

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1544

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lucie ZUNINO

Le 18 mai 2020

DESCRIPTION D'UNE POPULATION PEDIATRIQUE MIGRANTE
CONSULTANT AUX URGENCES DE TOULOUSE

Directrice de thèse : Dr Camille BREHIN

JURY

Monsieur le Professeur Yves CHAIX	Président
Madame le Professeur Isabelle CLAUDET	Assesseur
Monsieur le Professeur Guillaume MARTIN BLONDEL	Assesseur
Madame le Docteur Hélène COLINEAUX	Assesseur
Madame le Docteur Camille BREHIN	Suppléant
Madame le Docteur Catherine BARBEAU-DELETTREZ	Membre invité
Madame Pavla ZATVRSKA	Membre invité

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS :	3
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX :	5
INTRODUCTION :	9
I. Les migrations dans le monde, en Europe et en France.	11
1) Définitions :	11
2) La migration dans le monde :	12
3) La migration en Europe :	13
4) La migration en France :	17
5) Des routes migratoires dangereuses qui n'épargnent pas les enfants :	19
II. Santé & Migration :	22
1) Déterminants de santé et migration :	22
2) Migration et état de santé de l'enfant :	24
a- Etat de santé de l'enfant qui migre :	24
b- Etat de santé de l'enfant né de parents migrants :	27
c- Synthèse des principaux diagnostics identifiés dans les études portant sur la population pédiatrique migrante :	29
III. Influence du pays d'accueil sur l'état de santé de l'enfant migrant :	33
1) Le modèle français :	34
a- Modalités d'accès à une couverture médicale et au système de soins pour les enfants migrants en France :	34
b- Structures de soins participant à la prise en charge des enfants migrants en France :	35
c- L'interprétariat dans les soins : un droit pour les personnes migrantes.	37
d- Rôle de l'école sur la santé des enfants migrants :	38
e- Modalités d'accès au logement pour les personnes migrantes et retentissement sur la santé et le bien-être social des enfants migrants :	38
f- Modalités d'accès à un titre de séjour et/ou à la nationalité française en France :	39
MATERIEL ET METHODE	41
1) Etude n°1 :	41
a- Type d'étude :	41
b- Sélection de la population	41
c- Recueil des données et analyse statistique :	42
2) Etude n° 2 :	44

RESULTATS :	45
1) Etude n°1	45
a- Sélection de la population analysée :.....	45
b- Analyse descriptive :.....	46
2) Etude n° 2 : Résultat de l'enquête menée auprès des soignants :.....	13
a- Population interrogée :.....	13
b- Connaissance générale sur l'interprétariat :.....	13
c- Utilisation de l'interprétariat :.....	14
d- Connaissances générales sur la couverture sociale des enfants migrants et pratique aux urgences.....	14
DISCUSSION :	15
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE :	25
ANNEXE n° 1 : Lexique des autres termes utilisés relatifs au profil migratoire	32
ANNEXE n° 2 : Résumé des modalités d'accès à une couverture médicale selon le statut de l'enfant.	34
ANNEXE n° 3 : Parcours de demandeur d'asile en France	35
ANNEXE n° 4 : Questionnaire étude n° 2	36
ANNEXE n° 5 : Proposition de protocole de prise en charge des enfants migrants aux urgences pédiatriques de Toulouse.	37
ANNEXE n° 6 : Proposition d'article de thèse	45

LISTE DES ABREVIATIONS :

ADA : Allocation Demandeur Asile

AME : Aide Médicale d'Etat

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASP : radiographie de l'Abdomen Sans Préparation

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CASO : Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CMU(c) : Couverture Maladie Universelle (complémentaire)

COFRIMI : Conseil et Formation sur les Relations Interculturelles et les Migrations

COMEDE : Comité pour la santé des exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRP : Protéine C Réactive

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

G6PD : Glucose-6-Déshydrogénase

HAS : Haute Autorité de Santé

HCR : voir UNHCR

IDR : Intradermo-Réaction à la Tuberculine

IFN γ : Interféron Gamma

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MGF : Mutation Génitale Féminine

OIM : Organisation Internationale pour les Migrations

ONU : Organisation des Nations Unies

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle Infantile

PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies.

PUMA : Protection Universelle Maladie

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

UE : Union Européenne

UE27 : Union Européenne des vingt-sept

UNHCR, HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX :

- Figure 1** : Principaux chiffres de la migration dans le monde d'après une infographie de l'UNHCR (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés), 2019.....p
11
- Figure 2** : Carte des états membres de l'espace Schengen d'après Toute l'Europe, centre d'information sur l'Europep
12
- Figure 3** : Evolution du flux migratoire en Europe entre 1985 et 2014 en milliers (infographie originale publiée dans le journal le MONDE à partir des données EUROSTAT le 04/09/2015)
.....p
13
- Figure 4** : Nombre de primo-demandeurs d'asile enregistrés dans les Etats membres de l'UE (2014-2019) source : ec.europa.eu/eurostat..... p
14
- Figure 5** : Structure d'âge des populations nationales et non-nationales, UE-28, 1er janvier 2018 (source : Eurostat 2018)
.....p 15
- Figure 6** : Primo-demandeurs d'asile dans les Etats membres de l'UE par pays d'origine en 2019 d'après une infographie Eurostat (source : ec.europa.eu/eurostat)
.....p 16
- Figure 7** : Estimation de la population française en 2018 (données INSEE,2018).....p
17
- Figure 8** : Evolution des demandes d'asile en France depuis 1992 (données INSEE,2019).p 17
- Figure 9** : Principales routes migratoires (carte originale publiée dans le journal le MONDE à partir des données HCR et IOM 2018).....p
18
- Figure 10** : Carte des décès d'enfants migrants disparus enregistrés entre 2014 et 2018 dans le cadre du programme « Missing Migrants Project » mené par l'Organisation Internationale pour les Migrations en 2019, publiée dans le rapport Fatal Journey.....p 20

Figure 11 : Carte de la santé et de ses déterminants d'après le guide « La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir » publié en 2012 par le Ministère de la Santé et des services sociaux à Québec.....	p 21
Figure 12 : Les cinq phases de la migration d’après Zimmerman <i>et al</i> 2011.....	p 22
Figure 13 : Flow chart.....	p 44
Figure 14 : Répartition mensuelle des passages par nombre de passage (population générale).....	p 46
Figure 15 : Répartition mensuelle des passages par nombre de passage (population migrante).....	p 46
Figure 16 : Répartition horaire des passages (population migrante).....	p 47
Figure 17 : Tranche d'âge et sexe ratio dans la population consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018.....	p 48
Figure 18 : Carte pays de naissance des enfants.....	p 50
Figure 19 : Carte pays d’origine des parents.....	p 50
Figure 20 : Nombre de recours à l’interprétariat depuis le début de l’internat au sein de l’Hôpital des Enfants (CHU de Toulouse)	p 59

Figure 21 : Parcours du demandeur d'asile en France (réforme de novembre 2015) d'après une infographie originale de Antoine Guignette – mars 2018).....p 78

Tableau 1 : Prévalence estimée (%) et IC 95 % des pathologies retrouvées chez les enfants migrants et réfugiés de 0 à 18 ans toutes régions d'origine confondues à l'entrée dans le pays d'arrivée.....p 28

Tableau 2 : Prévalence estimée et IC 95 % (%) des pathologies non infectieuses chez les enfants par région d'origine.....p 29

Tableau 3 : Prévalence estimée et IC à 95 % (%) des infections chez les enfants par région d'origine.....p 30

Tableau 4 : Principaux diagnostics identifiés dans les études françaises concernant la population pédiatrique migrante).....p 31

Tableau 5 : Nombre de passages par enfant migrant sur l'année 2018 aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse.....p 45

Tableau 6 : Répartition journalière des passages d'enfant migrant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018.....p 45

Tableau 7 : Répartition mensuelle des passages d'enfant migrant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018.....p 46

Tableau 8 : Répartition horaire des passages (population générale et enfants migrants) aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018.....p 47

Tableau 9 : Tranches d'âge de la population générale et de la population d'enfants migrants consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018.....p 48

Tableau 10 : Tranche d'âge et sexe ratio dans la population migrante consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018.....p 48

Tableau 11 : Pays d'origine des parents et pays de naissance des enfants migrants consultant aux urgences pédiatriques en 2018.....p 49

Tableau 12 : Durée de séjour en France avant le passage aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018.....p 51

Tableau 13 : Conditions de logement et composition de la famille.....p 51

Tableau 14 : Notion de barrière de la langue et notion de recours à l'interprétariat.....p 52

Tableau 15 : Principaux antécédents relevés dans les observations médicales.....	p 53
Tableau 16 : Classement CCMU des motifs de consultation dans la population générale et la population d'enfants migrants en 2018.....	p 54
Tableau 17 : Classement des motifs de consultation par types d'urgences.....	p 55
Tableau 18 : Diagnostics principaux et secondaires de la population migrante.....	p 55
Tableau 19 : Devenir des enfants à l'issue de la consultation (population migrante).....	p 56
Tableau 20 : Motifs d'hospitalisation, durée d'hospitalisation, pays d'origine et pays de naissance.....	p 57
Tableau 21 : Résumé des modalités d'accès à une couverture médicale selon le statut de l'enfant.....	p 77

INTRODUCTION :

En 2019, le nombre de migrants internationaux dans le monde a atteint un chiffre record de 272 millions de personnes soit 3,5 % de la population mondiale (1).

Le phénomène de migration n'est pas nouveau. Tout au long de l'histoire de l'humanité des hommes, des femmes et des enfants se sont déplacés pour améliorer leurs conditions de vie. Au-delà du simple bénéfice pour l'individu, pour la famille et/ou la communauté, la mobilité de population contribue au progrès social et économique à l'échelle mondiale. Cependant, ces dernières années ont été marquées par une intensification et une complexification des mouvements migratoires dans le Monde et en Europe.

En particulier, depuis 2015 le nombre d'enfants et de femmes dans la population migrante a particulièrement augmenté (2).

Comme pour l'adulte qui migre, la santé des enfants migrants est liée à la fois à leur état de santé avant le départ mais aussi aux risques auxquels ils seront confrontés durant toutes les phases de leur migration.

Une méta analyse sur l'état de santé des enfants migrants publiée par l'équipe de Jaeger *et al* en 2012 soulignait que les enfants migrants sont susceptibles, du fait du contexte migratoire, d'avoir, en plus des besoins de santé d'un enfant en plein développement, des besoins de santé spécifiques qui nécessitent une attention particulière avec la mise en place dans le pays d'accueil d'une prise en charge par des soins pédiatriques adaptés et une prévention ciblée (3).

A Toulouse, les dernières années ont été marquées par une forte augmentation¹ des flux d'arrivées de migrant (4). Parallèlement, il nous a semblé que le nombre de recours aux urgences pédiatriques d'enfant migrants augmentait lui aussi.² Partant de ce constat et de l'absence de parcours de soins dédié ou de prise en charge codifiée disponible localement, nous avons décidé de mener au sein de l'hôpital des enfants de Toulouse une étude rétrospective descriptive sur la population pédiatrique migrante ayant consulté aux urgences pédiatriques en 2018.

¹ D'après le rapport annuel 2019 de l'association Forum Réfugiés, le flux de migrants à Toulouse a augmenté de plus de 24% avec 4 198 enregistrements de souhaits de demande d'asile (dont 26 % d'enfants) en 2018 contre 3 406 enregistrements de souhaits de demande d'asile en 2017 (dont 24 % d'enfants.) (4).

² Il n'existe à notre connaissance aucune statistique disponible sur le nombre de recours annuel des enfants migrants aux urgences.

Nous avons émis l'hypothèse qu'une consultation dédiée aux enfants migrants serait nécessaire à Toulouse.

L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux de la population pédiatrique migrante ayant recours aux urgences de Toulouse par une description de ses caractéristiques socio-démographiques. Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'analyser les motifs de recours aux urgences, le degré d'urgence et le devenir des patients à l'issue de la consultation afin d'apprécier les besoins spécifiques de cette population.

Pour compléter les données de cette première étude, une enquête auprès des internes de pédiatrie étant amenés à prendre en charge des enfants migrants aux urgences a été réalisée. L'objectif était d'apprécier leurs connaissances et leurs pratiques sur la prise en charge des enfants en contexte migratoire (modalités d'accès à une couverture sociale ; connaissance et utilisation de l'interprétariat dans les soins,..).

I. Les migrations dans le monde, en Europe et en France.

1) Définitions :

✚ « Migration » :

La **migration** est définie comme un « déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays (migrations internationales), soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire (migrations internes) ». Ce n'est pas un simple acte de passage de frontières, mais un long processus qui affecte les vies des personnes impliquées. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu de résidence habituelle, quelles que soient leur cause, leur composition, leur durée.

✚ « Migrant » :

De cette définition découle le terme « **migrant** », terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. Il comprend de nombreuses situations que l'on peut classer selon leurs principales origines (migrants économiques, étudiants, réfugiés politiques, migrants environnementaux...), les circonstances de la migration (régulière ou « clandestine »), la durée présumée de résidence (temporaire, permanente, intermittente), et selon la situation en regard du séjour à un moment donné, dans un territoire donné (migrant en situation régulière dit migrant « légal » ou à l'inverse migrant en situation irrégulière dit « sans papier », « illégal » ou « sans document ») (5).

✚ « Enfant migrant » :

Dans ce travail nous avons repris la définition d' « **enfant migrant** » proposée par l'organisation internationale de la migration (Guerreiro et al. 2009) qui inclue les enfants âgés de 0 à 18 ans dits (6) :

- **Migrants de la première génération** : enfants accompagnés ou non de leurs parents, “ qui se trouvent en dehors du territoire de l'Etat dont ils sont ressortissants ou citoyens ” en France.

- **Migrants de la seconde génération** : les enfants nés en France ayant ou non la nationalité française et dont les parents sont des personnes migrantes quel que soit leur statut juridique.

Pour les enfants non accompagnés, nous parlerons dans l'étude de mineurs non accompagnés. Les **mineurs non accompagnés (MNA)** sont des jeunes de moins de 18 ans, non accompagnés d'une personne détenant l'autorité parentale, et originaires d'un pays autre que la France.

Les autres définitions en lien avec la migration utilisées dans ce document sont disponibles dans l'Annexe n° 1.

2) La migration dans le monde :

En 2019, le nombre de réfugiés et de personnes déplacées par les conflits (25,9 millions), les catastrophes naturelles et les changements climatiques (41,3 millions) est à son niveau le plus élevé (**Figure 1**) (1). Au cours des dix dernières années, le nombre d'enfants réfugiés a plus que doublé. Parmi les 25,9 millions de réfugiés et de personnes déplacées par les conflits, plus de la moitié sont des enfants (2).

Et cette accélération des flux migratoires ne semble que débuter. D'ici 2050, l'Office internationale des migrations prévoit entre 25 millions et un milliard de migrants environnementaux (7).

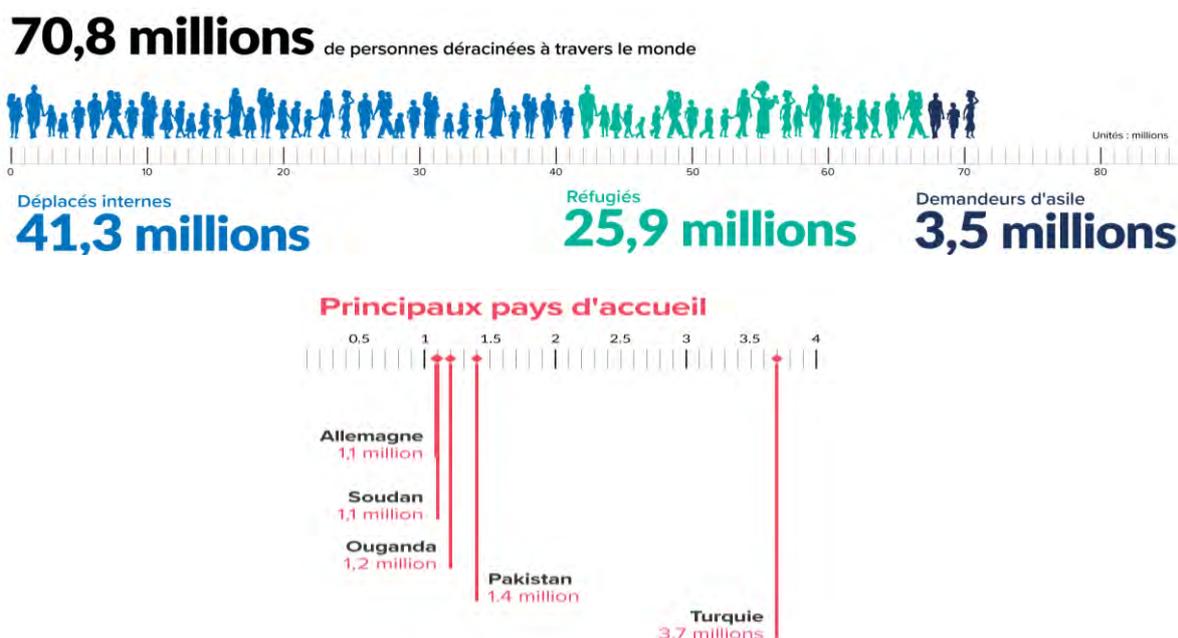


Figure 1 : Principaux chiffres de la migration dans le monde d'après une infographie de l'UNHCR (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés), 2019 (1).

3) La migration en Europe :

L'union européenne (UE) est composée de 27 pays membres³. Peuplée de plus de 446 millions d'habitants (données 1er janvier 2019), elle s'étend sur un territoire de 4,2 millions de kilomètres carrés délimité par l'espace Schengen et représente la deuxième puissance économique mondiale en terme de PIB mondial (21%) derrière les États-Unis (24%) (8). L'espace Schengen (**Figure 2**) entré en application en 1995, a permis d'abolir les contrôles aux frontières entre ses Etats membres et de renforcer les contrôles aux frontières extérieures de l'espace. Depuis 2004, l'Agence Frontex se charge de coordonner la surveillance de ces frontières pour les Etats membres de l'UE et ceux de l'espace Schengen (9).

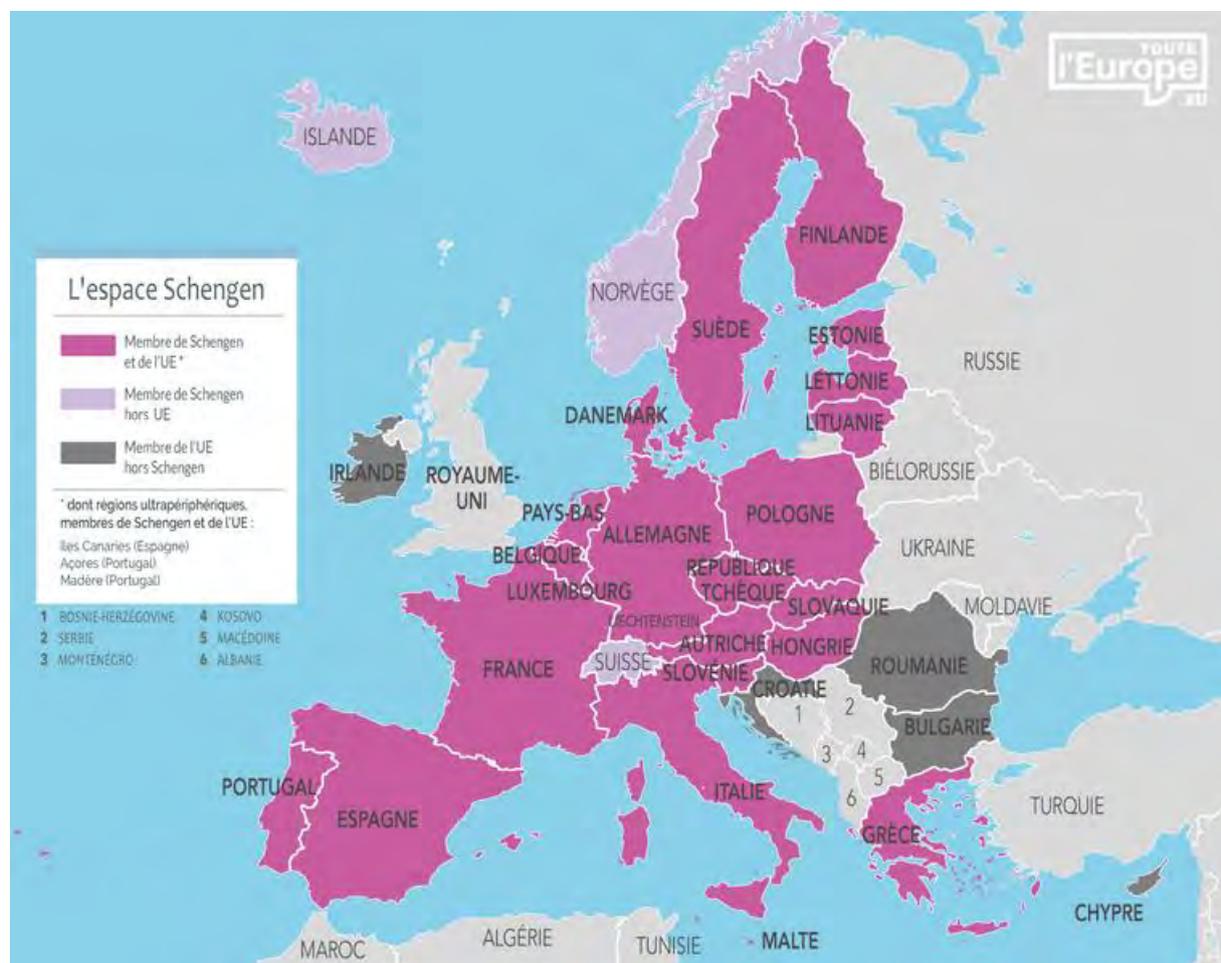


Figure 2 : Carte des états membres de l'espace Schengen d'après Toute l'Europe, centre d'informations sur l'Europe (2020) (9).

³ Au moment de l'écriture de ce travail, le Royaume-Uni vient tout juste de sortir de l'UE.

Au premier janvier 2019, les personnes étrangères (citoyens non européens) représentaient 21,7 millions de personnes (soit 4,9 % de la population totale de l'UE). 13,3 millions de personnes résidant dans l'un des pays de l'UE27 avaient quant à elles la nationalité d'un autre État membre. Une grande partie de tous ces non-nationaux (citoyens européens ou non) résidait en Allemagne (10,1 millions), tandis que l'Italie, la France et l'Espagne en enregistraient entre 4,5 et 6,5 millions chacun (10).

L'Europe est depuis longtemps une terre d'immigration. Au fil du temps, elle a connu plusieurs grandes vagues d'immigration principalement rythmées par les conflits (11).

Plus récemment, des centaines de milliers de Syriens, d'Afghans, d'Irakiens, Erythréens ou Somaliens ont fui leur pays pour rejoindre l'Europe (**Figure 3**).

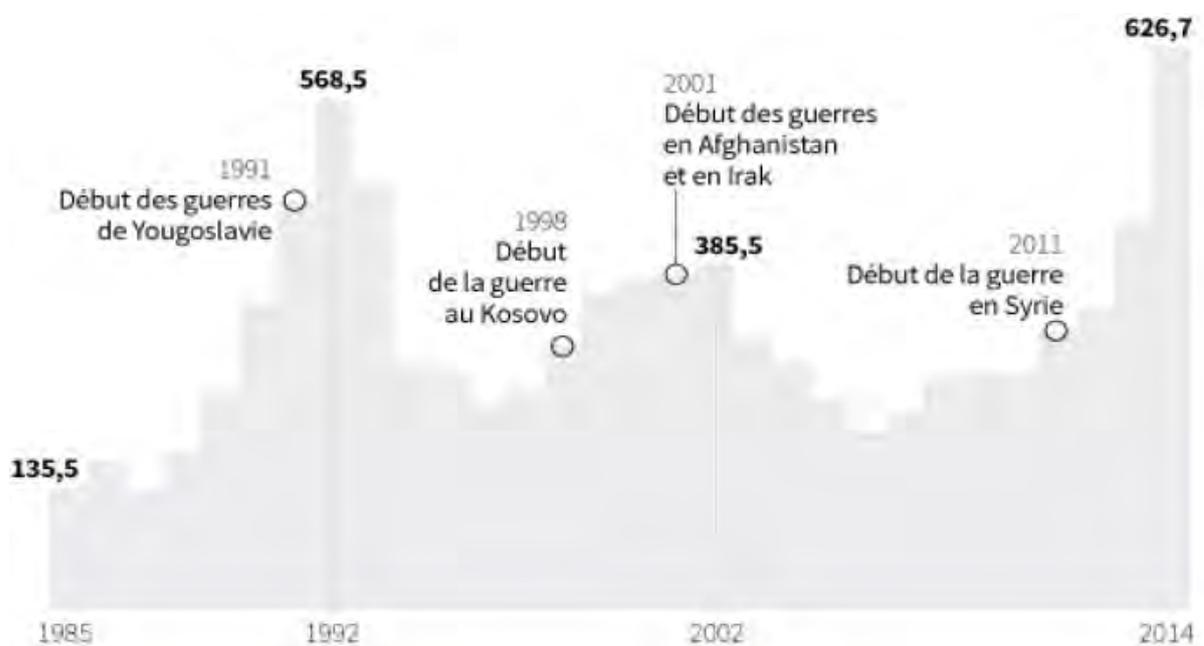


Figure 3 : Evolution du flux migratoire en Europe entre 1985 et 2014 en milliers (infographie originale publiée dans le journal le MONDE à partir des données EUROSTAT le 04/09/2015(11)).

Par le traité d'Amsterdam signé en 1997, l'Union européenne peut : définir les conditions d'entrée et de séjour des immigrants légaux ; encourager les États membres à prendre des mesures d'intégration ; prévenir et réduire l'immigration irrégulière, notamment par une politique de retour des migrants clandestins et la signature d'accords de "réadmission" avec les pays tiers. En revanche, il appartient à chaque État de fixer, s'il le souhaite, le nombre de ressortissants de pays tiers entrant sur son territoire dans le but de rechercher un emploi.

La **convention de Dublin** établit des règles pour les demandeurs d'asile afin de déterminer quel Etat membre de l'Union européenne est responsable de l'examen de la demande. Elle permet ainsi d'éviter qu'un même individu dépose des demandes simultanément dans plusieurs pays. Par principe, le pays responsable de la demande d'asile est le pays d'entrée du demandeur d'asile dans l'UE. C'est donc en général le premier pays dans lequel le demandeur est arrivé (12).

En raison de l'augmentation des conflits, l'immigration en Europe a connu un pic en 2015 et 2016 (printemps arabe, guerre en Syrie...) (**Figure 4**). En 2016, plus de 5 000 personnes ont péri en tentant de rejoindre l'Europe via la Méditerranée. Suite à ce pic migratoire, l'Union européenne a durci le contrôle aux frontières en renforçant les moyens de l'agence Frontex et en tentant d'inciter les pays de transit à mieux contrôler leurs frontières. Dans ce contexte, des accords financiers ont été conclus par l'Europe avec la Turquie (2016) et la Lybie (2017) pour les engager à retenir les migrants et demandeurs d'asile avant qu'ils ne parviennent sur le continent européen. Ces accords sont très critiqués par les organisations non-gouvernementales qui dénoncent les risques graves encourus dans ces pays par les personnes nécessitant une protection. En février 2020, après des menaces répétées de ne plus honorer l'accord conclu en 2016, la Turquie a pris la décision d'ouvrir ses frontières aux migrants souhaitant rejoindre l'Europe (12).

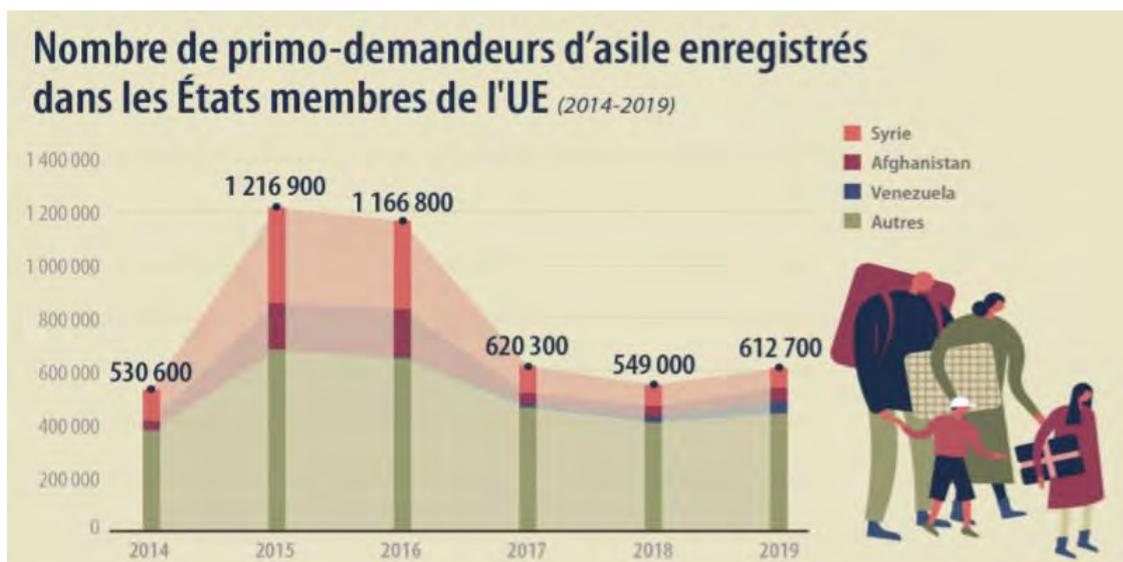


Figure 4 : Nombre de primo-demandeurs d'asile enregistrés dans les Etats membres de l'UE (2014-2019) source : ec.europa.eu/eurostat (13).

En 2019, l'Europe a enregistré 612 700 premières demandes d'asile dont 142 400 soit 23%, en Allemagne, suivie de près par la France (119 900, soit 20%) et l'Espagne (115 200, soit 19%), devant la Grèce (74 900, soit 12%) et l'Italie (35 000, soit 6%) (8).

En 2018, près du tiers (31 %) du nombre total de primo-demandeurs étaient des mineurs âgés de moins de 18 ans. Parmi ces mineurs, 19 700 étaient des mineurs non accompagnés enregistrés (10 % de tous les demandeurs d'asile) (**Figure 5**) (8).

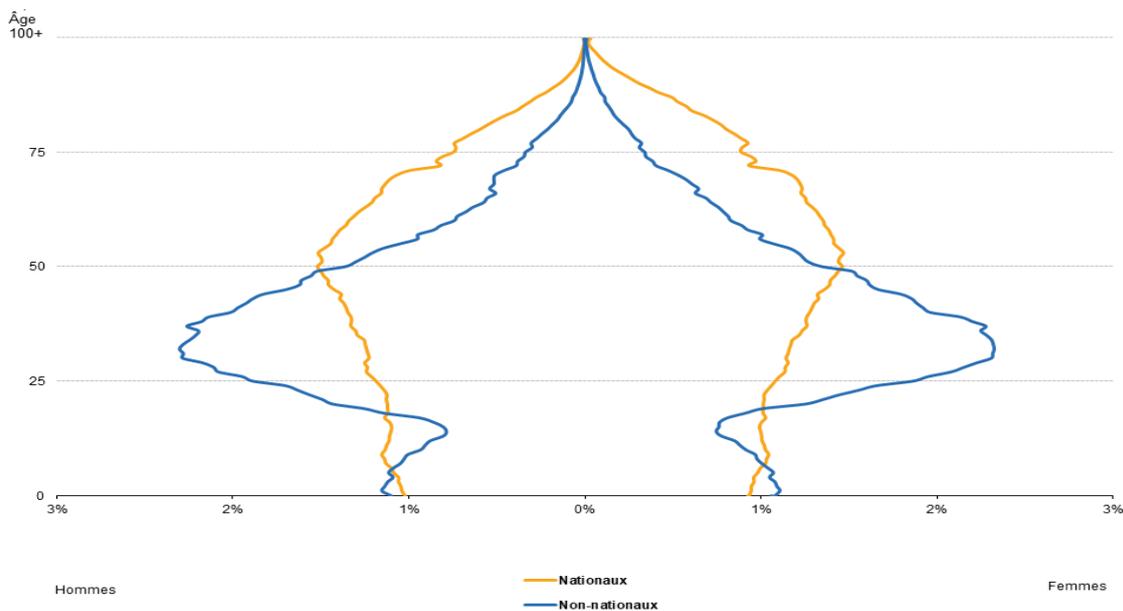


Figure 5 : Structure d'âge des populations nationales et non-nationales, UE-28, 1er janvier 2018 (source Eurostat 2018) (8)

Pays d'origine des demandeurs d'asile en Europe :

Les Syriens (12% du nombre total des primo-demandeurs d'asile) constituaient en 2019 la principale nationalité des demandeurs d'asile dans les États membres de l'UE, suivi des Afghans avec 52 500 primo-demandeurs d'asile (9 % du total de l'UE) puis des Vénézuéliens avec 44 800 primo-demandeurs d'asile (7% du total de l'UE) (**Figure 6**) (8).

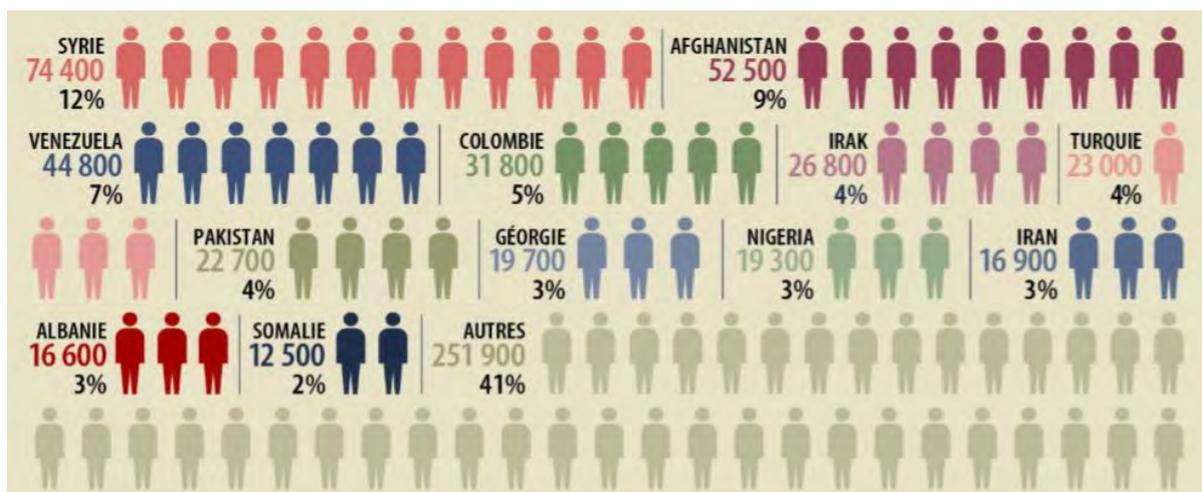


Figure 6 : Primo-demandeurs d'asile dans les Etats membres de l'UE par pays d'origine en 2019 d'après une infographie Eurostat (source : ec.europa.eu/eurostat) (13).

4) La migration en France :

L'immigration en France n'est pas un phénomène nouveau. Que cela soit par nécessité (exemple de l'immigration de masse dans la seconde moitié du XIXe siècle pour combler les pénuries de main-d'œuvre), du fait de sa situation géographique ou en tant qu'ancienne puissance coloniale, la France est un pays de migration de longue date (14).

En 2018, 31,9 % des enfants nés en France ont un ou deux parents nés à l'étranger. Cette même année, selon les données de l'INSEE, la France métropolitaine compte 6,5 millions d'immigrés, soit 9,7 % de la population, dont 2,4 millions d'immigrés ayant acquis la nationalité Française (**Figure 7**). Toujours en 2018, 46,1 % des immigrés vivant en France sont nés en Afrique et 33,5 % en Europe. Les pays de naissance les plus fréquents des immigrés sont l'Algérie (13,0 %), le Maroc (11,9 %), le Portugal (9,2 %), la Tunisie (4,4 %), l'Italie (4,3 %), la Turquie (3,8 %) et l'Espagne (3,7 %) (15).

Jusqu'au milieu des années 1970, la migration était majoritairement masculine comblant les besoins de main-d'œuvre nécessaires lors de la reconstruction d'après-guerre, puis de la période des Trente Glorieuses. En 1974, dans un contexte économique dégradé, l'immigration familiale se développe et l'immigration de travail diminue. Depuis cette date, la part des femmes dans les flux d'immigration en France est croissante. En 2018, 52 % des immigrées sont des femmes contre 44% en 1975 et 45 % en 1946 (15).

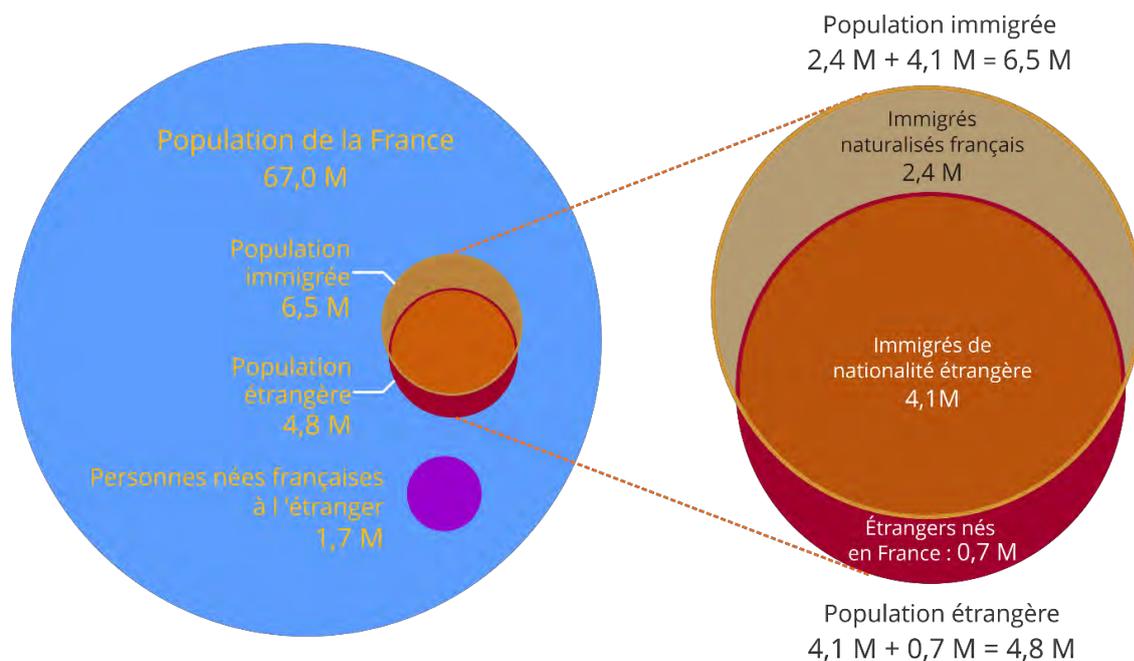


Figure 7 : Estimation de la population française en 2018 (données INSEE 2018) (15).

En 2019, la France a enregistré 154 620 demandes d'asile. Parmi ces demandes, il y avait 110 370 premières demandes hors mineurs accompagnants, 9 330 demandes de réexamen hors mineurs accompagnants et 34 920 demandes soit 22,5 % concernaient des enfants mineurs. Les cinq premiers pays d'origine des demandeurs d'asile étaient dans l'ordre : l'Afghanistan, la Guinée, La Géorgie, l'Albanie et le Bangladesh (**Figure 8**) (16).

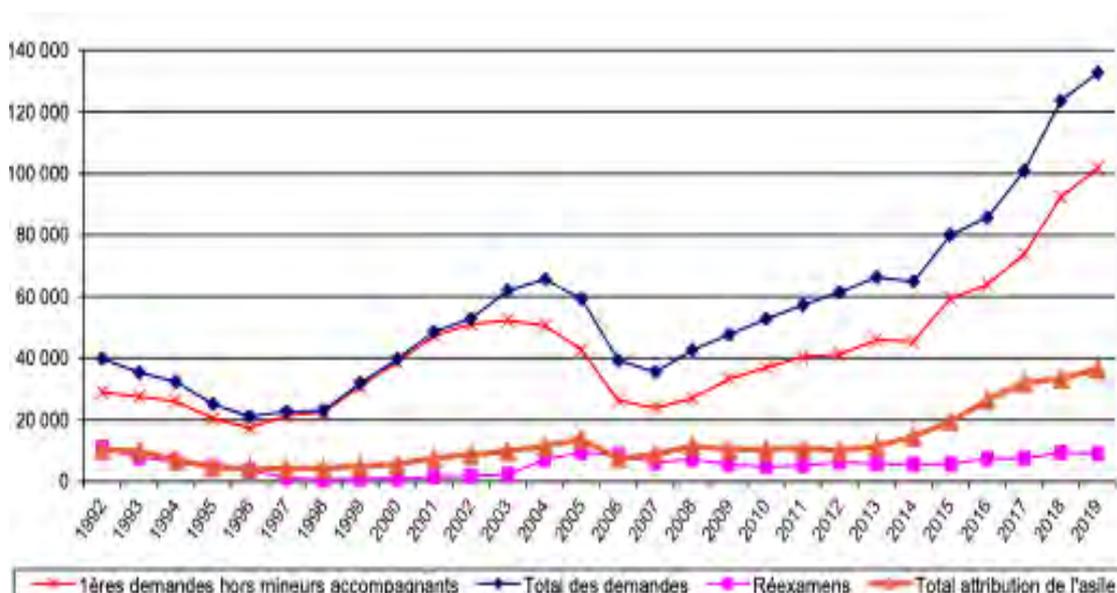


Figure 8 : Evolution des demandes d'asile en France depuis 1992 (données INSEE, 2019) (15).

A l'issue de la demande d'asile, 95 577 décisions, hors mineurs accompagnants, ont été prises par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) dont 14 066 reconnaissances du statut de réfugié et 8 466 protections subsidiaires, soit un taux d'accord de 23.6 %. 66 466 décisions ont été prises par la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) avec un taux d'accord de 21 % (16).

5) Des routes migratoires dangereuses qui n'épargnent pas les enfants :

Il existe plusieurs voies de migrations pour entrer en Europe. Ces routes évoluent au cours du temps en fonction des obstacles mis en place pour empêcher les migrants de passer et/ou l'existence de facilitateurs (passeurs, moyens de franchissement des frontières disponibles...).

Avant d'atteindre la mer Méditerranée, il est nécessaire pour certains de traverser l'Afrique. Les routes terrestres empruntées par les migrants sont moins médiatisées que la Méditerranée, mais tout aussi meurtrières. Une fois arrivée au niveau de la mer, il existe trois routes principales de passage pour les migrants : par l'Ouest de la Méditerranée (route occidentale), par la Méditerranée Centrale (route centrale) et par la Méditerranée orientale

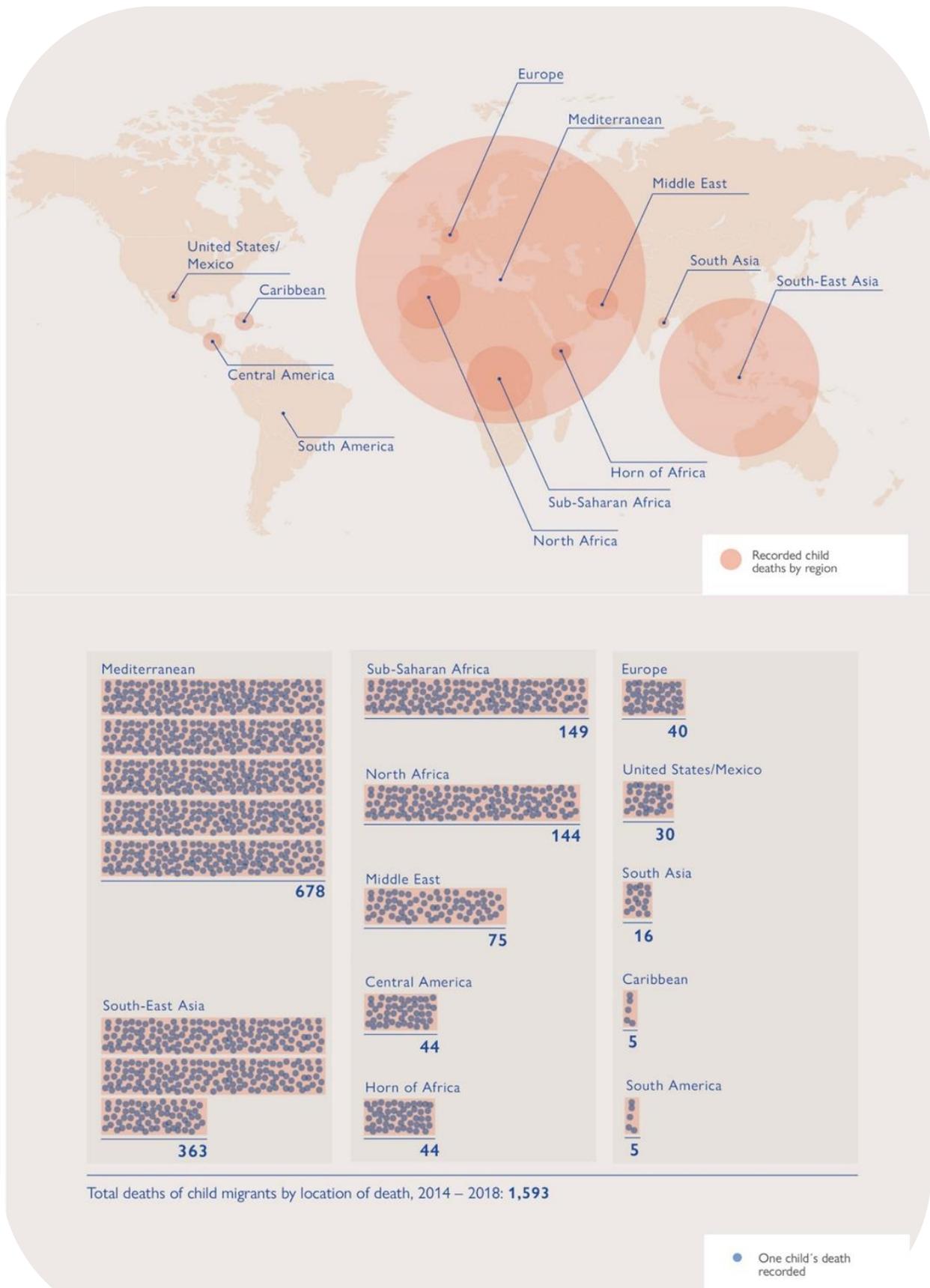


(route orientale) (Figure 9).

Figure 9 : Principales routes migratoires (carte originale publiée dans le MONDE à partir des données HCR et IOM 2018).

Pour de nombreux migrants, la traversée de la Lybie est un passage obligatoire sur le trajet migratoire. En Lybie, lors d'une déclaration faite le 17 janvier 2020 par la directrice générale de l' UNICEF, Henrietta Fore, on estimait à 60 000 le nombre d'enfants réfugiés et migrants présents dans les zones urbaines de la Lybie, dont 15 000 enfants non accompagnés. D'après l'HCR (chiffres décembre 2019), on estimait à plus de 1.000, le nombre d'enfants détenus dans des centres de détention en Lybie (17).

En 2018, l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) a comptabilisé 1 386 décès sur le continent africain, contre 2 242 en mer. D'après le rapport « fatal journey » publié par l'OIM : entre 2014 et 2018, plus de 17 900 personnes sont mortes ou ont été portées disparues en Méditerranée. Dans le monde, le programme « Missing Programme Project » a enregistré la mort de 1 593 enfants pendant la migration entre 2014 et 2018. Les données disponibles indiquent que la plupart des enfants sont morts en Méditerranée, avec 678 décès documentés entre 2014 et 2018. La majorité des décès enregistrés se sont produits dans la Méditerranée orientale, où au moins 443 enfants auraient perdu la vie en tentant de rejoindre la Grèce depuis la Turquie. De 2014 à 2018, au moins 40 enfants sont morts en voyageant à pied, en bus, en camion ou en train à travers l'Europe (18) (**Figure 10**).



Missing Migrants Project, 2019.

© IOM

Figure 10 : Carte des décès d'enfants migrants disparus enregistrés entre 2014 et 2018 dans le cadre du programme « Missing Migrants Project » mené par l'Organisation Internationale pour les Migrations en 2019, publiée dans le rapport *Fatal Journey* (18).

II. Santé & Migration :

1) Déterminants de santé et migration :

La santé a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946 comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (19). On sait aujourd'hui que la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. L'état de santé d'une personne est non seulement déterminé par les caractéristiques biologiques et génétiques particulières qui lui sont propres mais aussi par les conditions environnementales et sociales dans lesquelles elle évolue tout au long de sa vie ; de la vie fœtale à l'âge adulte.

Ces déterminants de santé résumés dans la **figure 11** peuvent influencer positivement ou négativement la santé et/ou le bien-être social (20).

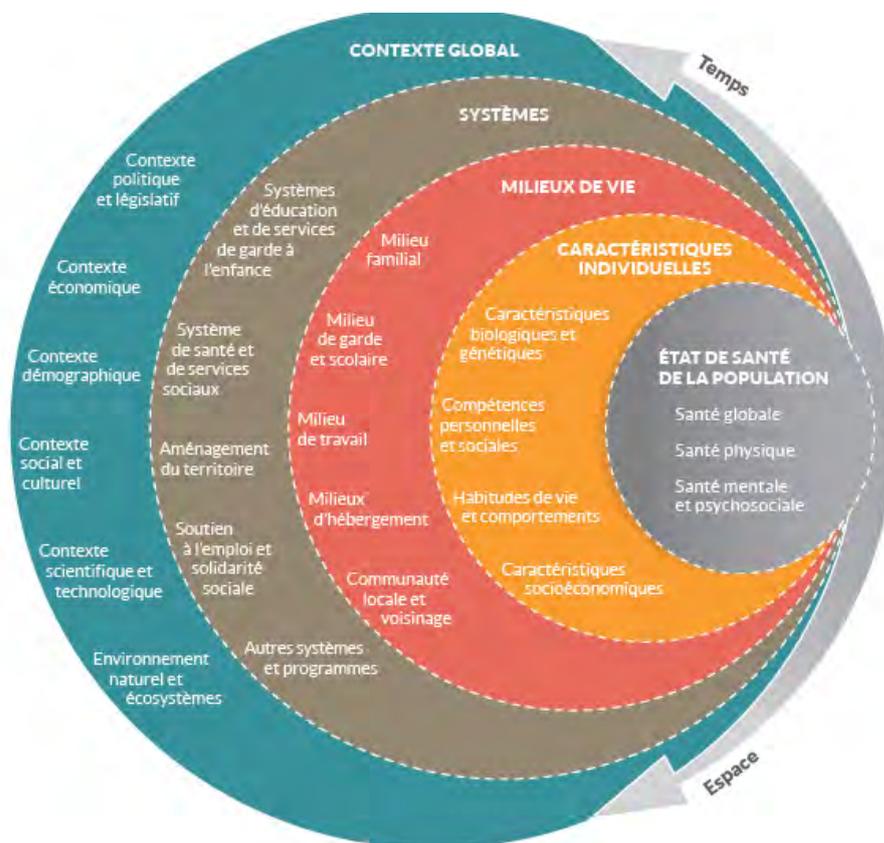


Figure 11 : Carte de la santé et de ses déterminants d'après le guide « La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir » publié en 2012 par le Ministère de la Santé et des services sociaux à Québec (20).

La migration internationale est un déterminant bien connu de santé et de bien-être social (21).

La santé, ou la maladie et la recherche de soins, peuvent être tous deux des déterminants de la migration mais à l'inverse, la migration peut affecter la santé de ceux qui émigrent. En effet, en entraînant d'importantes modifications des conditions socio-économiques, culturelles et environnementales, la migration va influencer sur l'état de santé de la personne qui migre.

Processus dynamique, l'état de santé d'une personne migrante est le reflet des besoins de santé individuels accumulés depuis la naissance, durant le parcours migratoire jusqu'à l'arrivée dans le pays de destination (22).

En 2011, Zimmerman *et al.* ont défini cinq phases de migrations : une phase pré-migratoire avant la migration, le voyage, la phase post migratoire une fois arrivée dans le pays de destination et pour certains une phase d'interception, une phase de retour. Ces différentes phases sont résumées dans la **figure 12** (23) :

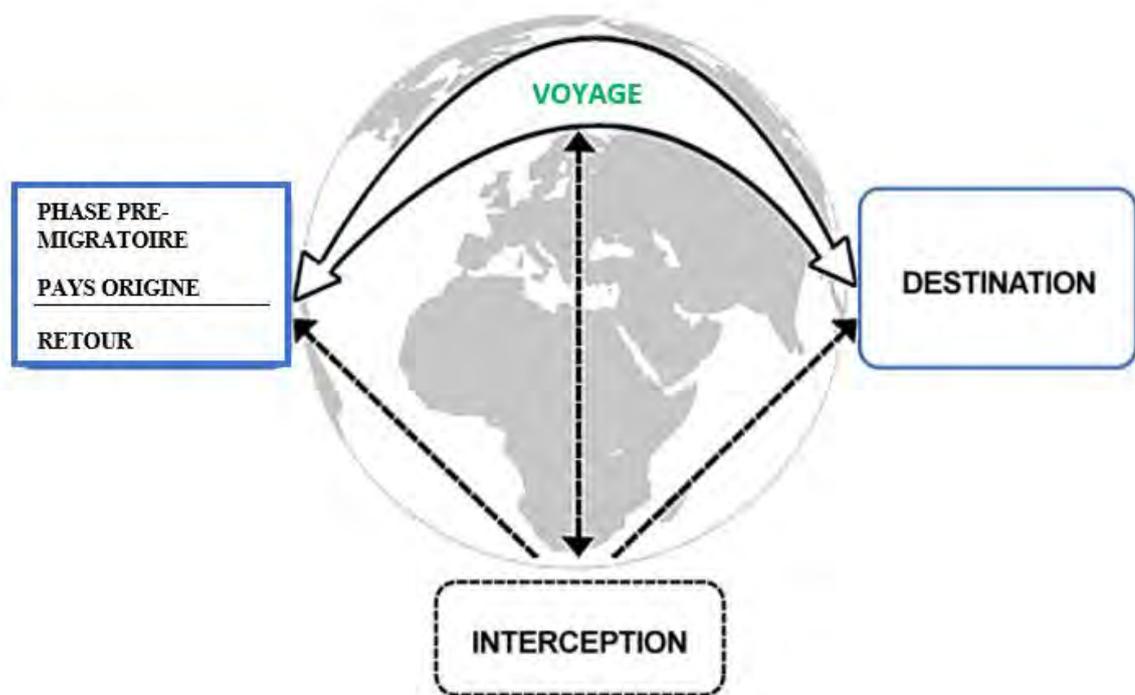


Figure 12 : Les cinq phases de la migration d'après Zimmerman *et al.* 2011 (23).

2) Migration et état de santé de l'enfant :

a. Etat de santé de l'enfant qui migre :

Avant et pendant la migration, les enfants peuvent ne pas avoir eu accès à des soins de santé pendant des périodes plus ou moins prolongées. Certains arrivent de pays où l'accès aux soins pouvait être moins développé ou plus difficile qu'en France ; d'autres, de pays où les systèmes de soins peuvent avoir été submergés et/ou s'être effondrés dans des contextes de conflits ou de catastrophes naturelles (24).

La santé des enfants peut se voir dégradée par l'absence d'accès à une médecine préventive. En effet, dans un contexte de crise, les programmes de prévention particulièrement fondamentaux pour la santé des enfants (vaccination ; dépistage des pathologies congénitales, des troubles du développement, etc.) peuvent passer au second plan voir totalement disparaître (24).

✚ **Maladies chroniques et migration :**

Des taux de prévalence différents entre la région d'origine et le pays d'arrivée peuvent être observés pour les maladies génétiques. Par exemple les hémoglobinopathies (thalassémie, drépanocytoses,...) rares en France, sont des pathologies héréditaires très représentées dans certains pays d'origine migratoire (25,26).

Comme déjà précisé plus haut, l'état de santé de l'enfant et l'absence de soins disponibles dans le pays d'origine a pu être la raison de la migration.

✚ **Risques sanitaires et migration :**

Les **risques sanitaires** auxquels peuvent avoir été exposés un enfant migrant et sa famille dans son pays d'origine ou sur le parcours ne sont pas les mêmes d'un lieu à l'autre :

Risque d'infection : Les enfants migrants peuvent être affectés par des maladies devenues rares dans le pays d'accueil mais à haute endémie dans leur pays d'origine : hépatite B ; VIH ; tuberculose ; bilharziose ; malaria ; parasitoses digestives. Certaines de ces infections pourraient être évitées par la vaccination. L'accès difficile à une couverture vaccinale dans certains pays ou un parcours migratoire prolongé sont des freins à ce type de prévention (24,26,27). Une fois installé dans le pays d'accueil, il existe aussi un risque d'infection majoré par contact avec un membre de la famille vivant encore dans le pays d'origine venu en visite ou lors d'un voyage.

Une importante étude publiée dans *Clinical Infectious Diseases* en 2013, reprenait les données de 7629 patients migrants (dont 854 enfants) originaires de 153 pays différents rapportées au réseau de surveillance GeoSentinel⁴ entre 1997 et 2009. Les principaux diagnostics infectieux étaient par ordre de fréquence : 20 % de Paludisme (n = 170) ; 10,8 % de Tuberculose latente (n = 92) ; 8,3 % de Bilharziose (n = 71) ; 7,8 % de Giardiase (n = 67) ; 7,6 % de Tuberculose active (n = 65) ; 4,8 % d'Hépatite B aigüe et chronique (n = 41) ; 4,7 % de Strongyloïdose (n = 40) et 2,2 % d'Ascariïdose (n = 19) (24).

Risque d'insécurité alimentaire et de malnutrition : pour les enfants provenant de zones où les ressources alimentaires ont pu être limitées ou inaccessibles, le taux de malnutrition peut être plus élevé. La malnutrition est souvent infra-clinique, mais elle peut prendre la forme d'un retard staturo-pondéral, d'une dénutrition ou d'une insuffisance pondérale. Les carences en calories et en protéines sont courantes, et les carences en micro-nutriments (vitamines, zinc, etc.) peuvent être très fréquentes, en fonction de la région d'origine (24,26,28).

Une fois installé dans le pays d'accueil, ce sont plutôt des risques de malnutrition à type de surpoids et d'obésité qui sont mis en évidence. Dans deux études suisses (Lasserre *et al.* en 2007; Ledergerber et Steffen en 2011) les enfants migrants avaient environ deux fois plus de risque d'être obèses ou en surpoids par rapport à leurs natifs homologues suisses, même lorsque le statut socio-économique était pris en compte (29,30).

Conditions de vie et risques pour la santé : l'accès aux besoins de base pour vivre (eau, alimentation, abris,...) a pu être compromis avec des installations d'hygiène et d'assainissement inadéquates pendant des périodes plus ou moins prolongées avant la migration, pendant la migration ou à l'installation dans le pays d'accueil et entraîner différents types d'intoxications (intoxication alimentaire, intoxication à l'eau, intoxication au plomb (saturnisme) par exposition environnementale dans des habitats insalubres, logements surpeuplés...) avec un risque augmenté de saturnisme, de maladies diarrhéiques, d'infections respiratoires, d'infections cutanées et d'autres maladies transmissibles (24,26,28,31).

Risque augmenté de troubles bucco-dentaires : par le manque d'hygiène (absence d'accès à l'eau) et le manque d'accès à des soins de prévention dentaire.

⁴ Réseau Geosentinel : réseau mondial de surveillance de la société internationale de médecine de voyage.

Risques traumatiques :

L'exposition à des traumatismes par accidents, violences (guerre, exploitation, torture, trafic, maltraitance psychologique, ...) avant ou pendant la migration sont plus fréquents chez les enfants migrants. Durant le trajet, les enfants peuvent être victimes d'actes criminels (kidnapping, violence sexuelle, ...) qui pourront retentir sur leur état de santé immédiat mais aussi à plus long terme. Par exemple, d'après une enquête menée par l'IOM en 2016 auprès de 1 600 enfants migrants âgés de 14 à 17 ans qui sont arrivés en Italie par l'itinéraire de la Méditerranée Centrale : les trois quarts ont fait part d'expériences qui suggèrent qu'ils pourraient avoir été victimes de la traite ou exploités d'une autre manière (24,32).

Risques psychologiques :

Des taux plus élevés de certains troubles mentaux ont également été rapportés (3,24,26,33). Les enfants migrants seraient par exemple plus sensibles aux troubles « fonctionnels » (douleurs abdominales chroniques, énurésie, douleurs thoraciques, troubles du sommeil, cauchemars, ...), aux états dépressifs, et aux troubles anxieux (en particulier les syndromes de stress post traumatique avec un risque augmenté chez les MNA par rapport aux enfants accompagnés). Le repérage et le dépistage de ces troubles est particulièrement difficile car très fréquemment leur situation de vulnérabilité affective et sociale se double d'obstacles linguistiques fréquents.

Risques en lien avec les conditions de voyage (en particulier lors de la traversée de la Méditerranée) :

Une étude publiée par Kulla *et al.* en 2016 sur les navires de sauvetage sur une cohorte de 2 656 migrants (dont 274 enfants) retrouvait 448 personnes malades (dont 14,2 % d'enfants) (34). Toute population confondue malade (adulte et enfants), on notait :

- Un taux de déshydratation avec nécessité de réhydratation par voie intra veineuse pour 7,8 % d'entre eux.
- Des pathologies dermatologiques (dermatose, gale, ...) en lien avec une mauvaise hygiène et à des conditions de surpopulation chez 55,4 % d'entre eux.
- Des blessures traumatiques nouvelles et anciennes dues à la fois à des violences ou à des accidents chez 7,6 % d'entre eux.

b. Etat de santé de l'enfant né de parents migrants :

Des études s'intéressant à cette population ont aussi montré qu'un enfant né en France de parents migrants peut lui aussi avoir son état de santé influencé par le contexte de la migration.

✚ **Risques périnataux :**

Une étude récente de l'OMS (2018) a mis en évidence que les femmes réfugiées et migrantes présentent plus de complications durant la grossesse ou au moment de l'accouchement (35). On note par exemple une prévalence plus importante que chez les femmes non migrantes de fausses couches, de morts fœtales in utero pendant la grossesse, de césariennes, d'accouchements instrumentaux, ou de décès maternels per partum (35,36). Dans une méta-analyse publiée en 2014 sur 42 millions de femmes et près de 5000 décès dans 13 pays d'Europe occidentale, les femmes migrantes étaient deux fois plus susceptibles de mourir pendant ou peu de temps après la naissance (37). On note chez les enfants nés de mères issues de l'immigration une incidence plus élevée de mortinatalité, de décès néonatal, d'accouchements prématurés et de faible poids à la naissance (36).

De par leur parcours migratoire (isolement familial, manque de soutien social, barrière linguistique, conflits culturels...), les femmes sont plus à risque de développer des troubles psychiatriques pendant la grossesse et le post partum (38). Dans une étude réalisée au Portugal (Almeida *et al.* 2016), on retrouvait un risque de dépression du post-partum six fois plus élevé chez les mères migrantes que chez les mères non migrantes (39). Dans deux autres études (Stewart *et al.* 2008 ; Zelkowitz *et al.* 2008), le risque de développer une dépression du post partum durant la période allant de la naissance à un an après la naissance se situait entre 38% et 50 % chez les migrantes contre 10 à 15 % chez les femmes de la population générale (40-44). En l'absence d'une prise en charge adéquate, un tiers des dépressions du post partum deviennent chroniques, impactant durablement la relation précoce mère-bébé, ainsi que le développement cognitif et émotionnel de l'enfant (42,45).

✚ Risques chez les enfants plus grands :

Chez les enfants plus grands, des taux plus élevés de caries dentaires (3,26,46), de malnutrition (dénutrition, surpoids, obésité) ou d'infections ont été décrits (28) :

- Dans une étude suisse (Ebenegger et al.) sur 542 enfants publiée en 2011, avoir un parent d'origine immigrée augmente les risques d'être en surpoids ($p = 0,001$), même après ajustement pour l'éducation des parents (46).
- Dans une étude portant sur 771 enfants du canton de Zurich, âgés de 2,4 ans en moyenne, 94% des enfants étaient nés en Suisse mais 61% avaient leur mère née hors de Suisse. Les enfants de mères nées à l'étranger présentaient une prévalence des caries significativement plus élevée que ceux de mères nées en Suisse : 17,4% vs 5,0%. Une hygiène dentaire faible et l'utilisation nocturne du biberon (« night-time bottle ») étaient identifiées comme facteurs de risque pour tous les enfants (indépendamment de leurs antécédents migratoires éventuels) (47).
- Concernant les infections, ils sont plus à risque d'être exposés à des pathologies infectieuses à forte endémie dans leurs pays d'origine (tuberculose, VHA, VHB, Paludisme, parasitoses digestives...) par : contagio intrafamilial ; lors de la visite d'un proche ou en allant eux-mêmes visiter de la famille dans ce pays. Les conditions de vie précaires souvent associées à l'immigration les rendent plus vulnérables face à la transmission de pathologies communautaires (pathologies digestives, respiratoires, ...) et d'infections cutanées (pédiculose, gale, ...) (26).

c. Synthèse des principaux diagnostics identifiés dans les études portant sur la population pédiatrique migrante :

✚ Une Méta-analyse publiée en 2019 incluant 53 études (26 études américaines, 4 études canadiennes, 13 études européennes, 8 études australiennes et 2 études néo-zélandaises) s'est intéressée aux besoins de santé des enfants migrants à l'arrivée dans le pays d'accueil. L'analyse incluait un total de 223 037 enfants migrants et réfugiés. Les principaux résultats de cette étude sont présentés dans les tableaux 1,2 et 3 (28).

Tableau 2 : Prévalence estimée (%) et IC 95 % des pathologies retrouvées chez les enfants migrants et réfugiés de 0 à 18 ans toutes régions d'origine confondues à l'entrée dans le pays d'arrivée.

Pathologies	Prévalence (%)	IC 95 %	Nombre d'étude (n)	Nombre de participants (n)
Anémie	13,7	(8.7 à 19.7)	14	14 632
Hémoglobinopathies (thalassémie, drépanocytose, déficit en G6PD)	3,7	(0.2 à 10.5)	4	5400
Hépatite B	2.6	(1.6 à 3.7)	16	19 196
Hépatite C	0.2	(0.0 à 1.2)	5	1415
HIV	0.03	(0.00 à 0.25)	4	2165
Tuberculose active	0.2	(0.0 à 0.5)	10	162 100
Tuberculose latente (IFN γ)	11.3	(9.4 à 13.3)	4	3291
Tuberculose latente (IDR)	19.3	(11.0 à 29.3)	8	33 317
Schistosomiase	9.5	(5.6 à 14.4)	10	3292
Strongyloïdose	10.4	(4.8 à 17.7)	8	3793
Infections intestinales	31.0	(22.1 à 40.6)	15	12 723
Paludisme	2.58	(0.7 à 5.4)	6	2408
Déficit en vitamine B	0.6	(0.1 à 1.5)	3	752
Déficit en vitamine D	44.6	(27.7 à 62.2)	7	3715
Dénutrition	8.8	(6.5 à 11.4)	15	9167
Retard de croissance	17.2	(9.4 to 26.5)	7	2293
Surpoids	10.8	(7.6 to 14.3)	6	7838
Obésité	5.7	(1.9 to 11.4)	4	8538
Saturnisme	6.1	(2.4 to 11.0)	8	5898
Immunité contre la rubéole	72.4	(45.3 to 92.9)	2	256
Immunité contre la rougeole	70.2	(30.7 to 97.2)	2	402
Immunité contre l' hépatite B	63.0	(51.1 to 74.2)	3	1802

Tableau 2 : Prévalence estimée et IC 95 % (%) des pathologies non infectieuses chez les enfants par région d'origine.

Regions	Ensemble des régions	Afrique	Afrique du Nord	Afrique Sub-Saharienne	Asie	Moyen-Orient
Anémie	13.7%	21.7%	11.3%	7.9%	14.1%	5.0%
IC 95%	(8.7 to 19.7)		(0.5 to 32.0)	(5.4 to 10.8)	(4.2 to 28.5)	(0.7 to 12.6)
Nombre d'étude (n)	14	1	2	2	4	4
N	14 632	83	3385	396	5060	2170
Hémoglobinopathies	3.7%	7.3%			16.0%	0.1%
IC 95%	(0.2 to 10.5)				(8.0 to 26.0)	
Nombre d'étude (n)	4	1	0	0	2	1
N	5400	41			68	4899
Carence vitamine B	0.6%				1.1%	
IC 95%	(0.1 to 1.5)					(8.49 to 16.96)
Nombre d'étude (n)	3				1	
N	752				352	
Carence vitamine D	44.6%	54.1%			42.4%	70.1%
IC 95%	(27.7 to 62.2)	(40.8 to 67.1)			(31.7 to 53.4)	(60.6 to 78.8)
Nombre d'étude (n)	7	2			3	2
N	3715	395			726	100
Dénutrition	8.8%	17.2%	26.9%	9.7%	13.9%	10.8%
IC 95%	(6.5 to 11.4)	(2.1 to 42.2)		(1.6 to 22.9)	(6.4 to 23.7)	(7.1 to 15.1)
Nombre d'étude (n)	12	2	1	2	3	3
N	9167	630	67	343	303	6321
Retard de croissance	17.2%	20.6%		48.4%	38.3%	5.7%
IC 95%	(9.4 to 26.5)				(31.5 to 45.5)	(2.9 to 9.4)
Nombre d'étude (n)	7	1	0	1	2	2
N	2293	219		93	190	594
Surpoids	10.76%	5.93%	19.40%	15.60%	7.14%	12.42%
IC 95%	(7.64 to 14.34)					(8.49 to 16.96)
Nombre d'étude (n)	6	1	1	1	1	2
N	7838	219	67	250	154	5999
Obésité	5.7%	5.9%			3.3%	7.1%
IC 95%	(1.9 to 11.4)					(1.8 to 15.4)
Nombre d'étude (n)	4	1	0	0	1	3
N	8538	219			154	7686
Saturnisme	6.1%	6.0%	1.5%	11.6%	3.7%	1.4%
IC 95%	(2.4 to 11.0)			(0.0 to 37.8)	(0.2 to 10.2)	(0.6 to 2.5)
Nombre d'étude (n)	8	1	1	2	3	2
N	5898	790	584	157	1761	653

Tableau 3 : Prévalence estimée et IC à 95 % (%) des infections chez les enfants par région d'origine.

Regions	Ensemble des regions	Afrique	Afrique du Nord	Afrique Sub-Saharienne	Asie	Moyen-Orient
<u>Hépatite B</u>	2.6%	4.5%	1.8%	7.7%	3.3%	0.1%
IC 95%	(1.6 to 3.7)	(0.8 to 10.8)	(0.0 to 6.9)	(4.5 to 11.6)	(2.5 to 4.1)	(0.0 to 0.4)
Nombre d'étude	16	2	2	2	7	3
n	19 196	4329	3033	238	3941	1415
<u>Hépatite C</u>	0.2%	2.1%			0.0%	
IC 95%	(0.0 to 1.2)				(0.0 to 0.8)	
Nombre d'étude	5	1	0	0	3	0
n	1415	384			384	
<u>HIV</u>	0.03%				0.0 %	
IC 95%	(0.0 to 0.3)					
Nombre d'étude	4	0	0	0	1	0
n	2165				36	
<u>Tuberculose active</u>	0.2%	0.4%			0.0%	
IC 95%	(0.0 to 0.5)					
Nombre d'étude	10	1	0	0	1	0
n	162 100	277			36	
<u>Tuberculose latente (IFN γ)</u>	11.3%	10.2%	13.9%	15.5%	12.4%	4,70%
IC 95%	(9.4 to 13.3)				(9.5 to 15.6)	
Nombre d'étude	4	1	1	1	3	1
n	3291	354	538	58	1538	257
<u>Tuberculose latente (IDR)</u>	19.3%	21.6%	34.4%	19.5%	15.1%	5.9%
IC 95%	(11.04 to 29.3)				(8.4 to 23.4)	
Nombre d'étude	8	1	1	1	2	1
n	33 317	225	3375	205	3738	696
<u>Schistosomiase</u>	9.5%	20.6%	7.1%	21.7%	2.5%	0.9%
IC 95%	(5.6 to 14.4)	(12.6 to 29.9)	(0.0 to 24.8)	(16.8 to 27.1)	(1.0 to 4.5)	(0.3 to 1.6)
Nombre d'étude	10	2	2	3	4	3
n	3292	433	109	452	898	1136
<u>Strongyloïdose</u>	10.4%	5.1%	10.3%	16.8%	8.3%	8.7%
IC 95%	(4.8 to 17.7)	(0.0 to 18.0)	(0.8 to 27.5)	(1.6 to 41.7)	(2.2 to 17.4)	(4.0 to 14.7)
Nombre d'étude	8	2	3	2	5	2
n	3798	431	873	261	1855	120

Le tableau suivant synthétise les principaux diagnostics décrits dans les cohortes d'enfants migrants de 3 études françaises. Les cohortes étaient composées en majorité par des enfants mineurs non accompagnés (MNA), primo-arrivants (49–51).

Tableau 4 : Principaux diagnostics décrits dans les études françaises (population pédiatrique migrante)

	ASSOCIATION COMEDE - CENTRE DE SANTE DE BICETRE (PARIS)	PASS PEDIATRIQUE (BORDEAUX)	UNITE CONSEIL TECHNIQUE SANTE CHU (ANGERS)
Années du Recueil	2008-2017	2011– 2013	2014-2015
Population étudiée	Mineurs isolés (MNA) et accompagnés	Mineurs isolés (MNA)	Mineurs isolés (MNA)
Nombre d'enfants inclus (n)	935	143	117
Age Moyen	< 18 ans (âge moyen non disponible)	16 ans [13-17 ans]	15 ans
Origine géographique	<u>Afrique</u> :	<u>Afrique</u> :	<u>Afrique</u> :
	Nord : 5 %	Nord 25,9 %	Nord 7,7 %
	Ouest 46,2 %	Ouest 17,8 %	Ouest 53,7 %
	Est : 4,7%	Est : 0,4 %	Est : 5,1 %
	Centrale : 18,6%	Centrale : 26,3%	Centrale : 8,5 %
<u>Europe</u> : 4,7 % (Est)	<u>Europe</u> :8 %	<u>Europe</u> :2,5 %	
<u>Moyen Orient</u> : 5%			
	<u>Asie</u> : 13,3 %	<u>Asie</u> : 51%	<u>Asie</u> : 18,8 %
Hépatite B	6,60%	5,60%	9%
Hépatite C	0,50%	0%	0%
HIV	0,20%	0,70%	0%
Syphilis	-	0,7	1,70%
Tuberculose Latente	-	47,50%	15,40%
Tuberculose Pulmonaire active	0,30%	0%	0,90%
Ankylostomose	-	4,90%	-
Amoebose	-	4,20%	-
Bilharziose	2,80%	7%	22%
Filarioses	-	5,60%	-
Giardase	-	7,70%	-
Ascariidiose	-	1,40%	-
Anguillulose	1%	-	3%
Gale	-	4,2	-
Carence en fer	-	25,80%	25,9
Déficit en G6PD	-	7,70%	-
Caries	-	29,40%	29%
Troubles Psychologiques	4,90%	-	13%

III. Influence du pays d'accueil sur l'état de santé de l'enfant migrant :

Selon la charte originelle de l'organisation mondiale de la santé (OMS) toute personne quelle que soit sa situation dans le monde a le droit à la santé. C'est-à-dire, avant toute chose, à « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Au cas où lui surviendrait une affection pathologique physique ou mentale, elle doit aussi pouvoir librement accéder au système d'offre de soins à égalité avec toute autre personne séjournant sur le territoire d'accueil (19). Le 19 septembre 2016, à l'occasion d'un sommet de l'ONU réunissant les états membres sur la question de la migration, ces droits ont été renforcés par la « déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants » en exhortant tous les pays à protéger les droits humains de tous les réfugiés et migrants, en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables tels que les enfants migrants (52).

Malgré ces accords internationaux, l'accueil et l'intégration des personnes migrantes sur le territoire restent très variables d'un pays à l'autre (53).

Les études montrent que les enfants et les adolescents migrants s'adaptent et s'intègrent généralement bien dans le pays d'accueil, d'autant plus s'ils sont entourés d'un environnement soutenant et s'ils peuvent accéder facilement à l'éducation et au système de soins (24).

Comme le souligne le Docteur Claire Mestre dans son essai : « Bébés d'ici, mères d'exil » (54) : « L'interaction entre la société d'accueil et les immigrants joue un rôle très important sur la santé des migrants. Au-delà « des facteurs conjugués, culturels et sociaux, des facteurs prémigratoires, les conditions de leur accueil sont des déterminants de vulnérabilité ou au contraire de ressources et de stratégies d'intégration ».

1) Le modèle français :

L'instruction ministérielle du 8 juin 2018 "encourage la construction de parcours de santé des migrants adaptés aux territoires par une animation de l'offre locale autour de cet objectif" (55). Cette circulaire a permis de dessiner les 3 axes prioritaires pour la construction d'un parcours de santé des migrants :

« Axe 1 : Faciliter l'accès à la prévention et aux soins par une meilleure information des personnes sur leurs droits et sur le système de santé aux différents « points d'entrée » sur le territoire, d'une part, et par une meilleure information des professionnels de santé sur la prise en charge des migrants, d'autre part.

Axe 2 : Organiser une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires de droit commun, y compris la médecine de ville, pour permettre une prise en charge effective des migrants primo arrivants. Cette mobilisation doit permettre d'améliorer notamment le parcours en santé mentale, et la prise en charge du psycho-traumatisme. De plus, le renforcement de l'accès à l'interprétariat professionnel apparaît comme essentiel à toutes les étapes du parcours de santé des migrants.

Axe 3 : Développer une coordination renforcée au niveau national et un pilotage régional du parcours de santé des migrants au sein des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2022

a- Modalités d'accès à une couverture médicale et au système de soins pour les enfants migrants en France :

L'accès au système de soins nécessite de pouvoir accéder facilement à une couverture médicale. En France, en application de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, les personnes mineures, isolées ou non, quelle que soit la situation de leurs parents vis-à-vis du droit au séjour, peuvent bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé dès leur arrivée ⁵ sur le territoire (56). Un tableau résumant le type de couverture médicale selon le statut de l'enfant est proposé en Annexe n°2. »

⁵ En matière de soins, les mineurs résidant en France font l'objet de dérogations leur permettant un accès aux droits sans délai d'ancienneté de présence.

Dans la réalité, malgré ces dispositions, du fait de démarches compliquées pour des personnes ne connaissant pas le système, l'accès à une couverture médicale reste difficile : en 2018, sur 3 564 mineurs accueillis dans les Centres d'accueil, de Soins et d'Orientation par Médecins du Monde, seuls 7,2 % des enfants disposaient de droits ouverts lors de leur première visite (57).

b- Structures de soins participant à la prise en charge des enfants migrants en France :

✚ La Protection maternelle infantile (PMI) :

En France plusieurs acteurs ont toujours eu une place importante dans la prise en charge de la vulnérabilité chez les enfants dont, en première ligne, les centres de Protection maternelle infantile (PMI). Ces structures ont pour vocation d'accueillir, d'informer et de suivre médicalement de façon préventive les enfants de 0 à 6 ans mais ne sont pas dimensionnées pour accueillir des patients symptomatiques (impossibilité de réaliser des bilans biologiques, d'imagerie ou de délivrer des médicaments aux patients sans droits ouverts, ...).

✚ Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et consultations dédiées :

L'instruction ministérielle du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants a récemment souligné le rôle des PASS comme pivot territorial pour organiser un rendez-vous santé pour les publics primo-arrivants (55). Les PASS ont une expertise pour la prise en charge des enfants migrants qui sont confrontés à des vulnérabilités multiples. Elles sont dimensionnées pour accueillir des patients symptomatiques (possibilité de délivrer des soins médicaux et paramédicaux ainsi que des médicaments via la pharmacie de la PASS). Les PASS sont un dispositif créé par l'article L6112.6 du code de santé publique adapté aux personnes en situation de précarité, qui vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (58).

Ces dernières années, face à un besoin croissant, plusieurs consultations dédiées à la population migrante pédiatrique ont vu le jour (liste non exhaustive) :

- La PASS mère-enfant de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (historiquement, création d'une consultation enfant-environnement en 2011 puis transformation en PASS mère-enfant en 2014) (59,60).

- La consultation « Santé Précarité Environnement », dans le cadre de la PASS, permanence d'accès aux soins de santé intégrée dans le service des urgences pédiatriques de l'Hôpital Lenval à Nice.
- La cellule Enfant/Environnement au sein de la PASS du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon/La Seyne sur mer a ouvert en novembre 2015.
- La consultation PASS pour enfants à l'hôpital Armand-Trousseau.
- Deux consultations enfants migrants créées en 2017 à l'initiative d'internes de pédiatrie d'Ile de France dans les CHU Robert Debré et Jean Verdier en île de France.

L'intérêt d'une consultation en PASS ou d'une consultation dédiée est de pouvoir proposer à l'enfant migrant et sa famille une prise en charge globale à la fois sur le plan médical mais aussi sociale. La reconstitution minutieuse de son parcours depuis la naissance jusqu'à son milieu actuel en incluant les régions qu'il a pu traverser durant le trajet va permettre d'identifier l'ensemble des expositions environnementales auquel il a pu être exposé mais aussi d'identifier l'existence éventuelle d'un accès antérieur à un suivi médical et/ou à des actions de dépistage et de prévention (58). Une fois ce parcours reconstitué, une prise en charge personnalisée pourra être proposée avec rattrapage des actions de dépistage et de prévention. Ce rattrapage des actions de dépistage comprend aussi le dépistage des déficits neurosensoriels pouvant compromettre la scolarisation et la prise en compte des risques de psychotraumatisme, d'addictions des adolescents, de grossesses précoces, de mutilations génitales féminines (MGF), etc (26,58). Ces questions, en particulier les problèmes de santé mentale, y compris les troubles émotionnels et les problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents migrants, sont en général mieux abordées lors des rendez-vous de suivi, à moins que ceux-ci soient identifiés comme le principal besoin de santé par les familles ou les enfants lors de la consultation initiale (26). Le rattrapage des actions de dépistage et prévention s'effectue en préservant le risque de facturation des soins. La prise en charge précoce lors de cette consultation, permet d'envisager un retour à l'offre de soins de droit commun (PMI, médecine libérale,...) dès que possible (58).

Autres structures de soins accessibles sans couverture sociale :

- Centre de lutte antituberculeuse (CLAT)
- Centres de vaccinations
- Centres d'examens de santé de la CPAM
- Associations non gouvernementales : Croix Rouge, Médecin du Monde avec les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO), La Case de Santé (Toulouse), etc.

c- L'interprétariat dans les soins : un droit pour les personnes migrantes.

« L'interprétariat dans le domaine de la santé garantit aux professionnels intervenant dans le parcours de santé des personnes allophones les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions. Il garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression et de compréhension afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins » (26,61).

Dans des recommandations sur l'interprétariat dans les soins publiés en 2017, la Haute Autorité de Santé considère que : « seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. Elle reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible » (61).

Malgré ces recommandations de 2017, l'accès à l'interprétariat est très inégal d'une structure de soins à l'autre en particulier en médecine ambulatoire (médecins généralistes, PMI, pédiatres de villes, ...).

d- Rôle de l'école sur la santé des enfants migrants :

Comme pour les autres enfants résidant en France, l'école est obligatoire de 3 à 16 ans pour les enfants migrants quel que soit le statut ou l'absence de statut des parents. Bien que la scolarisation soit un droit pour tous les enfants, le nombre d'enfants migrants non scolarisés reste très important : parmi les enfants de 6 à 15 ans vus en consultation pour la première fois au CASO (Médecins du Monde) en 2018, seulement 3 mineurs sur 10 étaient scolarisés (29,3 %). Toutefois, après trois mois de présence en France, le taux de scolarité augmente de 12,1 % à 55,3 % entre 3 et 12 mois de présence et jusqu'à 87,5 % après 3 ans en France (57).

L'école joue un rôle important dans l'intégration sociale des enfants migrants mais aussi dans le système de soins. Comme le précise le site Internet du ministère de l'Éducation nationale « l'école a une double mission liée à la santé : le suivi de celle des élèves et l'éducation des élèves dans ce domaine. Le suivi de la santé des élèves fait partie des missions de l'École. Il est assuré tout au long de la scolarité, au travers de visites médicales et de dépistage notamment. " Les enfants doivent obligatoirement être vaccinés ⁶ pour être inscrits dans une école. De la maternelle au lycée, le parcours éducatif de santé vise à assurer l'éducation à la santé, la protection de la santé des élèves et la prévention des conduites à risques. » (62).

e- Modalités d'accès au logement pour les personnes migrantes et retentissement sur la santé et le bien-être social des enfants migrants :

Une fois arrivés dans le pays d'accueil, les demandeurs d'asile ont une période d'incertitude prolongée pendant le traitement de leur demande d'asile. D'après le site de l'OFPRA, en 2018, le délai moyen de traitement d'une procédure de demande d'asile normale était de 112 jours (16). Les conditions de vie des enfants et des familles au cours de cette période ou au décours si leur demande d'asile est refusée peuvent être particulièrement précaires et stressantes.

Le temps que leur demande d'asile soit étudiée, les familles peuvent bénéficier d'un accès à un logement (si disponible) et d'une allocation pour demandeur d'asile ⁷ (ADA) (56).

⁶ Les enfants nés avant 2008 doivent être vaccinés contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite et les enfants nés après 2008 doivent être vaccinés pour ces trois pathologies mais aussi contre la Coqueluche, l'Haemophilus influenzae de type b, l'Hépatite B, le Pneumocoque, le Méningocoque C, la Rougeole, les Oreillons et la Rubéole (63).

⁷ L'ADA s'élève par exemple à 17,00 €/jour pour une famille de 4 personnes (56).

Il existe près de 50 000 places d'hébergement dédiées aux demandeurs d'asile, réparties sur l'ensemble du territoire français soit en Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA), soit en structure d'hébergement d'urgence, mais actuellement ce dispositif national d'accueil n'a la capacité d'héberger que les deux cinquièmes des personnes. Le logement proposé est souvent un habitat partagé avec d'autres personnes ou familles. Il peut se trouver dans un autre département ou une autre région qu'à l'endroit où la demande d'asile est déposée et/ou n'être disponible que transitoirement (exemple : plan hivernal) (56). La promiscuité et la précarité de ces logements peuvent entraîner des conséquences sur la santé de ses habitants (saturnisme chez les enfants par intoxication au plomb, intoxication au monoxyde de carbone et autres pathologies infectieuses (gale, tuberculose, ...) (63).

Les logements, comme les hôtels, ne sont pas configurés pour prévenir des accidents domestiques. L'absence de cuisine par exemple oblige les familles à cuisiner sur des réchauds à même le sol et cela peut être la cause de survenue d'accidents évitables (brûlures, blessures traumatiques) chez les enfants. Comme détaillé dans un rapport du 115 intitulé « grandir au 115 » : La vie de famille en hôtel entraîne « une promiscuité et de la coprésence sans répit. Confinés dans une chambre à tout faire, impossible à privatiser, les enfants baignent en permanence dans les problèmes familiaux, administratifs, professionnels, économiques, entendent tout ce qui se dit, et peinent à s'extraire mentalement. Constamment soumis au regard de l'autre, les adolescents souffrent non pas tant de l'impossibilité de faire des choses interdites que d'être toujours en présence des uns et des autres sans espace à soi. » (63,64).

f- Modalités d'accès à un titre de séjour et/ou à la nationalité française en France :

✚ Pour l'enfant migrant première génération (né en dehors de France) :

L'enfant et sa famille suivent le parcours d'un demandeur d'asile en France résumé dans le tableau dans l'Annexe n° 3. Durant sa minorité, l'enfant est rattaché au statut de sa famille. A la majorité, si l'enfant devenu adulte est toujours sur le territoire, il peut se voir délivrer une carte de séjour. Selon sa situation (réfugié, apatride, rapprochement familial, etc.), le titre accordé diffère (65).

✚ Pour l'enfant né en France (enfant migrant deuxième génération) :

Un enfant né en France de parents migrants obtient la nationalité française : à la naissance si l'un des deux parents au moins est Français (droit du sang), si l'un des deux parents au moins y est lui-même né (double droit du sol) ou si les deux parents sont apatrides (simple droit du sol) ou à la majorité si les deux parents sont étrangers à la condition de pouvoir justifier d'une résidence continue ou discontinue en France de 5 années pleines depuis l'âge de 11 ans (ou par anticipation à l'âge de 13 ans en justifiant une résidence continue ou discontinue en France de 5 années pleines depuis l'âge de 8 ans) (66).

Rappel de l'hypothèse de l'étude :

Devant l'ensemble de ces arguments, nous avons émis l'hypothèse qu'une consultation dédiée aux enfants migrants serait nécessaire à Toulouse.

Rappel des objectifs de l'étude :

L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux de la population pédiatrique migrante ayant recours aux urgences de Toulouse par une description de ses caractéristiques socio démographiques. Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'analyser les motifs de recours aux urgences, le degré d'urgence et le devenir des patients à l'issue de la consultation afin d'apprécier les besoins spécifiques de cette population.

Pour compléter les données de cette première étude, une enquête auprès des internes de pédiatrie étant amenés à prendre en charge des enfants migrants aux urgences a été réalisée afin d'apprécier leurs connaissances et leurs pratiques sur la prise en charge des enfants en contexte migratoire (modalités d'accès à une couverture sociale ; connaissance et utilisation de l'interprétariat dans les soins,..).

MATERIEL ET METHODE

1) Etude n°1 :

a- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective monocentrique menée à l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse.

b- Sélection de la population

La population étudiée est celle des enfants migrants consultant aux urgences pédiatriques de l'Hôpital des enfants à Toulouse du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018.

✚ **Critères d'inclusion :** ont été inclus les enfants de 0 à 18 ans « migrants » ayant consulté aux urgences entre le 1er janvier et le 31 décembre 2018 avec réalisation d'une enquête sociale sur un des passages aux urgences. Le terme « migrant » incluant les enfants nés en dehors de France dits « migrants de première génération » et les enfants nés en France de parents nés dans un pays en dehors de la France dits « migrants de deuxième génération ».

✚ **Critères d'exclusion :** ont été exclus les enfants ayant fait l'objet d'une liaison sociale mais sans notion de migration identifiée dans le dossier.

Les raisons de réalisation d'une enquête sociale par les assistants de service social (AS) aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse sont:

- Sollicitation par la « Cellule Ressortissant Étrangers » si absences de droits trouvés sur le logiciel CDRi (Consultation des droits intégrés.)
- Sollicitation directe en journée par l'équipe des urgences (médicale et/ou paramédical) devant le contexte social.
- Sollicitation indirecte (fiche de liaison) la nuit par l'équipe des urgences (médicale et/ou paramédicale) devant le contexte social avec enquête téléphonique ou entretien physique après le passage aux urgences.

c- Recueil des données et analyse statistique :

✚ **Période d'étude :** le recueil a été réalisé sur un an entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2018.

✚ **Modalité du recueil des données :**

Les données socio-démographiques renseignées lors de l'enquête sociale réalisée pendant ou après le passage aux urgences (physique et/ou téléphonique) ont été extraites à partir des dossiers papiers des archives de l'année 2018.

L'ensemble des données concernant l'enfant et les caractéristiques de son séjour aux urgences a été recueilli à partir des résumés de passage aux urgences (RPU) informatisés sur le logiciel Urqual®. Pour préciser les données sur le parcours migratoire, les comptes rendus d'hospitalisation et/ou de consultation de l'enfant disponibles et informatisés sur le logiciel ORBIS® ont été analysés.

✚ **Données recueillies :**

- Sexe de l'enfant
- Age de l'enfant
- Pays de naissance de l'enfant
- Pays d'origine : pays de naissance des parents
- Composition de la famille : Parents, mère isolée, père isolé, autres membres, nombre d'enfants composant la fratrie
- Date de la consultation
- Heure de la consultation
- Durée totale du passage aux urgences
- Nombre total de passage aux urgences en 2018
- Adresse déclarée classée dans les sous catégories suivantes : SDF/ Association / logement particulier / Hébergement d'urgence (Hotel, foyers d'urgence,..) / Squat / CADA...
- La notion de déclaration d'un médecin traitant
- Motif de consultation aigu ou chronique ; en rapport ou non avec la migration.
- Constantes d'entrée
- Poids
- Diagnostic final

- Diagnostics secondaires
- CCMU
- Réalisation d'examens complémentaires aux urgences : biologiques / radiologiques.
- Mode de sortie : retour à domicile, fugue, hospitalisation
- Service d'hospitalisation
- Durée d'hospitalisation
- Ordonnances remises pour des médicaments à la sortie des urgences
- Ordonnances remises pour des examens d'imagerie
- La mise en place d'un suivi au décours du passage aux urgences
- Le parcours de migration : voie de migration, date d'arrivée en France.

Interprétation des données :

Afin de faciliter l'interprétation des données concernant les pathologies, celles-ci ont été uniformisées grâce à l'utilisation d'un thésaurus simplifié issu de la Classification Internationale des Maladies (CIM10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les données du rapport annuel 2018 de l'Observatoire Régional des Urgences Occitanie⁸ sur l'activité des urgences pédiatriques du CHU de TOULOUSE ont été utilisées pour comparer les données de notre échantillon aux données de la population pédiatrique générale.

Les données ont ensuite été saisies de façon anonyme sur le logiciel Microsoft EXCEL[®] afin d'être exploitées.

Aspects éthiques et réglementaires :

Les données ont été recueillies de manière anonyme. Une déclaration normale à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée avec pour numéro récépissé **2216371 v 0**.

Méthode d'analyse des Résultats :

L'analyse statistique a été réalisée par l'équipe de l'unité de Soutien Méthodologique à la Recherche (USMR).

⁸ Rapport annuel 2018 disponible en accès libre sur le site https://www.oruoccitanie.fr/?page_id=1288

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse descriptive univariée du nombre de consultations recueillies, de l'échantillon étudié, des principales pathologies et des pathologies associées. Pour les variables quantitatives, l'analyse a été présentée par la moyenne et l'écart type. Pour les variables qualitatives, l'analyse a été présentée en pourcentage. Pour les variables qualitatives, nous présentons les résultats sous la forme : Effectif total (N), effectif absolu (nombre de cas n pour la modalité concernée) et effectif relatif (pourcentage ($\% = n/N$ pour la modalité concernée)). Pour les variables quantitatives, les résultats sont présentés sous la forme : moyenne (m), écart-type (sd), médiane (med), quartiles (Q1, Q3) et minimum et maximum (min – max). Pour comparer les variables quantitatives (âge, durée de passage) aux valeurs observées dans la base de données ORU de la même année, nous avons utilisé un test de student bilatéral de comparaison à une valeur théorique, après vérification des conditions d'applications. Pour comparer les variables quantitatives (âge, durée de passage) aux valeurs observées dans la base de données ORU de la même année, nous avons utilisé un test du chi2 bilatéral, après vérification des conditions d'applications, ou un test exact de Fisher le cas échéant. Une p-value < 5% est considérée comme significative.

2) Etude n° 2 :

En complément de cette étude, une enquête par questionnaire a été réalisée en 2019 auprès des internes et anciennes internes de pédiatrie (depuis moins de 3 ans) de l'hôpital des enfants de Toulouse. L'enquête proposée était sous forme d'un questionnaire anonymisé, disponible en ligne et diffusé via le canal de diffusion d'informations aux internes de pédiatrie de Toulouse (cf Annexe n°4).

Ce questionnaire avait pour objectif d'évaluer les connaissances des soignants étant amenés à prendre en charge des enfants migrants sur les items suivants :

- Modalités d'accès à une couverture sociale des enfants migrants.
- Prise en compte de l'existence d'une couverture sociale lors de la remise d'une ordonnance.
- Connaissance et utilisation de l'interprétariat dans les soins.

Analyse statistique :

Pour les variables qualitatives, l'analyse a été présentée en pourcentage. Pour les variables qualitatives, nous présentons les résultats sous la forme : Effectif total (N), effectif

absolu (nombre de cas n pour la modalité concernée) et effectif relatif (pourcentage (% = n/N pour la modalité concernée).

RESULTATS :

1) Etude n°1

a- Sélection de la population analysée :

- En 2018, le service d'urgences du CHU de Toulouse - Hôpital des Enfants a enregistré un total de 51 981 passages.
- L'analyse de l'ensemble des archives papiers des enquêtes sociales réalisées aux urgences pédiatriques en 2018 a permis d'extraire 203 dossiers d'enfants qui correspondaient aux critères d'inclusion (« enfant migrant de 0 à 18 ans »).
- Pour chaque enfant inclus, tous les passages aux urgences sur l'année 2018 ont été analysés soit un total de 344 passages analysés pour l'ensemble des enfants.

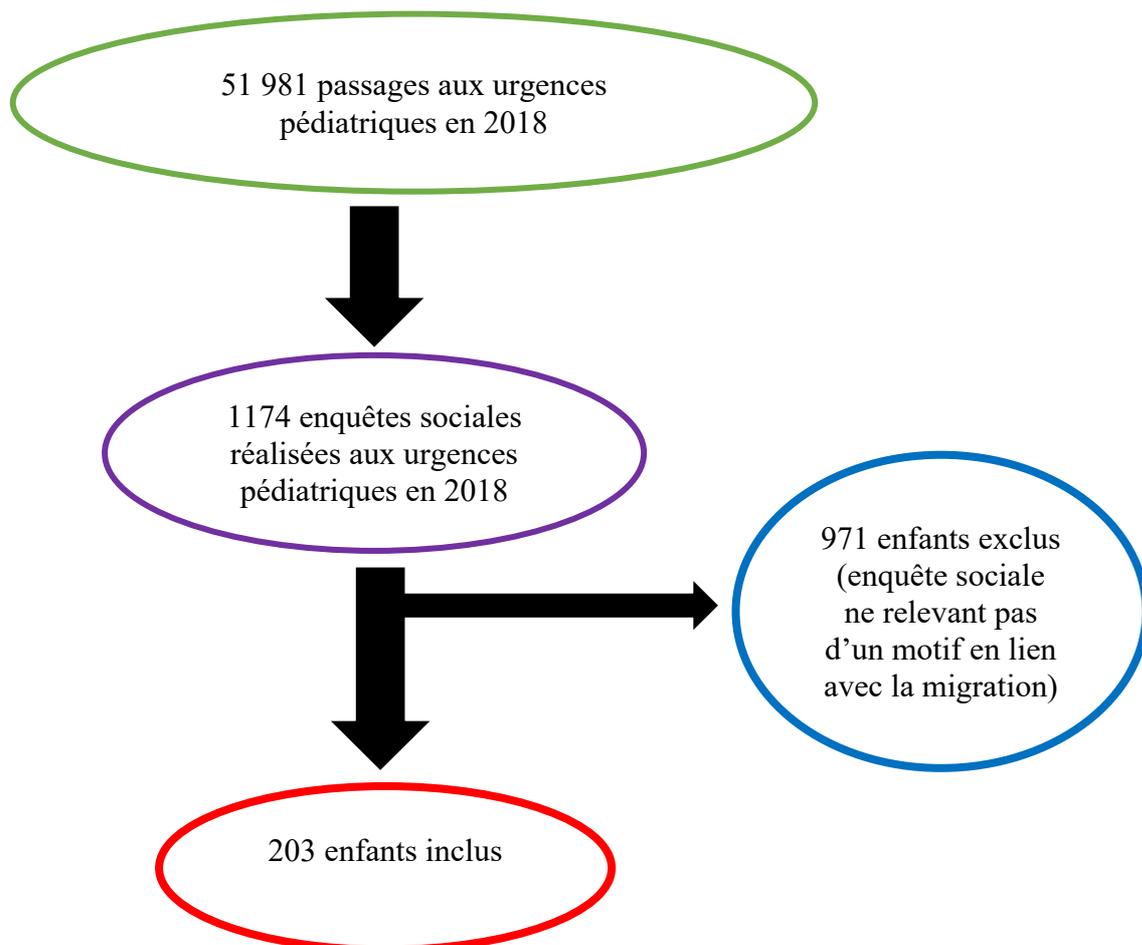


Figure 13 : Flow chart

b- Analyse descriptive :

✚ **Nombre de passage par enfant sur l'année 2018 :**

La majorité des enfants (84,7 %) n'ont consulté qu'une ou deux fois aux urgences pédiatriques sur l'année 2018. Le nombre maximum de passage pour le même enfant migrant était de 7. Le nombre de passage par enfant dans la population générale n'était pas disponible.

Tableau 5 : Nombre de passages par enfant migrant sur l'année 2018 aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse.

Nombre de passages	n	%
1	123	60,6%
2	49	24,1%
3	16	7,9%
4	5	2,5%
5	7	3,4%
6	1	0,5%
7	2	1,0%
203		

✚ **Répartition journalière des passages :**

Tableau 6 : Répartition journalière des passages d'enfant migrant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018

	Passages	Migrants	% des passages
Lundi	7657 (15%)	50 (15%)	0,65%
Mardi	6883 (13%)	56 (16%)	0,81%
Mercredi	6687 (13%)	53 (15%)	0,79%
Jeudi	7173 (14%)	51 (15%)	0,71%
Vendredi	7173 (14%)	52 (15%)	0,72%
Samedi	8132 (16%)	34 (10%)	0,42%
Dimanche	8276 (16%)	48 (14%)	0,58%
Total	51981	344	0,66%

✚ Répartition mensuelle des passages :

Tableau 7 : Répartition mensuelle des passages d'enfant migrant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018

	Passages	Migrants	% des passages
Janvier	4449	18	0,40%
Février	3904	20	0,51%
Mars	4524	14	0,31%
Avril	4050	23	0,57%
Mai	4272	12	0,28%
Juin	4612	30	0,65%
Juillet	3941	21	0,53%
Aout	3266	35	1,07%
Septembre	4325	36	0,83%
Octobre	4370	49	1,12%
Novembre	4729	33	0,70%
Décembre	5539	53	0,96%
Total	51981	344	0,66%

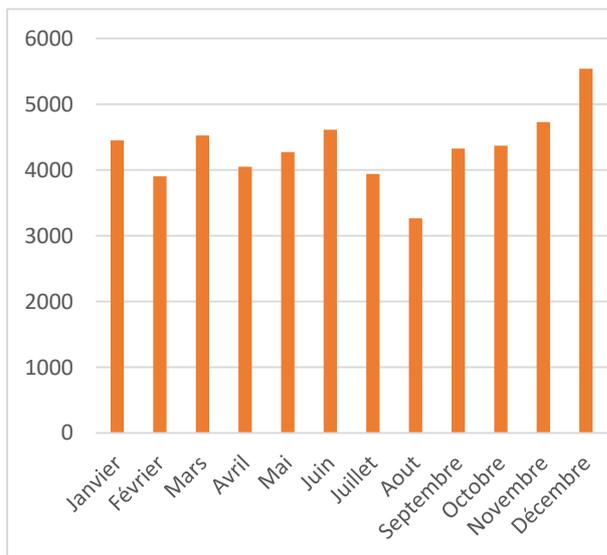


Figure 14 : Répartition mensuelle des passages par nombre de passage (population générale).

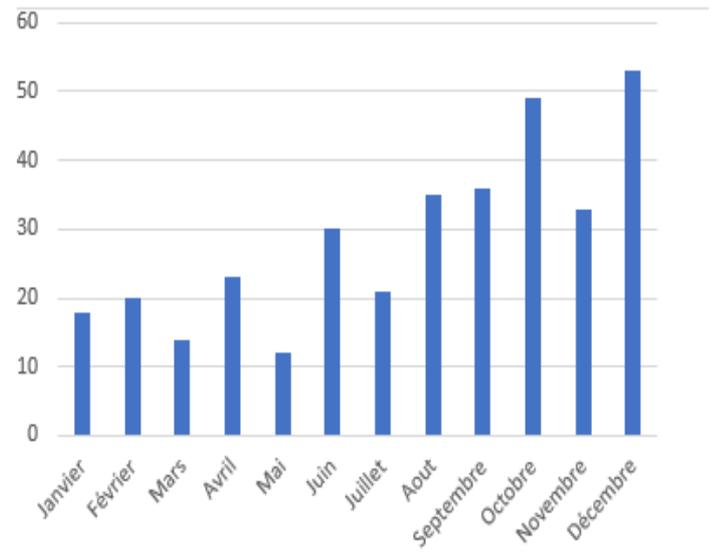
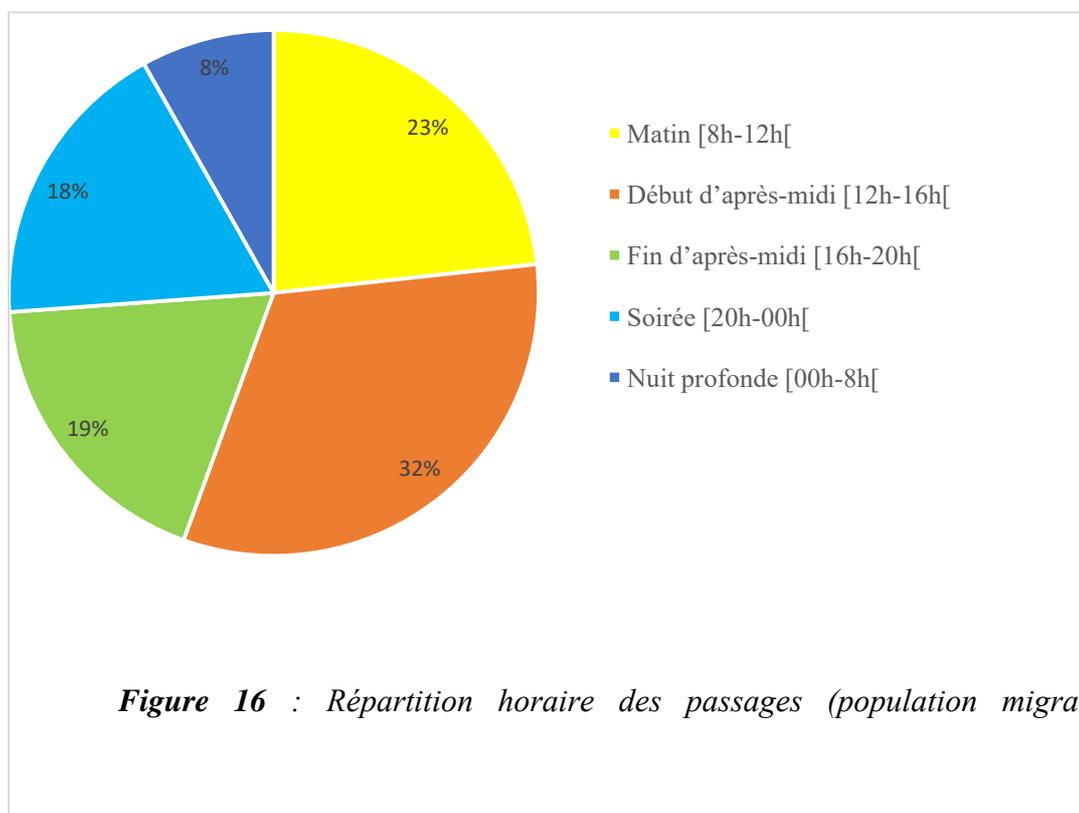


Figure 15 : Répartition mensuelle des passages par nombre de passage (population migrante).

✚ Répartition horaire des passages :

Tableau 8 : Répartition horaire des passages (population générale et enfants migrants) aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018

	Passages	Migrants	% des passages	Semaine	Weekend
Matin [8h-12h [	9 308 (18%)	80 (23%)	0,86%	61 (23%)	19 (23%)
Début d'après-midi [12h-16h [	11 499 (22%)	111 (32%)	0,97%	89 (34%)	22 (27%)
Fin d'après-midi [16h-20h [	13 142 (25%)	63 (18%)	0,48%	44 (17%)	19 (23%)
Soirée [20h-00h [	11 720 (23%)	62 (18%)	0,53%	49 (19%)	13 (16%)
Nuit profonde [00h-8h [	6 312 (12%)	28 (8%)	0,44%	19 (7%)	9 (11%)



Sexe et âge :

Le sexe ratio était de 1,3 (56,1% de garçons) contre 1,2 dans l'ensemble des recours. L'âge médian était de 20 mois. Les enfants migrants étaient significativement plus jeunes que les autres enfants ayant recours aux urgences ($m=5,3$ ans ; p -value $<0,001$).

Minimum	8 jours
Maximum	15,1 ans
Moyenne (écart-type)	3,3 ans (3.7)
Médiane	20 mois
Quartiles	8.4 mois – 4.2 ans

Tableau 9 : Tranches d'âge de la population générale et de la population d'enfants migrants consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018

Tranche d'âge	Passés
Moins de 28 jours	
[28 jours – 6 mois [	4
[6 – 12 mois [	4
[1 an – 2 ans [	7
[2 ans – 5 ans [	13
[5 ans – 10 ans [	12
[10 ans – 15 ans [	9
15 ans et plus	
Total	51

Tableau 10 : Tranche d'âge et sexe ratio dans la population migrante consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018

	Filles	Garçons
Moins de 28 jours	5	4
[28 jours – 6 mois [	25	31
[6 – 12 mois [	27	31
[1 an – 2 ans [	25	34
[2 ans – 5 ans [	37	52
[5 ans – 10 ans [	13	27
[10 ans – 15 ans [	17	14
15 ans et plus	2	0
Total	151	193

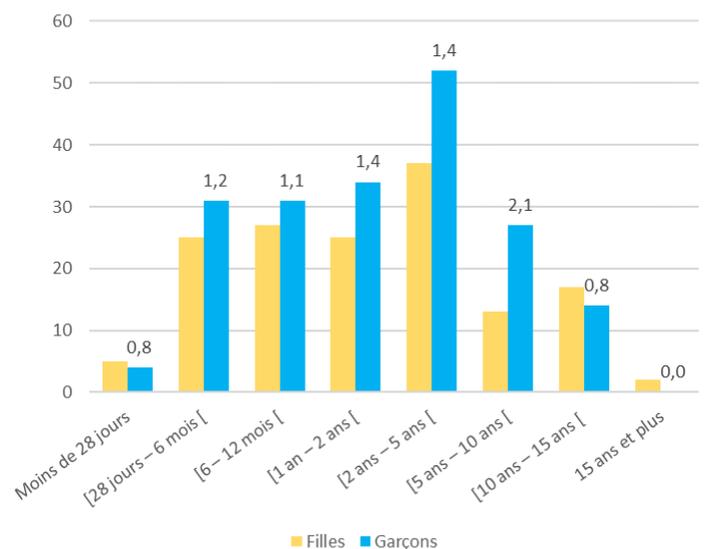


Figure 17 : Tranche d'âge et sexe ratio dans la population migrante consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018

✚ Pays d'origine :

Le pays d'origine était toujours le même pour les deux parents. Les 3 nationalités les plus représentées étaient dans l'ordre : l'Albanie (28,4 %), la Bulgarie (10,7 %) puis la Syrie (9,2 %).

Tableau 11 : Pays d'origine des parents et pays de naissance des enfants consultant aux urgences pédiatriques en 2018.

	Pays d'origine des parents		Pays de naissance des enfants	
	n	%	n	%
Europe de l'ouest	1	0,3	101	29,4
Allemagne	0		4	
Danemark	0		3	
Espagne	1		2	
<i>France</i>	0		91	
Italie	0		1	
Europe de l'est	200	58,1	119	34,6
Albanie	98		65	
Bulgarie	37		21	
Géorgie	18		18	
Roumanie	29		6	
Russie	4		4	
Tchéchénie	25		3	
Ukraine	2		2	
Afrique du nord	36	10,4	32	9,3
Algérie	28		17	
Maroc	7		10	
Lybie	11		5	
Proche et moyen orient	47	13,7	16	4,7
Afghanistan	5		2	
Irak	5		1	
Kazakhstan	2		1	
Koweït	1		1	
Syrie	32		9	
Turquie	2		2	
Afrique hors Afrique du nord	42	12,2	23	6,7
Afrique du Sud	1		0	
Sénégal	3		0	
Cameroun	1		1	
Centre Afrique	1		0	
Congo	6		3	
Erythrée	0		1	
Ethiopie	3		0	
Gabon	2		3	
Guinée	7		3	
Mali	2		2	
Mauritanie	0		1	
Nigéria	12		6	
Sénégal	0		3	
Somalie	1		1	
Togo	2		0	
Amérique	1	0,3	1	0,3
République dominicaine	1		1	
Non précisé	16	4,7	53	14,4

Concernant le pays de naissance des enfants, 53 données (14,4%) étaient manquantes. Il y avait 91 passages d'enfants migrants dits de « seconde génération » (26,5% nés en France de parents migrants) et 200 passages d'enfants migrants dits de « première génération » (58,2 % nés en dehors de France de parents migrants). Ce deuxième groupe incluait deux mineurs non accompagnés de 14 ans d'origine Guinéenne.

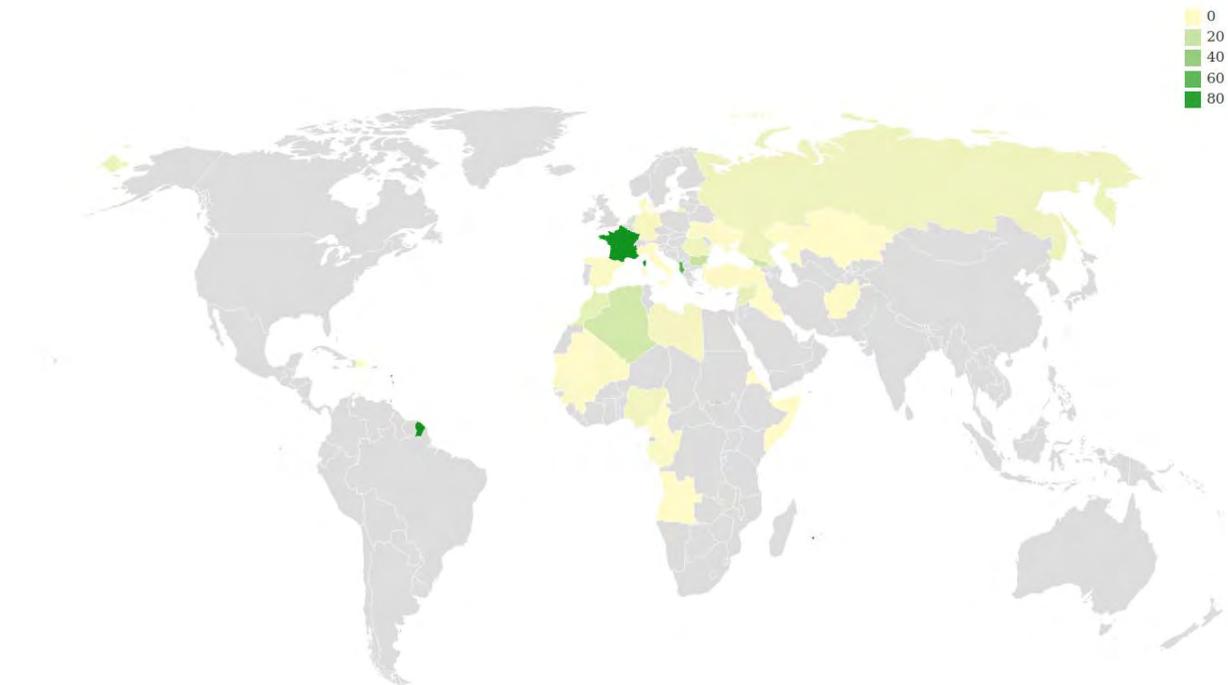


Figure 18 : Carte pays de naissance des enfants

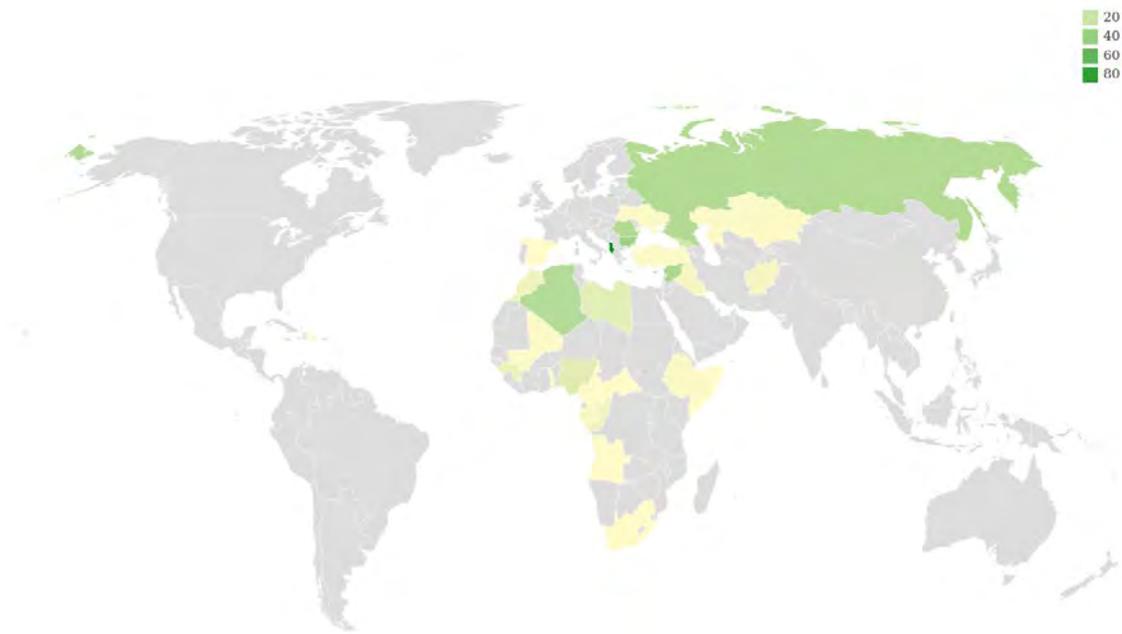


Figure 19 : Carte pays d'origine des parents

✚ **Durée de séjour en France avant le passage aux urgences :**

Tableau 12 : Durée de séjour en France avant le passage aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse en 2018

Durée de séjour en France	n	%
Moins de 1 mois	38	15,9
[1 mois à 1 an [	179	47,9
Plus de 1 an	22	9,2
<i>Non renseigné</i>	105	

✚ **Déclaration d'un médecin traitant, conditions de logement et composition de la famille :**

93% des enfants migrants ne déclaraient pas de médecin traitant lors de l'enregistrement administratif avant la consultation.

Tableau 13 : Conditions de logement et composition de la famille

	n	%
Domicile		
SDF	105	30,5
Squat	7	2,0
Caravane	7	2,0
Association	1	0,3
Particulier	70	20,4
Hôtel 115	55	12,2
Domiciliation Forum Réfugié	43	12,5
Domiciliation Grand Ramier	30	8,7
Centre hébergement social	26	7,6
Nombre d'enfants (fratrie)		
1	105	36,0
2	101	34,6
3	53	18,2
4	24	8,2
5+	9	3,1
<i>Non précisé</i>	52	
Parent présent		
Les deux parents	265	83,9
Mère isolée	36	11,4
Père isolé	9	2,9
Mineur isolé	2	0,6
Tante	3	1,0
Autre membre de la famille	1	0,3
<i>Non précisé</i>	28	

✚ Durée de passage aux urgences :

La durée moyenne des passages était de 3,9 heures (sd=3,3) soit légèrement plus long que pour l'ensemble des passages (m=3,5 ; p-value <0,025).

Minimum	0
Maximum	26,2
Moyenne (écart-type)	3,9 (3,3)
Médiane	3,1
Quartiles	1,9 – 4,7

✚ Barrière de la langue et recours à l'interprétariat aux urgences :

Tableau 14 : Notion de barrière de la langue et notion de recours à l'interprétariat

	n	%
Barrière de la langue		
Non	63	22,3
Oui	219	77,7
<i>Non précisé</i>	62	
Si oui, mode de traduction :		
Aucun	28	25,9
Traducteur officiel	8	7,4
Traducteur téléphonique	10	9,3
Médecin	13	12,0
Soignant	2	1,9
Entourage, adulte	32	29,6
Entourage, enfant	5	4,6
Google, logiciel	10	9,3
<i>Non précisé</i>	111	

✚ Motifs de consultation

Le motif de consultation était aigu pour 329 passages (95,6 %), chronique avec exacerbation aiguë pour 7 passages (2,0 %) et chronique sans exacerbation aiguë pour 8 passages (2,3 %).

✚ Antécédents personnels et migration pour raison de santé :

On retrouvait dans l'enquête sociale la notion de migration motivée par l'état de santé de l'enfant pour 8 enfants : pathologies marquées avec ** dans le tableau 15.

Tableau 15 : Principaux antécédents relevés dans les observations médicales.

	Pathologies :	Pays d'origine enfant (pays d'origine parents si différent)	Age au moment de la consultation
Neurologiques	Epilepsie	Algérie	13 ans
	Retard développement psychomoteur et syndrome polymalformatif	Mauritanie (Syrie)	3 ans
	Myéломéningocèle	Russie	10 mois
Hématologique	Béta thalassémie majeure	Algérie	11 ans
	Drépanocytose**	Mali	11 ans
	Drépanocytose	Cameroun	2 ans
Infectieux	Paludisme	Guinée	13 ans
	Tuberculose	Algérie	3 ans
Oncologiques	Ostéosarcome opéré avec amputation membre.**	Sénégal	13 ans
	Craniopharyngiome **	Géorgie	4 ans
	Leucémie myéloïde juvénile**	Bulgarie	3 ans
	Tumeur foie**	Roumanie	1 an
Malformatif	Agénésie de l'avant bras	Albanie	
	Chirurgie fente labiale	Syrie	4 ans
Uro- néphrologique	Insuffisance rénale dialysée sur Syndrome de Prune		
	Belly **	Afrique du Sud	8 ans
Cardiologique	Communication atrio ventriculaire complète opérée**	Géorgie	7 ans
Osseuse	Maladie de Lobstein**	Albanie	9 ans
Neonatalogie	Prématurité 28 SA	Géorgie	2 ans
	Prématurité 34 SA	France (Algérie)	10 mois
	Prématurité 35 SA (triplet)	Nigéria (France)	1 mois

✚ Gravité du motif de consultation selon la CCMU modifiée :

La CCMU modifiée (Classification Cliniques des Malades des Urgences) classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier⁹.

Tableau 16 : Classement CCMU des motifs de consultation dans la population générale et la population d'enfants migrants en 2018

CCMU	Passages	Migrants	Rapport passage des migrants sur total des passages (%)	Garçons (%)	Age (an)	Durée (h)	Hospitalisation (%)
1	18 201 (36%)	197 (59%)	1,08 %	55,3%	2,7	3,1	0,0%
2	25 514 (51%)	104 (31%)	0,41 %	52,9%	3,9	5,1	15,5%
3	5 767 (12%)	33 (10%)	0,57 %	63,6%	4,9	5,3	48,5%
4	234 (1%)	1 (0%)	0,43 %	-	-	-	-
5	14 (0%)	0 (0%)	0,00 %	-	-	-	-
P	298 (1%)	0 (0%)	0,00 %	-	-	-	-
NR	1826	9			2,3	3,1	0,0%

✚ Examens paracliniques réalisés lors du passage :

- **15,4 %** (n = 53) des passages ont motivé une imagerie : échographie abdominale (n = 6), radiologie thoracique (n = 30), radiologies osseuses (n = 13), scanner cérébral (n = 5), un ASP (n = 3) et une échographie articulaire (n = 1).
- **25,2 %** (n = 87) des passages d'enfants migrants ont motivé un bilan biologique avec respectivement : 48,3 % (n = 42) de bilans délocalisés (CRP micro-méthode) et 51,7 % (n = 45) de bilans standards. Pour 5 passages le bilan délocalisé a été complété par un bilan standard.
- **2,6 %** (n = 9) des passages ont motivé un bilan complémentaire orienté par rapport au contexte de migration avec recherche : de paludisme pour 3 des enfants, de tuberculose (IDR et radiologie) pour 1 enfant, de bilharziose pour 1 enfant, d'hépatite B et de VIH pour 6 des enfants et une parasitologie des selles pour 1 enfant.

✚ Motifs de consultation et diagnostics :

Les motifs de consultation ont été classés par type d'urgence en suivant la classification utilisée dans le rapport d'activité annuel des urgences ORU-MIP 2018.

⁹ Cette classification est disponible en ligne sur le site <https://orumip.fr>

Tableau 17 : Classement des motifs de consultation par types d'urgences (% pass. : rapport passages migrants/passages totaux et % garç. : pourcentage de garçons ; âge en moyenne (h) et durée (h) en moyenne)

Types d'urgences	Passages	Migrants	% pass.	% garç.	Age (an)	Durée (h)	% Hosp.
Médico-Chirurgical	31 607 (63%)	291 (85%)	0,92%	55,7%	3,0	3,9	9,0%
Traumatologique	16 627 (33%)	29 (8%)	0,17%	51,7%	5,8	3,6	17,2%
Psychiatrique	856 (2%)	0 (0%)	0,00%	-	-	-	-
Autres /Fugue	703 (1%)	11 (3%)	1,56%	81,8%	3,1	2,9	0,0%
Toxicologique	258 (1%)	4 (1%)	1,55%	75,0%	4,2	4,2	25,0%
Non renseignée	17	9		44,4%	2,4	4,7	0,0%

Tableau 18 : Diagnostics principaux et secondaires de la population migrante.

Pathologies	Diagnostics principaux (N = 344) n (%)	Diagnostics secondaires (N =344) n (%)
Pathologies infectieuses :	246 (71,51%)	
Maladies infectieuses (générales)	21 (6,10 %)	
Infections respiratoires hautes /ORL	130 (37,79 %)	
Infections respiratoires basses	20 (5,81 %)	
Infections digestives/parasitaires	45 (13,08 %)	
Infections des voies urinaires	6 (1,74 %)	
Infections cutanées localisées ou à expression cutanée	24 (6,97 %)	2 (0,58 %)
Autres pathologies :	122 (36,26 %)	
Pathologies cardiaques	1 (0,29 %)	3 (0,87 %)
Pathologies dentaires – stomatologiques	6 (1,74 %)	10 (2,90 %)
Pathologies dermatologiques autres	10 (2,9 %)	1 (0,29 %)
Pathologies digestives	15 (4,36 %)	2 (0,58 %)
Pathologies hématologiques	3 (0,87 %)	1 (0,29 %)
Pathologies neurologiques	7 (2,03 %)	1 (0,29 %)
Pathologies du nouveau-né	7 (2,03 %)	
Pathologies ophtalmologiques	8 (2,3 %)	
Pathologies ORL autres	1 (0,29 %)	
Pathologies ostéo-articulaires non traumatiques	2 (0,58 %)	
Pathologies psychiatriques	0 (0,0%)	2 (0,58 %)
Pathologies respiratoires	11 (3,19 %)	
Pathologies toxicologiques	3 (0,87 %)	
Pathologies traumatiques	33 (9,59 %)	1 (0,29 %)
Pathologie uro-néphrologiques	4 (1,16 %)	
Pathologies générales non classées ailleurs	3 (0,87 %)	
Problème social	11 (3,19 %)	

Aucun diagnostic n'a été posé pour 9 passages (2,61 %) car la famille a fugué avant la consultation.

✚ **Diagnostiques pouvant être en lien avec la migration et/ou la précarité qui en découle :**

Sur l'ensemble des passages, on retrouvait (diagnostics principaux et secondaires confondus) : 6 diagnostics de gale, 1 teigne, 16 troubles bucco-dentaires (caries dentaires, abcès dentaire, atteinte du parodonte), 1 anémie, 1 bilharziose, 1 épanchement péricardique, 3 cassures pondérales, 2 troubles psychiatriques (de type troubles du comportement et troubles alimentaires) et 1 brûlure ancienne surinfectée.

✚ **Couverture vaccinale :**

On retrouvait pour 36 passages la notion de retard vaccinal notifiée dans l'observation médicale et d'absence totale de vaccination pour 7 passages.

✚ **Devenir des enfants à l'issue de la consultation :**

- 31 enfants ont été hospitalisés après le passage (9,01 %).
- 9 familles ont fugué avant l'examen médical et 2 familles ont fugué avant de recevoir le compte rendu de passage aux urgences et les ordonnances de sortie.

Tableau 19 : Devenir des enfants à l'issue de la consultation (population migrante)

	n	%
Hospitalisation		
Oui	31	9,01
Non	313	90,9
Ordonnance de sortie		
Oui	263	76,5%
Non	81	23,6%
Mise en place d'un suivi		
Oui	43	12,8%
Non	293	87,2%
<i>Non précisé</i>	8	

- Le pourcentage d'hospitalisation dans la population générale était de **14,6 %** (n = 7582)
- Détail du suivi : 4 enfants ont été orientés vers la PMI, 3 enfants vers la PASS dentaire, 1 enfant vers l'association Médecin du Monde, 2 enfants ont été reconvoqués aux urgences, 2 enfants vers un médecin généraliste pour une réévaluation (alors qu'ils n'avaient pas de couverture ni de médecin traitant à posteriori sur l'enquête sociale),
- 20 enfants ont été orientés vers une consultation spécialisée au décours du passage aux urgences : cardiologie (1), ophtalmologie (1), chirurgie orthopédique (5), Soins externes brûlés (2), neurologie (1), néphrologie (1), gastro entérologie (1), infectiologie (2), chirurgie viscérale (2), dermatologie (1), pneumologie (1), hématologie (2)
- 11 enfants ont bénéficié d'un suivi en consultation spécialisée après l'hospitalisation.

Tableau 20 : Motifs d'hospitalisation, durée d'hospitalisation, pays d'origine et pays de naissance

Service	Age	Motif d'hospitalisation	Durée d'hospitalisation	Pays d'origine des parents	Pays d'origine des enfants
Réanimation	3 mois	Bronchiolite/malformation pulmonaire	30 jours	Bulgarie	Bulgarie
	1 mois	Bronchiolite	8 jours	Nigéria	France
Pédiatrie Générale	4 ans	Gastro entérite aigüe	5 jours	Algérie	Algérie
	3 ans	Gale	3 jours	Gabon	Gabon
	2 ans	Gastro entérite aigüe	4 jours	Tchéchénie	Hors France NR
	1 an	Amygdalite / Adénite	2 jours	Irak	Danemark
	1 an	Gastro entérite aigüe	2 jours	Roumanie	Roumanie
	1 an	Amygdalite / convulsion	4 jours	Bulgarie	Hors France NR
	1 an	Laryngite / Rougeole	4 jours	Algérie	Algérie
	2 mois	Varicelle	2 jours	Congo	France
	2 mois	Gastro entérite aigüe	5 jours	Togo	France
	6 mois	Gastro entérite aigüe	3 jours	Syrie	Hors France NR
	3 mois	Rhinopharyngite	2 jours	Albanie	France
	2 mois	Rhinopharyngite	2 jours	Roumanie	Roumanie
	1 mois	Fièvre Sp	5 jours	Bulgarie	France
	3 mois	Bronchiolite	3 jours	Ethiopie	France
Néphrologie	8 ans	Syndrome de Prune Belly	4 jours	Afrique du Sud	Hors France NR
	1 an	Pyélonéphrite aigüe	4 jours	Russie	Russie
	10 mois	Pyélonéphrite aigüe	4 jours	Algérie	France
Gastro-entérologie	5 ans	Trichobézoard	11 jours	Roumanie	France
	1 an	Corps étranger oesophagien	2 jours	Albanie	France
Hématologie	3 ans	Leucémie myélomonocytaire juvénile	12 jours	Bulgarie	Bulgarie
	2 ans	Crise vaso-occlusive (drépanocytose)	2 jours	Cameroun	Cameroun
Pneumologie	1 an	Bronchiolite	6 jours	Algérie	France
	10 ans	Asthme	3 jours	Nigéria	Nigéria
	11 mois	Bronchiolite	3 jours	Algérie	France
Chirurgie	13 ans	Luxation tête radiale	1 jour	Guinée	Guinée
	14 ans	Plaie chirurgicale	2 jours	Algérie	Algérie
Neurologie	4 ans	Céphalées/ craniopharyngiome	7 jours	Géorgie	Géorgie
	4 ans	Convulsion /craniopharyngiome	3 jours	Géorgie	Géorgie
	2 ans	Intoxication médicamenteuse	2 jours	Albanie	Albanie

2) Etude n° 2 : Résultat de l'enquête menée auprès des soignants :

a- Population interrogée :

L'équipe des internes de Toulouse est composée de 4 promotions de 8 à 11 internes en pédiatrie par année. Les gardes aux urgences la nuit sont assurées par 2 internes et 1 pédiatre de garde (assistant, chef de clinique ou praticien hospitalier). **40** soignants ont répondu à l'enquête sur 89 personnes sollicitées : 21 internes en cours d'internat (3 en premier semestre, 7 en troisième semestre, 3 en cinquième semestre, 6 en septième semestre, 2 en huitième semestre), 6 assistants, 1 chef de clinique, 2 médailles d'or, 5 anciens internes depuis moins de 1 an ; 1 ancien interne depuis moins de 2 ans et 4 anciens internes depuis plus de 2 ans.

b- Connaissance générale sur l'interprétariat :

- 97,5 % (n = 39/40) des répondants avaient connaissance de l'existence d'une possibilité d'accès à l'interprétariat au sein de l'hôpital des enfants en cas de barrière de la langue.
- Seulement 57,3 % (n = 23/40) des répondants étaient au courant que ce service peut être utilisé en dehors des heures ouvrables (24h/24h ; 7 jours sur 7) via l'abonnement à une plateforme d'interprétariat téléphonique (COFRIMI, ISM).
- 52,5 % des soignants (n = 21/40) interrogés ne savaient pas comment accéder au protocole d'accès à un interprétariat sur l'intranet.
- 100 % des soignants n'étaient pas au courant des dernières recommandations de l'HAS sur l'utilisation de l'interprétariat dans les soins.

c- Utilisation de l'interprétariat :

- Seulement 32 % (n = 13/40) des soignants avaient déjà eu recours à l'interprétariat aux urgences.

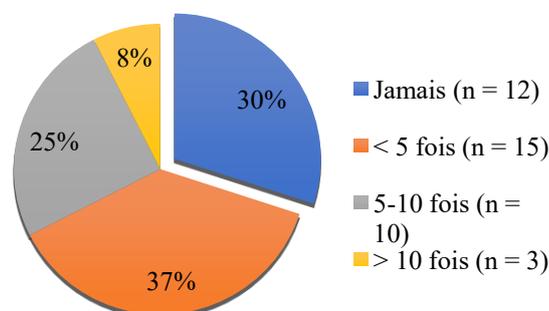


Figure 20 : Nombre de recours à l'interprétariat depuis le début de l'internat au sein de l'Hôpital des Enfants (CHU de Toulouse)

d- Connaissances générales sur la couverture sociale des enfants migrants et pratique aux urgences.

- En ce qui concerne la couverture sociale de l'enfant migrant, 55,7 % des répondants (n = 23/40) pensent qu'il existe un délai de carence avant de pouvoir ouvrir des droits sociaux (AME, CMU, Puma).

- La grande majorité des soignants déclaraient ne pas penser à demander aux familles si celle-ci étaient en possession ou non d'une couverture sociale à jour pour pouvoir acheter les médicaments après le passage aux urgences : jamais dans 15 % des cas (n = 6/40), rarement dans 57,5 % (n = 23/40), parfois dans 2,5 % des cas (n = 1/40), souvent dans 20 % des (n=8/40) et toujours dans 5 % des cas (n = 2/40).

DISCUSSION :

Depuis 2007, de plus en plus d'études s'intéressent à l'état de santé et aux recours aux soins des personnes migrantes. Alors que le nombre d'enfants migrants ne fait qu'augmenter, la population pédiatrique migrante reste encore très peu étudiée. Dans deux rapports publiés en 2018, l'OMS souligne les spécificités des enfants migrants, leur importante vulnérabilité et par conséquent la nécessité de porter une attention particulière à cette population (22, 36). A notre connaissance, en France, aucune étude ne s'est intéressée à décrire les caractéristiques sociodémographiques et les motifs de recours aux soins d'une population d'enfants migrants consultant aux urgences.

1) Etude n ° 1 :

✚ Age, sexe ratio :

Notre population était composée à 56,1 % de garçons avec un sexe ratio de 1,3. L'âge médian était de 20 mois. Avec un âge moyen de 3,3 ans les enfants migrants étaient significativement plus jeunes que les autres enfants ayant recours aux urgences ($m=5,3 ; <0,001$).

Dans une étude italienne (Grassino *et al.* 2018) comparant l'accès aux services d'urgence pédiatriques en Italie entre les patients immigrés et italiens, on retrouvait chez les 2437 patients migrants inclus (première génération et deuxième générations confondues) : un sexe ratio de 1,3 ; 35 patients (1,4%) étaient des nouveau-nés (0-1 mois), 519 (21,3%) des nourrissons (1 mois-1 an), 1110 (45,6%) des enfants d'âge préscolaire (1 an à 5 ans), 447 (18,3%) des enfants d'âge scolaire (6-10 ans) et 326 (13,4%) des adolescents (> 11 ans) (71).

Dans notre étude, seuls deux enfants étaient des mineurs isolés. La sous-représentation des mineurs non accompagnés (MNA) dans notre étude peut s'expliquer par la limite d'âge fixée à 15 ans pour l'admission aux urgences pédiatriques alors que 88 % des enfants MNA recensés en France en 2018 ont entre 16 et 18 ans et seulement 5,2 % ont moins de 14 ans (72).

✚ Pays d'origine et durée de séjour en France avant la consultation :

La majorité des enfants migrants était originaire d'Europe de l'Est (58,1%). Les 5 nationalités les plus représentées étaient l'Albanie (28,4%), la Bulgarie (10,7 %), la Syrie (9,2%), la Roumanie (8,4%) puis l'Algérie (8,1%).

La répartition territoriale de la population immigrée est le résultat de plusieurs vagues d'immigration. Elle va varier sur le territoire selon le pays de naissance. La concentration géographique des populations immigrées évolue peu au fil des années. Les immigrés arrivés en France depuis moins de cinq ans s'installent généralement dans des lieux où vivent déjà des personnes originaires du même pays arrivées depuis longtemps (15).

A Toulouse, la population migrante est composée de plusieurs communautés de Roms migrants d'origine Bulgare et Albanaise et d'une importante communauté Algérienne.

Notre échantillon d'enfants n'est donc pas représentatif de la population migrante au niveau national. Il reflète seulement la répartition des migrants à Toulouse et ses environs. Comme précisé dans l'introduction, l'état de santé et les problématiques sociales ne seront pas les mêmes entre un enfant originaire d'un pays Européen et un enfant né en Lybie sur le trajet migratoire et qui a traversé la Méditerranée pour pouvoir arriver en Europe (22,26,28). Accéder à ce type de données dans notre région nous permet à l'issue de cette étude d'adapter nos protocoles de prise en charge avec une médecine personnalisée et adaptée à chaque parcours migratoire.

De la même façon, identifier les langues majoritaires parlées par la population migrante consultant aux urgences peut nous permettre de développer des supports de communication traduits (traduction des consignes de surveillance, traduction des ordonnances, ...) pour faciliter l'échange lors de la consultation aux urgences sans suppléer à la prestation de l'interprète.

La proportion de passages d'enfants « migrants de première génération » était plus importante que celle des enfants dits « migrants de deuxième génération » (58,2 % contre 26,5%). De même, la proportion de passages de familles récemment arrivées en France était majoritairement représentée dans l'étude (depuis moins d'un mois pour 14,9 % des passages et depuis moins d'un an pour 47,9 % des passages).

Ces différences peuvent s'expliquer par le fait qu'en naissant en France les enfants ont plus vite accès à l'ouverture de droits sociaux et à une meilleure connaissance du parcours de soins qu'un enfant primo-arrivant. De la même façon, pour une famille installée en France depuis plus longtemps, le recours aux soins, dans d'autres structures que les urgences, est facilité (plus d'ouvertures de droits, meilleure connaissance du système de soins) (73).

Une méta-analyse (Markkula *et al* 2018) s'intéressant à l'utilisation des services de santé chez les enfants de migrants internationaux faisait le constat d'une utilisation moindre

de la plupart des types de services de santé par rapport aux enfants locaux, mais un recours plus important aux services d'urgence (74).

Une étude norvégienne publiée en 2016 a comparé l'utilisation des soins de santé primaires chez les enfants immigrés par rapport aux enfants non immigrés sur une large population (1 168 365 enfants inclus dont 49 014 enfants migrants de première génération et 70 237 enfants migrants de seconde génération). Le recours aux services de soins de santé primaires était nettement moins important chez les enfants migrants de la première génération contrairement aux enfants migrants de la seconde génération (75).

Des enfants en situation de grande précarité :

En 1987, Wresinski proposait de définir la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. Les sécurités de base dont il est question sont : le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social, etc. L'insécurité qui en résulte est plus ou moins étendue et peut avoir, des conséquences graves et définitives. » (76).

Dans notre étude, les enfants migrants cumulaient plusieurs de ces facteurs de précarité :

Au niveau familial : 14,3 % des enfants vivaient dans une famille monoparentale (11,4 % mère seule ; 2,9 % père seul), 1,3 % chez un membre de leur famille sans leurs parents, 29,5 % dans une famille de 3 enfants ou plus.

Dans une étude sur le parcours de soin des enfants pris en charge par le service de PASS pédiatrique du CHU de Bordeaux, on retrouvait 9,7 % de familles monoparentales et 0,42 % d'enfants confié à des amis ou familles (77).

On notait des **difficultés de logement** pour la très grande majorité des familles : 30,5 % des familles déclaraient à l'enregistrement être sans domicile, 2 % vivaient dans un squat, 20,1 % donnaient l'adresse d'un hébergement d'urgence (hôtel 115, association, centre d'hébergement social) et 21,2 % donnaient l'adresse d'une domiciliation administrative.

Ces difficultés d'accès au logement pour les personnes migrantes, y compris pour les enfants, sont confirmées par plusieurs rapports au niveau local et national (63). D'après un rapport parlementaire de 2019, à Toulouse, seulement 6 % des appels au 115 sont décrochés. Au niveau national d'après une enquête flash menée par le 115 sur la nuit du 4 septembre 2017 (jour de la rentrée scolaire), 63 % des moins de 18 ans n'ont pas été hébergés, et

seulement 43 % des enfants de moins de trois ans ont pu dormir à l'abri, le plus souvent à l'hôtel (pour 67 % d'entre eux) dans des conditions très précaires.

Fin novembre 2019, plusieurs associations alertent sur le fait que 500 à 700 enfants se voient refuser l'accès à un hébergement d'urgence chaque soir à Paris, tandis que 20 000 mineurs sont hébergés à l'hôtel, dans des conditions très précaires, dans l'ensemble de l'Île-de-France (63).

Absence de couverture sociale et scolarisation

En France métropolitaine, un enfant migrant isolé ou accompagné quel que soit le statut migratoire de ses parents (demande d'asile en cours, statut de réfugié, sans papiers) ou son lieu de naissance (en France ou à l'étranger) a le droit d'accéder à une couverture sociale (Aide médicale d'état ou protection universelle maladie) sans délai de carence. Mais, plusieurs rapports ont montré l'écart qui existe entre les droits théoriques et les droits réels aux soins de santé, en raison notamment de la complexité des démarches administratives, des nombreuses difficultés rencontrées par les personnes pour présenter les documents requis en particulier pour les personnes allophones et de leur manque d'informations sur leurs droits. (35,49).

Pour la très grande majorité des enfants de notre étude, l'enquête sociale était motivée par l'absence de droits sociaux ouverts. Dans notre enquête il aurait été intéressant d'évaluer précisément l'existence ou non d'une couverture médicale et ses caractéristiques (AME, Puma, complémentaire santé) mais la méthodologie de l'étude ne permettait pas d'obtenir précisément ces données (caractère rétrospective et données non relevées de façon systématique). De même les données sur l'accès à la scolarisation n'étaient pas précisées dans les observations sociales et médicales.

Motifs de consultation, gravité, devenir des enfants migrants :

329 des passages (95,6 %) étaient motivés par des symptômes aigus. Les enfants consultaient en majorité pour des pathologies infectieuses (71,51%) avec en première position les infections ORL et respiratoires hautes (37,79 %) et en deuxième position les infections digestives (13,08 %). Les motifs n'étaient pas différents des motifs de consultation de la population générale. Ces chiffres concordent avec ceux de l'étude réalisée sur la population migrante consultant à l'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux soins de Santé de Calais menée en 2017 qui retrouvait 68,75 % de consultation des 0-9 ans pour des pathologies infectieuses (78).

Contrairement à plusieurs études menées sur des populations migrantes adultes, le taux d'hospitalisation (9 %) était inférieur à celui de la population pédiatrique générale (14,6 %) et la gravité des motifs de consultation n'était pas supérieure chez les enfants migrants : 90 % des motifs de consultation était classés CCMU 1 ou 2 contre 87 % dans la population générale (79, 80).

Des résultats similaires étaient décrits dans la méta-analyse suisse de Jaeger *et al* publiée en 2012 (3) et l'étude italienne de Grassino *et al.* publiée en 2018 (71). Mais dans notre observation, ces données sont à nuancer par l'existence d'un biais de sélection important. En effet, les entrées directes en réanimation par le SAMU (primaire ou transfert secondaire) et par conséquent les enfants migrants à l'état de santé le plus grave n'étaient pas comptabilisés dans les passages aux urgences.

Barrière de la langue et sous-utilisation de la traduction :

Dans 77,7% des observations médicales analysées on retrouvait la notion de barrière de la langue lors de l'entretien médical. La durée moyenne des passages était par ailleurs légèrement plus longue que pour l'ensemble des passages (3,9 heures contre 3,3 heures). Cela peut être expliqué en partie par cette barrière de la langue rendant la consultation médicale plus compliquée. La notion de recours à un interprétariat « officiel » n'était retrouvée que pour 7,4 % des passages.

Diagnostics secondaires :

On notait dans notre population comme dans l'étude de Jaeger *et al* plusieurs diagnostics secondaires associés pouvant être mis en lien avec la migration et/ou à la précarité qui en découle : gale, troubles bucco-dentaires, bilharziose, anémie, cassure pondérale, troubles psychiatriques (3). Il était relevé un retard de vaccination pour 36 passages et une absence totale de vaccination pour 7 passages.

Le caractère rétrospectif de l'étude avec l'absence de recueil systématique de ces données ne permettait pas d'avoir une évaluation précise de l'état de santé des enfants et sous évalue probablement la prévalence réelle de ces pathologies. Notre étude doit être complétée par une étude ayant pour objectif de répondre à cette question. Des informations plus précises sur l'état de santé des enfants migrants au niveau local nous permettraient par la suite d'adapter nos prises en charge et de mettre en place des actions de santé correspondantes aux

besoins retrouvés (soins bucco dentaires, rattrapage vaccinal ...). Un travail prospectif permettrait de répondre à ces questions.

2) Etude n ° 2 :

Méconnaissance et sous-recours à l'interprétariat :

Le service des urgences bénéficie depuis plusieurs années d'un accès à l'interprétariat 7 jours sur 7, 24h/24h physique ou téléphonique via deux prestataires (COFRIMI et ISM Interprétariat) mais ce service est encore sous utilisé par les soignants.¹⁰ La présence d'une barrière linguistique lors des échanges soignants-soignés diminue la qualité des soins, augmente le nombre d'hospitalisation, le risque d'évènements indésirables et de conséquences fatales à la fois en milieu hospitalier et en soins de santé primaire (22, 26, 74).

Malgré des recommandations récentes sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé publiés en octobre 2017 par l'HAS, 100 % des soignants interrogés dans notre étude déclaraient ne pas connaître ces recommandations (61).

Seulement 57,3 % (n = 23) des répondants étaient au courant que ce service peut être utilisé en dehors des heures ouvrables (24h/24h ; 7 jours sur 7) via l'abonnement à une plateforme d'interprétariat téléphonique (COFRIMI, ISM).

Seulement 32 % (n = 13) des soignants avaient déjà utilisé ce service aux urgences et seulement 8 % d'entre eux avaient déjà eu recours à ce service plus de 10 fois depuis le début de leur internat.

Ces résultats montrent la nécessité d'une sensibilisation et d'une formation préalable des soignants à un recours systématique à l'interprétariat.

Méconnaissance des droits d'accès à une couverture sociale :

Les modalités d'accès à une couverture sociale (AME ou PUMA/CMU) des enfants migrants sont souvent mal connues des soignants : qu'importe le statut migratoire des parents un enfant a le droit d'accès à l'ouverture d'une couverture sociale sans délai de carence. Dans notre enquête, seulement 55,7 % des soignants interrogés pensaient que les enfants peuvent bénéficier d'une couverture sans délai de carence.

La grande majorité des soignants déclarait ne pas penser à demander aux familles si celles-ci étaient en possession ou non d'une couverture sociale à jour avant de remettre une ordonnance pour des médicaments, un examen biologique ou la réalisation d'une imagerie

¹⁰ Seulement 28 prestations d'interprétariat en externe en 2018 sur l'unité des urgences d'après le rapport d'activité sur l'interprétariat au CHU de Toulouse (2018)

externe : jamais dans 15 % des cas (n = 6), rarement dans 57,5 % (n = 23), parfois dans 2,5 % des cas (n = 1), souvent dans 20 % des (n=8) et toujours dans 5 % des cas (n = 2).

Au moment de la consultation aux urgences, il n'est pas toujours facile d'identifier si l'enfant a des droits ouverts car les familles elles même ne sont pas toujours en capacité de répondre à cette question quand on les interroge. Les documents montrés lors de l'enregistrement ne sont pas toujours à jour et la découverte d'absence de droits ouverts se fait parfois à posteriori lors de la facturation du passage aux urgences et de l'interrogation par les services administratifs du logiciel CDRi (Consultation des droits intégrés.) sur ameli.fr.

Mais chercher à connaître cette information avant un retour à domicile est cruciale dans la prise en charge. Une famille sans couverture médicale ne pourra pas aller chercher les médicaments à la pharmacie ou réaliser les examens biologiques ou paracliniques prescrits en externe. Dans la littérature, l'avance de frais a été identifié comme un facteur majeur de non-recours aux soins et donc de retard de soins (57). En effet, la majorité des familles vivent dans des conditions précaires et n'ont pas les moyens d'avancer les frais de médicaments ou des examens prescrits. En France, au sein des hôpitaux, des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été développées afin de faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité. Elles permettent aux patients sans couverture d'accéder à une consultation médicale, d'obtenir la délivrance de médicaments ou de réaliser des soins dentaires sans avance de frais. Un des rôles principaux de la PASS est aussi de les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits pour accéder au droit commun. Aux urgences, l'orientation des personnes vers ces structures nécessite de repérer les patients en situation de précarité. En pédiatrie, il n'existe pas de référentiels de définition de la précarité et les indicateurs sont encore mal connus par les professionnels de la santé comme le montre notre étude. Nos résultats confirment l'importance d'une sensibilisation des soignants au repérage des enfants migrants en situation de précarité et à leurs spécificités de prise en charge.

Au sein des urgences pédiatriques de Toulouse, la délivrance des médicaments en l'absence de couverture sociale, s'effectue après évaluation par une assistance sociale. Cette évaluation ne peut se faire qu'en heure ouvrable et, très souvent les familles doivent attendre longtemps dans la salle d'attente avant de pouvoir voir l'assistante sociale. En cas de passage la nuit, les familles sont recontactées le lendemain. En attendant, une avance sur les médicaments de la journée est faite par les urgences. Les familles sont ensuite orientées vers la pharmacie de la PASS adulte de l'Hôpital Joseph Ducuing. Cette structure se situe à 3,6 km

des urgences pédiatriques et il n'est pas toujours facile d'expliquer à la famille comment s'y rendre. Mettre en place une dotation de médicaments de PASS au sein des urgences permettrait de faciliter le parcours de soins des enfants migrants.

A Toulouse, il n'existe pas d'antenne de PASS pédiatrique ou de consultation dédiée pour orienter les familles après le passage aux urgences. La PASS de l'hôpital La Grave accepte la population pédiatrique mais est régulièrement saturée. Les patients sont souvent obligés de revenir 2 à 3 jours d'affilé afin d'obtenir un RDV et en 2018 par exemple, la PASS a refusé près de 400 consultations ¹¹. Les PMI à Toulouse jouent un rôle très important dans le suivi de ces enfants mais, elles sont limitées à des actions préventives et ne peuvent accueillir que les enfants de 0 à 6 ans. Pour la prescription d'examen complémentaires, la PMI se retrouve obligée de passer par la PASS.

La création d'une consultation dédiée (équivalent de PASS pédiatrique) permettrait d'améliorer le parcours de soins des enfants migrants à Toulouse et d'accueillir l'enfant et sa famille dans de meilleures conditions.

¹¹ Informations obtenues lors d'un entretien avec un des médecins travaillant à la PASS de l'hôpital La Grave.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mieux connaître le profil des enfants migrants consultant aux urgences pédiatriques de Toulouse. Cette population était constituée en majorité d'enfants migrants première génération, d'âge préscolaire et originaires d'Europe de l'Est. Les enfants étaient plutôt en bonne santé malgré une importante précarité décrite dans notre étude. Les motifs de consultation étaient similaires et de même sévérité que ceux identifiés dans la population générale. Le taux d'hospitalisation était comparable. On constatait une méconnaissance et une sous-utilisation de l'interprétariat par les soignants malgré une disponibilité de cet outil et une barrière de la langue constatée dans une très grande majorité des cas.

Ce travail est un premier état des lieux sur la population migrante pédiatrique consultant aux urgences à Toulouse et nécessite d'être complété par d'autres études. Il nous a déjà permis de réfléchir à quelques pistes d'amélioration de nos prises en charge avec, au sein des urgences :

- Un travail de sensibilisation des soignants à une meilleure utilisation de l'interprétariat
- La mise en place à venir d'un protocole de prise en charge des enfants migrants s'appuyant sur les dernières recommandations pratiques publiées par l'académie européenne de pédiatrie en 2019 (26).

A terme, la création d'une consultation systématique dédiée à Toulouse (équivalent de PASS pédiatrique comme à Marseille, Trousseau ou Bordeaux), en dehors du cadre des urgences serait plus à même d'identifier les besoins de santé de chaque enfant. Elle permettrait d'accélérer l'accès au droit commun, de rattraper les actions de dépistage et de prévention en fonction de chaque parcours migratoire.

BIBLIOGRAPHIE :

1. UNHCR. The United Nations Refugee Agency. Figures at a glance, Statistical Yearbooks. Geneva, Switzerland: UNHCR; [Internet]. 2019 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
2. New York: United Nations Children's Fund. The United Nations Children's Fund. Uprooted - the growing crisis for refugee and migrant children [Internet]. [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/reports/uprooted-growing-crisis-refugee-and-migrant-children>
3. Jaeger, F.N., Hossain, M., Kiss, L. *et al.* The health of migrant children in Switzerland. *Int J Public Health* 57, 659–671 (2012). <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0375-8>
4. Forum Réfugiés. Rapport d'activité 2018 [Internet]. 2018 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.forumrefugies.org/l-association/nos-rapports-d-activite>
5. Termes clés de la migration [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2015 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
6. Guerreiro A, Simonelli F, Vergara R et al. Ensuring the right of migrant children to healthcare : the response of hospitals and health services. Brussels : International Organization for Migration ; 2009. 52p. 2009.
7. Collectif des ponts, pas des murs. Les « Migrations Environnementales » pour les nul(le)s !" [Internet]. 2019. Disponible sur : https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2019/11/Migrations_Environnementales_DPPDM.pdf
8. Eurostat - Tables, Graphs and Maps Interface (TGM) table [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tps00001&tableSelection=1&footnotes=yes&labeling=labels&plugin=1>
9. Asile et migrations dans l'Union européenne - Migrations - Toute l'Europe [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.touteleurope.eu/actualite/asile-et-migrations-dans-l-union-europeenne.html>
10. Statistiques sur la migration et la population migrante - Statistics Explained [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/fr
11. Comprendre la crise des migrants en Europe en cartes, graphiques et vidéos. Le Monde.fr [Internet]. 4 sept 2015 [cité 16 avr 2020] ; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/09/04/comprendre-la-crise-des-migrants-en-europe-en-cartes-graphiques-et-vidéos_4745981_4355770.html
12. Asile et migrations dans l'Union européenne - Migrations - Toute l'Europe [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.touteleurope.eu/actualite/asile-et-migrations-dans-l-union-europeenne.html>

13. Eurostat. Demandes d'asile dans les États membres de l'UE en 2019 (communiqué de presse) [Internet]. 2020 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10554408/3-20032020-AP-FR.pdf/16e6dee4-b961-cf2b-428e-f946f6f70a19>
14. Depuis quand la France est-elle une terre d'immigration ? | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.histoire-immigration.fr/questions-contemporaines/les-migrations/depuis-quand-la-france-est-elle-une-terre-d-immigration>
15. Immigrés, étrangers | Insee [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
16. Les premières données de l'asile 2019 à l'Ofpra | OFPRA [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-premieres-donnees-de-l-asile>
17. Libye : Des dizaines de milliers d'enfants en danger [Internet]. UNICEF France. 2020 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/article/libye-des-dizaines-de-milliers-denfants-en-danger-dans-la-violence-et-le-chaos-dun-conflit>
18. Organisation internationale pour les migrations I. Fatal Journeys Volume 4: Missing Migrant Children. 2019 p. 140. (Fatal Journeys). Report No.: Volume 4.
19. Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.
20. Ministère de la Santé et des services sociaux Québec. La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir. [Internet]. 2012 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
21. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, et al. Immigration as a social determinant of health. *PLoS One*. 2015;10(11):e0141111.
22. World Health Organization Regional Office for Europe. Health of refugee and migrant children, Technical guidance [Internet]. 2018 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/388361/tc-health-children-eng.pdf?ua=1&ua=1
23. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health : A Framework for 21st century policy-making. *PLoS One*. mai 2011;6(5):e20511.
24. McCarthy AE, Weld LH, Barnett ED, So H, Coyle C, Greenaway C, et al. Spectrum of Illness in International Migrants Seen at GeoSentinel Clinics in 1997–2009, Part 2 : Migrants Resettled Internationally and Evaluated for Specific Health Concerns. *Clin Infect Dis*. 7 déc 2012;56(7):925-33.

25. Aguilar Martinez P, Angastiniotis M, Eleftheriou A, Gulbis B, Mañú Pereira MDM, Petrova-Benedict R, et al. Haemoglobinopathies in Europe : health & migration policy perspectives. *Orphanet J Rare Dis.* 1 juill 2014;9:97-97.
26. Schrier L, Wyder C, del Torso S, Stiris T, von Both U, Brandenberger J, et al. Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments. *Eur J Pediatr.* 1 sept 2019;178(9):1449-67.
27. McCarthy AE, Weld LH, Barnett ED, So H, Coyle C, Greenaway C, et al. Spectrum of Illness in International Migrants Seen at GeoSentinel Clinics in 1997–2009, Part 2: Migrants Resettled Internationally and Evaluated for Specific Health Concerns. *Clin Infect Dis.* 7 déc 2012;56(7):925-33.
28. 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.* 11 sept 2019;3(1):e000516-e000516.
29. Lasserre AM, Chiolero A, Cachat F, Paccaud F, Bovet P. Overweight in Swiss Children and Associations With Children's and Parents' Characteristics. *Obesity.* 1 déc 2007;15(12):2912-9.
30. Ledergerber M, Steffen T. [Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents from 1977 to 2009 - examination of the school medical data of more than 94,000 school-age children in the city of Basel (Switzerland)]. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentlichen Gesundheitsdienstes Ger.* janv 2011;73(1):46-53.
31. Shetty AK. Infectious Diseases among Refugee Children. *Child Basel Switz.* 27 nov 2019;6(12):129.
32. Unicef. A child is a child: protecting children on the move from violence, abuse and exploitation [Internet]. 2017 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: https://www.unicef.org/publications/index_95956.html
33. Stevens GWJM, Vollebergh WAM. Mental health in migrant children. *J Child Psychol Psychiatry.* mars 2008;49(3):276-94.
34. Kulla M, Josse F, Stierholz M, Hossfeld B, Lampl L, Helm M. Initial Assessment and Treatment of Refugees in the Mediterranean Sea (A secondary data analysis concerning the initial assessment and treatment of 2656 refugees rescued from distress at sea in support of the EUNAVFOR MED relief mission of the EU). *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 20 mai 2016;24.
35. World Health Organization for Europe. Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children Technical guidance [Internet]. 2018 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/388362/tc-mother-eng.pdf?ua=1
36. World Health Organization E. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health [Internet]. 2018 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

37. Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen A-MN, Rich-Edwards J. Maternal Mortality Among Migrants in Western Europe: A Meta-Analysis. *Matern Child Health J*. 1 sept 2014;18(7):1628-38.
38. Goguikian Ratcliff B, Sharapova A, Pereira C, Borel F. Accueillir son bébé loin des siens. Dépistage précoce de la dépression du post-partum chez les mères migrantes. *L'Autre*. 2016;17(1):80-90.
39. Almeida LM, Costa-Santos C, Caldas JP, Dias S, Ayres-de-Campos D. The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 17 juin 2016 [cité 16 avr 2020];50. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4917335/>
40. Stewart DE, Gagnon A, Saucier J-F, Wahoush O, Dougherty G. Postpartum Depression Symptoms in Newcomers. *Can J Psychiatry*. 1 févr 2008;53(2):121-4.
41. Zelkowitz P, Saucier J-F, Wang T, Katofsky L, Valenzuela M, Westreich R. Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. *Arch Womens Ment Health*. 1 févr 2008 ;11(1):1-11.
42. Green JM. Postnatal depression or perinatal dysphoria? Findings from a longitudinal community-based study using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Reprod Infant Psychol*. 1 mai 1998;16(2-3):143-55.
43. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 1 mai 2004;80(1):65-73.
44. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. mars 2006;60(3):221-7.
45. Foss G, Chantal A, Hendrickson S. Maternal Depression and Anxiety and Infant Development: A Comparison of Foreign-Born and Native-Born Mothers. *Public Health Nurs Boston Mass*. 1 mai 2004;21:237-46.
46. Ebenegger V, Marques-Vidal P-M, Nydegger A, Laimbacher J, Niederer I, Bürgi F, et al. Independent contribution of parental migrant status and educational level to adiposity and eating habits in preschool children. *Eur J Clin Nutr*. 1 févr 2011;65(2):210-8.
47. Menghini G, Steiner M, Thomet E, Roos M, Imfeld T. Caries prevalence in 2-year-old children in the city of Zurich. *Community Dent Health*. sept 2008;25(3):154-60.
48. McCarthy AE, Weld LH, Barnett ED, So H, Coyle C, Greenaway C, et al. Spectrum of Illness in International Migrants Seen at GeoSentinel Clinics in 1997–2009, Part 2 : Migrants Resettled Internationally and Evaluated for Specific Health Concerns. *Clin Infect Dis*. 7 déc 2012;56(7):925-33.
49. Comité pour la santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2019 [Internet]. 2019 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.comede.org/rapport-dactivite/>

50. Baudino P. Etat de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013 Pierre Baudino.
51. Péaud C. Etat de santé des mineurs non accompagnés pris en charge à Angers. 2014-2015
52. Declaration for Refugees and Migrants : resolution / adopted by the General Assembly, [Internet]. Disponible sur : <https://www.refworld.org/cgi-bin/txis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=57fe27214>.
53. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*. 15 déc 2018;392(10164):2606-54.
54. Mestre C. Bébés d’ici, mères d’exil [Internet]. Toulouse : ERES; 2016. 400 p. (1001 bébés). Disponible sur: <https://www.cairn.info/bebes-d-ici-meres-d-exil--9782749252209.htm>
55. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 juin 8, 2018.
56. Ministère de l’intérieur. Guide du demandeur d’asile [Internet]. 2015 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>
57. Médecins du Monde. Observatoire de l’accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France (Rapport 2018) [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2019/10/15/observatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-2018>
58. Laporte R-J. Qu’est-ce qu’une PASS en pédiatrie ? Communication congrès de la Société Française de Pédiatrie, juin 2019
59. PASS mère-enfant (Marseille) [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur : <http://fr.ap-hm.fr/site/pass-me>
60. La PASS mère-enfant pour les plus démunis, *Priorités santé*, n° 44, 2015-09, p. 12. [cité 26 avr 2020]; Disponible sur : *La PASS mère-enfant pour les plus démunis, Priorités santé*, n° 44, 2015-09, p. 12
61. HAS. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. 2017 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante
62. Ministère de l’éducation nationale et de la jeunesse. Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves [Internet]. circulaire n° 2016-008 janv 28, 2016. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/02/cir_40508.pdf
63. Fondation Abbé Pierre. Fondation Abbé Pierre. The state of poor housing in France in 2019 [Internet]. Paris : Fondation Abbé Pierre ; 2019 [[Internet]. Paris : Fondation Abbé Pierre ; 2019. Disponible sur : https://www.fondation-abbepierre.fr/documents/pdf/rapport_complet_etat_du_mal_logement_2019_def_web.pdf

64. SAMU Social de Paris. La revue de l'atelier GRANDIR AU 115. 12 déc 2018 ;
65. Ministère de l'intérieur. La délivrance d'un titre de séjour aux jeunes majeurs, entrés mineurs en France [Internet]. 2014 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/L-immigration-familiale/Le-sejour-des-mineurs-etrangers/La-delivrance-d-un-titre-de-sejour-aux-jeunes-majeurs-entres-mineurs-en-France>
66. Ministère de l'intérieur. Nationalité française d'un enfant né en France de parents étrangers [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F295>
67. Adapté de la Convention relative au statut des réfugiés ((adoptée le 28 juillet 1951, entrée en vigueur le 22 avril 1954), Recueil de Traités des Nations Unies, vol. 189, p. 137) article premier, A 2).
68. INSEE. Définitions [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definitions>
69. Assurance maladie. Aide médicale de l'Etat (AME): vos démarches [Internet]. www.ameli.fr. 2020 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
70. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - Guide pratique pour les professionnels. 2015.
71. Grassino EC, Guidi C, Monzani A, Di Pietro P, Bona G. Access to paediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients. *Ital J Pediatr*. 22 févr 2009;35(1):3-3.
72. Office français de protection des réfugiés et apatrides. Rapport d'activité 2018 [Internet]. 2019 avr [cité 19 avr 2020]. Disponible sur : https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2018.pdf.pdf
73. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Viguier N, et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 : le taux de couverture médicale augmente avec la durée de séjour sur le territoire. 5 sept 2017; *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*.
74. Markkula N, Cabieses B, Lehti V, Uphoff E, Astorga S, Stutzin F. Use of health services among international migrant children – a systematic review. *Glob Health*. 1 déc 2018;14.
75. Fadnes LT, Møen KA, Diaz E. Primary healthcare usage and morbidity among immigrant children compared with non-immigrant children: a population-based study in Norway. *BMJ Open*. 13 2016;6(10):e012101.
76. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris; 1987 p. p14. (Journal officiel).

77. Alice Trifard. Parcours de soin des enfants pris en charge par le service de PASS pédiatrique du CHU de Bordeaux de février 2017 à février 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02100899. 2019.
78. Poisvert A. Etude épidémiologique descriptive des pathologies observées chez les patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Calais sur le site Jules Ferry de novembre 2015 à avril 2016 [Internet]. [Lille]; 2017. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/60ae2e06-4410-44e6-b160-7e7d344ad249>
79. Chauvin P, Parizot I, Simmonot N. Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries. Paris. Paris: Médecins du Monde; 2009 p. 157.
80. Jolivet A, Cadot E, Angénieux O, Florence S, Lesieur S, Lebas J, et al. Use of an Emergency Department in Saint-Laurent du Maroni, French Guiana: Does Being Undocumented Make a Difference? J Immigr Minor Health. 1 août 2014;16(4):586-94.

ANNEXE n° 1 : Lexique des autres termes utilisés relatifs au profil migratoire

Apatride (5,67) : Un apatride est une personne qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant (selon la Convention de New-York de 1954).

Demandeurs d'asile (5) : Personne sollicitant la protection internationale. Dans les pays appliquant des procédures d'examen individualisées, le demandeur d'asile est une personne dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel. Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus, mais tout réfugié a, dans un premier temps, été demandeur d'asile.

Immigré (INSEE) (68) : personne née étrangère à l'étranger. En France, la qualité d'immigré est permanente : un individu devenu Français par acquisition continue d'appartenir à la population immigrée. C'est le pays de naissance et non la nationalité qui définit la qualité d'immigré.

Immigré naturalisé (INSEE) (68) : immigré ayant acquis la nationalité française.

Étranger (INSEE) (68) : personne qui réside sur le territoire français et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides).

Étranger en situation régulière : étranger en possession d'un titre de séjour ou d'une autorisation provisoire de séjour en cours de validité.

Étranger en situation irrégulière ou « sans papier » : étranger présent sur le territoire national, dépourvu de titre ou d'autorisation de séjour en cours de validité.

Réfugiés (Convention de 1951) (5,67) : personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y

retourner.

ANNEXE n° 2 : Résumé des modalités d'accès à une couverture médicale selon le statut de l'enfant.

Tableau 21 : Résumé des modalités d'accès à une couverture médicale selon le statut de l'enfant.

<p>Cas de figure n° 1 :</p> <p>L'enfant ne dispose pas de titre de séjour ou d'un document prouvant que sa famille (ou ayant droit) a entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour (récépissé d'une demande de titre de séjour, convocation à la préfecture, ...).</p>	<p>Il peut bénéficier de l'aide médicale d'état (AME) ¹² sans délai d'ancienneté de présence (à l'exception de Mayotte).</p> <p>« L'AME est alors accordée pour une durée d'un an, à compter de la date de dépôt de la demande, même si le dossier est incomplet. En cas d'hospitalisation, l'AME est accordée au jour d'entrée dans l'établissement de santé ou à la date du début des soins, en cas d'urgence vitale. Dans ce cas, la demande d'AME doit être déposée sous trente jours à compter de la date de l'hospitalisation ou de la délivrance des soins » (69).</p>
<p>Cas de figure n° 2 :</p> <p>L'enfant dispose d'un titre de séjour ou d'un document prouvant que sa famille (ou ayant droit) a entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour ¹³ (récépissé d'une demande de titre de séjour, convocation à la préfecture, ...).</p>	<p>Il peut bénéficier d'une protection sociale au titre de la résidence en France : protection universelle maladie (PUMa) et complémentaire santé solidaire (CMU-C) « Le bénéfice d'une protection sociale au titre de la résidence en France intervient après un séjour en France d'une durée ininterrompue de trois mois minimum pour les personnes majeurs mais les enfants mineurs à charge peuvent bénéficier de la protection d'emblée sans délai. » (56,70).</p> <p>Depuis 2019, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité est <u>maintenue pendant six mois à compter de la date d'expiration de l'attestation de demande d'asile</u>, tant que la personne continue à résider sur le territoire français.</p>
<p>Cas de figure n° 3 :</p> <p>L'enfant est un « mineur non accompagné » (MNA)</p>	<p><u>Deux situations possibles :</u></p> <p>1) Si l'enfant est pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) : cf cas de figure 2</p> <p>2) Si l'enfant n'est pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) : cf cas de figure 1</p>

¹² L'AME est attribuée sans conditions aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour, absence de demande de titre de séjour en cours, rejet de demande d'asile) même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore ou dépassent le plafond de ressources pour en bénéficier.

¹³ Quelle que soit la durée du titre de séjour.

ANNEXE n° 3 : Parcours de demandeur d'asile en France

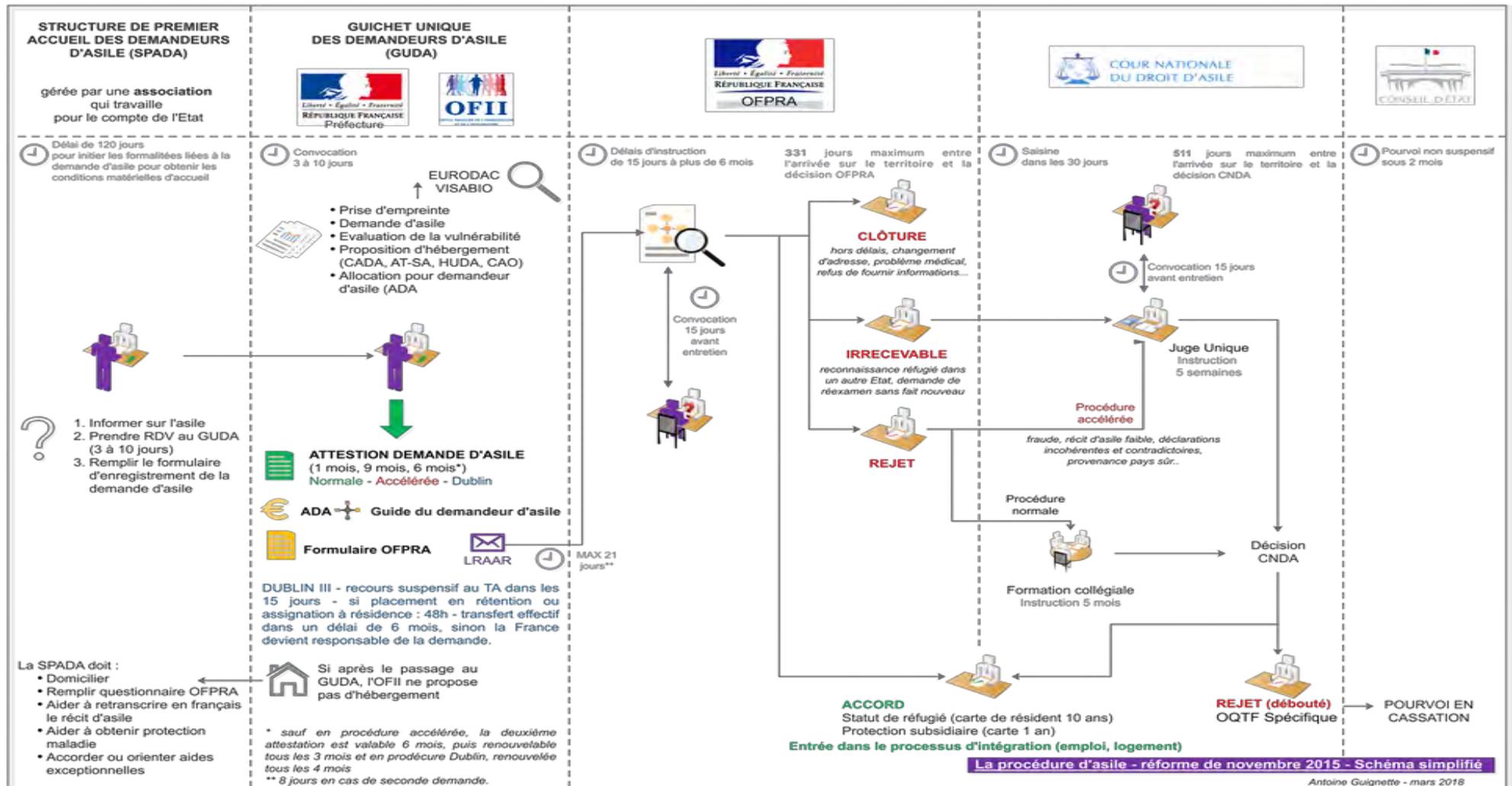


Figure 21 : Parcours du demandeur d'asile en France (réforme de novembre 2015) d'après une infographie originale de Antoine Guignette – mars 2018)

ANNEXE n° 4 : Questionnaire étude n° 2

1/ Quelle est votre fonction ?

-Interne semestre (n° X de semestre à préciser)

-Assistant(s)

-Médaille d'or

-Chef de clinique

-Pédiatre remplaçant depuis < 1 an

-Pédiatre remplaçant depuis > 1 an < 2 ans

-Pédiatre remplaçant depuis > 1 an > 2 ans

2/ Saviez-vous qu'il existe à l'hôpital des enfants un accès à l'interprétariat physique ou téléphonique en cas de barrière de la langue ?

Oui/Non

3/ Saviez-vous que ce service peut être utilisé (traduction téléphonique par COFRIMI ou ISM interprétariat) en cas d'urgence 7 jours sur 7 ; 24h/24h ?

Oui/Non

4/ Avez-vous déjà utilisé ce système de traduction (téléphonique par COFRIMI ou ISM interprétariat) ?

Oui/Non

5/ Si oui dans quel service ?

Réponse libre

6/ Savez-vous comment accéder au protocole d'accès à un traducteur sur l'intranet du CHU de Toulouse ?

Oui/Non

7/ Combien de fois avez-vous déjà utilisé ce service depuis le début de votre internat ?

Jamais/ < 5 fois / entre 5 et 10 fois / > 10 fois

8/ Savez-vous que l'HAS a édité des recommandations en 2017 sur l'interprétariat dans le domaine de la santé ?

Oui/Non

9/Pensez-vous à demander si la famille a une couverture sociale pour pouvoir aller acheter les médicaments quand vous faites sortir un enfant ?

Oui/Non

10/ Quel que soit le statut des parents de l'enfant migrant (statut de demandeurs asiles, statut de réfugiés, sans papiers...) l'enfant a accès à une couverture sociale (AME, Puma, CMU...) sans délai de carence ?

Oui/Non

ANNEXE n° 5 : Proposition de protocole de prise en charge des enfants migrants aux urgences pédiatriques de Toulouse.

Lexique de la migration :

« Réfugié » : personne craignant, à raison d’être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social, ou de ses opinions politiques, et qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité.

« Demandeur d’asile » : personne dont le statut de réfugié est en cours d’examen par l’OFPRA.

« Mineur isolé étranger » (MIE) ou « mineur non accompagné » (MNA) : enfant de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable, qui est séparé de ses deux parents et n’est pas pris en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire.

Prise en charge initiale aux urgences :

1) Personne allophone ?

- ✚ S’il existe une barrière de la langue lors de la consultation et qu’aucune accompagnant ne peut traduire :

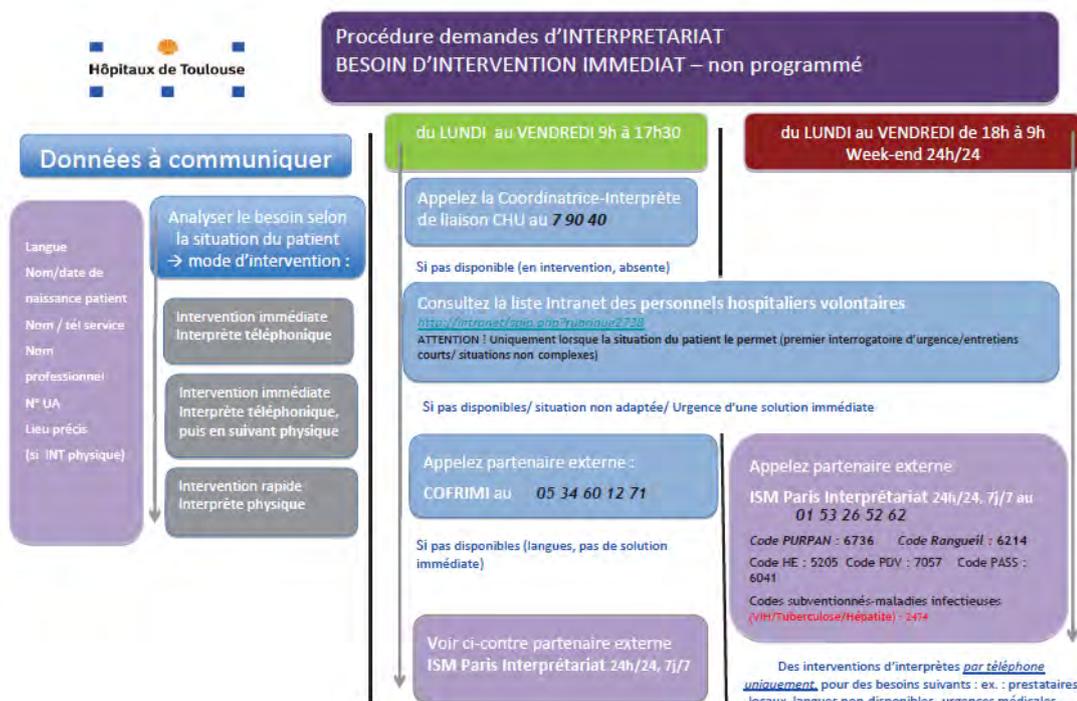


Figure 1 : Modalités d'accès à l'interprétariat

- + Des ordonnances et des fiches de surveillance (surveillance post traumatisme crânien, surveillance bronchiolite, gastro-entérite aigüe,...) traduites dans différentes langues à remettre à la famille sont disponibles dans le classeur accompagnant ce protocole.

2) Couverture sociale ?

Toute famille primo-arrivante (absence de droits sociaux encore ouverts) ou en rupture de droits sociaux doit avoir une évaluation sociale.

+ Si la consultation a lieu la journée :

- a) Contacter l'assistante sociale pour une évaluation sociale avant le retour à domicile et organiser la récupération des médicaments (bon PASS pharmacie).

+ Si la consultation a lieu la nuit et absence de couverture sociale à jour et/ou nécessité d'une évaluation sociale (difficultés de logement, nécessité d'aide alimentaire, ...) :

- a) Remplir une fiche de liaison assistante sociale avec n° de téléphone (vérifié) pour re-contacter famille. Préciser sur la fiche de liaison si un bon PASS pharmacie est nécessaire.
- b) Si prescription de médicaments : avancer les médicaments à la famille avec la pharmacie des urgences pour que la famille puisse administrer les traitements jusqu'à l'évaluation avec l'assistante sociale. Ne pas prescrire de bilan biologique ou radiologique à faire en ambulatoire en l'absence de couverture médicale.
- c) Si problème de logement la nuit : Contacter le 115 pour trouver un hébergement via la cadre de nuit.

3) Orientation : selon le suivi nécessaire

- + Si une réévaluation est nécessaire dans les suites de la consultation aux urgences et en l'absence de couverture médicale, reconvoquer l'enfant pour une réévaluation aux urgences ou pour une consultation post urgence ou faites un relais avec la PASS santé, la PMI ou une association qui accepte de recevoir des enfants (Case de Santé, Médecin du Monde) en les avertissant par téléphone.

- + Si un suivi spécialisé est nécessaire (exemple pathologie chronique), prévoyez un RDV de consultation en lien avec le spécialiste référent en précisant si nécessaire la présence d'un traducteur le jour de la consultation.

+ Si nécessité de mise à jour des vaccins :

- **Si > 6 ans** : Centre de vaccination départemental 31 (Hôpital Joseph Ducuing, 15 rue Varsovie à Toulouse/ 05 61 77 50 10) - Lundi et jeudi : 8h30 à 13h00 et de 13h30 à 18h00 / Mardi et vendredi : 8h30 à 13h00 et de 13h30 à 17h / Mercredi : 09h00 à 12h30 et de 14h00 à 16h30 / consultations de vaccination SANS rendez-vous uniquement le mercredi sauf BCG (dans la limite des places disponibles) /

- Si < 6 ans : PMI

✚ Si nécessité de soins bucco dentaires, adressez la famille vers la PASS dentaire (Hôpital Joseph Ducuing, 15 rue Varsovie à Toulouse) :

- Horaires du service Odontologie pour les personnes ayant une couverture sociale, Carte Vitale, CMU, AME
 - lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h à 18h
 - sans rendez-vous pour l'urgence
 - avec rendez-vous pour les prises en charge des soins à plus long terme
- Horaires des permanences de la PASS dentaire pour les personnes n'ayant pas de couverture sociale
 - sans rendez-vous pour l'urgence du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h à 18h
 - avec rendez-vous pour les prises en charge des soins à plus long terme :
 - lundi et mardi de 14h à 17h30
 - vendredi de 9h à 11h30

✚ Si nécessité d'une consultation médicale pour un des accompagnants :

Consultation à la PASS Cité de la santé

Consultation à la PASS de l'hôpital Joseph Ducuing (entrée par les urgences)

Consultation au CCAS

Consultation au CASO de Médecins du Monde

Consultation à la Case de Santé

Consultations à la Croix-Rouge. Hôpital La Grave

Infirmière, sage-femme de la Plateforme Santé Précarité

Soins infirmiers à la Boutique Solidarité

CLAT 31 : dépistage et traitement de la tuberculose.

RE
République Française
MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

photo

ATTESTATION DE DEMANDE D'ASILE
PROCÉDURE NORMALE

Identifiant : 750000000
Nom :
Nom d'usage :
Prénoms :
Sexe : Masculin
Situation familiale : Célibataire
Né(e) le :
Nationalité :

Signature du titulaire

Adresse :
N° GAD145633
04 RUE D'OUDEAUVILLE - CS 30070
75018 Paris 18^e Arrondissement

Chez :
FTDA
Délivré par : Préfecture de Police de Paris
Le : 25/02/2016
Valable jusqu'au : 24/11/2016
Date de premier enregistrement en guichet unique : 29/12/2015
Statut : Premier renouvellement

Cachet et signature de l'autorité

Figure 2 : exemple d'attestation de demande d'asile

Aide à la consultation médicale :

D'après l'article : **Medical care for migrant children in Europe : a practical recommendation for first and follow-up appointments (Schrier et al. 2019)** proposant 12 recommandations pratiques (générales et médicales), concernant les visites initiale et de suivi validées par l'Académie Européenne de Pédiatrie (26).

 **Recommandation n°1** : S'assurer que l'enfant est accompagné au minimum par un parent, un représentant légal, ou un adulte prenant soin de lui (grade D)

- ➔ Si l'enfant est seul, il est conseillé de reporter le RDV (hors urgences). S'il s'agit d'un enfant non accompagné, solliciter les Services de protection de l'enfance. Des recommandations spécifiques (mars 2018) pour l'accompagnement des mineurs non accompagnés ont été publiées par l'ANESM : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_mna_web.pdf

 **Recommandation n°2** : S'assurer de l'absence de difficultés de communication Avoir recours à un interprète professionnel si besoin (grade C)

- ➔ Interprétariat physique au mieux, par téléphone ou vidéo sinon en l'absence de traducteur, préférer différer le RDV (hors urgence), la barrière de la langue étant l'un des principaux écueils à la prise en charge des migrants.
- ➔ Favoriser l'interprétariat professionnel / Intégrer les aspects culturels dans la relation avec les familles
- ➔ Autres outils de communication possibles :
 - Livrets de santé bilingues : <http://www.comede.org/livret-de-sante>
 - Icones : <http://icoonforrefugees.com>. <http://medipicto.aphp.fr/#/>
 - Application vocale : <http://www.traducmed.fr/>

 **Recommandation n°3** : Interroger l'enfant et ses parents sur les problèmes de santé qu'ils ont eux-mêmes identifiés (grade D)

- ➔ L'évaluation initiale doit s'attacher à identifier les besoins individuels de chaque enfant, indépendamment des risques inhérents aux migrants

➔ L'ACRONYME « **HEALTH** » peut être utilisé lors de l'interrogatoire :

Home : Pays de naissance et/ou pays d'origine ? L'enfant a-t-il reçu des soins de santé avant la migration (dépistage et prévention inclus).

Escape route : Trajet migratoire ? Durée du trajet migratoire ? Moyen de transport emprunté (avion, bateau, bus...)

Arrival : Date d'arrivée en France ?

Language : Langues et/ou dialectes parlés ? Nécessité d'un interprète ?

Transition countries : Est-ce que l'enfant et sa famille se sont arrêtés pendant une longue période dans un pays sur le trajet ? A-t-il été malade sur le trajet ? A-t-il reçu des soins (dépistage et soins de prévention inclus) sur le trajet ou depuis son arrivée en France ? A-t-il un médecin traitant en France ?

 **Recommandation n°4** : Evaluer la croissance, le développement psychomoteur, les constantes vitales. Rechercher des signes évocateurs de malformations congénitales, d'un retard de développement, de tumeurs, de pathologies infectieuses (grades C et D)

 **Recommandation n°5** : Rechercher des problèmes visuels et auditifs par l'interrogatoire et par un examen de dépistage (grade D)

➔ L'impact de tels troubles sur le développement cognitif, le langage et les interactions sociales justifie de les dépister et de solliciter une consultation spécialisée le cas échéant.

 **Recommandation n°6** : Examiner tout le revêtement cutané et la cavité buccale Rechercher des signes d'infection, de malnutrition, des cicatrices, des caries (grades B et C)

➔ Les infections cutanées et des tissus mous ; les troubles bucco-dentaires sont très fréquentes chez les migrants, en raison de mauvaises conditions d'hygiène durant leur parcours.

➔ Les carences nutritionnelles et en micronutriments sont également fréquentes (vitamine D, fer...).

➔ Les enfants migrants sont régulièrement victimes de violences physiques, sexuelles, et d'exploitation.

Recommandation n° 7 : Evaluer et mettre à jour le statut vaccinal

Aux urgences, orientez la famille pour mettre à jour le calendrier vaccinal (cf plus haut)

- ➔ Il est recommandé d'effectuer un rattrapage selon le calendrier vaccinal de chaque pays.
- ➔ Les sérologies vaccinales ne sont pas recommandées.
- ➔ Pour le schéma vaccinal se reporter au protocole spécifique (recommandations HAS décembre 2019)

Recommandation n° 8 : Bilan systématique et complémentaire selon le contexte (cf ci-dessous)

Bilan systématique : NFS (grade B) – Sérologie VHB (AgHBs, Anti-HBs, Anti-HBc) (grade B)

Bilan complémentaire selon le contexte : (grades C et D)

- Vitamine D : peau sombre, vêtements couvrants, signes de rachitisme : $25(\text{OH})\text{D} < 25$ nmol/l
- Sérologie bilharziose et Ag urinaire : Afrique sub-saharienne
- Sérologie VIH (> 18 mois) ou PCR (> 18 mois) : Afrique sub-saharienne ou facteurs de risque
- Paludisme (frottis, goutte épaisse) : fièvre et originaire (ou trajet) zone à risque
- Sérologie strongyloïdose : immunosuppression connue ou suspectée
- Sérologie syphilis : activité sexuelle ou abus sexuels
- +/- Sérologie VHC (> 18 mois) ou PCR (> 18 mois)

Recommandations n° 9 : Dépistage de la tuberculose latente par IDR ou Quantiféron®(IFN γ) suivi d'une radio thoracique si le test est positif chez tous les enfants migrants de moins de 5 ans et/ou originaire d'une zone à forte endémie de tuberculose (Afrique subsaharienne, Afghanistan, Somalie, Erythrée,...)

Recommandations n° 10 : Réaliser un traitement empirique des parasitoses intestinales chez tous les enfants > 2 ans et > 10kg : 1 dose unique de 400mg d'Albendazole (ZEN-TEL®)

→ Les parasitoses intestinales endémiques des pays d'origine et des pays traversés, associées à de mauvaises conditions d'hygiène, exposent les enfants migrants à une malabsorption et une anémie chronique.

Recommandations n° 11 : Programmer les visites médicales de suivi : - Mise à jour des vaccinations - Synthèse des résultats - Dépistage des troubles psychiques - Dépistage des mutilations génitales féminines - Coordination du suivi médical

→ L'appréciation de l'état psychique, de troubles émotionnels ou comportementaux, est primordial, en particulier chez les enfants non accompagnés. Questionnaires de santé mentale en 60 langues : <http://www.sdqinfo.com/>

Recommandations n° 12 : Délivrer aux parents/représentant légal de l'enfant un compte rendu de l'évaluation et de la prise en charge (copie à conserver).

→ Cette recommandation vise à assurer une meilleure coordination des différents intervenants, en tenant compte de possibles déplacements ultérieurs. Il peut être conseillé aux parents de photographier les principaux documents de santé concernant leur enfant (compte rendu médicaux, carnet de vaccination, ...)

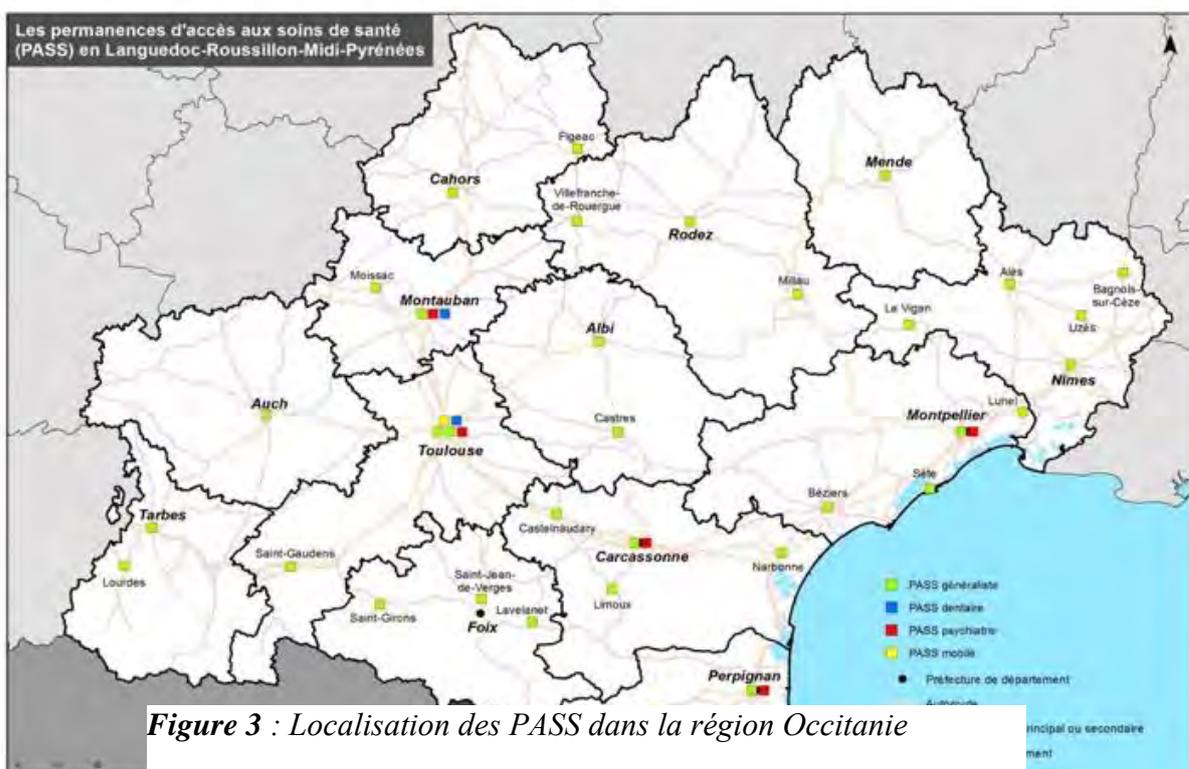


Tableau 1 : Résumé de l'accès à une couverture médicale selon le statut de l'enfant

<p>Cas de figure n° 1 :</p> <p>L'enfant ne dispose pas de titre de séjour ou d'un document prouvant que sa famille (ou ayant droit) a entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour (récépissé d'une demande de titre de séjour, convocation à la préfecture, ...).</p>	<p>Il peut bénéficier de l'aide médicale d'état (AME)¹⁴ sans délai d'ancienneté de présence (à l'exception de Mayotte).</p> <p>« L'AME est alors accordée pour une durée d'un an, à compter de la date de dépôt de la demande, même si le dossier est incomplet. En cas d'hospitalisation, l'AME est accordée au jour d'entrée dans l'établissement de santé ou à la date du début des soins, en cas d'urgence vitale. Dans ce cas, la demande d'AME doit être déposée sous trente jours à compter de la date de l'hospitalisation ou de la délivrance des soins. »</p>
<p>Cas de figure n° 2 :</p> <p>L'enfant dispose d'un titre de séjour ou d'un document prouvant que sa famille (ou ayant droit) a entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour¹⁵ (récépissé d'une demande de titre de séjour, convocation à la préfecture, ...).</p>	<p>Il peut bénéficier d'une protection sociale au titre de la résidence en France : protection universelle maladie (PUMa) et complémentaire santé solidaire (CMU-C)</p> <p>« Le bénéfice d'une protection sociale au titre de la résidence en France intervient après un séjour en France d'une durée ininterrompue de trois mois minimum pour les personnes majeurs mais les enfants mineurs à charge peuvent bénéficier de la protection d'emblée sans délai. »</p> <p>Depuis 2019, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité est <u>maintenue pendant six mois à compter de la date d'expiration de l'attestation de demande d'asile</u>, tant que la personne continue à résider sur le territoire français.</p>
<p>Cas de figure n° 3 :</p> <p>L'enfant est un « mineur non accompagné » (MNA)</p>	<p><u>Deux situations possibles :</u></p> <p>1) Si l'enfant est pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) : Cf cas de figure 2</p> <p>2) Si l'enfant n'est pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) : Cf cas de figure 1</p>

¹⁴ L'AME est attribuée sans conditions aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour, absence de demande de titre de séjour en cours, rejet de demande d'asile) même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore ou dépassent le plafond de ressources pour en bénéficier.

¹⁵ Quelle que soit la durée du titre de séjour.

ANNEXE n° 6 : Proposition d'article de thèse