponible dans différentes langues sur Wikipédia, par exemple). L'interrogatoire de l'enfant et de son entourage nécessite parfois le recours à un traducteur.

Obtenir des informations sur les motivations, les étapes et l'aventure migratoire permet de déterminer des expositions géographiques à des risques infectieux, toxiques ou à des violences.

Expliquer l'examen physique

Toutes les étapes de l'examen doivent être préalablement explicitées ; un examinateur de même sexe doit être disponible, si demandé :

- évaluation psychomotrice² et de l'état psychique (anxiété, dépression, questionnaires *Children's Revised Impact of Event Scale-13* [CRIES-13] pour les jeunes enfants [fig.1] et *Protect* à l'attention des grands enfants (plus simple à utiliser) [fig.2]) ;
- évaluation du statut nutritionnel (courbes de référence de l'Organisation mondiale de la santé [OMS])³ ;
- évaluation du stade de développement pubertaire ;

- évaluation sensorielle (vision, audition) ;
- examen physique complet et en particulier auscultations pulmonaire et cardiaque, mesure de la pression artérielle, examens ORL et buccal ;
- examen cutané à la recherche d'impétigo, gale, pédiculose, teigne, leishmaniose, scarifications, scorbut... ;
- examen abdominal et des organes génitaux à la recherche d'une excision ou d'autres mutilations sexuelles féminines (lire l'article « Les mutilations génitales féminines » p. 692).

Une liste d'examens à adapter à chaque profil

Il existe des recommandations nationales, européennes et internationales des examens à pratiquer, souvent fondées sur des études descriptives et sur des avis d'experts.¹ Ce sont des listes d'examens à adapter selon les caractéristiques de l'enfant. Chaque équipe procède en fonction de sa patientèle et de ses moyens.^{4,5}

Comme le dépistage des pathologies fréquentes et curables selon l'âge de l'enfant, quelle que soit son origine, certains examens complémentaires sont réalisés systématiquement ; d'autres sont orientés par les données de l'interrogatoire, les risques épidémiologiques du pays d'origine et des régions de transit de l'enfant ou les résultats d'examens systématiques ([tableau](#)).

Les examens parasitologique et bactériologique des selles étant logiquement et culturellement difficiles à obtenir en pratique, de nombreuses équipes prescrivent un traitement antiparasitaire présomptif selon l'âge et la région d'exposition (albendazole, ivermectine).⁶ Toutefois, il est préférable de recueillir les selles afin d'avoir une prise en charge individuelle adaptée.

Évaluation du statut vaccinal et rattrapage

L'immunité vaccinale des enfants migrants est très aléatoire selon les ➤

SANTÉ DES ENFANTS MIGRANTS

BILAN MÉDICAL INITIAL DES ENFANTS MIGRANTS PRIMO-ARRIVANTS

Examen	Systématique	D'orientation	Commentaire
Clinique complet	+		
IDR tuberculine	+		
Interféron gamma BK	±	+	Si IDR + ou systématique
Radio de thorax		+	Si IDR + ou signe respiratoire
Urines Bandelette urinaire : GB, GR, Prot, Gly ECBU PCR Chlamydia, gonocoques, mycoplasme	+	+	Si à la BU : GB ++, Nit + Si risque sexuel
Sang Créatininémie, urémie, protidémie Glycémie		+	Si à la BU : Prot + Si à la BU : Gly +
Hémogramme	+		
Ferritinémie	+		
Dépistage FKP, HPCS Hypothyroïdie, PCU, hémoglobinopathies	+		Si âge < 1 an
TSH, T4L, électrophorèse, hémoglobine	+		Si âge ≥ 1 an
Sérologie hépatite B : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc	+		
Sérologie hépatite C	+		
Sérologie hépatite A	+		
Sérologie VIH	+		
Sérologie syphilis	+		
Sérologie anguillule		+	Si exposition selon la région d'origine
Sérologie schistosome		+	Si exposition selon la région d'origine
Sérologie filariose		+	Si exposition selon la région d'origine
Anticorps antitétaniques	+		
Paludisme (PCR ± frottis + GE)		+	Si exposition selon la région d'origine
Plombémie	+		Si âge < 6 ans
β-hCG		+	Si risque de grossesse
Selles Parasitologie + bactériologie	+		3 examens parasitologiques des selles ou traitement présomptif
Radio du poignet gauche (âge osseux)		±	Date de naissance incertaine, limites médico-judiciaires
Examen(s) complémentaire(s)		+	Selon les résultats précédents
Bilan dentaire + stomatologique	+		
Bilan audiométrique	+		
Bilan orthoptique ± ophtalmologique	+		

Tableau. β-hCG : gonadotrophine chorionique ; ECU : examen cyto bactériologique des urines ; FKP : fibrose kystique du pancréas ; GB : globules blancs ; GE : goutte épaisse ; Gly : glycosurie ; GR : globules rouges ; HPCS : hyperplasie des surrénales ; IDR : intradermoréaction à la tuberculine 10 UI ; Nit : nitrites ; PCR : *polymerase chain reaction* ; PCU : phénylcétonurie ; Prot : protéinurie ; T4L : thyroxine libre ; TSH : *thyroid-stimulating hormone* ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

SANTÉ DES ENFANTS MIGRANTS

Questionnaire *Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13)*

Échelle révisée pour mesurer l'impact des événements sur les enfants en 13 questions.

Ci-dessous se trouvent des réactions vécues par des personnes après des événements stressants. Veuillez répondre à chaque question en cochant la fréquence de ces réactions durant les sept derniers jours.

Questions		Pas du tout	Rarement	Quelquefois	Souvent
1	Y penses-tu même quand tu ne le veux pas ?				
2	Essaies-tu de chasser l'événement de ta mémoire ?				
3	As-tu des difficultés à être attentif ou à te concentrer ?				
4	Ressens-tu soudainement des vagues de sentiments intenses à ce sujet ?				
5	T'effraies-tu plus souvent ou te sens-tu plus nerveux qu'avant l'incident ?				
6	Essaies-tu de t'éloigner de ce qui peut te rappeler l'événement ? (par exemple des endroits ou situations)				
7	Essaies-tu de ne pas en parler ?				
8	T'arrive-t-il d'avoir des images de l'événement à l'esprit ?				
9	Est-ce qu'il y a d'autres choses qui t'y font penser ?				
10	Essaies-tu de ne pas penser à l'événement ?				
11	T'irrites-tu facilement ?				
12	Es-tu alerte et vigilant même s'il n'y a apparemment pas lieu de l'être ?				
13	As-tu des problèmes de sommeil ?				

Figure 1. Les items correspondants au facteur « intrusion » sont les questions 1, 4, 8 et 9 ; ceux correspondants au facteur « évitements » sont les 2, 6, 7 et 10 ; ceux correspondants au facteur « hyperréactivité » sont les 3, 5, 11, 12 et 13. Le site *Children and War* propose une version dans une trentaine de langues.

► études. Il est recommandé de l'évaluer et d'entreprendre un rattrapage vaccinal si nécessaire.⁷ En l'absence de preuves de vaccination (carnet de vaccination), la stratégie recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) est d'administrer systématiquement une dose de vaccin diphtérique, tétanique, coqueluche et poliomyélique (DTCP) +/- *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) selon l'âge et d'évaluer, si possible, le taux d'anticorps tétaniques un mois après afin de compléter, si besoin, les vaccinations.⁷

Cette stratégie est fondée sur des données d'enfants migrants qui ont une insuffisance d'immunisation vaccinale. Elle doit être nuancée et adaptée à des enfants migrants ayant été vaccinés récemment (dans les dernières années) dans leur pays d'origine et/ou dans des centres de santé durant leur parcours migratoire, dont ceux des camps de réfugiés.

Le titre des anticorps (Ac) antitétaniques évalué lors du bilan initial est protecteur (supérieur à 0,1 unité internatio-

nale [UI]) dans 90 % des cas ; celui des Ac HBs (hépatite B) est protecteur (supérieur à 10 UI) pour 78 % des enfants de la cohorte d'enfants migrants examinés lors de la consultation à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS),⁹ comme dans la méta-analyse de Baauw.⁹ Ce dosage permet d'éviter le risque d'hyperimmunisation (DTCP) et de réduire le nombre de prélèvements sanguins. Le titre d'Ac antitétaniques est l'indicateur de référence de l'immunité protectrice post-vaccination DTCP, ces quatre valences étant toujours associées partout dans le monde.

Il est important de dépister une éventuelle hépatite virale B (HVB) soit lors du bilan biologique préalable à la vaccination, soit par un test diagnostique rapide qualitatif fiable (test rapide d'orientation diagnostique [TROD] Ag HBs)⁷ et de faire une vaccination contre l'HVB, éventuellement combinée (vaccin hexavalent) selon les besoins. Il est recommandé de prioriser les vaccins protégeant contre

des maladies invasives (coqueluche, rougeole, pneumocoque, diphtérie, poliomyélite, méningite à Hib, méningocoque[s] et varicelle) et les vaccinations nécessitant plusieurs injections.⁷

Carence en vitamine D quasi constante

La carence en vitamine D étant quasi constante, sa prescription est systématique.

Clarifier la prise en charge médicosociale

Le niveau de prise en charge médicosociale de l'enfant a besoin d'être clarifié rapidement avec les travailleurs sociaux, même si en théorie, en France, tout mineur devrait avoir accès aux soins de santé, indépendamment de l'ouverture de ses droits sociaux. En pratique, cet accès ne leur est pas si facile.¹⁰ Les consultations médicosociales des PASS pédiatriques ont pour mission d'assurer les premières consultations de ces enfants

SANTÉ DES ENFANTS MIGRANTS

Questionnaire Protect* en vue de l'identification précoce des demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques

Questions («souvent» signifie plus qu'à l'accoutumée et source de souffrance)		Oui	Non
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 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» →			

*Processus de reconnaissance et d'orientation des victimes de torture dans les pays européens afin de faciliter l'accompagnement et l'accès aux soins

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

Figure 2. En cas de risque « moyen » et « élevé », le demandeur d'asile devrait consulter un spécialiste afin de passer des examens médicaux et psychologiques. Un risque « faible » n'exclut pas la possibilité que le demandeur d'asile ait subi des expériences traumatiques. Les symptômes peuvent apparaître plus tard. Une autre détection devrait être menée à bien.

et de les orienter dès l'ouverture des droits sociaux vers un réseau de soins de médecine pédiatrique généraliste.

Assurer le suivi

La réalisation du bilan médical et paramédical d'un enfant migrant primo-arrivant nécessite de revoir cet enfant quelques semaines après pour expliquer les résultats aux parents et/ou au tuteur ou à lui-même, et de prescrire d'éventuels examens complémentaires nécessaires, de traiter les pathologies diagnostiquées et, si besoin, de réaliser le rattrapage vaccinal. Il est important d'adresser le rapport du bilan, les recommandations vaccinales et les prescriptions au médecin référent (centre de protection maternelle et infantile, dispensaire, pédiatre, médecin généraliste...) afin que le relais de la prise en charge sanitaire soit assuré en connaissant les données médicosociales de l'enfant migrant, surtout si une deuxième consultation n'est pas réalisable. ☑

RÉFÉRENCES

- HCSP. Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés 2019.11.07. www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=753
- Kroening A, Moorel, Welch T, Halterman JS, Hyman SL. Developmental screening of refugees: A qualitative study. *Pediatrics* 2016;138,3:e20160234.
- Child growth standards de la World Health Organization (WHO). www.who.int/toolkits/child-growth-standards/software
- Bergevin A, Husain M, Cruz M, Le Blanc C, Dieme A, Girardin ML, et al. Medical check-up of newly arrived unaccompanied minors: A dedicated pediatric consultation service in a hospital. *Arch Pediatr* 2021;28:689-95.
- Hjern A, Stubbe Ostergaard L, Nørredam ML. Health examinations of child migrants in Europe screening or assessment of healthcare needs. *BMJ Paediatr* 2019;3(1):e000411.
- CDC. Intestinal parasites guidelines for domestic medical exam for newly arrived refugees DGMQ 2022. www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/intestinal-parasites-domestic.html
- HAS. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants. En cas de statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu. 2019. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf
- Lafay C. État de santé des enfants migrants à leur arrivée en France : étude rétrospective comparative entre enfants migrants et enfants adoptés en Île-de-France de 2017 à 2021. Thèse de médecine. Paris 2021.
- Baaui A, Kist-van Holthe J, Slattery B, Heymans M, Chinpaw M, van Goudoever H. Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatr* 2019;3(1):e000516.
- Comède. Comité pour la santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2019. www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/

Addictions chez les mineurs isolés : retour d'expérience de l'hôpital Robert-Debré

Importance de la prise en charge des polyconsommations pour les soins en urgence

Emmanuelle Peyret¹,
Maryam Sureau²,
Paul Chambon³

1. Psychiatre addictologue, unité fonctionnelle d'addictologie, hôpital Robert-Debré, Paris, France

2. Interne, unité fonctionnelle d'addictologie, hôpital Robert-Debré, Paris, France

3. Psychologue clinicien, unité fonctionnelle d'addictologie, hôpital Robert-Debré, Paris, France

emmanuelle.peyret@aphp.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Les mineurs non accompagnés (MNA) sont de plus en plus nombreux sur le territoire français : au 31 décembre 2021, 19 893 jeunes sont accueillis par les départements au titre de la protection de l'enfance. En 2021, la mission MNA a constaté une augmentation du flux de 18,81 % par rapport à l'année 2020 (fig.1).

Les MNA concernés par la consommation de toxiques ne sont qu'une minorité (estimation de 10 % des MNA en 2020), le plus souvent des garçons, originaires du Maroc et d'Algérie, et fréquemment polyconsommateurs. Leurs consommations, indissociables de conditions de vie marquées par une forte précarité, ont souvent été initiées dans leur pays d'origine.¹ En France, elles sont encouragées et entretenues par des réseaux criminels qui les maintiennent sous emprise pour les exploiter. Leurs passages aux urgences deviennent de plus en plus fréquents et problématiques. En 2021, parmi les 80 389 passages aux urgences de l'hôpital pédiatrique Robert-Debré à Paris, 148 ont concerné des MNA (fig.2). L'un des premiers objectifs de la prise en charge est alors de prévenir un syndrome de sevrage pour faciliter l'accès à des soins et anticiper la sortie dans le cadre légal.

Différents types de consommation souvent associés

Les addictions les plus fréquemment observées sont celles aux médicaments : clonazépam ou prégabaline dans 90 % des cas. En 2022, des dépendances au tramadol apparaissent.

Tabac et cannabis

Ces deux addictions sont quasi constantes, le cannabis étant consommé plutôt le soir pour mettre à distance les symptômes de stress post-traumatique sous forme de « joint dodo ».

Colle inhalée

En 2015, on constatait des consommations de colle pour ciment à base de dérivés du toluène, mais elles ont quasiment disparu aujourd'hui. Cette pratique, fréquente

chez les enfants des rues du monde entier,² entraîne des risques de suffocation et provoque des hallucinations avec délires paranoïdes et altération des sensations neurologiques.

Clonazépam

Ce médicament, de la classe des benzodiazépines et commercialisé sous le nom de Rivotril, est prescrit dans le traitement de l'épilepsie, de l'anxiété, de certaines affections neurologiques. Il se présente sous la forme d'un comprimé quadrisécable ou d'une solution buvable ou injectable. Classé sur la liste des stupéfiants, sa prescription initiale est réservée aux neurologues ou aux pédiatres sur ordonnance sécurisée.

Le clonazépam est souvent utilisé par les patients comme une aide au passage à l'acte délictueux, d'où son surnom de « madame Courage » ou « mère Courage » ; il est aussi nommé « rivo », « la rouge » (de la couleur de son blister), « roja », « hamka », « hamar » ou encore « reda », qui veulent dire rouge ou folle. Il coûte en 2022 entre 0,5 et 2,5 euros par comprimé sur le marché noir. Certains consomment la solution buvable, de couleur bleue, qu'ils répandent dans leur main puis qu'ils lèchent.

Prégabaline

Ce médicament, commercialisé en France depuis 2004 sous le nom de Lyrica, appartient à la classe des gabapentinoïdes. C'est un dérivé structurel de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) qui bloque les canaux présynaptiques et inhibe l'entrée de calcium dans les neurones du système nerveux central et périphérique. En inhibant la sécrétion de glutamate dans la synapse, cette molécule diminue l'excitation du deuxième neurone.

Prescrite chez l'adulte et l'enfant contre les douleurs neuropathiques, comme anticonvulsivant ou dans les troubles anxieux avec une posologie maximale de 600 mg/j, sa concentration plasmatique maximale est atteinte en une heure, et son absorption est linéaire et proportionnelle à la dose ingérée sans effet plafond, entraînant un risque de dépendance et de surdosage. Il n'existe pas d'antidote.

SANTÉ DES ENFANTS MIGRANTS

Un surdosage peut exposer à des symptômes variables allant de simples nausées avec sédation résolutive en vingt-quatre heures à une dépression respiratoire et à des troubles de la conduction cardiaque pouvant mener au décès. Il survient plutôt en co-ingestion avec d'autres produits.⁴ En 2020, la revue *Prescrire* a mis en garde contre le risque potentiel d'abus, d'addiction, de toxicité hépatique et hématologique et de risque suicidaire.⁵ Le dispositif pharmaco-épidémiologique français de surveillance des substances psychoactives a mis en évidence différents signaux d'abus de prégabaline⁶ et, depuis le 24 mai 2021, elle est prescrite sur ordonnance sécurisée.⁷

Un syndrome de sevrage intense (nécessitant parfois une hospitalisation) peut survenir même après des doses régulières et une utilisation courte. Les symptômes sont variables, allant d'un tableau clinique modéré (agitation, anxiété, sueurs, symptômes gastro-intestinaux, irritabilité, insomnie et hypertension artérielle) à des symptômes graves (confusion, tachycardie, catatonie et état de mal épileptique). Ils peuvent survenir dans les douze heures ou jusqu'à sept jours après un arrêt brutal, mais la majorité des cas rapportés décrivent leur apparition dans les vingt-quatre à quarante-huit heures suivant l'arrêt.⁸ Il est donc recommandé de réduire progressivement le dosage. Les signes de manque sont très rapidement stoppés par une réintroduction de prégabaline. Les patients l'absorbent généralement en vidant le contenu de la gélule dans leur bouche afin d'augmenter la rapidité d'absorption (ils

parlent de « manger » les médicaments et prennent des doses souvent supérieures à 1 200 mg).

La prégabaline est utilisée comme drogue récréative pour ses actions euphoriques et dissociatives.^{9,10} Les effets recherchés varient entre sensation d'ébriété, réduction de l'anxiété, désinhibition et sensations fortes, notamment lorsqu'elle est associée à d'autres produits, particulièrement l'alcool, qui en potentialise les effets. Une particularité clinique des mineurs isolés pris en charge à l'hôpital Robert-Debré pour des épisodes de sevrage et/ou de surdosage, est qu'ils présentent des scarifications très profondes faites dans des états d'intense anxiété, signes de la souffrance psychologique profonde associée.

Cocaine, ecstasy, alcool, tramadol, buprénorphine (Subutex)

Ces différentes substances sont consommées de façon marginale et ponctuelle par ce groupe de population.

Un exemple de prise en charge coordonnée aux urgences

Afin d'améliorer la prise en charge de ces jeunes en situation d'errance et de vulnérabilité, une réunion de coordination bimensuelle a été mise en place par la Ville de Paris ; elle rassemble les différents intervenants concernés : aide sociale à l'enfance (ASE), protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), agence régionale de santé (ARS)... En complément, dans le cadre de l'accès aux

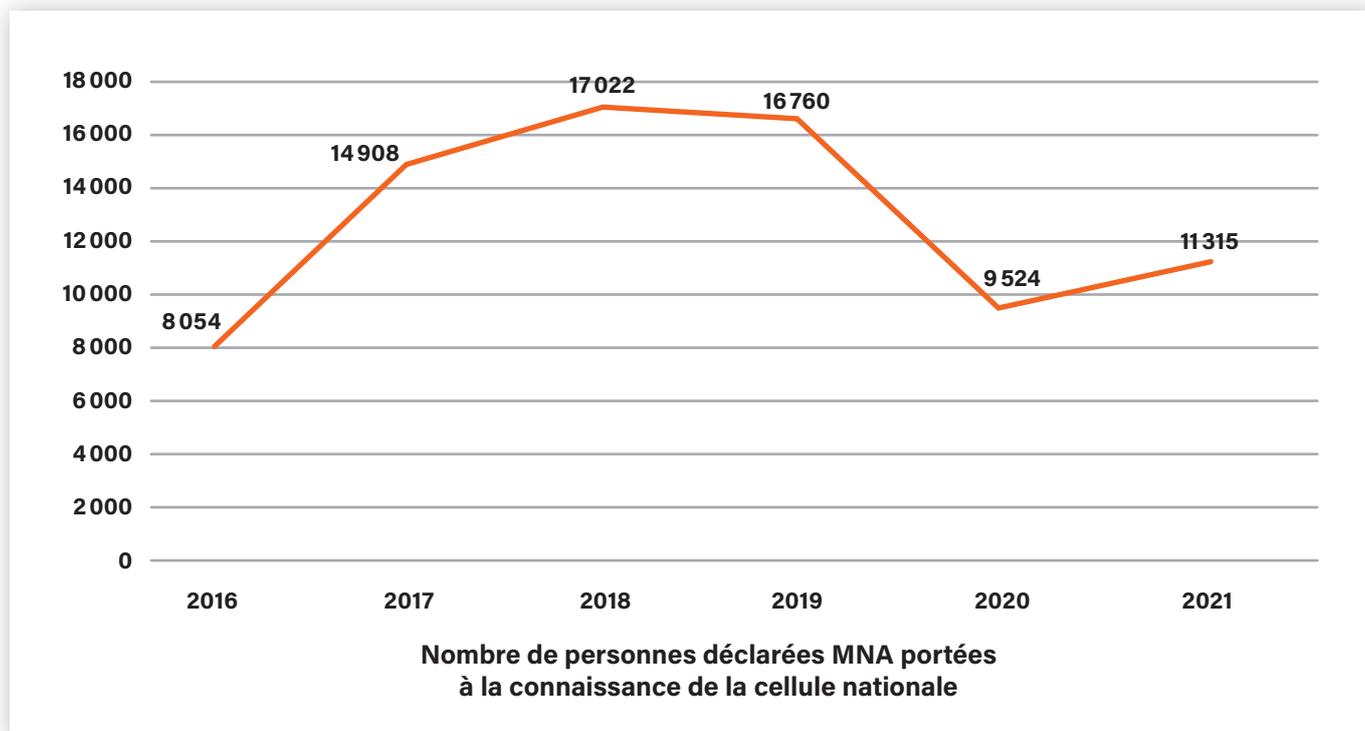


Figure 1. En 2021, la mission « Mineurs non accompagnés » (MNA) constate une augmentation du flux de 18,81 % par rapport à l'année 2020.

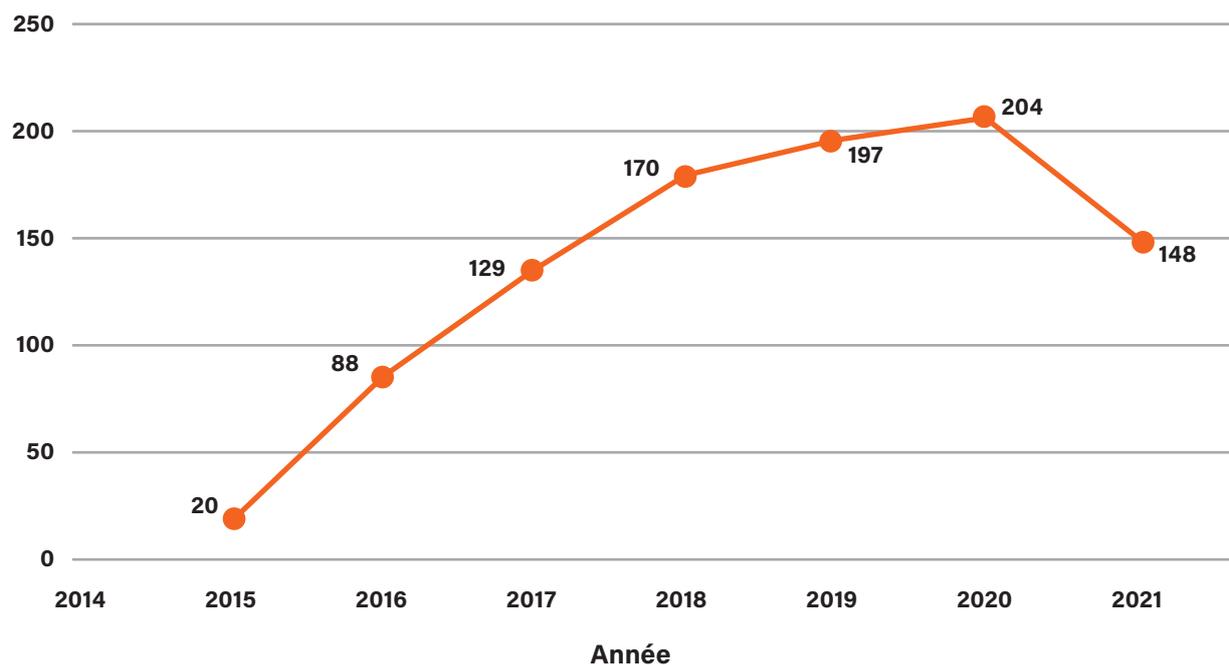


Figure 2. Nombre de mineurs non accompagnés (MNA) accueillis aux urgences. En 2021, sur 80 389 passages aux urgences, 148 concernaient des MNA.

soins et devant une augmentation du passage de ces jeunes aux urgences, plusieurs outils ont été créés par l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de l'unité fonctionnelle d'addictologie (UFA) de l'hôpital Robert-Debré.

Alerte de reconnaissance d'identité

Une convention de partenariat avec la PJJ a été signée en 2021. Elle permet d'identifier le jeune en recoupant ses différents alias dès son arrivée aux urgences. L'envoi d'un courriel aux partenaires de la coordination permet de savoir s'il est signalé sur le territoire, évalué et reconnu mineur, s'il a un éducateur référent nommé, s'il a des droits ouverts à la Sécurité sociale (couverture maladie universelle [CMU] et complémentaire [CMUc]) et un lieu d'hébergement.

Alerte sanitaire

Elle sert à prévenir et mobiliser les partenaires extérieurs lorsque le jeune est en refus de soins (fugue) avec un risque grave, voire vital.

Protocole initial de prise en charge aux urgences

Les examens à réaliser et les traitements à mettre en place sont codifiés selon un protocole, permettant aux urgentistes d'entamer la prise en charge en attendant le passage de l'ELSA :

- recherche qualitative de toxiques urinaires et alcoolémie ;
- réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) ;
- substitution nicotinique systématique, pour éviter un syndrome de manque au réveil ;
- en cas de consommation avérée de clonazépam et/ou de prégabaline, administration d'un comprimé de diazépam (Valium) à 10 mg, de façon systématique, afin d'éviter un syndrome de manque ;
- administration de cyamémazine (Tercian) à 25 mg en cas d'agitation ;
- si le jeune est hospitalisé et consommait clonazépam et prégabaline, en l'absence de contre-indication (QT long), il est enfin proposé de lui administrer 0,5 mg de rispéridone orodispersible pour prévenir des troubles du comportement.

Proposer systématiquement une prise en charge pluridisciplinaire après le passage aux urgences

Une prise en charge pluridisciplinaire en consultation est systématiquement proposée aux jeunes à leur sortie, et certains s'en saisissent avec succès. Ces enfants et adolescents, bien que relevant du cadre des lois de protection des mineurs, bousculent en permanence tous les cadres et nous imposent de réajuster nos pratiques avec humilité. 🌱

SANTÉ DES ENFANTS MIGRANTS

RÉSUMÉ ADDICTIONS CHEZ LES MINEURS ISOLÉS : RETOUR D'EXPÉRIENCE DE L'HÔPITAL ROBERT-DEBRÉ

Le service des urgences de l'hôpital pédiatrique Robert-Debré de Paris reçoit de plus en plus de mineurs non accompagnés pour des problèmes somatiques ou en situation de surdosage de produits psychoactifs. Ces jeunes très vulnérables et en situation précaire, au parcours traumatique, sont en majorité des garçons venant du Maghreb. Ils sont fréquemment utilisés par des réseaux de délinquance, qui les maintiennent sous l'emprise de substances addictives. Ils sont en général dépendants du tabac et du cannabis mais peuvent consommer de grandes quantités de médicaments détournés de leur usage, tels que le clonazépam et la prégabaline,

dont les risques de sevrage compromettent leur accès aux soins et peuvent les mettre en danger. L'équipe d'addictologie de liaison a mis en place, avec les partenaires concernés de la ville, plusieurs outils pour améliorer l'accès aux soins de ces jeunes vulnérables et permettre leur sortie dans un cadre légal : une alerte de reconnaissance d'identité, une alerte sanitaire et un protocole de soins initial aux urgences.

SUMMARY ISOLATED MINORS' ADDICTIONS: FEEDBACK FROM THE ROBERT DEBRE HOSPITAL

The emergency department of the Robert Debré pediatric hospital in Paris is receiving an increasing number of unaccompanied minors with somatic problems or who have overdosed on psychoactive

substances. These young people are very vulnerable and in precarious situations, with traumatic backgrounds, and are mostly boys from Maghreb. They are frequently used by criminal networks that keep them under the influence of addictive substances. They are generally dependent on tobacco and cannabis but can consume large quantities of drugs diverted from their use such as clonazepam and pregabalin, the risks of withdrawal of which compromise their access to care and can put them in danger. The liaison addiction team, in conjunction with the relevant partners in the city, has set up several tools to improve access to care for these vulnerable young people and enable them to be discharged within a legal framework: an identity recognition alert, a health alert and an initial emergency care protocol.

RÉFÉRENCES

1. Bouche-Florin L. Addiction in unaccompanied minors: How to go from drugs to story. *Psychotropes* 2019;25(1):25-45.
2. Sah SK, Neupane N, Pradhan Thaiba A, Shah S, Sharma A. Prevalence of glue-sniffing among street children. *Nurs Open* 2019;7(1):206-11.
3. Phan O. Les mineurs non accompagnés dits « de la Goutte d'Or ». *Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence* 2021;1:125-38.
4. Evoy KE, Sadrameli S, Contreras J, Covvey JR, Peckham AM, Morrison MD. Abuse and misuse of pregabalin and gabapentin: A systematic review update. *Drugs* 2021;81(1):125-56.
5. Abus et dépendances à la prégabaline en hausse en France et ailleurs. *Rev Prescrire* 2020;40(444):750-1.
6. Micallef J, Jouanjus E, Mallaret M, Mestre ML. Détection des signaux du réseau français d'addictovigilance : méthodes innovantes d'investigation, illustrations et utilité pour la santé publique. *Thérapies* 2019;74(6):579-90.
7. Nouvelles conditions de prescription et de délivrance des spécialités à base de prégabaline. Mise à jour le 21 mai 2021. <https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/nouvelles-conditions-de-prescription-et-de-delivrance-des-specialites-a-base-de-pregabalin-lyrica-et-ses-generiques>
8. Chincholkar M. Gabapentinoids: Pharmacokinetics, pharmacodynamics and considerations for clinical practice. *Br J Pain* 2020;14(2):104-14.
9. Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Gerome C, Martinez M, Milhet M, Detrez V, Ades JE. 1999-2019 : les mutations des usages et de l'offre de drogues en France. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)*, 2020.
10. Gerome C, Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Milhet M, Detrez V, Martinez M. Usagers, marchés et substances : évolution récentes (2018-2019). *Tendances, OFDT*, 2019 ;136, 8 p.

BON DE COMMANDE

à envoyer sous enveloppe **non affranchie** à :
Global Média Santé, service abonnements -
Libre réponse n°43360 - 92089 La Défense Cedex

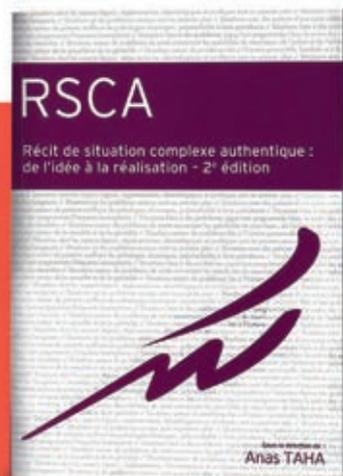
Récit de situation
complexe authentique :
de l'idée à la réalisation
2^e édition

Ce livre vous permettra de :

- connaître les étapes de rédaction du RSCA
- identifier le rôle des encadrants
- avoir des exemples de rédaction et de correction

32,90 €

Frais de port :
1 €



Je commande l'ouvrage « **RSCA - 2^e édition** » et
je joins mon règlement de **33,90 €** (dont 1 € de frais de port)

M. Mme

Spécialité

Nom

Prénom

N°

Rue

Code postal

Ville

Tél.

E-mail

Vous réglez par chèque à l'ordre de Global Média Santé

Vous réglez par carte bancaire (Sauf American Express)

N°

Expire fin

Date et signature obligatoires

J'accepte de recevoir des offres de La Revue du Praticien : Librairie DPC, formation Abonnement

Conformément à la loi Informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant, que vous pouvez exercer librement auprès de Global Média Santé-service abonnements
Tour Voltaire, 1 place des Degrés, CS 80235, 92059 Paris La Défense Cedex. Pour tous renseignements : librairie@gmsante.fr - Tél. : 01 55 62 68 62

Structures d'accueil pour les enfants migrants en France

Une organisation complexe liée à la légitimité de présence sur le territoire

Laëtitia Sorlat¹,
Anouk Laubeuf²

1. Directrice territoriale de la protection de l'enfance, Croix-Rouge française, Paris, France

2. Psychologue clinicienne en protection de l'enfance, Croix-Rouge française, Paris, France

l.p.sorlat@gmail.com

Les auteurs déclarent avoir des liens permanents avec la Croix-Rouge française.

Il existe en France, et plus particulièrement dans certains départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer (DROM-COM), de nombreux enfants en provenance de pays étrangers. En 2019, 254 239 personnes auraient immigré sur le territoire français. Parmi ces migrants, 26 % seraient mineurs, d'après le ministère de l'Intérieur.¹ La situation de « migrant » est définie selon l'Organisation des Nations unies (ONU) comme celle de « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers ». Cette notion est étudiée juridiquement et administrativement sous un prisme différent lorsqu'il s'agit de mineurs : la vulnérabilité liée à l'âge doit primer les considérations liées à la légalité du séjour des étrangers.

Pour autant, l'organisation des structures d'accueil des enfants migrants reste fondée sur les différentes « catégories » de droit au séjour (fig.1), principalement : les mineurs non accompagnés, les demandeurs d'asile, et les autres.

Procédure et structures d'accueil pour les mineurs non accompagnés

La définition de « minorité » semble évidente. Or elle ne l'est pas lorsqu'il s'agit d'enfants d'origine étrangère qui se trouvent privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. Dans le monde, l'état civil n'est ni systématique ni fiable. La majorité n'est pas fixée à 18 ans dans tous les pays, et tous ne fêtent pas leur naissance. Les États signataires de la Convention internationale des droits de l'enfant doivent protéger ces enfants isolés (les « mineurs non accompagnés » [MNA], anciennement « mineurs isolés étrangers » [MIE]).

Pour se voir octroyer le statut de MNA, il faut réunir les conditions cumulatives suivantes : avoir moins de 18 ans, être de nationalité étrangère, être isolé sur le territoire français. Il existe différentes méthodes pour permettre aux conseils départementaux, compétents en matière de protection de l'enfance, d'évaluer ces critères (fig.2).

D'abord une mise à l'abri provisoire

Pendant la période d'évaluation, le jeune migrant est hébergé par le département dans lequel il s'est présenté, le plus souvent dans un dispositif hôtelier géré par le secteur associatif, comme la Croix-Rouge française ou France terre d'asile. Cet accompagnement étant prévu pour quelques jours uniquement, il est souvent limité à la mise à l'abri, l'alimentation et l'hygiène de base. Les orientations médicales se font principalement pour les urgences. Des activités peuvent également être proposées.

Ordonnance de placement provisoire dans un deuxième temps

Une fois la minorité reconnue, le juge des enfants confie le demandeur par ordonnance de placement provisoire à l'aide sociale à l'enfance (ASE), lui octroyant les mêmes droits que l'ensemble des enfants français (santé, éducation...). L'enfant doit alors intégrer une structure d'accompagnement à l'autonomie jusqu'à sa majorité : famille d'accueil, foyer ou appartement, partagé ou non.

Un jeune évalué majeur peut saisir le juge des enfants

Si le jeune est évalué majeur, il sort du dispositif de mise à l'abri d'urgence et ne se voit pas proposer d'hébergement alternatif. S'il conteste la décision du département, il saisit le juge des enfants. L'autorité judiciaire peut alors ordonner une expertise des documents d'identité en premier lieu, puis, si le doute persiste et, en dernier recours, une expertise d'âge osseux (radiographie du poignet, qui doit être réalisée avec le consentement de l'enfant, en présence d'un traducteur le cas échéant, et dont les résultats interprétés par le corps médical sont peu fiables).

S'il est finalement confié en tant que mineur, il intègre le dispositif pérenne.

En revanche, si le juge réaffirme la décision du département, il sort des dispositifs pour MNA et entre dans le circuit de prise en charge des étrangers majeurs.

En 2019, hors Mayotte, ce sont 16 760 situations qui ont été portées à la connaissance de la cellule nationale de la mission mineurs non accompagnés, dont 95,5 % de garçons arrivant à un âge moyen de 16 ans. Ils étaient

SANTÉ DES ENFANTS MIGRANTS

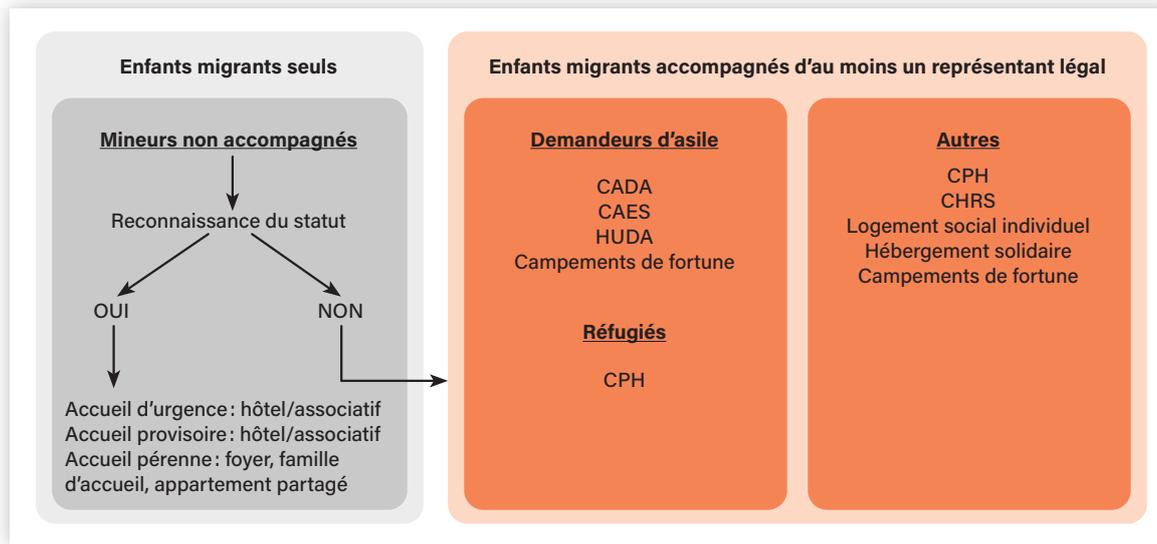


Figure 1. Structures d'accueil et lieux de vie des mineurs selon leur statut administratif et juridique en France.
CADA : centres d'accueil pour demandeurs d'asile ; CAES : centres d'accueil et d'examen des situations administratives ; CHRS : centres d'hébergement et de réinsertion sociale ; CPH : centres provisoires d'hébergement ; HUDA : hébergements d'urgence pour demandeurs d'asile.

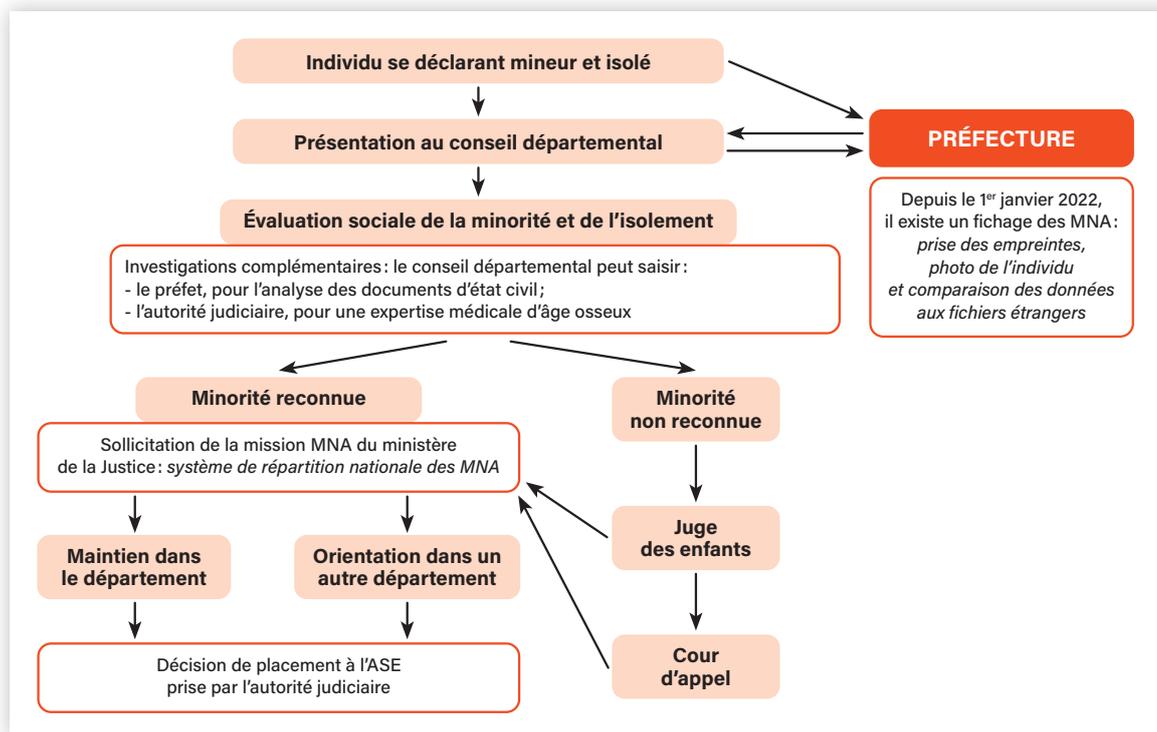


Figure 2. Parcours des jeunes se déclarant mineurs non accompagnés sur le territoire français. ASE : aide sociale à l'enfance ; MNA : mineur non accompagné.

très majoritairement originaires de l'Afrique de l'Ouest : Guinée (31 %), Mali (20 %), Côte d'Ivoire (16 %).³

Procédure et structures d'accueil pour les demandeurs d'asile

Pour obtenir l'asile, la personne migrante doit constituer un dossier prouvant qu'elle est en danger réel dans son pays d'origine en raison de son ethnie, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social ou de ses

opinions politiques. Ce dossier est ensuite étudié par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Lorsque la personne ne remplit pas ces critères, mais qu'elle risque d'être exposée à une menace grave dans son pays d'origine (peine de mort ou exécution, tortures, traitements inhumains ou dégradants, menace grave et individuelle), une protection subsidiaire peut lui être accordée.

Pour les enfants seuls, le dossier est constitué avec l'aide d'un administrateur *ad hoc* désigné par le procureur de la République.

Pour ceux qui se trouvent en France avec au moins un représentant légal, une demande d'asile familiale est réalisée. Pendant les trois à six mois de l'instruction, la loi prévoit un hébergement dédié : c'est le dispositif national d'accueil géré par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) offrent une prise en charge complète dispensée par des professionnels formés : hébergement, accompagnement social, administratif et médical. Mais avec seulement 43 600 places au 1^{er} janvier 2020, seuls 33,7 % des demandeurs d'asile éligibles y ont effectivement accès. Ceux qui n'y sont pas hébergés peuvent être accueillis dans des centres plus provisoires et précaires, comme les centres d'accueil et d'examen des situations (CAES) ou les hébergements d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA), dans d'autres lieux moins spécialisés comme les centres d'hébergement d'urgence (CHU), ou être retrouvés sur des camps de fortune, souvent dans le Calais ou en région parisienne.

S'il obtient le statut de réfugié, le mineur accompagnant est protégé en même temps que sa famille. Il peut alors opter pour une prise en charge dans un centre provisoire d'hébergement (CPH), réservé aux bénéficiaires de protection internationale.

En 2019, 21 841 mineurs ont réalisé une première demande d'asile en famille. Dans le même temps, 755 mineurs ont réalisé cette même demande seuls.⁴

Autres mineurs migrants et leur hébergement

Il existe des enfants migrants présents sur le territoire français qui ne relèvent pas de l'asile et ne sont pas isolés. Le mineur lui-même ne saurait être considéré comme « sans-papiers ». Néanmoins, le législateur considère que son intérêt supérieur est de maintenir le lien familial, c'est donc le statut de la famille qui lui est applicable.

Dans les familles en situation régulière

Les familles en situation régulière, qu'elles disposent d'un titre de séjour pour des raisons de santé, de travail ou à la suite d'un regroupement familial, bénéficient des mêmes aides que les Français. Elles peuvent être hébergées dans des dispositifs spécifiques comme les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), non réservés aux étrangers. Elles sont cependant le plus souvent dans le parc privé, soit en logement social individuel, soit en hébergement solidaire.

Dans les familles en situation irrégulière

Les familles en situation irrégulière, déboutées de l'asile ou du droit au séjour général (par exemple à la suite de la perte de l'emploi octroyant le titre de séjour salarié), sont particulièrement vulnérables.

L'accès à la santé hors urgence est limité aux dispositifs dédiés (comme les permanences d'accès aux soins

de santé, cellules de prise en charge médico-sociale au sein des établissements publics de santé).

La scolarité des enfants est complexe, principalement pour des questions de domiciliation et donc de compétence territoriale, et les aides sociales sont limitées à l'extrême urgence.

Ces familles s'exposent par ailleurs à une rétention administrative en vue d'une expulsion si elles voient une ordonnance de quitter le territoire français prononcée contre elles.

Nombre de migrants sont ainsi sans statut administratif ou juridique spécifique. C'est le cas des familles itinérantes ou de voyageurs, des déboutés de l'asile, des étrangers non éligibles à l'asile se déclarant mineurs mais n'ayant pas été reconnus sous le statut MNA, principalement. Elles ne bénéficient d'aucune structure dédiée et se retrouvent souvent contraintes à vivre dans des conditions de grande précarité, notamment sur des campements de fortune plus ou moins insalubres.

Quelle prise en charge médicale ?

Les mineurs pris en charge au sein de structures de protection de l'enfance ou pour demandeurs d'asile bénéficient de la protection universelle maladie (PUMA, ancienne couverture maladie universelle, CMU). Ils bénéficient, durant leur parcours, d'un suivi médical global. Si les professionnels de santé ne sont pas présents sur le lieu d'accueil, ils rejoignent le parcours de soins de ville.

La réalisation d'un bilan médical complet est préconisée dans les quatre mois suivant l'arrivée. Couvert par l'Assurance maladie du patient le cas échéant, ce bilan peut également être réalisé gratuitement, lorsque l'enfant n'est pas pris en charge en structure, via les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Les soins spécialisés leur sont plus difficiles d'accès. Enfin, l'aide médicale de l'État (AME) permet l'accès aux soins de toutes les personnes en situation irrégulière en France, enfants compris. Il est à noter que ce dispositif (conditionné à une présence continue de trois mois) est applicable sur tout le territoire à l'exception de Mayotte.

Quelle prise en charge scolaire ?

Le droit à l'éducation est l'un des cinq piliers de la Convention internationale des droits de l'enfant. En France, « l'instruction est obligatoire pour chaque enfant dès l'âge de 3 ans et jusqu'à l'âge de 16 ans », selon l'article L131-1 du code de l'éducation.

L'Éducation nationale dispose d'une structure dédiée pour faciliter les démarches d'accès à la scolarisation des mineurs migrants : le Centre académique pour la scolarisation des enfants allophones nouvellement arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de voyageurs (CASNAV).

En 2012, des unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants (UP2A) ont été créées. Elles remplacent

les anciennes « classes d'accueil » (CLA) et « classes d'initiation pour non francophones » (CLIN). Dans ces dispositifs, l'apprentissage de la langue française est renforcé. Cette classe est considérée comme une passerelle permettant aux élèves d'ajuster leur niveau avant d'intégrer le système scolaire classique.

Les enfants de plus de 11 ans arrivant sur le territoire doivent passer des tests d'évaluation réalisés au sein du centre d'information et d'orientation (CIO) avant d'intégrer le système scolaire français. Ces centres facilitent l'accès à des classes correspondant au mieux à leur niveau scolaire, en fonction notamment de leur âge et de leur scolarisation antérieure. À la suite des évaluations, le jeune se voit affecter un établissement scolaire adapté à son niveau et à ses qualifications.

Une grande complexité de l'accès aux structures

En France, l'organisation des structures d'accueil des enfants migrants reste intimement corrélée à la notion de légitimité de leur présence sur le territoire, qu'ils soient seuls ou en famille. Il existe une multitude de dispositifs d'hébergement, d'accompagnement social et d'accès aux soins pour couvrir l'ensemble des situations administratives et juridiques. Néanmoins, ils ne bénéficient pas à tous les enfants : 700 sont encore considérés quotidiennement à la rue uniquement à Paris, 20 000 sont hébergés à l'hôtel en Île-de-France dont 5 000 de moins de 3 ans en Seine-Saint-Denis.⁷

Toutes ces structures ont vocation à être provisoires : la dynamique de la prise en charge doit en principe permettre, au fur et à mesure de la reconnaissance du ou des statuts de l'enfant migrant (MNA, réfugié...), de s'émanciper pour s'intégrer au mieux dans la société française.

QU'EN EST-IL EN OUTRE-MER ?

L'État français prévoit un fonctionnement similaire des dispositifs de prise en charge des enfants migrants sur l'ensemble du territoire. Cependant, les départements et régions présentent une grande disparité de richesse, d'accessibilité aux institutions mais également de réalité migratoire, particulièrement dans les DROM-COM. Mayotte ou la Guyane témoignent régulièrement du manque de moyens financiers, associatifs et même humains pour prendre en charge de façon adaptée et complète l'intégralité des individus le nécessitant. Ces territoires sont confrontés à un flux migratoire important, souvent combiné à un fort taux de natalité, complexifiant la prise en charge sanitaire et sociale des enfants. Selon le ministère de l'Intérieur,¹ à Mayotte, 48 % des 256 000 habitants sont étrangers, 7 000 mineurs vivent dans des familles en situation irrégulière, 95 % d'entre eux sont originaires des Comores voisines.

La complexité des démarches, les institutions souvent saturées ou inadaptées, le manque de temps et de formation des professionnels sont autant de causes identifiées générant des situations de carence d'accès au droit. La loi du 7 février 2022 « relative à la protection des enfants » est une avancée notoire en la matière, notamment en prohibant le recours à l'hôtel pour le placement des mineurs, massivement utilisé pour les migrants en protection de l'enfance. Les départements ont deux ans pour ouvrir des structures d'accueil adaptées. ⁵

RÉSUMÉ STRUCTURES D'ACCUEIL POUR LES ENFANTS MIGRANTS EN FRANCE

Aux yeux de la loi, les migrants de moins de 18 ans présents sur le territoire français sont considérés comme des enfants avant d'être des étrangers. S'ils n'ont pas de représentant légal, ils peuvent bénéficier du statut de mineur isolé, qui leur donne accès à une prise en charge spécifique jusqu'à l'âge de 21 ans. S'ils étaient en danger dans leur pays d'origine, en raison de leur ethnie, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social particulier ou de leurs opinions politiques, ou si leur retour comporte un risque d'exposition à une menace grave, ils peuvent également se voir accorder l'asile. En tant que famille, ils peuvent être en situation légale ou illégale. L'éventail des structures d'accueil est large, couvrant les situations administratives et juridiques les plus courantes. Néanmoins, il ne bénéficie pas à tous les enfants migrants, dont certains se retrouvent encore chaque jour dans les rues de France.

SUMMARY CARE AND SUPPORT CENTERS FOR MIGRANT CHILDREN IN FRANCE

In the eyes of the law, migrants under the age of 18 present on French territory are considered children before being foreigners. If they have no legal representative, they can benefit from the status of unaccompanied minors, which gives them access to dedicated care services up to the age of 21. If they were in danger in their origin country, because of their ethnic group, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, or if their return involves a risk of exposure to a serious threat, they can also be granted asylum. As a family, they may be in a legal or illegal situation. The range of reception structures is wide, covering the most common administrative and legal situations. Nevertheless, it does not benefit all migrant children, some of whom still end up on the streets of France every day.

RÉFÉRENCES

1. Ministère de l'Intérieur. Les chiffres clés de l'immigration 2020. 2022. www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Communiqués/Statistiques-annuelles-en-matiere-d-immigration-d-asile-et-de-nationalite2
2. Convention internationale relative aux droits de l'enfant. 1989. Article 20.
3. Ministère de la Justice. Rapport annuel d'activité 2019 de la mission mineurs non accompagnés. Mai 2020. www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/274374.pdf
4. Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Rapport d'activité 2019. ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2019.pdf
5. Ministère de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports. La scolarisation des élèves allophones nouvellement arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de voyageurs. Mai 2022. www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-élèves-allophones-nouvellement-arrivés-et-des-enfants-issus-de-familles-4823
6. Défenseur des droits. Les mineurs non accompagnés au regard du droit. 2022.
7. UNICEF. En France, des milliers d'enfants à la rue ou dans des hébergements précaires ! 2019. www.unicef.fr/article/en-france-des-milliers-d-enfants-la-rue-ou-dans-des-hebergements-precaires

Mutilations génitales féminines : comment protéger les enfants et les familles ?

Claire Tantet

Service de maladies infectieuses et médecine tropicale, parcours santé sexuelle, hôpital Avicenne, Bobigny, et hôpital Bichat, Paris, France

claire.tantet@aphp.fr

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *toutes les interventions aboutissant à une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non médicales* ». ¹ De nombreuses idées reçues existent sur ces pratiques, qu'il est important de déconstruire afin de passer un message adapté aux familles et de ne pas stigmatiser les personnes. Souvent, les familles subissent une pression communautaire forte. Elles rencontrent des difficultés à abandonner la pratique car cela risque d'exclure leurs filles de la communauté.

Quatre types de mutilation

Il existe quatre types de MGF définis par l'OMS (fig.1) :

- type 1, la clitoridectomie, correspondant à l'ablation du prépuce et/ou du gland clitoridien ;
- type 2, l'excision, consistant en l'ablation des petites lèvres et du gland clitoridien ;
- type 3, l'infibulation, qui est l'ablation du gland clitoridien et des petites lèvres avec suture des grandes lèvres par-dessus ne laissant qu'un passage pour les urines et les menstruations ;
- type 4, toutes les autres MGF.

Une pratique interdite par la loi

Les MGF sont une pratique traditionnelle largement répandue dans le monde puisqu'on estime à plus de 200 millions le nombre actuel de femmes concernées (fig.2). ² Elles sont mises en œuvre dans certains pays d'Afrique subsaharienne, du Moyen-Orient, d'Asie du Sud-Est – notamment l'Indonésie et l'Inde – et les pays d'immigration (Europe, Canada, États-Unis,

Australie). En 2019, il a été estimé qu'au début des années 2010, environ 125 000 femmes adultes « mutilées » vivaient en France. ³

Aujourd'hui, sur notre territoire, les MGF concernent des femmes migrantes mais aussi des filles et des femmes nées en France de parents originaires de pays dans lesquels les MGF sont pratiquées.

Les MGF constituent un crime en France depuis 1983. La loi s'applique pour tous les enfants français, que la mutilation ait lieu en France ou à l'étranger. La sanction est de dix à vingt ans de réclusion criminelle et 150 000 euros d'amende pour la personne pratiquant

l'acte, selon les articles du code pénal concernant les violences à l'égard des mineurs. Dans certaines situations, les parents peuvent être incriminés, notamment s'ils sont informés sur la loi et qu'ils pratiquent une excision sur leurs enfants. Les praticiens constatant une excision sur une mineure sont tenus de réaliser un signalement.

Repérer, prévenir et orienter

Lors de l'accueil d'un enfant migrant, le praticien peut être amené à rencontrer des fillettes ayant subi une excision ou une infibulation. Le repérage doit être systématique. Généralement, si la

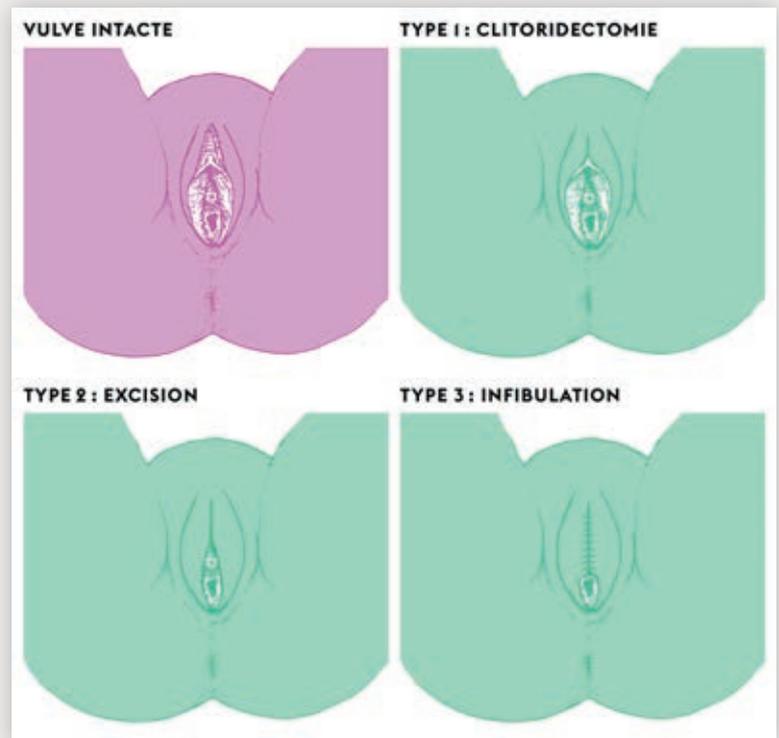


Figure 1. Les différents types de mutilation génitale féminine (MGF).

Source : Clarice, pour le GAMS Belgique, pour Mille Parcours.

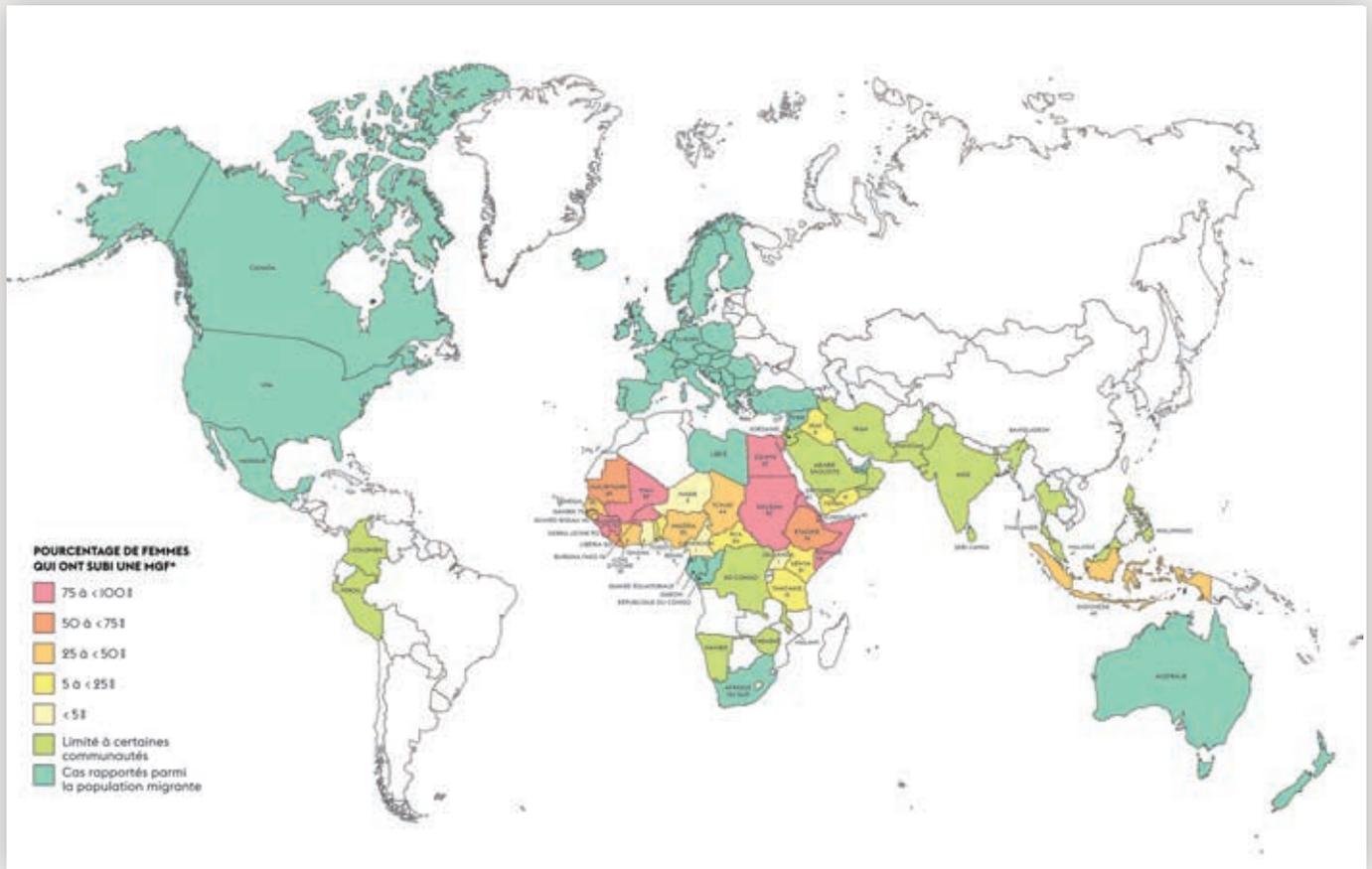


Figure 2. Prévalence des mutilations génitales féminines (MGF) dans le monde.

posture du médecin est bienveillante et sans jugement, le dialogue s'établit facilement.

Ouvrir le dialogue avec les parents

Le praticien peut évaluer le risque en posant la question directement aux parents et en faisant préciser à la mère si elle-même est concernée, en s'appuyant par exemple sur une carte de répartition épidémiologique (fig. 2). Si la réponse est positive, il peut lui demander si c'est un problème pour elle et si elle est désireuse ou non d'un accompagnement. Toutes les femmes ne sont pas intéressées par un accompagnement car certaines n'ont pas de complications identifiées. Néanmoins, le praticien invite au dialogue et transmet une information dont elle se saisira ou non.

Dans un second temps, il peut poser la question pour l'enfant et l'ensemble de la fratrie.

Un examen vulvaire difficile

De façon générale, un examen clinique complet comprenant un examen vulvaire est réalisé après avoir expliqué aux parents et à l'enfant l'intérêt de cet examen et obtenu leur consentement respectif. L'examen est difficile chez l'enfant et particulièrement chez le bébé, et il est nécessaire de faire confirmer le diagnostic quand il existe un doute.

Il est important de noter dans le carnet de santé l'intégralité ou non des organes génitaux externes.

Rechercher les complications

Si l'enfant présente une excision ou une infibulation, les complications seront recherchées : d'abord les complications aiguës au moment de l'excision (hémorragie, infection, douleur, traumatisme psychologique...) et les complications chroniques.

Les complications chroniques chez l'enfant sont les suivantes : dysurie, infections urinaires et gynécologiques, manque de confiance en soi, cauchemars qui font revivre l'excision, anxiété inexpliquée.

Les complications chez les adolescentes sont des douleurs pendant les règles, qui parfois entraînent des absences prolongées à l'école, des infections urinaires, la peur d'aborder les premières relations amoureuses, des premiers rapports sexuels difficiles, voire impossibles en cas d'infibulation.

Proposer un accompagnement

Un accompagnement est proposé à la mère et à l'enfant en fonction des ressources locales.

Concernant les femmes, ce type d'accompagnement est holistique, avec psychologues, sexologues, gynécologues, et parfois une plastie clitoridienne.

Pour les enfants, il est réalisé par des pédiatres, urologues, psychologues suivant les ressources disponibles, rares en France. L'intention de l'accompagnement est que l'enfant et future adulte sache trouver les ressources nécessaires si un jour elle ressent une difficulté avec l'excision. Il ne s'agit pas de lui imposer un suivi et de générer un problème chez elle. Cependant, en cas de symptômes psychiques, un soutien est toujours nécessaire.

La plastie clitoridienne n'est pas proposée aux mineures et on attend généralement l'entrée dans la sexualité, sachant que l'accompagnement sexologique et psychologique suffit le plus souvent.

En cas d'infibulation (chez les enfants originaires de Somalie, Érythrée, Djibouti principalement), une chirurgie de désinfibulation est systématiquement proposée. Effectivement, l'infibulation entraîne des complications urinaires, une difficulté d'écoulement des règles, avec parfois des infections et des rapports sexuels très douloureux. Dans ce cas, on n'attend pas la majorité de l'enfant et on peut proposer cette chirurgie à tout âge.

Certificat et signalement

Certaines familles demandent l'asile pour protéger leurs enfants de l'excision. C'est un motif reconnu.

Rédaction des certificats dans une unité médico-judiciaire

Les familles peuvent demander au médecin un certificat attestant de la

non-excision de leur enfant ou de l'excision de la mère ou des sœurs. Depuis l'été 2020, ce certificat ne peut plus être rédigé par les pédiatres concernant les mineures et doit être fait dans une unité médico-judiciaire. Pour les majeures, tout praticien peut le réaliser.

Signalement d'excision obligatoire

Dans le cas où un enfant est excisé, il y a une obligation de signalement pour le praticien.

Ce signalement est réalisé auprès du procureur de la République ou auprès d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP). Cette mesure légale permet de protéger les enfants à venir ou non excisés de la fratrie. Il peut être réalisé par le praticien ou par les professionnels de la protection maternelle et infantile (PMI).

Il est important d'expliquer aux familles pourquoi ce signalement est réalisé, dans quel but et de rappeler le fait qu'il s'agit d'une obligation légale et d'une protection de l'enfant. Il y a rarement une urgence à procéder au signalement dans ce cas et il est important de référer ces situations à des praticiens familiarisés avec cette pratique afin de confirmer le diagnostic dans un premier temps avant de s'engager dans les mesures légales.

Enfin, le moment est choisi et ce n'est pas forcément l'urgence à l'arrivée en France quand les familles sont en cours de régularisation, par exemple; le signalement peut alors être différé.

Toujours informer

Dans certaines situations, le praticien accueille des familles qui ont des questions autour des MGF. Il peut alors les informer sur les complications, les possibilités d'accompagnement et la loi française. Il est important que les familles sachent que la pratique de l'excision est interdite en France, que les enfants peuvent être protégés et les familles soutenues pour lutter contre cette pratique et qu'il existe de nombreuses associations sur le sujet comme la fédération nationale GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles, des mariages forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants, <https://federationgams.org/>). Pour l'accompagnement des professionnels de santé, l'association Mille Parcours (<http://milleparcours.org/>), par exemple, a développé des outils et des formations.

Briser le tabou et soutenir les familles

La pratique des MGF est présente dans le monde entier. Il s'agit d'une pratique traditionnelle qui s'inscrit dans le champ des violences faites aux femmes et aux enfants et fait partie d'une norme sociétale qui rend le combat pour certaines familles difficile. Il s'agit donc pour le praticien de briser le tabou en abordant le sujet et d'accueillir les personnes concernées dans la bienveillance et la non-discrimination. ☺

RÉFÉRENCES

1. WHO, UNICEF, Fund UNP. Female genital mutilation: A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Les Mutilations sexuelles féminines : déclaration commune. OMS/UNICEF/FNUAP. 1997.apps.who.int/iris/handle/10665/41903
2. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: A global concern. 2016. data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern
3. Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. Bull Epidemiol Hebd 2019;21:392-9. www.santepubliquefrance.fr/docs/estimation-du-nombre-de-femmes-adultes-ayant-subi-une-mutilation-genitale-feminine-vivant-en-france

À RETENIR

Santé des enfants migrants : 10 messages clés

Frédéric Sorge

Service de pédiatrie et de maladies infectieuses, consultations adoption et enfants migrants, permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Necker-Enfants malades et hôpital Robert-Debré, Paris, France, Groupe de pédiatrie tropicale de la Société française de pédiatrie

frederic.sorge@aphp.fr

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1 Les enfants migrants, accompagnés ou non, forment une population vulnérable et hétérogène estimée à près de 70 000 en France.

2 L'état de santé des enfants migrants est précaire dans toutes ses dimensions, tant nutritionnelle et immunitaire que psychologique et neuro-développementale, avec des difficultés de socialisation en lien avec l'insuffisance scolaire.

3 L'état de santé des enfants migrants est influencé par les conditions sanitaires de leur pays d'origine, l'exposition aux stress et aux agents pathogènes, l'insalubrité de leur hébergement et l'insécurité alimentaire durant leur parcours migratoire et dans leur pays d'accueil, ainsi que par les troubles psychologiques parentaux.

4 La prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée parmi les enfants et adolescents réfugiés, avec 19 à 36 % d'états de stress post-traumatique. Mais la majorité mobilise de grandes capacités d'adaptation malgré de nombreux facteurs de vulnérabilité avant, pendant et après la migration.

5 Les enfants migrants ont des problématiques de santé comparables à celles des enfants sans domicile fixe : malnutritions (dénutrition ou surpoids) ; carences nutritionnelles (fer, vitamine D) ; anémie ; infections courantes et récurrentes des voies respiratoires supérieures, des dents, de la peau et du tube digestif ; tuberculose et parfois parasitoses importées (paludisme, bilharziose...).

6 L'immunité vaccinale des enfants migrants est en général insuffisante et un rattrapage est le plus souvent nécessaire.

7 La consommation de substances psychoactives ne concerne qu'une minorité des jeunes migrants, le plus souvent des garçons et originaires du Maghreb. Ils sont fréquemment poly-consommateurs. Ils sont en général dépendants du tabac et du cannabis mais peuvent consommer de grandes quantités de médicaments détournés de leur usage, tels que le clonazépam et la prégabaline. Certaines équipes ont mis en place un protocole de prise en charge coordonnée entre service des urgences et équipe d'addictologie de liaison.

8 Les mutilations génitales féminines concernent des femmes migrantes mais aussi des filles et des femmes nées en France de parents originaires de pays dans lesquels elles sont pratiquées. Elles constituent un crime en France depuis 1983. Lors de l'accueil d'une fillette migrante, le repérage, la prévention et l'information doivent être systématiques. La constatation d'une mutilation génitale chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement.

9 L'organisation des structures d'accueil des enfants migrants reste fondée sur les différentes « catégories » de droit au séjour, principalement les mineurs non accompagnés, les demandeurs d'asile, et les autres.

10 Il existe de nombreux obstacles à l'accès aux soins des enfants migrants, avec un recours plus important aux urgences hospitalières, aux centres de PMI, aux centres de santé et, plus rarement, à la médecine libérale (médecin généraliste ou pédiatre). Les actions prioritaires de santé publique à l'attention de cette population vulnérable consistent en une évaluation médico-psychosociale précoce, une sécurisation nutritionnelle et de l'habitat de ces enfants et de leur famille, une scolarisation normale. Le but est d'assurer une socialisation dans de bonnes conditions et de respecter les droits fondamentaux des enfants. 