

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-104

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Léa VERNIER

Présentée et soutenue publiquement le 08 juillet 2021

**Prise en charge préventive des enfants migrants primo-arrivants à Nantes par
les médecins de premier recours.**

Présidente : Madame la Professeure GRAS-LE GUEN Christèle

Directrice de thèse : Madame la Docteure SCANVION Adeline

Directrice de thèse : Madame la Docteure FOURNIAL Cécile

Membre du jury : Madame la Professeure LAUNAY Elise

Membre du jury : Madame la Docteure ROUSSEAU Rosalie

Remerciements

A la Professeure Christine Gras-Le Guen. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

A mes directrices de thèses Adeline Scanvion et Cécile Fournial. Merci d'avoir accepté de me guider dans cette thèse. Merci à toutes les deux pour le travail effectué à vos coté, votre soutien et vos conseils complémentaires.

A la Professeure Elise Launay. Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en mes sincères remerciements.

A la Docteure Rosalie Rousseau. Merci d'avoir accepté de juger mon travail et d'apporter votre regard de médecin généraliste indispensable à ce sujet.

Aux médecins qui m'ont tant apporté au cours de mon cursus. Merci aux Dr Lesouef, Jeulin, Lam, Caruana, Courantin et Guillemin. Pour le temps passé à m'apprendre les secrets de la médecine générale, pour avoir mis du sens dans ma pratique et dans la prise en charge globale des patients.

Merci à l'équipe de PMI de Saint Nazaire, pour m'avoir transmis les bases de la pédiatrie générale. J'ai passé un semestre formidable.

Merci à toute l'équipe de la PASS de Nantes pour votre soutien au cours de ce stage. Merci de m'avoir transmis le goût pour l'altérité et les clés de compréhension des patients venant d'ailleurs, si enrichissantes.

Merci à ma famille

A mes parents, pour votre amour et votre soutien à toute épreuve. Pour m'avoir transmis le goût de l'aventure et le sens de l'accueil. Maman pour ta confiance et tes nombreuses relectures, Papa pour ta présence et tes bons petits plats réconfortants.

A mes frères et sœur, Agathe pour notre complicité de dizygote et ton ambition contagieuse, Paul pour ton ouverture d'esprit et nos discussions passionnantes.

A la famille Vernier, pour tous ces moments chaleureux et festifs passés ensemble et ceux à venir, à Cordéac et aux bancs Bourguignons.

A la famille Clochard que je découvre avec joie.

Merci à mes amis

A Lucie et Marion, pour votre belle amitié de 26 ans, nos différences font notre force et le temps nous unit.

A Ninon, pour ton écoute et ton amitié précieuse depuis tant d'années, à nos discussions passionnées et nos fous- rires.

A mes Tziky, une alchimie qui fonctionne depuis bientôt 10 ans, nos aventures m'ont fait grandir et notre amitié me donne confiance en la vie. Lucie à ton enthousiasme sans barrière et ta tolérance, Manon à ta force et ta joie de vivre, Céline à ton écoute et ta confiance en la vie, Marie à tes belles idées et ton énergie, auxquelles j'ajouterais, autour d'un thé, Léa, pour ta bienveillance et ton écoute et Ninon pour ta vision du monde si juste et enthousiaste.

Aux Potimarons, Poti-marins, Poti-montagne, pour tous les moments de joie passés en votre compagnie et ceux qui sont à venir ! Valentin et Stéphane, premiers parents du groupe, Milou petite frimousse joyeuse et Suzanne que j'ai hâte de rencontrer, c'est toujours un bonheur de partager quelques galettes et une balade à la mer avec vous. A Tiphaine pour ta confiance en la vie et ta présence à l'ouest, mais reviens vite dans nos montagnes. A Florent, Maud, Benjamin, Colleen depuis Grenoble aux quatre coins de la France, nos retrouvailles sont toujours un bonheur.

Au Challandeau, merci d'avoir transformé ce premier semestre Challandais en un festival de rire. Paupau j'ai adoré notre colocation, même avec Néphron le funambule (dont je terrai les exploits). Lulu pour ton style de parisienne dans ton discours féérique vendéen, tu me fais rêver. Béné pour ton accueil sans faille. Clarinette, pèlerine de l'extrême, toujours partante pour l'aventure, une âme de poète et un esprit sans contraintes, je suis fière d'être ton amie.

A Guillemette et Greg, de Medellin à Nantes avec toujours autant d'entrain, merci de mettre de la musique dans ma vie !

A mes super colocos de Chanzy, pour tous ces bons repas, apéro et booms à trois ! Anne pour m'avoir appris à aimer les jours de pluie, alliée sans faille en couture et en lecture. Claire pour ton écoute bienveillante et tes réflexions, je suis heureuse d'avoir partagé mes premiers doutes de généraliste avec toi et je serai toujours là pour un débrief. Merci de partager ta vision du monde et de me suivre dans mes aventures à la frontale !

Table des matières

Remerciements	3
Table des matières	7
Figures	11
Tableaux	12
I. Introduction	13
II. Contexte	15
II. 1. Définitions.....	15
II. 2. La demande d'asile en France	17
II. 3. Accès aux soins des étrangers en France.....	23
II. 4. Quel est l'état de santé des enfants migrants ?.....	25
II. 5. Quel bilan de santé à leur arrivée ?.....	28
II. 6. Utilisation d'un interprétariat	32
III. Méthode	34
III.1. Objectif	34
III.2. Etape préliminaire à l'étude	34
III.3. Type d'étude	34
III.4. Population.....	34
III.5. Le questionnaire	35
III.6. Diffusion du questionnaire	36
III 7. Analyse statistique.....	36
IV. Résultats.....	37
IV.1. Etape préliminaire	37
IV.2. Participation des médecins.....	37
IV.3. Caractéristiques des médecins	38
IV.4. Première consultation avec un mineur migrant primo-arrivant	40
IV.5. Ressentis et pistes d'amélioration	53
V. Discussion.....	61
V.1. Résultat principal	61
V.2. Forces et faiblesses de l'étude	61
V.3. Hypothèses et comparaison aux données de la littérature	62
V.4. Perspectives	65

VI.	Conclusion	70
VII.	Bibliographie	72
	Annexes	77
	<i>Annexe 1 : Document prévention migrants</i>	<i>77</i>
	<i>Annexe 2 : Guide d'utilisation de l'interprétariat, URML pays de la Loire.</i>	<i>85</i>
	<i>Annexe 3 : Questionnaire</i>	<i>87</i>
	<i>Annexe 4 : Tableaux récapitulatifs des réponses aux items « autre »</i>	<i>93</i>

Abréviations :

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

AME : Aide Médicale d'Etat

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASAMLA : Association Santé Migrant Loire Atlantique

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile

CAO : Centre d'Accueil et d'Orientaion

CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostique des infections sexuellement transmissibles.

CFPD : Centre Fédératif Prévention et Dépistage

CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse

CMA : Conditions Matérielles d'Accueil

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité pour la santé des exilé-e-s

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DROMIE : Dispositif de recueil et l'observation des mineurs isolés étrangers

ECDC : European Center for Disease prevention and Control

GUDD : Guichet Unique des Demandeurs d'Asile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCR (ou UNHCR) : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile

MNA : Mineurs Non Accompagnés

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OIM : Organisation Internationale pour les Migrants

OMS : Organisation mondiale de la santé

PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PUMa : Protection Universelle Maladie

UE : Union Européenne

Figures

Figure 1 : Type de médecins de l'étude	38
Figure 2 : Nombre d'années d'installation	39
Figure 3: Nombre d'enfants migrants vus par an	39
Figure 4 : Par qui sont adressés les enfants migrants primo-arrivant lors de leur première consultation ?	40
Figure 5 : Motif de consultation	41
Figure 6: Existence d'un dossier médical, carnet de santé ou de vaccination	42
Figure 7 : Vaccination à jour.....	42
Figure 8 : Attitude face à la vaccination.....	43
Figure 9 : Evaluation de l'état nutritionnel.....	44
Figure 10: Evaluation de l'état bucco-dentaire	44
Figure 11: Dépistage visuel	45
Figure 12: Dépistage auditif.....	45
Figure 13: Prescription d'un bilan biologique.....	46
Figure 14: Bilan biologique.....	47
Figure 15: Causes d'absence de prescription de bilan biologique.....	48
Figure 16: Dépistage de la tuberculose	49
Figure 17: Dépistage de parasitose	49
Figure 18: Aisance de prise en charge de ces enfants.....	53
Figure 19: Avez-vous reçu une formation spécifique ?.....	54
Figure 20: Type de formation reçue.....	54
Figure 21: Connaissance du document du CFPD	55
Figure 22: Aisance avec la vaccination.....	55
Figure 23: Connaissance des recommandations HAS 2018	56
Figure 24: Utilisation d'un interprétariat en cas de patient non francophone	56
Figure 25: Freins à l'utilisation d'un interprétariat	57
Figure 26: Type d'interprétariat privilégié.....	58
Figure 27: Connaissance des services d'interprétariat proposés par l' URML	58
Figure 28: Orientation en fin de consultation.	59

Tableaux

Tableau 1: Proportion de médecins effectuant une prise en charge systématique dans les différentes questions de notre étude..	52
Tableau 2 : Réponses libres à la question « Par qui sont-ils adressés ? »	93
Tableau 3: Réponses libres à la question « Quels sont leurs motifs de consultations les plus fréquents ? »	93
Tableau 4: Réponses libres à la question « Leurs vaccins sont-ils à jour ? »	93
Tableau 5: Réponses libres à la question « Si leurs vaccins ne sont pas à jour, que faites-vous ? »	94
Tableau 6: Réponses libres à la question « Dépistez-vous des troubles visuels ? »	94
Tableau 7: Réponses libres à la question « Dépistez-vous un trouble auditif ? »	94
Tableau 8: Réponses libres à la question « Prescrivez-vous un bilan biologique ? »	94
Tableau 9: Réponses libres à la question « Si vous prescrivez un bilan biologique, que comporte-t-il ? »	95
Tableau 10: Réponses libres à la question « Si vous ne prescrivez pas de bilan, y a-t-il une raison particulière ? »	95
Tableau 11: Réponses libres à la question « Dépistez-vous la tuberculose ? »	95
Tableau 12: Réponses libres à la question « Avez-vous des remarques concernant cette consultation ? »	97
Tableau 13: Réponses libres à la question « Si vous ne vous sentez pas à l'aise avec la prise en charge, pourquoi ? »	99
Tableau 14: Réponses libres à la question « Si vous n'utilisez pas d'interprétariat, pourquoi ? »	100
Tableau 15: Réponses libres à la question « Au terme des consultations, vers qui orientez-vous ces enfants ? »	100

I. Introduction

Dans le monde 31 millions d'enfants vivent hors de leur pays de naissance, dont 11 millions sont réfugiés ou demandeurs d'asile selon le haut-commissariat des nations unies pour les réfugiés (HCR) (1) . En 2011 près de la moitié des personnes relevant du mandat du HCR sont des enfants, soit 46% des réfugiés, 54% des apatrides, 47% des déplacés internes et 56% des réfugiés vivant dans des camps(2). La majorité de ces enfants vivent dans des pays en voie de développement, voisins de leur pays d'origine. Les dix pays qui accueillent le plus de réfugiés sont en Asie et en Afrique, avec en première position la Turquie. Mais de plus en plus d'enfants migrants arrivent jusqu'en Europe (1). Entre 2015 et 2017, un million d'enfants ont fait l'objet d'une demande d'asile en Europe dont 200 000 mineurs non accompagnés (3). En 2019 en France on compte 34 510 enfants demandeurs d'asile de moins de 18 ans (4) dont 21 841 nouvelles demandes de mineurs accompagnants soit 17.6% de l'ensemble des premières demandes(5). Selon le COMEDE, la France compte environ 50 000 enfants particulièrement vulnérables dont une moitié comprend les mineurs isolés et l'autre les enfants relevant de la protection de l'OFPRA au titre de l'asile(6).

Ces mineurs arrivant en Europe constituent une population particulièrement vulnérable. En effet, ces enfants peuvent cumuler non seulement des pathologies qu'ils ont acquises dans leur pays d'origine et qui n'avaient pas été dépistées, mais aussi d'autres pathologies acquises au cours de leur parcours migratoire, d'autres encore sont favorisées par la précarité liée aux conditions de vie dans le pays d'accueil(7).

La convention internationale des droits de l'enfant, à laquelle tous les pays européens ont adhéré, rappelle que tous les enfants doivent bénéficier d'un accès égal et universel à la santé. Cela signifie que les enfants primo-arrivants devraient avoir la même facilité d'accès aux soins que les autres enfants du pays (8). Or il semble que ces enfants aient moins recours aux soins primaires que les enfants originaires du pays(9).

Il n'existe à ce jour, pas de recommandation française globale de prise en charge des enfants primo-arrivant. Le Haut conseil de santé publique a émis des recommandations spécifiques à la prise en charge des mineurs non accompagnés (MNA), et propose un bilan d'entrée(10). Sur le plan européen, le European Journal of Pediatrics a fait un état des lieux des différentes pratiques en Europe afin d'établir des recommandations de prise en charge, parues en 2019

(11). Ces différentes sources s'accordent sur le fait qu'un bilan de santé de ces enfants, systématique puis adapté aux problématiques identifiées est nécessaire ainsi qu'une mise à jour des vaccinations.

A Nantes il existe une consultation dédiée aux enfants adoptés. Les mineurs isolés reconnus mineurs sont pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et orientés vers une consultation systématique tenant compte des recommandations de prise en charge des MNA du HCSP. Ceux qui ne sont pas reconnus mineurs se tournent vers Médecins du monde, puis sont orientés vers la médecine générale lorsqu'ils obtiennent des droits. Concernant les enfants plus jeunes accompagnés de leur famille, il n'existe pas à ce jour de circuit spécifique dédié. Ils peuvent consulter dans le service des urgences hospitalières, en médecine générale ou à la PASS. Avant 6 ans, ils peuvent également être pris en charge dans les services de protection maternelle et infantile (PMI). En l'absence de recommandations nationales, les prises en charges sont probablement disparates. Le suivi est souvent difficile du fait de l'instabilité du lieu de vie.

Mes expériences de stage d'internat m'ont amenée à me poser la question de la prise en charge de ces enfants. En effet, je suis passée en PMI à Saint Nazaire où j'ai vu très peu d'enfants migrants, puis à la PASS, où là aussi le nombre d'enfants migrants par rapport au nombre d'adultes reçus me paraissait faible. En l'absence de structure dédiée je me suis demandée où étaient reçus ces enfants et quelle était leur prise en charge médicale.

Nous avons décidé de réaliser un état des lieux des pratiques de prise en charge médicale préventive des enfants migrants primo-arrivants par les médecins de premier recours à Nantes. Afin de repérer les difficultés principales et de trouver des pistes d'amélioration.

II. Contexte

II. 1. Définitions

Migrant : Selon l'organisation internationale pour les migrants (OIM) le terme migrant 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. C'est un terme générique, non défini par le droit international(12).

Migrant économique : Bien que ne formant pas une catégorie en droit international, ce terme est parfois employé pour désigner toute personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale ou qui se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un État, exclusivement ou principalement pour améliorer sa situation économique.

Migrant environnemental : Personne qui, essentiellement pour des raisons liées à un changement environnemental soudain ou progressif influant négativement sur ses conditions de vie, est contrainte de quitter son lieu de résidence habituelle, temporairement ou définitivement, et qui, se déplace à l'intérieur ou hors de son pays d'origine ou de résidence habituelle.

Demandeur d'asile : Personne sollicitant la protection internationale, dont la demande d'asile est en cours d'examen et n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive. 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.

Réfugié : Personne *"qui craignant avec 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, 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"*. cf. article premier de la Convention de Genève du 28 juillet 1951.

Apatride : Selon la Convention de New York du 28 septembre 1954, ce terme s'applique à *"toute personne qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant par application de sa législation"*. L'OFPRA est chargé de reconnaître le statut aux apatrides qui en font la demande en France et de leur assurer une protection juridique et administrative.

Déboutée: Toute personne dont la demande d'asile a été rejetée définitivement.

Sans-papier: Personne qui ne possède pas les documents qui lui permettent de justifier de son identité et, si elle est étrangère, de la régularité de sa situation en France.

Mineur accompagnant : Enfant migrant avec sa famille.

Mineur non accompagné : Enfant qui a été séparé de ses deux parents et d'autres membres proches de sa famille et n'est pas pris en charge par un adulte. On distingue : les enfants fugueurs, qui fuient des violences, conflits armés, catastrophes naturelles ou persécutions ; les enfants mandatés en éclaireur par leur famille, dont la famille a payé le passage. Ils viennent étudier, apprendre un métier, travailler selon les attentes de la famille restée au pays ; les enfants des rues, habitués à se débrouiller seuls depuis des années et enfin les enfants confiés par leur famille à une tierce personne ayant déjà immigré mais dont le soutien fait défaut(10).

Enfant séparé (de sa famille) : Enfant, qui a été séparé de ses deux parents ou des personnes qui en avaient la charge principale auparavant en vertu de la loi ou de la coutume, mais pas nécessairement d'autres membres de sa famille. Un enfant séparé peut donc être accompagné par un autre membre adulte de sa famille(13).

Le terme "**Enfant migrant primo-arrivant**" en France signifie un enfant de moins de 18 ans venant d'arriver en France. Il peut avoir quitté son pays d'origine ou être né au cours du voyage(7).

Regroupement familial (droit au) : Droit des non-ressortissants d'entrer et de séjourner dans un pays où des membres de leur famille résident légalement ou dont ils possèdent la nationalité, afin de maintenir l'unité familiale.

Pays sûrs : Selon la loi du 10 décembre 2003. Un pays est considéré comme sûr "s'il veille au respect des principes de la liberté, de la démocratie, de l'état de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales"(14). La liste des pays d'origine sûrs est accessible sur le site de l'OFPRA(15).

II. 2. La demande d'asile en France

Les demandeurs d'asile en 2019 viennent principalement d'Afghanistan, d'Albanie et de Géorgie puis, dans l'ordre, de Guinée, du Bangladesh, de Côte d'Ivoire, d'Haïti, du Nigeria, de République Démocratique du Congo et de Syrie(5). Les motifs de demandes d'asile dépendent du pays : certains enfants fuient avec leur famille des conflits armés, de l'insécurité, des risques de persécutions liées à l'appartenance à des minorités ethniques, religieuses ou politiques. D'autres causes sont plus spécifiques aux enfants comme l'enrôlement de mineurs, la traite d'enfants, les violences intrafamiliales, les mariages forcés, la violation de droits économiques, sociaux et culturels, et les mutilations génitales féminines (16).

La demande d'asile des enfants est en théorie individuelle, en pratique un grand nombre d'enfants est encore inscrit sur la demande d'asile de ses parents comme simple accompagnant, sans tenir compte des spécificités liées à l'âge. La prise en compte de la minorité dans la demande d'asile est importante tant en ce qui concerne les menaces spécifiques à l'âge et au genre, mais aussi dans la manière de l'exprimer (17).

II.2.a) Les différentes procédures de demande d'asile (18)

- Classique : demande de protection internationale auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), la procédure dure maximum 6 mois mais peut aller jusqu'à 21 mois dans certaines conditions. La durée moyenne de l'instruction est de 3 mois(19).

- Accélérée : si le demandeur a la nationalité d'un pays considéré comme "sûr", s'il a déposé sa demande au-delà d'un délai de 90 jours après son entrée sur le territoire national, s'il a présenté de faux documents ou si sa présence contribue une menace grave pour l'ordre, la sécurité publique ou la sûreté de l'état. Dans cette situation, l'OFPRA a 15 jours pour statuer sur la demande.

- Dublin : en application du règlement Dublin III, en cas de demande d'asile dans un autre état membre de l'UE, de visa ou d'enregistrement des empreintes dans un autre état membre, cet état est responsable de la procédure de demande d'asile. En cas de décision de transfert vers le pays responsable de sa demande d'asile, le demandeur d'asile peut former

un recours au Tribunal Administratif, accompagné d'un avocat. En cas de décision définitive, la France a 6 mois pour transférer les personnes. S'il n'y a pas de transfert dans les 6 mois, il est possible de demander une requalification de la demande en demande d'asile classique/accélérée en France.

- Procédure de "relocalisation" : mise en place pendant la crise migratoire entre 2015 et 2017, pour soulager les principaux pays d'accueil de l'UE (Grèce et Italie) en application du principe de solidarité, les états européens qui ne sont pas des pays d'accueil peuvent accueillir la demande d'asile à la place du pays d'accueil. C'est une dérogation au règlement DUBLIN, elle ne peut s'appliquer qu'aux motifs de demande d'asile dont les taux de reconnaissances sont supérieurs à 75%.

- Procédure de "réinstallation" : pour des personnes ayant trouvé une protection dans un pays mais au sein duquel elles vivent une situation périlleuse et où leurs besoins spécifiques ne peuvent pas être satisfaits. En 2019, les principaux pays de départ des réfugiés sont la Turquie, le Liban, la Tanzanie, l'Egypte et la Jordanie.

II.2.b) Le parcours du demandeur d'asile à Nantes(20)

En arrivant, le demandeur d'asile à Nantes se rend à la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (PADA), gérée par France Terre d'Asile, située 2 rue du Château de l'Eraudière, pour un préenregistrement. France Terre d'Asile programme le rendez-vous à la préfecture, au Guichet Unique des Demandeurs d'Asile (GUDA), dans les 3 jours qui suivent (au plus tard 10 jours si forte affluence).

Au sein du GUDA, le demandeur d'asile enregistre sa demande et ses empreintes auprès d'un agent de préfecture et reçoit une attestation de demande d'asile, valable un mois, qui régularise la situation administrative de la personne.

Si sa demande est placée en procédure DUBLIN, il reçoit une notice d'information et est convoqué en Préfecture d'Angers chaque mois.

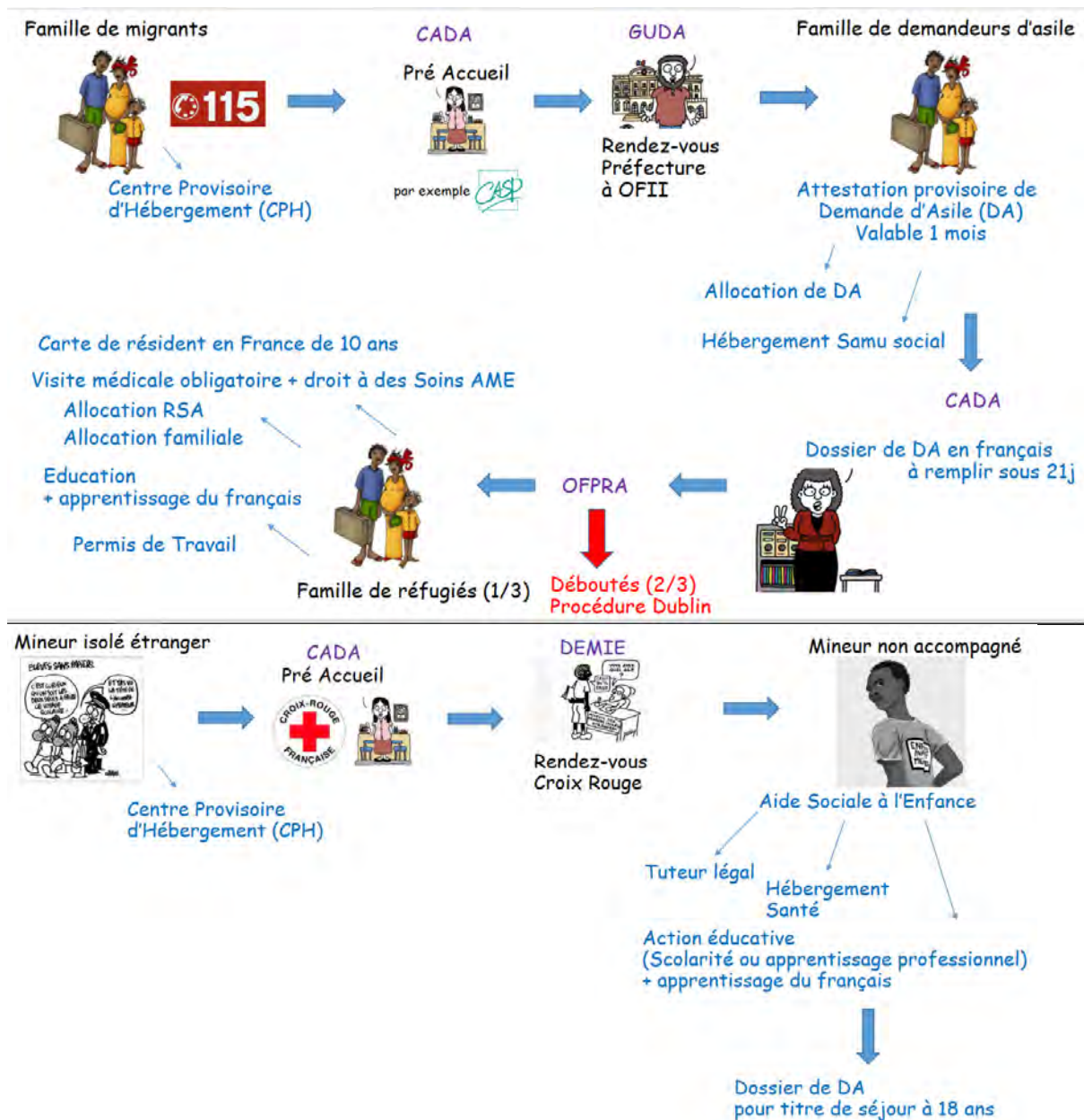
Si sa demande est placée en procédure normale ou accélérée, il reçoit le formulaire de demande d'asile à envoyer à l'OFPRA dans un délai de 21 jours.

Après réception du dossier complet, l'OFPRA envoie une lettre permettant le renouvellement de l'attestation de demande d'asile, valable alors 9 mois en procédure normale, 6 mois en procédure accélérée et 4 mois en procédure Dublin.

A la suite du premier rendez-vous en préfecture et du retrait de l'attestation de demande d'asile, le demandeur d'asile retourne à la PADA pour établir sa domiciliation et ouvrir des droits. Il est ensuite reçu par un auditeur de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) qui évalue sa vulnérabilité et lui octroie ou non les conditions matérielles d'accueil (CMA).

Le demandeur d'asile est ensuite convoqué à l'OFPRA à Paris pour un entretien, en général dans un délai de 15 jours en cas de procédure accélérée et de 3 à 6 mois pour une procédure normale, pouvant même parfois aller jusqu'à 21 mois dans certaines conditions.

A l'issue de la procédure, l'OFPRA prend une décision. Si elle est positive, la personne obtient alors le statut de réfugié ou la protection subsidiaire et rentre dans les dispositifs de droit commun. Si elle est négative, il peut formuler un recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) dans un délai d'un mois (et de seulement quinze jours s'il demande une aide juridique).



(21)

II.2.c) La protection internationale :

Il existe trois types de protection internationale (19) :

- Le statut d'apatride, selon la convention de New York du 28 septembre 1954.
- Le statut de réfugié qui donne droit à un titre de séjour valable 10 ans, selon la Convention de Genève du 28 juillet 1951 (22). L'asile constitutionnel est accordé en application de la constitution de 1945 à « toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ». Il donne les mêmes droits que le statut de réfugié.

- La protection subsidiaire pour toute personne dont la situation ne répond pas à la définition du statut de réfugié mais qui court dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :
 - La peine de mort ou une exécution
 - La torture, traitements inhumains ou dégradants
 - Pour des civils, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence aveugle résultant d'une situation de conflit armé interne ou international

Elle donne droit à un titre de séjour valable 4 ans maximum.

En France, le statut de réfugié ou celui de la protection subsidiaire est accordé par l'OFPRA, sous le contrôle de la cour nationale du droit d'asile (CNDA).

II.2.d) Droit des demandeurs d'asiles :

Accès à l'hébergement

Les demandeurs d'asile en procédure normale sont logés en Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA), à défaut en Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile (HUDA). En Loire-Atlantique, il existe 8 CADA répartis sur le département, regroupant 900 places. La durée moyenne de séjour en CADA est de 6 mois. Il existe un manque de place en CADA constant, les demandeurs d'asile sont alors fréquemment orientés vers les HUDA ou redirigés vers le 115. Les demandeurs d'asile non logés en CADA sont domiciliés à France Terre d'Asile, ils ont accès à une boîte aux lettres et une adresse postale, au 20/07/2019, 2579 personnes sont domiciliées à France Terre d'Asile dont 2231 personnes seules et 348 familles. Ceux logés en CADA sont domiciliés dans ces même CADA où ils bénéficient d'une aide administrative.

En cas de procédure Dublin, le demandeur d'asile ne pourra être orienté qu'en HUDA ou Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO). Les CAO sont des hébergements temporaires mis en place en 2015 après évacuation de la jungle de Calais, les demandeurs d'asile y sont hébergés quelques semaines et reçoivent une aide administrative.

Les familles demandeuses d'asile sont prioritaires dans le dispositif national d'accueil, elles sont orientées vers des CADA ou à défaut des HUDA, ce qui leur garantit un logement stable

pendant toute la durée de la procédure. Dans certains cas, à cause du délai d'enregistrement ou faute de place disponible, les familles se tournent vers les hébergements de droit commun (115), elles errent alors entre différents hébergements de durée très courte ou se retrouvent à la rue. Ces conditions de vie précaires et angoissantes, sans accompagnement social suivi, avec des déménagements à répétition ont des conséquences sanitaires et sociales lourdes pour ces familles, en particulier pour les enfants, qui subissent notamment des ruptures de scolarisation(17).

Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA)

L'Allocation pour Demandeur d'Asile est de 6,80€/jour pour un adulte seul et hébergé, ou de 14€20/jour s'il n'est pas hébergé, et est versée sur une carte de paiement (pas d'espèces). Le versement de l'allocation débute après réception de la demande par l'OFPRA, dans un délai de 21 jours maximum.

En cas de procédure accélérée, le demandeur d'asile ne sera pas bénéficiaire des conditions matérielles d'accueil, c'est-à-dire qu'il n'aura pas droit à l'ADA ni d'accéder au dispositif national d'accueil (CADA et HUDA), sauf en cas de vulnérabilité reconnue par l'OFII. Il peut bénéficier d'hébergement d'urgence relevant du 115.

Accès à l'éducation

L'accès au système d'éducation pour les familles des demandeurs d'asile est identique à celui des Français. Conformément au code de l'éducation (article L. 111-2) « tout enfant a droit à une formation scolaire qui, complétant l'action de la famille, concourt à son éducation ». Il est rappelé que « l'instruction est obligatoire pour les enfants des deux sexes, français et étrangers, entre 3 ans et 16 ans » (article L. 131-1 du code précité). L'enfant doit être à jour de ses vaccins pour s'inscrire à l'école.

Accès au travail

Les demandeurs d'asile ont le droit de travailler neuf mois après l'enregistrement de leur demande d'asile, si l'OFPRA n'a pas statué. L'autorisation de travail est à demander à la préfecture par le futur employeur. Cette demande peut être accordée par la préfecture pour des contrats de travail de plus de 3 mois, saisonniers, ou pour des emplois sous tension.

II. 3. Accès aux soins des étrangers en France

II.3.a) Accès aux soins des étrangers en situation régulière

Les étrangers en situation régulière ayant un visa, titre de séjour ou une attestation de demande d'asile en cours de validité ont accès à la protection universelle maladie (PUMa) qui couvre toutes les personnes travaillant ou résidant de manière stable et régulière en France. Depuis le 1er janvier 2020, l'accès est sous condition de résidence d'au moins 3 mois en France. A Nantes, France Terre d'Asile réalise le dossier de demande d'ouverture de droits PUMa/CSS (Complémentaire Santé Solidaire, ex-CMUc) pour les demandeurs d'asile non hébergés en CADA.

II.3.b) Accès aux soins des étrangers en situation irrégulière

Les étrangers en situation irrégulière, sans autorisation à séjourner en France ont accès à l'aide médicale d'état (AME) sous réserve de résider en France de manière ininterrompue depuis au moins 3 mois et de respecter des conditions de ressources(18).

En cas de besoin médical non urgent, les personnes n'ayant pas encore d'assurance maladie ont accès à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé et aux services de Protection Maternelle et Infantile pour tout enfant âgé de 0 à 6 ans. En cas de nécessité de soins urgents, l'Aide Médicale d'Etat pour soins urgents peut être sollicitée pour les personnes en situation irrégulière, sur critère administratif et médical. Si la personne en procédure de demande d'asile nécessite des soins en urgence et est arrivée depuis moins de trois mois, délai de carence, elle peut également solliciter une prise en charge au titre des soins urgents.

II.3.c) Accès aux soins des enfants migrants

En France, tous les enfants ont théoriquement accès à la couverture maladie sans délai de présence ni nécessité d'un titre de séjour. En pratique, les enfants accompagnés sont rattachés aux droits des majeurs en ayant la charge. Le rattachement à un parent titulaire de la PUMa se fait sans condition jusqu'à l'âge de 18 ans pour le mineur concerné et il bénéficie des mêmes droits que l'adulte. Au cours des trois premiers mois, même si l'adulte n'est pas éligible à l'assurance maladie, l'enfant doit pouvoir bénéficier, lui, d'une affiliation PUMa ou

AME en fonction de sa situation administrative. Or, dans certains cas, notamment en cas de visa touristique (visa C court séjour ; visa Schengen) en cours, certaines caisses d'assurance maladie refusent l'AME aux enfants sous prétexte qu'ils ne sont pas en situation irrégulière. Dans d'autres cas, des documents peuvent être demandés à tort comme une copie du livret familial ou une attestation de scolarisation avant 16 ans, ce qui est contestable puisque le Conseil d'Etat interdit que les enfants connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé(23).

Les mineurs non accompagnés (MNA) relèvent de la protection de l'enfance et ont droit à l'assurance maladie (24). En 2017, parmi les jeunes se déclarant mineurs en arrivant sur le territoire français, seul 50% ont été reconnus mineurs par l'aide sociale à l'enfance (10). Concernant l'autre moitié, et au vu de la déclaration de minorité, ils ne sont pas considérés non plus comme majeurs par les institutions. Considérés comme majeurs par certains organismes et mineurs par d'autres, ils ne bénéficient pas de la protection de l'enfance mais n'ont pas non plus accès aux aides destinées aux majeurs. Ils ont malgré tout droit à l'AME mais rencontrent des difficultés dans l'établissement de leur droit en l'absence de représentant légal(25). Seuls 5 % des MNA sont demandeurs d'asile en 2019(17).

En pratique, en 2018, une revue de la littérature portant sur les enfants migrants en Europe et en Amérique du Nord montrait que ces enfants avaient moins recours aux soins primaires et dentaires que les enfants originaires du pays d'accueil. En revanche, il semble que le recours aux services d'urgences et aux services hospitaliers soit le même (9). Selon l'enquête ENFAMS portant sur les enfants et familles sans logement fixe en Ile de France, près d'un enfant sur quatre n'a pas recours à un médecin généraliste ni pédiatre. Près de 21% des enfants ne consultent qu'en PMI. Les enfants âgés de 3 ans et plus sans lieu de résidence fixe ont très peu recours aux soins, tandis que les enfants de moins d'un an ont un suivi exclusif en PMI (26). En 2019, 2833 mineurs ont été accueillis dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde, soit 12,3% de la file active totale. La très large majorité des mineurs accueillis sont d'origine étrangère et 28 % d'entre eux ont moins de 5 ans. La plupart d'entre eux se trouve en situation d'errance et de grande précarité, sans pouvoir accéder aux mesures de protection dont ils doivent pouvoir bénéficier en France. Les conditions de vie des mineurs accueillis sont aussi très difficiles : 27,9 % sont sans domicile fixe et 12,2 % vivent dans des squats ou bidonvilles(27).

II. 4. Quel est l'état de santé des enfants migrants ?

La santé des mineurs arrivant en France est un enjeu particulier. Ils arrivent après un parcours long et difficile, souvent sans recours aux soins. Ils viennent parfois de zone où l'accès aux soins est faible(3) et, en arrivant en France, ils se confrontent pour la plupart d'entre eux à un environnement hostile. Ils vivent dans des conditions instables et souvent peu adaptées aux enfants(28).

II.4.a) Risque sanitaire lié au pays d'origine :

Un manque d'accès aux soins dans le pays d'origine est responsable d'une mauvaise couverture vaccinale, de pathologies infectieuses et dentaires. Certains ont pu être victimes de violations des droits humains comme des tortures, violences sexuelles ou avoir vécu dans des conditions d'extrême pauvreté. Beaucoup d'enfants viennent de pays avec des taux de dénutrition importants. Les enfants en bas âge peuvent être nés dans des conditions difficiles n'ayant pas accès à des soins postnataux adéquats, ni aux dépistages habituels de pathologies congénitales. Ces facteurs ont un impact important sur leur santé avec un retard de diagnostic et de traitement (7).

II.4.b) Risque sanitaire au cours du trajet :

Les jeunes enfants nés au cours du voyage ont un sur risque d'hypothermie, de septicémie, méningite et pneumopathie. Ils sont également sujets à la dénutrition, l'allaitement étant un enjeu particulier pour leur mère. Les mauvaises conditions sanitaires en terme de logement, d'accès à l'eau et à l'alimentation les rendent vulnérables face aux pathologies infectieuses intestinales et cutanées. L'exposition à divers événements traumatiques comme la séparation de leur famille, des violences sexuelles, kidnapping et exploitations peut avoir des effets à long terme sur la santé physique et mentale des enfants, incluant des dépressions et un état de stress post traumatique(7). La traversée de la mer Méditerranée est vécue comme une étape traumatisante par les familles, responsable de pertes humaines et à risque de dénutrition et déshydratation pour les enfants (3).

II.4.c) Risque sanitaire en France

Une fois arrivés dans un pays sûr, la plupart d'entre eux sont dans une situation précaire. Ils peuvent se retrouver à la rue, faute de place dans les hébergements pour demandeurs d'asile ou de moyens dans les services d'aide sociale à l'enfance pour les mineurs isolés. Les familles sont parfois logées à l'hôtel ou dans des logements d'urgence. Ces hébergements de courte durée rendent leur situation instable et leur scolarisation difficile, ce qui est pourtant un facteur d'intégration majeur(29). Ces enfants sont également exposés à une insécurité alimentaire causant des carences nutritionnelles notamment à l'origine d'anémie (30) et de surpoids. Ce dernier concerne un quart des enfants de l'enquête ENFAMS, plus que dans la population générale. Il semble lié à l'instabilité de résidence, à l'insécurité alimentaire et à la dépression maternelle (26).

En raison du respect de l'unité familiale, les enfants de parents dont la demande d'asile a été refusée peuvent être placés en détention. L'enfermement et l'environnement non adapté à leur âge a des conséquences sur le développement et la croissance des jeunes enfants. Ils sont également exposés à des violences et perdent leurs repères, ce qui a des conséquences sur leur santé physique et mentale à court et long terme (31).

II.4.d) Santé mentale :

Les troubles psychiques sont fréquents, à type d'état de stress post traumatique chez 41% des MNA, d'anxiété chez 15 à 23% d'entre eux et de dépression chez 9 à 50% des enfants en fonction des études. Dans sa thèse, L. Martin étudie les enfants consultants dans un centre médico-psychologique, dans ce travail, les enfants migrants avaient plus d'état de stress post traumatique, de mutisme électif et de syndrome dépressif que la population générale(32). Ils ont aussi des troubles du sommeil, des phobies(10) et des troubles de la concentration souvent en lien avec cet état de stress(6). La prévalence de ces troubles est moindre chez les enfants accompagnés mais reste plus importante que dans la population générale. Des troubles du neurodéveloppement sont également remarqués chez ces enfants, associés ou non à une dépression des parents(30). Les déterminants de santé mentale chez ces enfants sont la santé mentale de leurs parents, leurs conditions d'hébergements et des événements de vie stressants (26). Les études font état d'une réelle inadéquation entre les besoins en santé mentale et l'offre de soins, ne permettant pas une prise en charge rapide (10).

II.4.e) Pathologies infectieuses :

Le risque de pathologies infectieuses chez les enfants migrants est particulièrement important. Il est lié à une couverture vaccinale souvent incomplète, aux infections acquises dans le pays d'origine ou au cours du voyage. On remarque un plus fort risque de pathologies aiguës intestinales et cutanées, de méningites ou septicémie mais aussi de pathologies chroniques comme le paludisme la tuberculose, l'hépatite B et C et les parasitoses (33).

II.4.f) Données des consultations spécifiques mises en place en France

Des consultations dédiées aux enfants migrants primo-arrivants ont été créées à Paris, à l'hôpital Robert Debré et Jean Verdier (34). Ces consultations, dont le public majoritaire est les MNA avec une moyenne d'âge de 15.3 et 13 ans, rapportent un grand nombre de pathologies détectées et montre l'intérêt du dépistage en termes de santé publique dans cette population. Parmi les 118 enfants reçus dans les 2 centres 26% étaient passés par la Lybie et avaient subi des violences, physiques pour 25% d'entre eux, sexuelles pour 3% d'entre eux, été victimes de travail forcé pour 11% d'entre eux et d'incarcération pour 11% d'entre eux. Ils venaient majoritairement de pays d'Afrique Sub-saharienne et d'Asie (Pakistan et Afghanistan). Ils étaient tous immunisés contre l'hépatite A, la sérologie VHB retrouvait une hépatite ancienne chez 7% de ces enfants et 4% d'hépatites actives à Robert Debré, 10% de bilharzioses, 7% de tuberculoses maladies et 14% de tuberculoses latentes. 12% n'étaient pas vaccinés contre le tétanos. 26% étaient atteints de psycho-traumatismes et 69% en mauvais état bucco-dentaire.(34)

En Gironde, en 2011, un dispositif de recueil et l'observation des mineurs isolés étrangers (DROMIE) a débuté avec dépistage et évaluation psychiatrique systématique. Les données recueillies entre janvier 2011 et décembre 2013 retrouvent des parasitoses digestives chez 50% des enfants, troubles psychologiques chez 48% d'entre eux, hépatite B chronique 8%, latente 28%, anémie par carence martiale 26%, caries dentaires 29%. (10)

En 2019, le COMEDE a reçu 745 mineurs, ils sont majoritairement atteints d'hépatite B chronique (6.6%) et de troubles psychiques graves (4.9%), les parasitoses sont également fréquentes : bilharziose chez 4.9% des personnes originaire d'Afrique de l'ouest et

l'anguillulose chez 5% des Indiens, la drépanocytose homozygote était retrouvée chez 1.7% des personnes originaires d'Afrique centrale et de côte d'Ivoire.

II. 5. Quel bilan de santé à leur arrivée ?

II.5. a) Etat des recommandations :

A ce jour, il n'existe pas de recommandation française globale, fondée sur des preuves concernant un bilan de santé des enfants migrants primo-arrivants en France.

Sur le plan européen, l'ECDC (European Center for Disease prevention and Control) a établi des recommandations concernant le dépistage des principales pathologies infectieuses chez les adultes récemment arrivés en France et sur la vaccination, en priorité des enfants migrants (35). Le European Journal of Pediatrics a fait un état des lieux des différentes pratiques en Europe afin d'établir des recommandations de prise en charge, parues en 2019 (11). Au niveau national, le Haut conseil de santé publique a émis des recommandations spécifiques sur la prise en charge des mineurs non accompagnés en 2019 (10) Il préconise la création d'un parcours de soins spécifique aux MNA ainsi qu'un bilan de santé standard. La HAS a statué sur la mise à jour vaccinale des migrants primo-arrivants en 2019 (36). Le COMEDE, dans son guide publié en 2015 propose un bilan de santé commun à tous les migrants y compris les enfants, complété par un bilan spécifique en fonction de l'âge (37). Sur le plan local, à Nantes, le centre fédératif prévention et dépistage de Loire Atlantique (CFPD 44), a réalisé une fiche pratique à l'attention des médecins généralistes concernant le dépistage des maladies infectieuses et la mise à jour vaccinale des migrants à leur arrivée en France (Annexe 1). Ce centre regroupe le Centre de Vaccination Polyvalente (CVP), le Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT) et le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD).

II.5. b) Rationnel de recours au dépistage :

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue(38).

L'OMS a établis 10 critères de dépistage:

- La maladie dépistée constitue une menace grave pour la santé publique.
- Un traitement efficace peut être administré aux malades.
- Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles.
- La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
- Un test de dépistage efficace existe.
- Le test utilisé est acceptable pour la population.
- L'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
- Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
- Le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
- La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

II.5. c) Examen clinique lors du premier contact :

L'European Journal of Pediatrics, comme le HCSP recommande la réalisation d'un examen clinique soigneux. En effet un certain nombre d'enfants migrants n'a pas été examiné par un médecin depuis plusieurs années. Cet examen permettra de dépister des maladies congénitales, des caries, des troubles visuels ou auditifs liés à l'absence de soins jusqu'à présent. Ainsi que des pathologies liées aux conditions de vie comme la dénutrition, l'anémie ou des troubles cutanés.

II.5. d) Rattrapage vaccinal :

Le rattrapage vaccinal des migrants primo-arrivant fait l'objet d'un consensus français avec la publication par la HAS en 2019 de recommandations(36). Le risque de vacciner une personne déjà immunisée est minime et le risque infectieux est plus important en l'absence de vaccination. La vaccination est à débiter le plus tôt possible. En cas d'antériorité vaccinale documentée, toutes les doses reçues comptent, à condition que l'âge minimal et le

délai minimum entre chaque dose aient été respectés. Si les vaccinations ne sont pas documentées il faut déterminer pour chaque valence le nombre de doses qu'aurait dû recevoir l'enfant en fonction de son âge. Si les preuves de vaccination sont incertaines ou inexistantes, l'enfant devra être vacciné intégralement(39)

II.5. e) Bilan biologique

La réalisation d'un bilan biologique systématique chez des enfants jeunes peut être discutée. Cependant chez ces enfants, au suivi médical chaotique, il permet de dépister des pathologies courantes qui, passées inaperçues, pourraient entraver leur bon développement.

La réalisation d'une NFS avec une ferritinémie à la recherche d'anémie est assez consensuelle, c'est une pathologie fréquente chez ces enfants et facilement curable. Une électrophorèse de l'hémoglobine à la recherche de drépanocytose, ainsi qu'une TSH se discutent chez les tout petits n'ayant pas eu de dépistage néonatal par GUTRIE et peut compléter le bilan en cas d'anémie, dans un second temps(37).

Le HCSP préconise de compléter le bilan par un dosage des transaminases, une glycémie à jeun, un ionogramme sanguin et créatininémie chez les MNA. Ce bilan s'adresse à des enfants plus âgés que les mineurs accompagnants, il est discutable chez les petits.

Ces enfants sont également à risque de carence en vitamine D, un dosage de la vitamine D est recommandé sur le plan européen(11).

Le dosage de la plombémie pour dépister le saturnisme n'apparaît pas dans les recommandations européennes, cependant le fait d'être arrivé en France depuis moins d'un an, ainsi que les conditions de vie précaires font partie des facteurs de risque devant conduire à ce dépistage selon les recommandations françaises(40). Les enfants de moins de 6 ans sont particulièrement à risque, l'affection pouvant passer inaperçue initialement puis être responsable de troubles du développement.

II.5. f) Dépistage de la tuberculose :

Le dépistage des pathologies infectieuses a un double intérêt, individuel et de santé publique. Il est systématique et obligatoire pour les enfants demandeurs d'asile arrivant dans certains pays d'Europe, ce qui n'est pas le cas de la France(41). Le HSPC recommande un

dépistage de la tuberculose latente chez les enfants originaires de pays à forte incidence de tuberculose, en France depuis moins de 5 ans. En effet le risque de passage en tuberculose maladie est plus important que chez l'enfant de moins de 15 ans. Le risque de tuberculose pulmonaire ou lymphatique est de 30 à 40% en cas de contamination avant un an et de 10 à 20% entre 1 et 2 ans. Le risque de tuberculose méningée est de 10 à 20 % avant un an et 2 à 5% entre 1 et 2ans, moindre ensuite(42). Les pays à forte incidence sont le continent africain dans son ensemble, le continent asiatique dans son ensemble, y compris les pays du Proche et du Moyen-Orient, les pays d'Amérique Centrale (Haïti inclus) et du Sud; les pays d'Europe Centrale et de l'Est y compris les pays de l'ex-URSS, dans l'Union européenne : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie, en DOM-TOM : Guyane et Mayotte(43).

Selon le HCSP la tuberculose latente doit être dépistée chez les enfants migrants entre 0 et 18ans par le test IGRA ou IDR, sans qu'un des tests n'ait plus de bénéfice qu'un autre. Cependant chez les enfants déjà vaccinés par le BCG ou pour lesquels il est difficile de programmer une deuxième consultation, il faut privilégier un test IGRA(42). Sur le plan international, le CDC (Center of Diseases Contrôle and Prevention) recommande de favoriser l'IDR chez les enfants de moins de 5 ans devant la réalisation parfois difficile d'une prise de sang, sa performance à cet âge et son moindre coût(44).

La tuberculose maladie doit-être dépistée chez les enfants par la réalisation d'une radiographie pulmonaire systématique après 10 ans et avant 10 ans, seulement en cas de test IDR ou IGRA positif.

II.5. g) Recherche de parasitose

La bilharziose est la deuxième parasitose après le paludisme en termes de morbi-mortalité dans le monde, elle est fréquente chez les jeunes enfants après un voyage en Afrique subsaharienne. Elle est asymptomatique chez 66% des enfants, responsable, en cas de forme chronique, de retard de croissance, malnutrition et troubles des apprentissages(45). Selon la HAS la réalisation d'une sérologie, ainsi qu'une recherche de parasites dans les selles et urines doit être effectuée chez toute personne originaire de zone endémique (40), ce qui est en accord avec les recommandations européennes concernant les enfants migrants primo-arrivants, originaire d'Afrique sub-saharienne(11). Le HCSP recommande également la

réalisation d'examen parasitologique des selles afin d'identifier d'autres parasitoses intestinales(10), alors que sur le plan européen un traitement empirique par Albendazole chez les enfants de plus de 2 ans est préconisé (11).

Le paludisme est rarement détecté chez les enfants migrants asymptomatiques, le bénéfice d'un dépistage systématique est inconnu, les recommandations européennes préconisent plutôt la recherche de malaria par frottis goutte épaisse en cas de symptômes tels que fièvre, hépatomégalie ou ictère(11)

II.5. h) Recherche d'IST

Le HCSP recommande un dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles, comprenant les sérologies des hépatites B et C et du VIH systématiquement, la sérologie de la syphilis et la recherche de gonocoque et chlamydia par prélèvement urinaire, en fonction de l'activité sexuelle(10). Ces recommandations concernent des enfants plus âgés que les mineurs accompagnants, le dépistage des IST chez les plus petits est discutable, cependant une recherche de VIH et Hépatite B chez les jeunes enfants dont le statut virologique maternel est inconnu paraît licite.

II.5. i) Dépistage des troubles psychiques :

La recherche et prise en compte des troubles psychiques chez ces enfants est fondamentale mais complexe, le diagnostic est compliqué. La prise en charge est spécifique, par des professionnels qualifiés non seulement en pédiatrie mais aussi informés sur les migrants et les questions interculturelles et ayant une connaissance du psycho-trauma. La santé mentale des enfants est intrinsèquement liée à celle de leurs parents, une prise en charge psychologique des parents et une aide à la parentalité est indispensable(7). Lors de la première consultation avec un enfant migrant primo-arrivant, il faut savoir être attentif aux fragilités psychiques particulières de ces enfants et adresser si nécessaire.

II. 6. Utilisation d'un interprétariat

La barrière de la langue est un des facteurs principaux limitant l'accès aux soins et leur qualité(46). Plusieurs moyens sont couramment utilisés pour lever cette barrière, comme le recours à un tiers, l'utilisation d'une langue tierce commune, l'utilisation d'outils numériques

comme des pictogrammes, logiciels de traduction médicale ou grand public. Selon le COMEDE il faut se méfier des intérêts possiblement divergents entre le tiers traduisant et le patient, des services payants, de la place qu'occupe ce tiers, du risque de dépendance du patient(47). Selon la HAS ces moyens donnent l'illusion d'une communication mais ils constituent un risque d'erreur. Elle considère que seul le recours à un interprétariat professionnel garantit les droits des patients et a montré un impact positif sur la qualité des soins(48). Il permet au médecin de donner une information appropriée et au patient de la comprendre, en respectant le secret médical et le code de déontologie(49). Plusieurs études montrent que l'utilisation d'un service d'interprétariat professionnel augmente le niveau de qualité des traductions, réduit les coûts des soins, les diagnostics et traitements non nécessaires et augmente le degré de satisfaction des patients(46). Si l'interprète est originaire du pays du patient il peut aider à comprendre d'éventuelles réticences aux soins liées à la culture d'origine(7).

L'union régionale des médecins libéraux (URML) de Loire atlantique propose des services d'interprétariat gratuits après adhésion (50). L'interprétariat téléphonique est accessible à tous les médecins des pays de la Loire et est assuré par interprétariat santé migrant (ISM), basé à Paris (51). L'interprétariat présentiel dépend de l'association santé migrant Loire atlantique (ASAMLA) et est accessible aux médecins de Nantes et son agglomération (52).

III. Méthode

III.1. Objectif

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux des pratiques de prise en charge médicale préventive des enfants migrants primo-arrivants par les médecins de premier recours à Nantes.

L'objectif secondaire est de repérer les difficultés principales afin de trouver des pistes d'amélioration.

III.2. Etape préliminaire à l'étude

Avant de commencer notre étude, nous voulions savoir vers quelle structure étaient orientés les enfants migrants. Nous avons décidé de nous concentrer sur les enfants migrants demandeurs d'asile, plus faciles à identifier, et plus précisément ceux logés en CADA, pour une question d'accessibilité.

Nous avons interrogé les travailleurs sociaux des CADA par téléphone, à partir de trois questions :

- *Combien d'enfants migrants logez-vous dans votre structure ?*
- *Où orientez-vous ces enfants pour une prise en charge médicale ?*
- *Rencontrez-vous des difficultés de prise en charge ?*

III.3. Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative descriptive transversale basée sur un questionnaire auto-administré sur internet aux médecins Nantais.

III.4. Population

La population de notre étude est constituée par les médecins de Nantes susceptibles de recevoir des enfants migrants primo-arrivants, identifiés par notre étape préliminaire. C'est-à-dire des médecins généralistes installés ou remplaçants vers lesquels sont adressés les enfants logés en CADA ; ainsi que les médecins de structures recevant des migrants comme la protection maternelle et infantile (PMI), la permanence d'accès aux soins de santé (PASS),

le centre de vaccination polyvalente (CVP) et le centre de lutte antituberculeuse (CLAT). Ainsi que les pédiatres de Nantes. Nous avons secondairement étendu notre population à tous les médecins généralistes de Nantes en diffusant le questionnaire sur un groupe dédié aux remplacements en pays de la Loire de la plateforme Facebook.

Par souci de compréhension, nous appellerons les médecins généralistes vers lesquels les CADA adressent préférentiellement les enfants « médecins généraliste CADA ». Le groupe « médecins généralistes » comprend ceux qui ont répondu au questionnaire dans un second temps. Nous avons inclus un médecin généraliste avec un « exercice mixte PMI/libéral » dans le groupe « médecin généraliste » car il a répondu par le biais de Facebook.

Le groupe « autre » regroupe les médecins de la PASS, du CVP et du CLAT.

III.5. Le questionnaire

Nous avons utilisé un questionnaire auto-administré en ligne via la plateforme Google Forms. Ce questionnaire s'articule en trois parties :

- La première partie permet d'identifier les caractéristiques du médecin, notamment son expérience clinique auprès des enfants migrants.
- La deuxième partie cible la prise en charge médicale réalisée par ces médecins lors d'une première consultation avec un enfant migrant.
- La troisième partie a pour but d'analyser le ressenti des médecins face à cette problématique et les pistes d'amélioration.

Il comporte 33 questions, majoritairement des questions fermées à réponse unique ou multiple, ainsi que 4 questions ouvertes optionnelles, un item « autre » était disponible pour la majorité des questions.

Les modalités de réponse sont :

- Choix unique
- Choix multiple
- Echelles à support numérique de 0 à 10
- Texte libre

Les échelles de valeur numérique de 0 à 10 ont été utilisées pour décrire le ressenti des médecins. Le questionnaire a été préalablement testé auprès de 11 médecins, afin de l'optimiser.

III.6. Diffusion du questionnaire

Dans un premier temps, du 8 novembre 2020 au 5 janvier 2021 le questionnaire a été diffusé auprès des médecins généralistes identifiés comme recevant des migrants logés en CADA. En effet deux des quatre CADA interrogés nous ont fourni une liste de médecins généralistes vers lesquels ils adressent souvent les familles. Ces médecins ont été contactés par téléphone et le questionnaire leur a été transmis par mail après leur accord.

Le questionnaire a également été diffusé aux médecins de la PASS, du CVP, du CLAT, de PMI par mail après leur accord.

Les pédiatres libéraux travaillant à Nantes, figurant sur les pages jaunes ont tous été contactés par téléphone, puis le questionnaire leur a été diffusé après accord, par mail.

Dans un second temps, devant le peu de réponses obtenues, nous avons élargi notre population aux médecins Nantais en général. Dans le contexte de la pandémie de COVID 19 et de la mise en place de la vaccination, le conseil de l'ordre ainsi que l'URML n'ont pas pu diffuser le questionnaire, nous l'avons donc diffusé via le groupe Facebook de remplacement des médecins généralistes du Pays de la Loire, le 19 janvier 2021.

III 7. Analyse statistique

Les résultats ont été exploités au moyen du logiciel Microsoft Excel. Le test de Fisher a été utilisé pour comparer les différents groupes avec un risque de première espèce alpha fixé à 5%.

IV. Résultats

IV.1. Etape préliminaire

Nantes compte 4 CADA, qui ont hébergé 261 enfants migrants accompagnants en 2019. Ces enfants ont, pour la plupart une sécurité sociale. Ils sont orientés vers la PMI avant 6 ans où les rendez-vous sont décrits comme faciles à obtenir. Les autres enfants sont orientés vers des médecins généralistes. En cas d'absence de sécurité sociale et de soins urgents certaines structures orientent vers la PASS. Dans certains CADA les enfants sont systématiquement adressés au centre de vaccination et au CLAT, dans d'autres centres l'entière prise en charge est laissée au médecin généraliste.

Deux structures interrogées semblent rencontrer un problème d'accès aux médecins généralistes, lié en partie à la concentration d'enfants migrants dans une même zone et à la réticence des médecins généralistes d'en accueillir de nouveaux. Notamment du fait de la complexité des consultations, de leur longueur, de la barrière de la langue ou des retards et rendez-vous manqués selon un travailleur social d'un CADA. D'autres CADA disent ne pas rencontrer cette difficulté-là, grâce à la répartition de leurs logements sur la ville, à l'accès à l'interprétariat pour les médecins généralistes et à la constitution d'un réseau de médecin vers lesquels ils adressent leurs patients. En cas de problèmes liés à la parentalité les CADA orientent facilement vers le centre Nantais de parentalité « le Home ». La problématique des soins psychiatriques est récurrente, les centres médicaux-psychologiques (CMP) sont décrits comme saturés.

Enfin, un travailleur social d'un CADA m'a fait part de sollicitations fréquentes des écoles concernant des enfants non hébergés en structure. Ces enfants n'ont pas de médecin traitant, et les écoles se trouvent démunies pour leur prise en charge médicale, avec notamment la nécessité de la mise à jour vaccinale.

IV.2. Participation des médecins

Au total, 67 médecins ont participé à l'étude.

26 médecins généralistes ou cabinets médicaux travaillant avec des CADA, ont été contactés, nous avons obtenu 14 réponses.

Nous avons obtenu 14 réponses des médecins de PMI de Loire Atlantique, une réponse d'un médecin du CVP, une réponse d'un médecin de la PASS et 2 réponses de médecins du CLAT.

Les pédiatres libéraux de l'agglomération Nantaises ont été contactés par téléphone d'après la base de données des pages jaunes, ce qui correspond à 12 cabinets. 3 d'entre eux n'étaient pas disponibles ou pas intéressés par l'étude, 5 ont répondu qu'ils recevaient très peu d'enfants migrants et qu'ils n'étaient pas un premier recours, 4 ont accepté de recevoir le questionnaire, nous avons obtenu une seule réponse. L'unique réponse correspondait à un pédiatre allergologue, recevant moins de 1 enfant migrant par an, nous l'avons exclu de l'analyse des données.

Puis 35 médecins généralistes ont répondu par le biais du questionnaire sur le groupe de remplacement du Pays de la Loire de la plateforme Facebook.

Dans l'ensemble le questionnaire semble avoir été bien accepté, et certains médecins m'ont demandé de leur envoyer les résultats une fois l'étude terminée.

IV.3. Caractéristiques des médecins

IV.3. a) Types de médecins ayant participé à l'étude

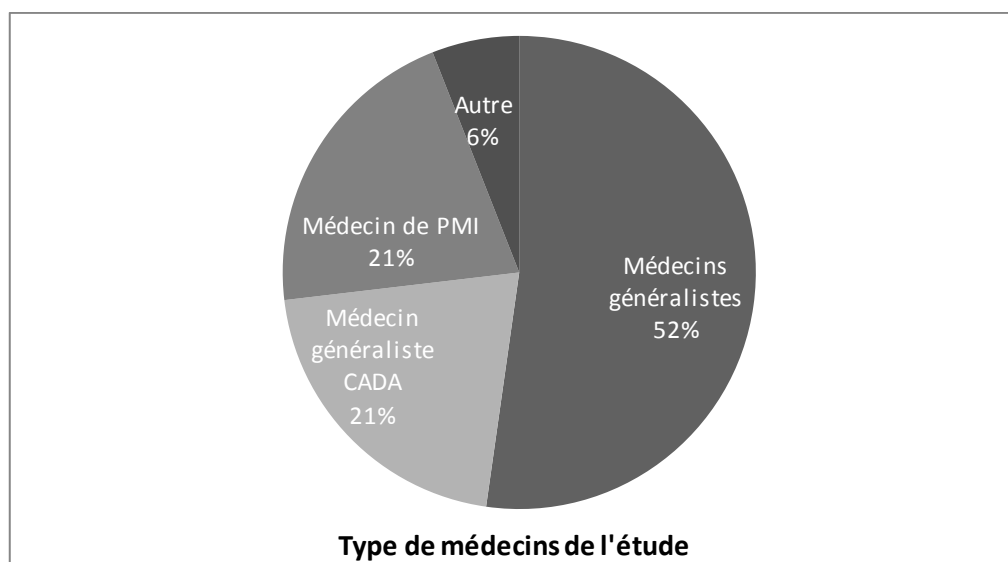


Figure 1 : Type de médecins de l'étude. « Autre » regroupe les médecins du centre de lutte antituberculeuse, du centre de vaccination et de la permanence d'accès aux soins de santé.

Nous avons regroupé les médecins hospitaliers, c'est-à-dire les médecins du CVP, de la PASS et du CLAT dans la catégorie « autre », afin de faciliter la lecture des résultats.

IV.4. b) Durée d'installation

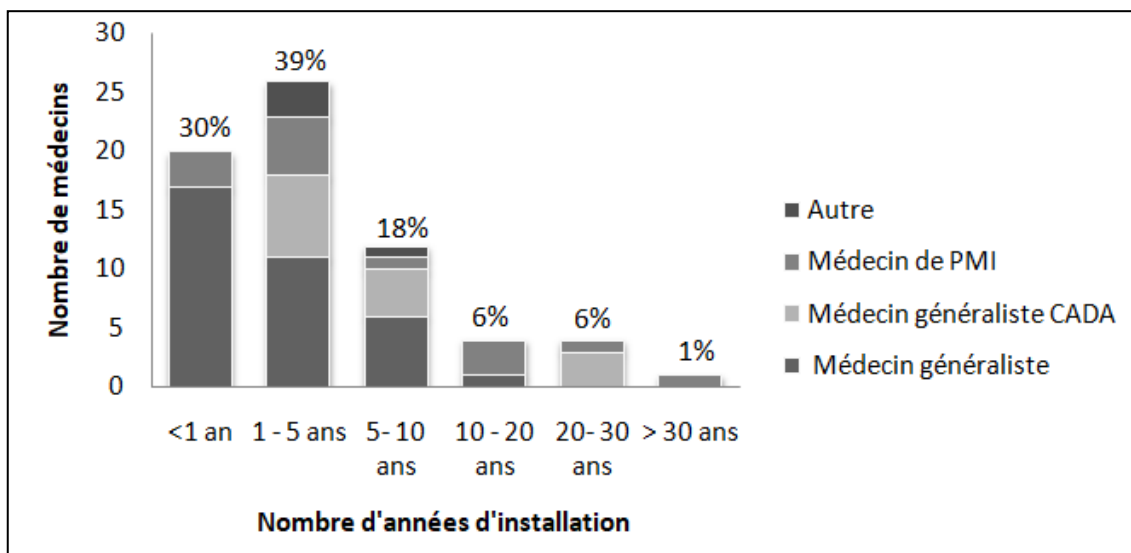


Figure 2 : Nombre d'années d'installation

On remarque que les médecins ayant répondu à notre étude sont installés depuis peu, au total 69% des médecins ayant répondu à notre étude sont installés depuis moins de 5 ans. Les médecins généralistes recrutés via la plateforme Facebook sont ceux qui sont installés depuis le moins de temps.

IV.4. c) Nombre d'enfant migrants vus par an

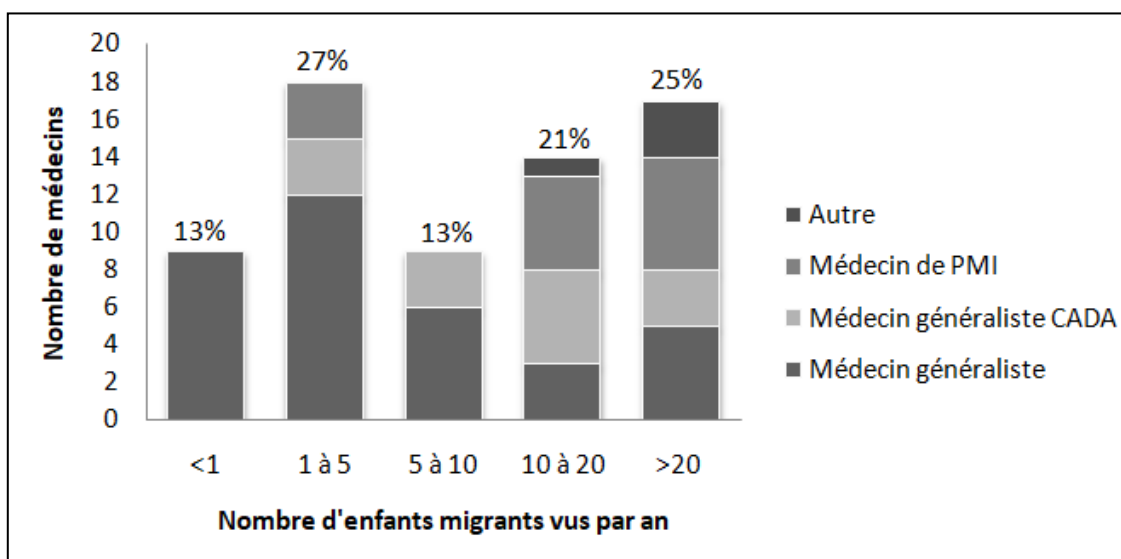


Figure 3: Nombre d'enfants migrants vus par an

La répartition du nombre d'enfants vus par an est relativement homogène dans l'effectif total de notre étude.

Si l'on divise en deux classes, ceux recevant moins de 10 patients et ceux en recevant plus de 10, il y a une différence statistiquement significative entre les médecins généralistes et les

autres médecins de notre étude ($p=0.0001$). Ainsi, les médecins généralistes de notre étude recrutés secondairement reçoivent statistiquement moins d'enfants migrants que les généralistes CADA ($p=0.04$), que les médecins de PMI ($p=0.0007$) et que les médecins hospitaliers ($p=0.006$).

IV.4. Première consultation avec un mineur migrant primo-arrivant

IV.4. a) Par qui sont-ils adressés le plus souvent ?

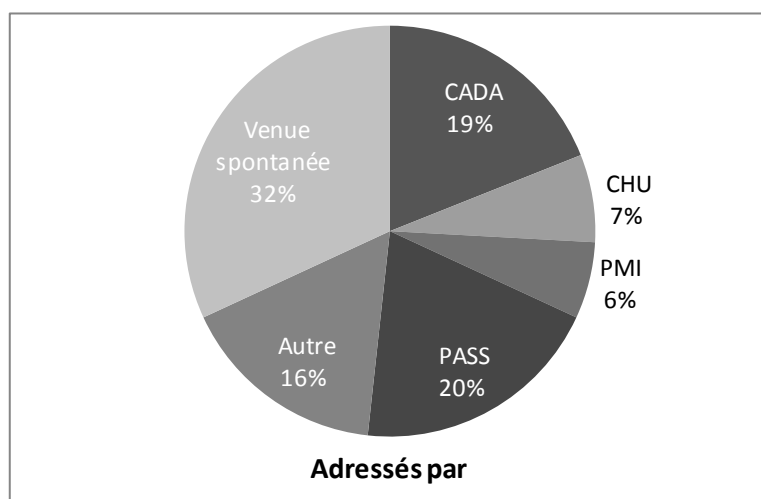


Figure 4 : Par qui sont adressés les enfants migrants primo-arrivant lors de leur première consultation ? Les choix étaient multiples pour cette question, 67 médecins ont répondu à la question.

Les enfants viennent le plus souvent spontanément, puis adressés par la PASS, par les CADA, puis par le CHU et la PMI.

Pour cette question, l'item « autre » laissé libre rapporte un adressage par des structures d'accueil, des connaissances, des institutions ou associations et le réseau médical (Tableau 2)

IV.4. b) Motif de consultation

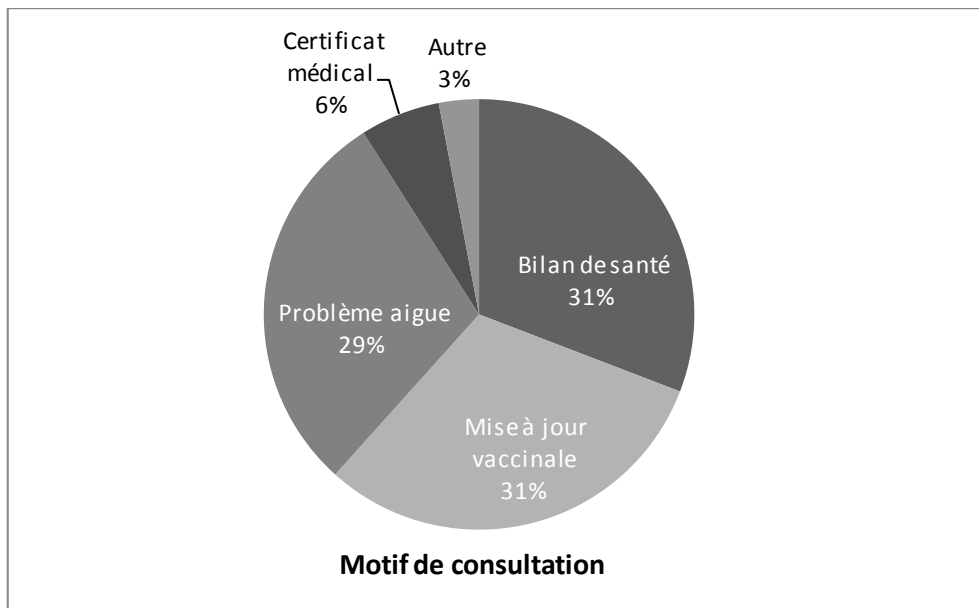


Figure 5 : Motif de consultation : C'est une question à choix multiples, 67 médecins ont répondu à la question.

Les motifs de consultations se répartissent entre trois motifs principaux : bilan de santé, mise à jour vaccinale et problème aigu. La consultation pour certificat médical est minoritaire.

Les motifs de consultations à la PASS sont un bilan santé ou problème aigu, au CVP les patients consultent pour une mise à jour vaccinale et au CLAT pour un bilan de santé ou « dépistage tuberculose ».

En PMI les enfants consultent principalement pour un bilan de santé ou mise à jour vaccinale, ainsi que pour le suivi : « *suivi des enfants, problèmes de comportement repérés à l'école* »

Parmi les autres motifs on retrouve des consultations en lien avec des troubles psychiques ou le dépistage de la tuberculose pour les médecins du CLAT (Tableau 3).

IV.4. c) Ont-ils un dossier médical, carnet de santé ou de vaccination ?

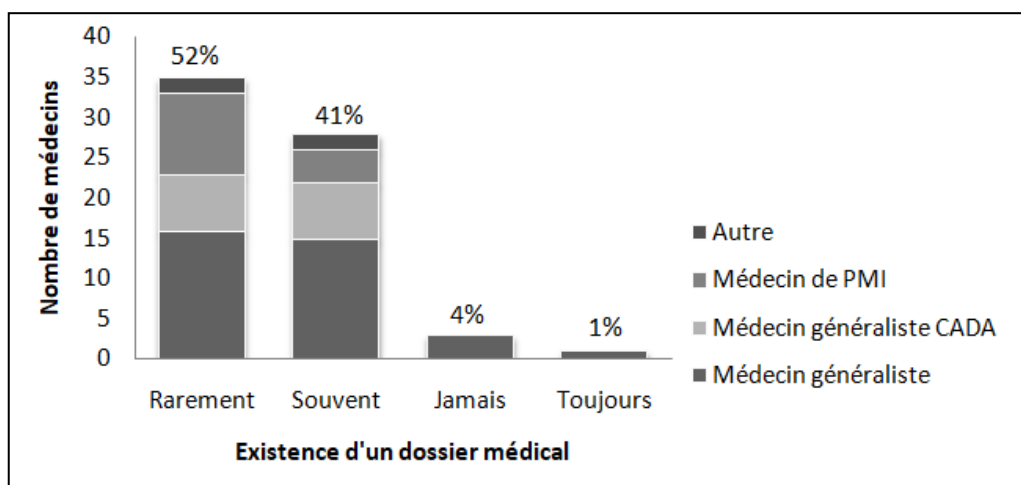


Figure 6: Existence d'un dossier médical, carnet de santé ou de vaccination

IV.4. d) Vaccination :

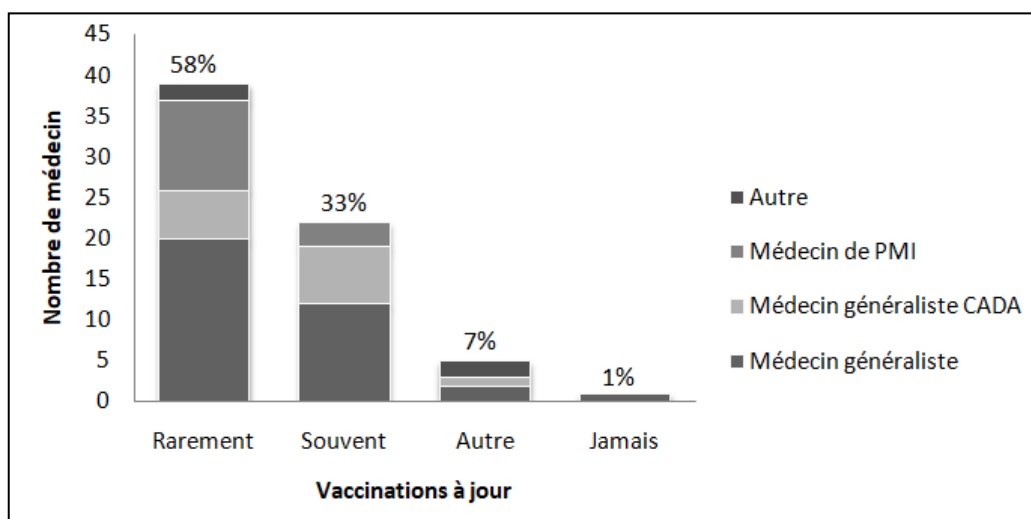


Figure 7 : Vaccination à jour

La majorité des médecins déclare que ces enfants ont rarement leurs vaccins à jour.

Les médecins du CLAT déclarent que la mise à jour vaccinale est le plus souvent en cours, elle l'est rarement pour les médecins du CVP et de la PASS.

Concernant les médecins de PMI, 79% déclarent que les vaccins sont rarement à jour.

L'item « autre » rapporte une absence d'information ou le fait que les vaccins soient en cours de mise à jour. Un médecin rapporte qu'ils sont à jour si l'enfant est suivi en PMI, sinon non (Tableau 4).

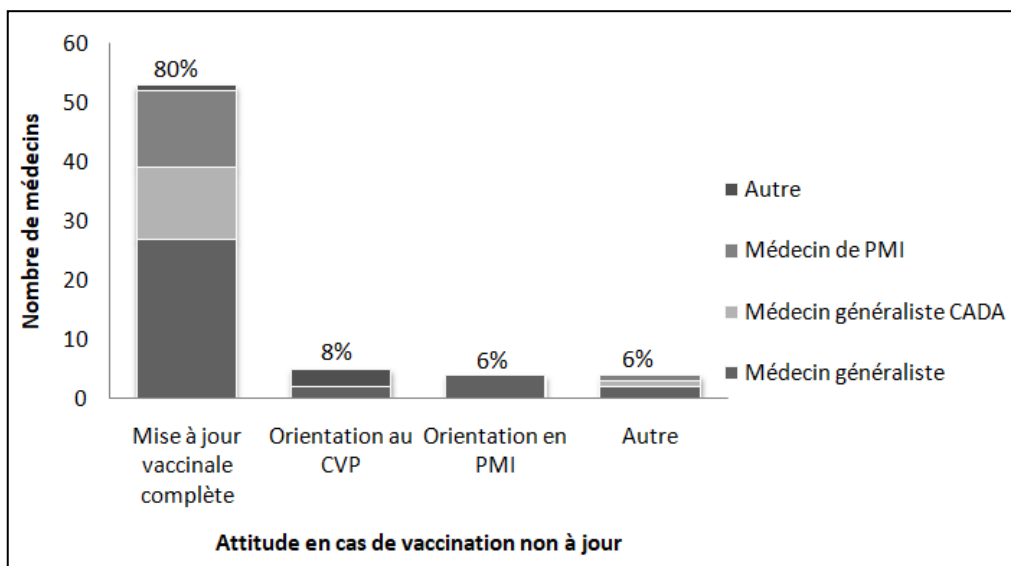


Figure 8 : Attitude face à la vaccination, 66 médecins ont répondu à cette question, les pourcentages sont calculés sur cet effectif.

La majorité des médecins de notre étude fait elle-même la mise à jour vaccinale.

Dans l'item « autre », on retrouve : « *Sérologie des vaccinations douteuses et rappels complets* », que nous avons intégré dans le groupe « mise à jour vaccinale complète ».

Les deux médecins du CLAT ainsi que le médecin de la PASS de notre étude déclarent orienter systématiquement au centre de vaccination polyvalente.

Parmi les médecins de PMI, 13 font eux même la mise à jour vaccinale et un demande un avis si besoin : « *+/- prise d'avis Infovac ou CPV si besoin* ».

Un médecin généraliste CADA déclare orienter en PMI en fonction de la situation : « *mise à jour ou PMI, cela dépend de la compréhension, du suivi possible en consultation libéral (rendez-vous honorés...* ». 2 médecins généralistes orientent systématiquement au CVP, 4 orientent systématiquement en PMI et 2 demandent des avis (tableau 5).

IV.4. e) Évaluez-vous l'état nutritionnel ? (Poids, taille, IMC)

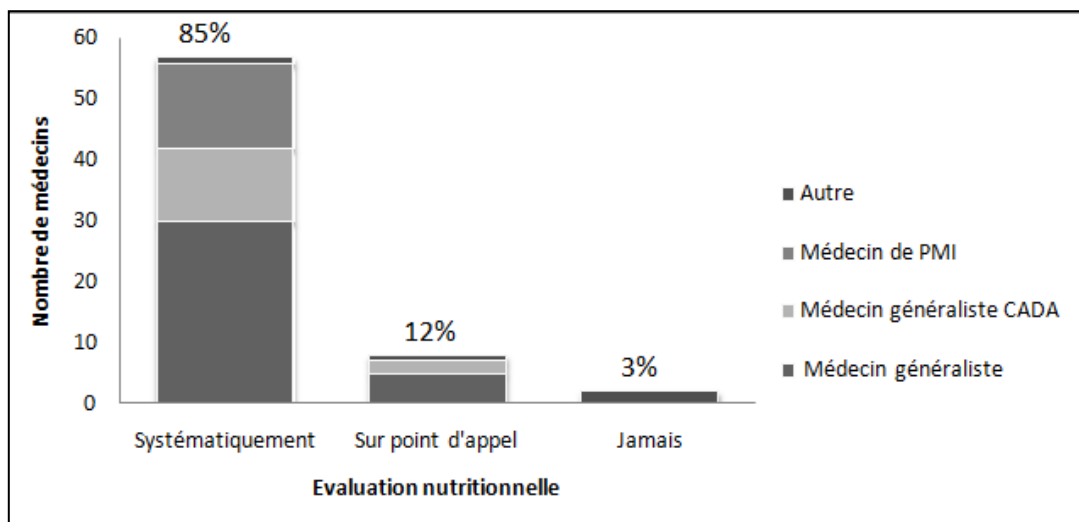


Figure 9 : Evaluation de l'état nutritionnel

La grande majorité des médecins déclare évaluer systématiquement l'état nutritionnel des enfants migrants. Un médecin du CLAT et un du CVP déclarent ne jamais le faire.

Ainsi, pour les médecins hospitaliers du CVP, du CLAT et de la PASS, l'évaluation nutritionnelle systématique est significativement moins réalisée que pour les médecins généralistes ($p = 0.02$), les médecins de PMI ($p = 0.004$) et les médecins généralistes CADA ($p = 0.04$).

Il n'existe pas de différence significative d'attitude entre les groupes médecins généralistes, médecins généralistes CADA et médecins de PMI.

IV.4. f) Évaluez-vous l'état bucco-dentaire ?

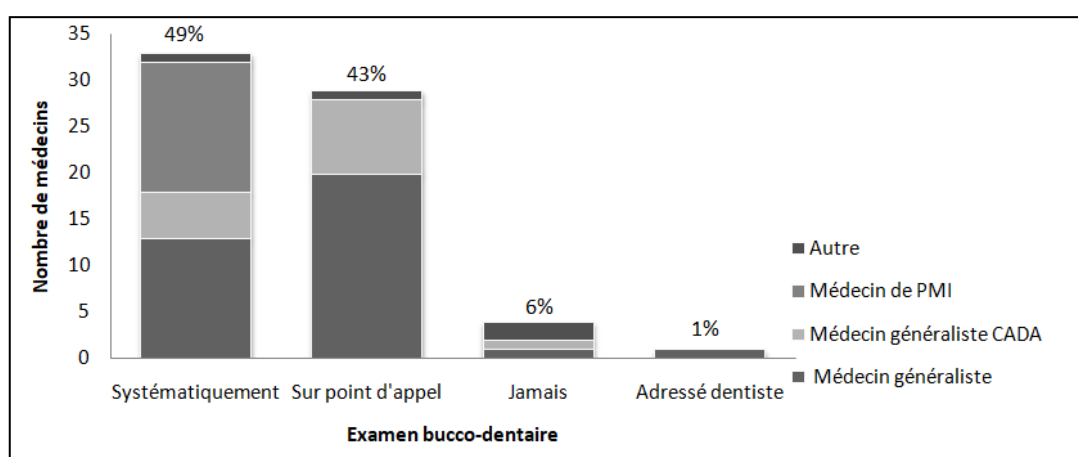


Figure 10: Evaluation de l'état bucco-dentaire

Un médecin généraliste CADA, un médecin généraliste, un du CVP et un du CLAT déclarent ne jamais évaluer l'état bucco-dentaire.

Dans l'item « autre » nous retrouvons: « *adressé dentiste* »

Les médecins de PMI de notre étude évaluent significativement plus l'état bucco-dentaire que les médecins généralistes ($p=0.00006$), que les médecins généralistes CADA (p -value : 0.0005) et que les médecins hospitaliers ($p=0.0049$).

IV.4. g) Dépistages visuels et auditifs

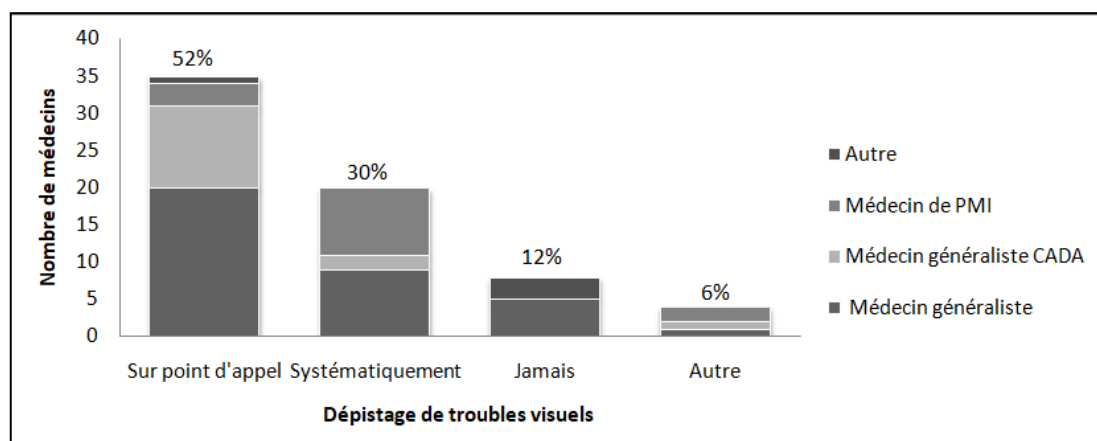


Figure 11: Dépistage visuel

Le dépistage systématique n'est effectué que par un tiers des médecins de notre étude. 8 médecins déclarent ne jamais le faire, il s'agit d'un médecin de la PASS, un du CVP, un du CLAT et de 5 médecins généralistes.

Certains médecins déclarent effectuer ce dépistage en fonction de l'âge, d'autres orienter vers un ophtalmologue en cas de doute (tableau 6).

Les médecins de PMI dépistent systématiquement les troubles visuels, significativement plus que les autres médecins de notre étude ($p=0.0029$)

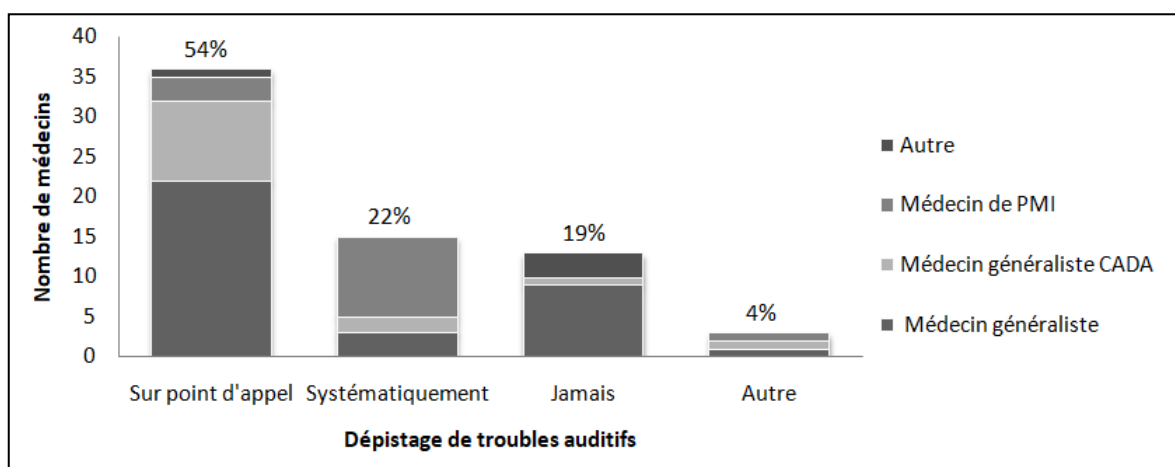


Figure 12: Dépistage auditif

Une grande proportion des médecins de notre étude effectue un dépistage auditif, soit systématiquement, soit sur point d'appel.

Cependant 13 médecins déclarent ne jamais le faire, il s'agit de 9 médecins généralistes, d'un médecin généraliste CADA, d'un médecin du CVP, un de la PASS et un du CLAT.

Parmi les 14 médecins de PMI 10 déclarent le faire systématiquement.

Certains médecins effectuent ce dépistage en fonction de l'âge ou adressent à l'ORL (tableau 7).

Les médecins de PMI réalisent systématiquement un dépistage auditif, significativement plus que les autres médecins de notre étude. (Comparaison aux médecins généraliste $p=0.0039$, aux médecins généralistes CADA $p=0.0063$ et aux médecins du groupe autre $p=0.028$)

IV.4. h) Bilan sanguin

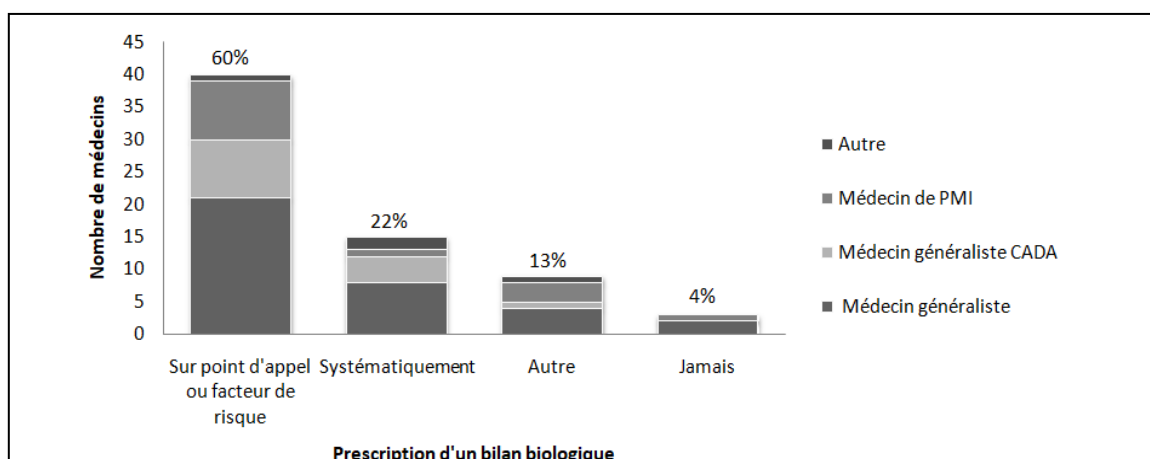


Figure 13: Prescription d'un bilan biologique

La majorité des médecins déclare prescrire un bilan sur point d'appel ou facteur de risque. Le dépistage systématique est effectué par un quart des médecins.

Certains médecins prescrivent le bilan s'il n'a pas déjà été fait : « *Si non fait avant (PASS, CVP)* », ou en lien avec la mise à jour vaccinale « *Sur point d'appel ou FDR ou si ATCD vaccination non connus (selon reco HAS)* », un autre oriente vers la PASS en absence de couverture maladie (Tableau 8).

4 % des médecins déclarent ne jamais prescrire de bilan, soit deux médecins généralistes et un médecin de PMI.

Les médecins du CVP et du CLAT font systématiquement ce bilan s'il n'a pas déjà été fait. Alors que le médecin de la PASS déclare ne pas faire de bilan systématique.

Parmi les médecins de PMI, 9 font systématiquement un bilan et 4 en fonction de la situation.

Il n'existe pas de différence significative en terme de prescription systématique de bilan entre les différentes catégories de médecins de notre étude.

Que comprend-il ?

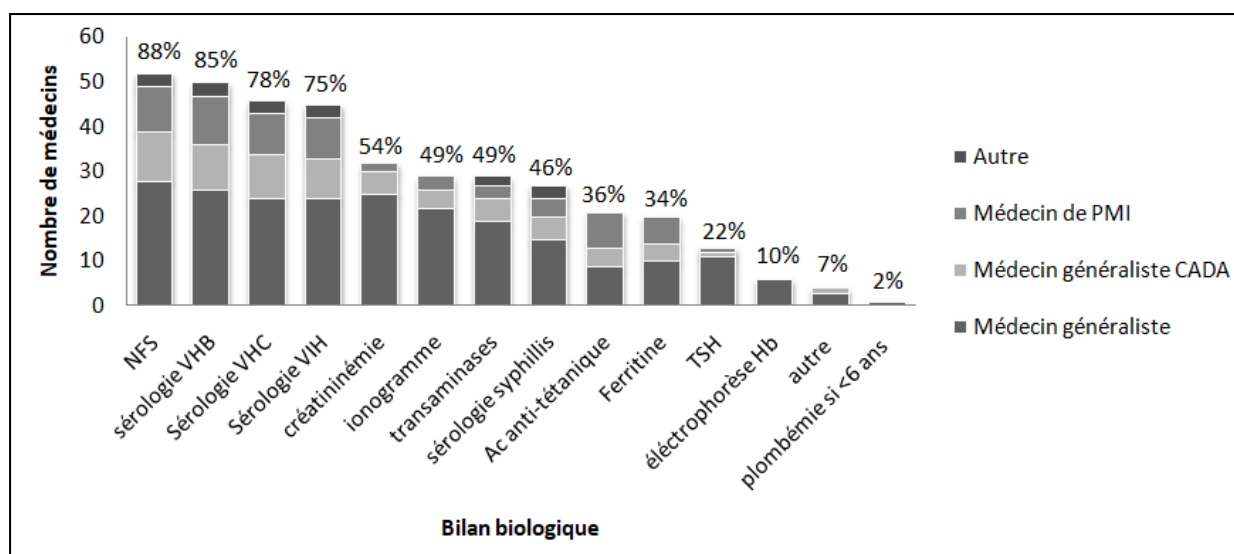


Figure 14: Bilan biologique Cette question était à choix multiple. 8 médecins n'ont pas répondu à la question, dont 3 médecins de PMI, 3 médecins généralistes et 2 médecins généralistes CADA, ils ont donc été exclus de l'analyse de cette question. Les pourcentages ont été calculés sur les 59 médecins restants.

La majorité des médecins ayant répondu à la question prescrivent une NFS ainsi que les sérologies VHB, VHC et VIH.

La prescription de créatininémie, ionogramme et transaminases se retrouve chez une moitié des médecins de notre échantillon, alors que la sérologie tétanique et l'électrophorèse de l'hémoglobine systématique est retrouvée chez un tiers des médecins. La réalisation d'une plombémie est plus anecdotique et n'est réalisée que par un médecin généraliste.

Les médecins de PMI ne prescrivent pas tous le même bilan, il en est de même pour les médecins généralistes CADA et les médecins généralistes. Il n'y a pas de différence statistiquement significative de prescription entre ces trois groupes.

Les médecins du CLAT réalisent tous le même bilan comportant une NFS, les sérologies des infections sexuellement transmissibles et les transaminases. Le médecin du CVP réalise uniquement un bilan IST, alors que le médecin de la PASS déclare ne faire qu'une NFS.

L'item « autre » rapporte des prescriptions supplémentaires en fonction du contexte. Comme la ferritine, l'électrophorèse de l'hémoglobine ou la glycémie, un médecin répond « ça dépend de ce que l'on cherche ». (Tableau 9)

Si vous ne prescrivez pas de bilan, y a-t-il une raison particulière ?

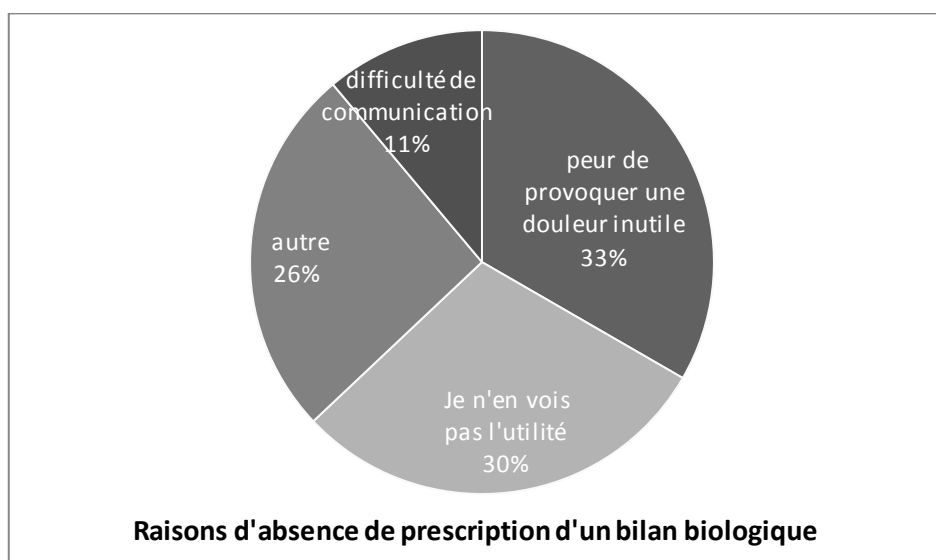


Figure 15: Causes d'absence de prescription de bilan biologique. 23 médecins ont répondu à cette question dont 13 médecins généralistes, 6 médecins de PMI, 3 médecins généralistes CADA et un médecin ayant une activité mixte PMI-libérale.

L'item « autre », laissé libre nous rapporte 7 réponses dont 5 provenant de médecins de PMI et deux de médecins généralistes. Elles sont en lien avec une absence de prise en charge financière ou une absence de besoin lors de la consultation, en cas de naissance en France ou de bilan déjà effectué (Tableau 10).

IV.4. i) Dépistage de la tuberculose

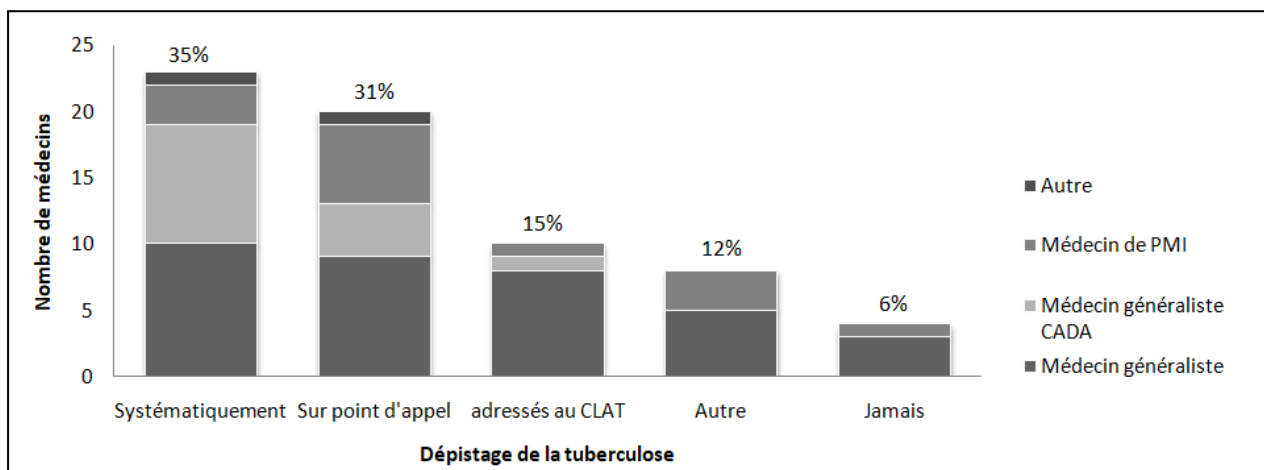


Figure 16: Dépistage de la tuberculose Pour cette question nous avons exclu les médecins du CLAT dont c'est le rôle principal. Nous avons inclus l'item autre « Je réponds autre car je les adresse quasi systématiquement au CLAT. Je ne comprends pas le "jamais" » dans « jamais, mais je les adresse au CLAT »

L'item « autre » laissé libre rapporte un dépistage déjà effectué, un dépistage pré-vaccinal ou un dépistage fait chez les parents en priorité ou une demande d'avis au CLAT (Tableau 11).

Ainsi, la majorité des médecins déclare dépister la tuberculose, soit systématiquement si provenance d'une zone à risque soit si contact ou point d'appel, il n'existe pas de différence significative d'attitude entre les différents groupes.

IV.4. j) Recherchez-vous une parasitose ?

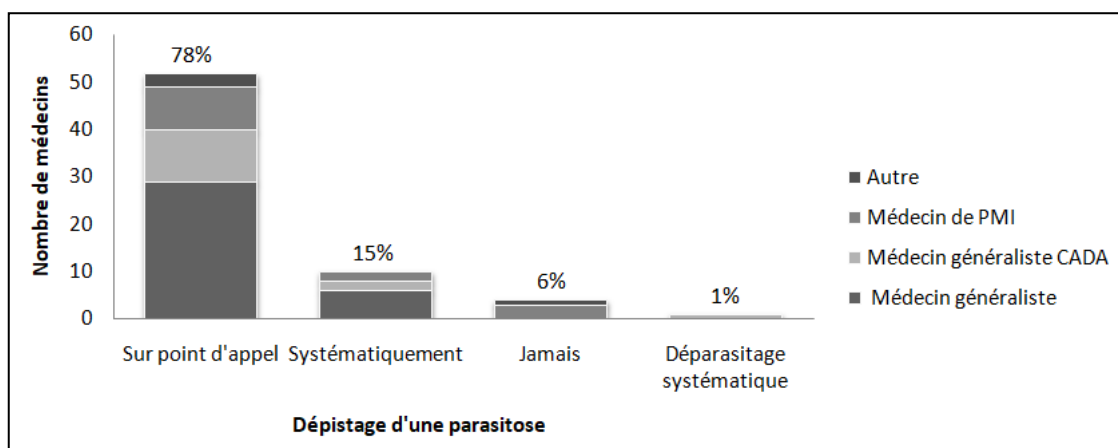


Figure 17: Dépistage de parasitose

La grande majorité des médecins dépiste une parasitose si présence d'un point d'appel.

Trois médecins de PMI et un médecin du CVP déclarent ne jamais faire ce dépistage.

Il n'existe pas de différence significative d'attitude entre les différents groupes de médecins de notre étude.

IV.4. k) Recherchez-vous des troubles psychiques chez l'enfant ou les parents ?

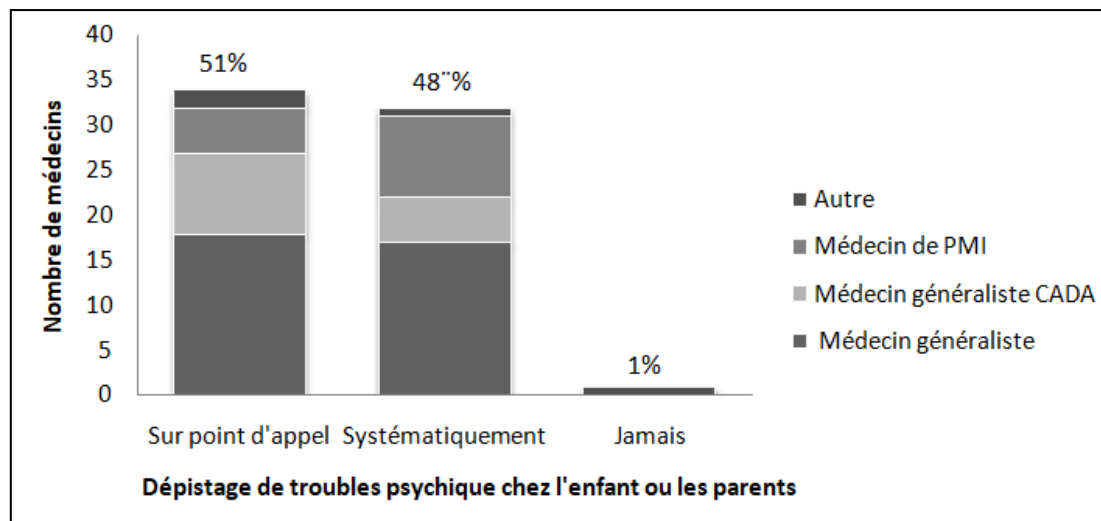


Figure 18: Dépistage des troubles psychiques

La grande majorité des médecins de notre étude déclare rechercher des troubles psychiques chez les enfants ou leurs parents, soit systématiquement, soit sur point d'appel. Seul le médecin du CVP déclare ne jamais le faire.

IV.4. l) Avez-vous des remarques concernant cette consultation ?

22 médecins ont répondu, soit 8 médecins généralistes, 7 médecins généralistes CADA, 6 médecins de PMI et un médecin ayant un exercice mixte PMI/ médecine générale.

Dans cette question, laissée libre :

- 10 médecins font référence à la barrière de la langue ou culturelle,
- 6 rapportent la longueur ou la difficulté de la consultation,
- 3 déclarent être très rarement confrontés à ce type de consultation et très peu formés,
- 6 font état d'un manque de coordination entre les différents acteurs de santé (Tableau 12).

Les médecins de PMI font essentiellement référence à la barrière de la langue et à la coordination des soins alors que les généralistes rapportent en plus la longueur de la consultation.

Un médecin de PMI nous raconte la prise en charge des enfants qu'il/elle reçoit en consultation :

« Il y a un hôtel qui accueille les populations migrantes hors CADA (115) là où je travaille. Les parents viennent d'eux même à la PMI. Ils bénéficient d'un accueil et d'un bilan initial par la puéricultrice puis d'une consultation. Je crée un carnet de santé en notant les vaccinations du pays d'origine le cas échéant et je mets à jour les vaccinations. Je donne de la vitamine D de façon systématique aux enfants et aux mères. Si nécessaire je prescris un bilan mais c'est relativement rare car les enfants sont soit très jeunes et nés en France, soit ils sont passés par d'autres villes de France et le bilan a été fait. Les prescriptions de prises de sang sont souvent problématiques car ils n'ont souvent pas de document certifiant leur prise en charge et les labos demandent des avances de frais impossibles pour eux »

IV.4. m) Synthèse

	Médecin généraliste	Médecin généraliste CADA	PMI	Autre	TOTAL
Effectif	35	14	14	4	67
Mise à jour vaccinale, avis ou orientation	35 (100%)	14 (100%)	14 (100%)	4 (100%)	67 (100%)
Evaluation nutritionnelle	30 (86%)	12 (86%)	14 (100%)	1 (25%)	57 (85%)
Tuberculose : Dépistage, ou adressage ou déjà fait	22 (63%)	10 (71%)	7 (50%)	3 (75%)	42 (63%)
Evaluation bucco-dentaire	14 (40%)	5 (36%)	14 (100%)	1 (25%)	34 (51%)
Dépistage des troubles psychiques	17 (49%)	5 (36%)	9 (64%)	1 (25%)	32 (48%)
Bilan sanguin	12 (34%)	4 (29%)	3 (21%)	3 (75%)	22 (33%)
Dépistage visuel	9 (26%)	2 (14%)	9 (64%)	0 (0%)	20 (30%)
Dépistage auditif	3 (9%)	2 (14%)	10 (71%)	0 (0%)	15 (22%)
Dépistage ou traitement d'une parasitose	6 (17%)	3 (21%)	2 (14%)	0 (0%)	11 (16%)
Utilisation d'un interprète	2 (6%)	2 (14%)	0 (0%)	4 (100%)	9 (12%)

Tableau1: Proportion de médecins effectuant une prise en charge systématique dans les différentes questions de notre étude. Seules les réponses « systématiquement » ou selon avis ont été retenues, les réponses « sur point d'appel » ont été exclues .La catégorie autre comprend 1 médecin de la PASS, 1 du CVP et 2 du CLAT.

Il n'existe pas de différence significative en termes de réalisation systématique des différents dépistages entre les médecins généralistes et les médecins généralistes CADA.

Les médecins de PMI réalisent significativement plus les dépistages visuels ($p=0.0029$), auditifs ($p=0.0006$) et bucco-dentaires ($p=0.00002$) que le reste des médecins de notre étude.

Les médecins de la PASS, du CVP et du CLAT ont significativement plus systématique recours à un interprète que les autres médecins de notre étude ($p=0.00009$).

IV.5. Ressentis et pistes d'amélioration

IV.5. a) Aisance vis-à-vis de la prise en charge des enfants migrants primo-arrivants

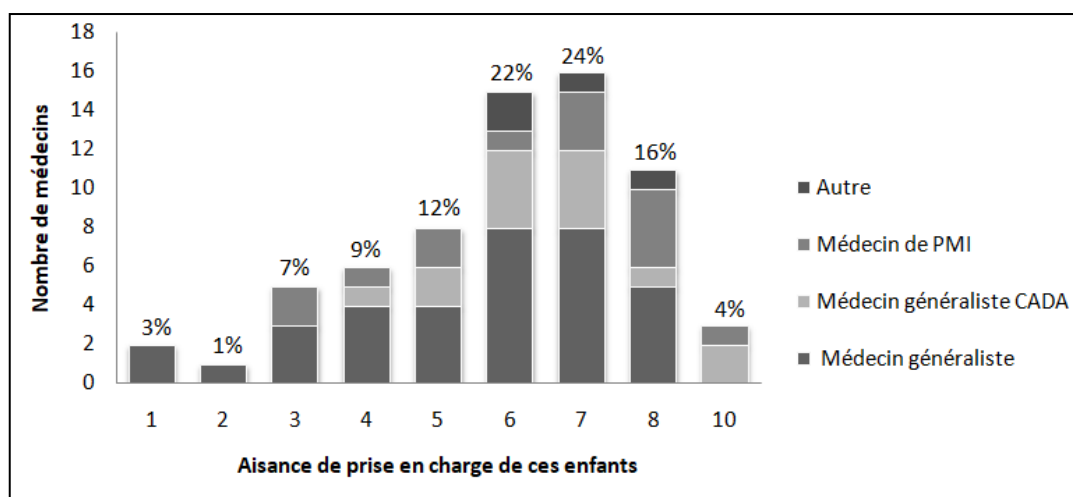


Figure 19: Aisance de prise en charge de ces enfants.
Pour cette question nous avons utilisé une échelle analogique de 0 à 10.

La moyenne d'aisance, sur 10 pour l'ensemble des médecins est à 6/10, elle est de 6.7 pour les médecins généralistes CADA, 6.4 pour les médecins de PMI, 5.5 pour les médecins généralistes, 6 pour le médecin de la PASS, 7 pour le CVP et les médecins du CLAT.

Il n'existe pas de différence significative d'aisance entre les différents groupes de médecins.

Concernant les causes des difficultés de prise en charges, il s'agit d'une réponse libre (tableau 13). 23 médecins ont répondu, soit 13 médecins généralistes, 7 médecins de PMI et 3 médecins généralistes CADA :

- La barrière de la langue est énoncée par 13 médecins.
- Le manque d'habitude, de connaissance ou de protocole est rapporté par 6 médecins dont 5 médecins généralistes et un médecin de PMI.
- 4 médecins évoquent des difficultés liées aux conditions de vie ou à l'absence de sécurité sociale.
- 4 médecins font état d'un manque de coordination et d'information sur la prise en charge effectuée.
- La difficulté de prise en charge psychique et de l'évocation du vécu des patients est décrite par 4 médecins.

IV.5. b) Formation spécifique

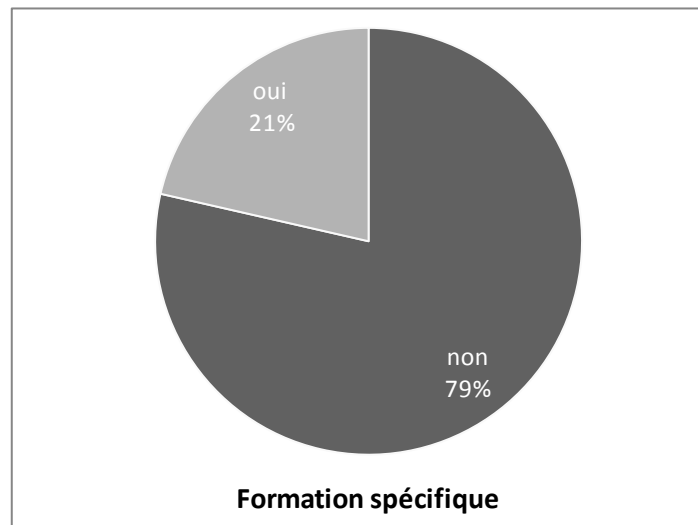


Figure 20: Avez-vous reçu une formation spécifique ?

79% des médecins de notre étude déclarent n'avoir reçu aucune formation spécifique. Cette proportion est la même pour les médecins généralistes et pour les médecins généraliste CADA, elle est à 71% pour les médecins de PMI. Les autres médecins : de la PASS, du CVP et du CLAT déclarent n'avoir reçu aucune formation spécifique.

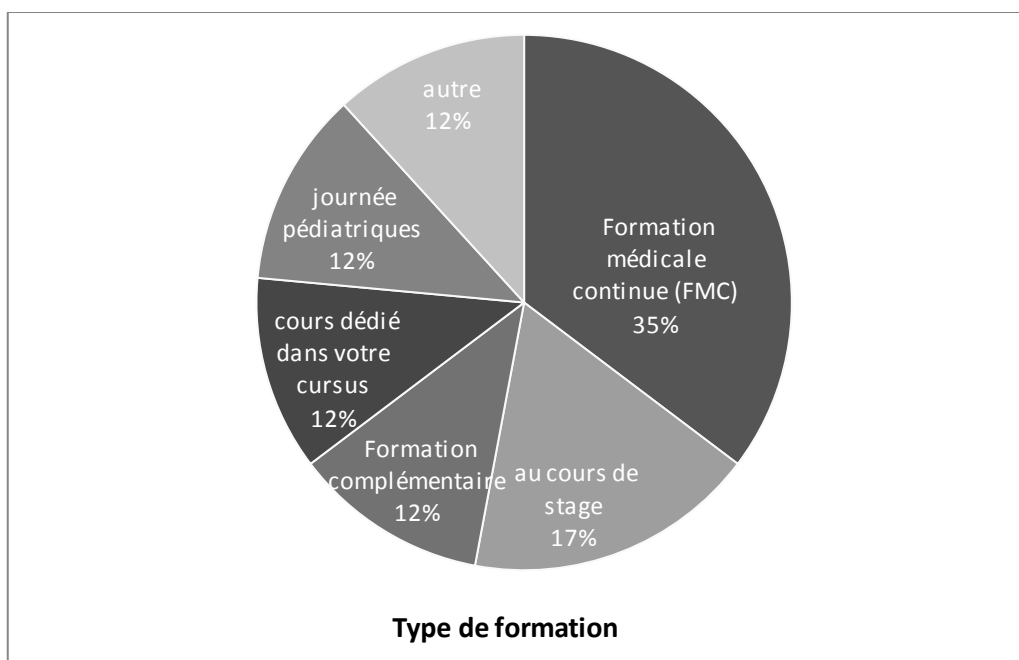


Figure 21: Type de formation reçue. 14 médecins ont répondu à cette question, 4 médecins de PMI, 7 généralistes et 3 généralistes CADA.

IV.5. c) Connaissance du document du centre fédératif dépistage et prévention établi à l'attention des médecins généralistes(53).

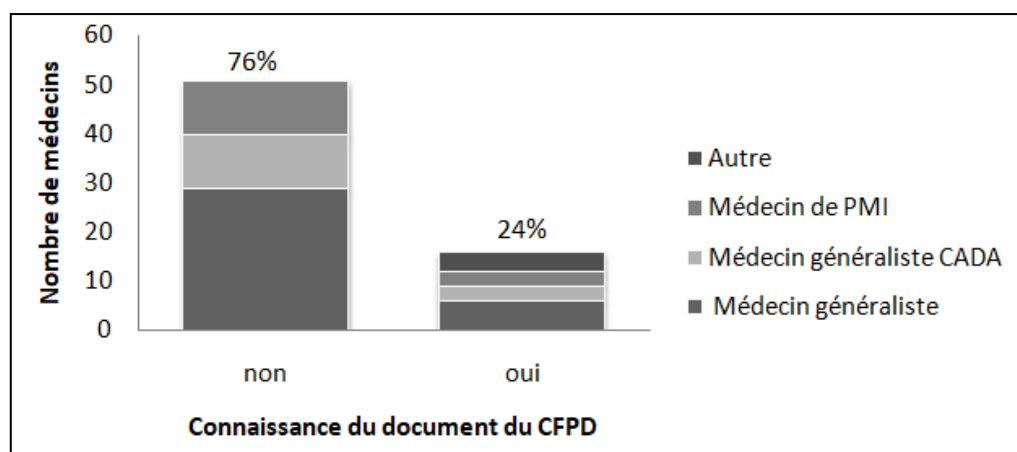


Figure 22: Connaissance du document du CFPD

Les médecins du CLAT, du CVP et de la PASS ont tous connaissance de ce document alors que seuls 21% des médecins généralistes CADA et des médecins de PMI et 17% des médecins généralistes en ont connaissance.

Les médecins le souhaitant nous ont communiqué leur mail afin que nous leurs envoyions ce document. Nous avons reçu 50 demandes.

IV.5. d) Aisance avec la mise à jour vaccinale

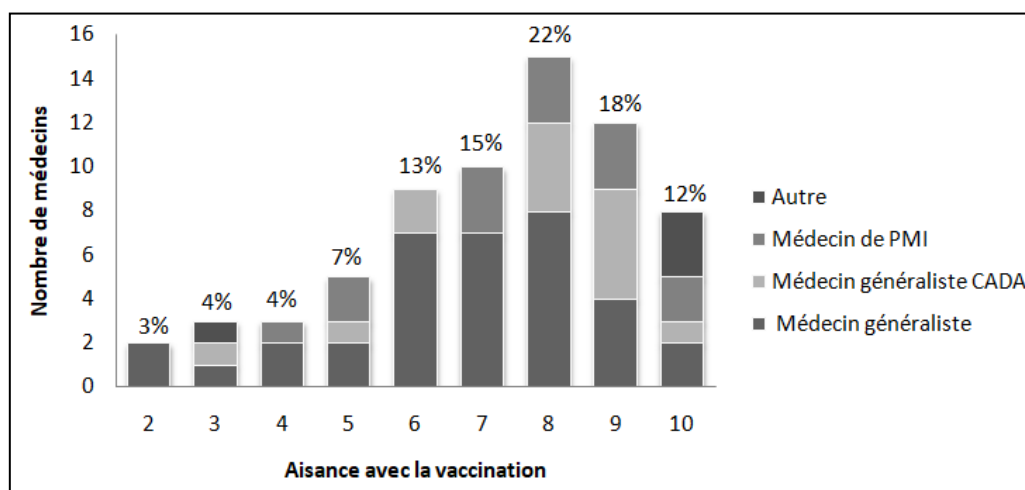


Figure 23: Aisance avec la vaccination.

Nous avons évalué l'aisance avec la mise à jour vaccinale à l'aide d'une échelle de 0 à 10.

La moyenne des médecins de notre étude est de 7/10.

Celle des médecins du CLAT et du CVP est à 10, celle du médecin de la PASS à 3.

La moyenne d'aisance est à 7,6 pour les médecins généralistes CADA et ceux de PMI et 7 pour les médecins généralistes.

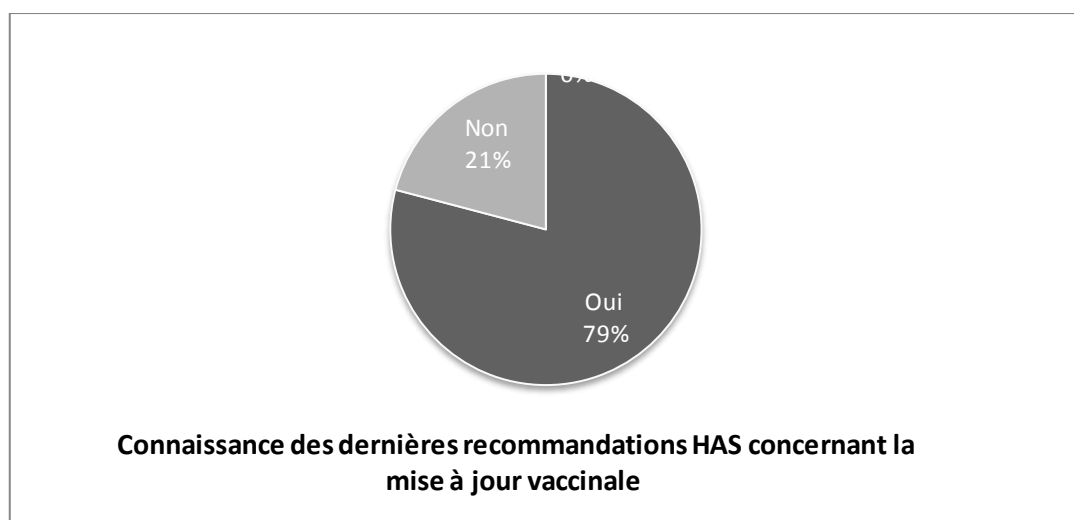


Figure 24: Connaissance des recommandations HAS 2018

La majorité des médecins de notre étude a connaissance des dernières recommandations de l'HAS. Cette proportion est la même dans les différents groupes de médecins.

IV.5. e) Interprétariat

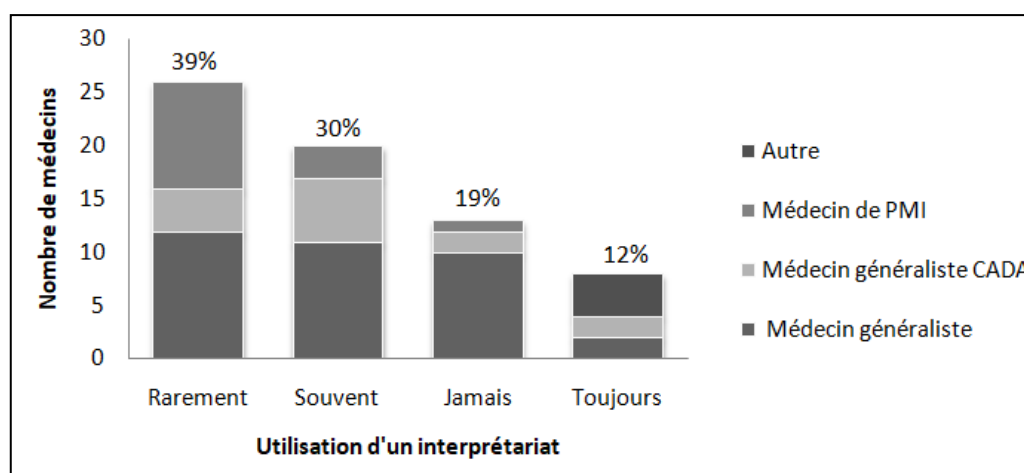


Figure 25: Utilisation d'un interprétariat en cas de patient non francophone

La majorité des médecins de notre étude n'utilise que rarement, voire jamais d'interprétariat, soit 58% des médecins.

Tous les médecins du CLAT, de la PASS et du CVP déclarent toujours utiliser un interprétariat alors qu'aucun des médecins de PMI et seuls 2 généralistes et 2 médecins CADA sont dans ce cas.

L'utilisation d'un interprétariat « souvent » est déclarée par 21% des médecins de PMI, 32% des médecins généralistes et 43% des médecins généralistes CADA.

Le recours « rarement » à interprète est retrouvé chez la majorité des médecins de PMI (71%), 32% des médecins généralistes et 29% des médecins généralistes CADA.

Enfin un tiers (29%) des médecins généralistes déclare ne jamais utiliser d'interprétariat, 14% des généralistes CADA et 7% des médecins de PMI.

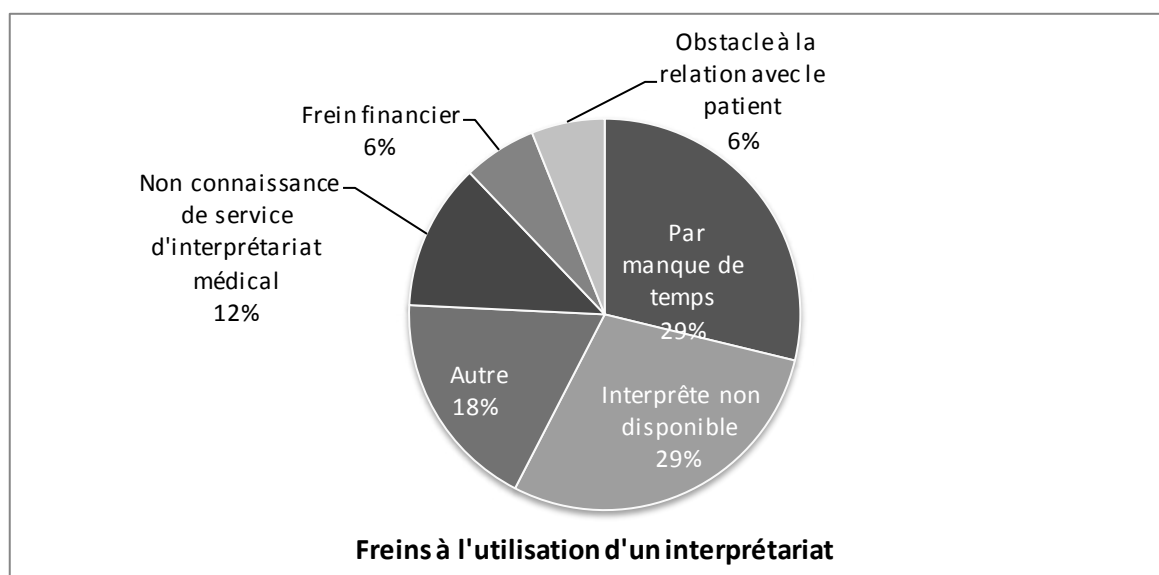


Figure 26: Freins à l'utilisation d'un interprétariat. Il s'agit d'une question à choix multiple. 47 médecins ont répondu à cette question. Les médecins du CLAT, de la PASS et du CVP n'ont pas répondu.

Comme principaux freins nous retrouvons le manque de temps et l'indisponibilité de l'interprète. L'item « autre » rapporte des difficultés d'organisation notamment par manque d'anticipation ou absentéisme, l'utilisation d'autres alternatives comme un tiers accompagnant, une langue tierce ou des outils numériques. Un médecin rapporte le refus des patients (tableau 14).

En cas d'utilisation d'un interprète nous avons demandé quel type d'interprétariat les médecins privilégiaient.

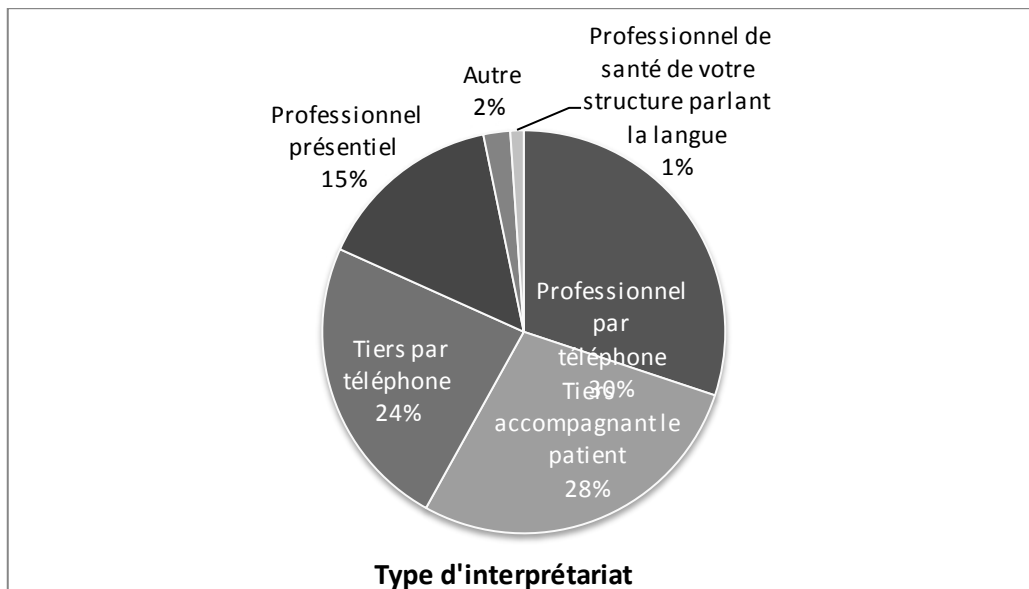


Figure 27: Type d'interprétariat privilégié. Cette question est à choix multiple, 52 médecins ont répondu.

Dans l'item « autre » les réponses sont en lien avec un tiers accompagnant : « *Souvent famille (mère)* » ; « *Interprètes du quartier que je connais* »

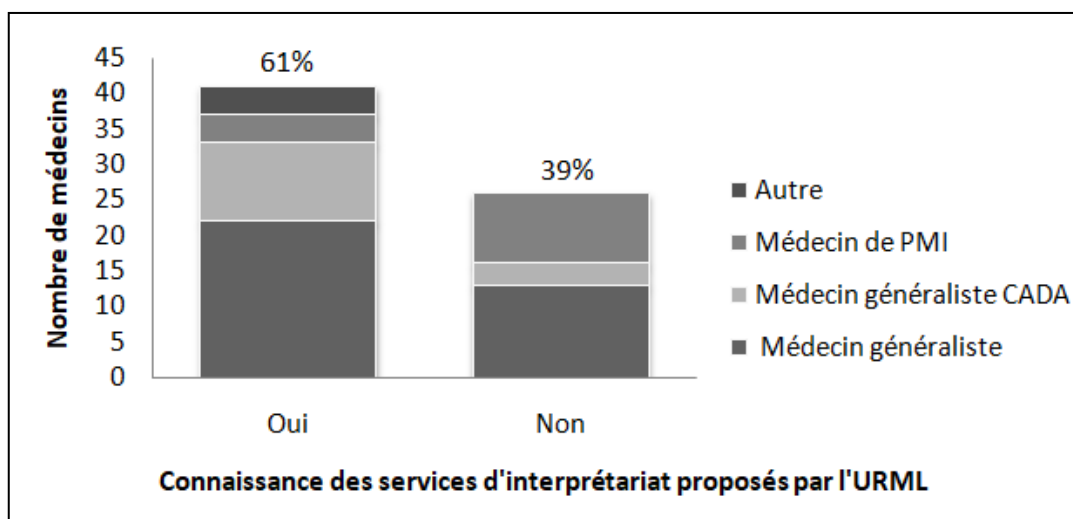


Figure 28: Connaissance des services d'interprétariat proposés par l'URML

Enfin, 61% des médecins de notre étude connaissent le service d'interprétariat proposé aux médecins généralistes par l'URML. Les médecins de la PASS, du CVP et du CLAT le connaissent tous. Les médecins de PMI sont ceux qui en ont moins connaissance puisque seuls 29% des médecins de PMI déclarent connaître ce service.

IV.5. f) Orientation en fin de consultation

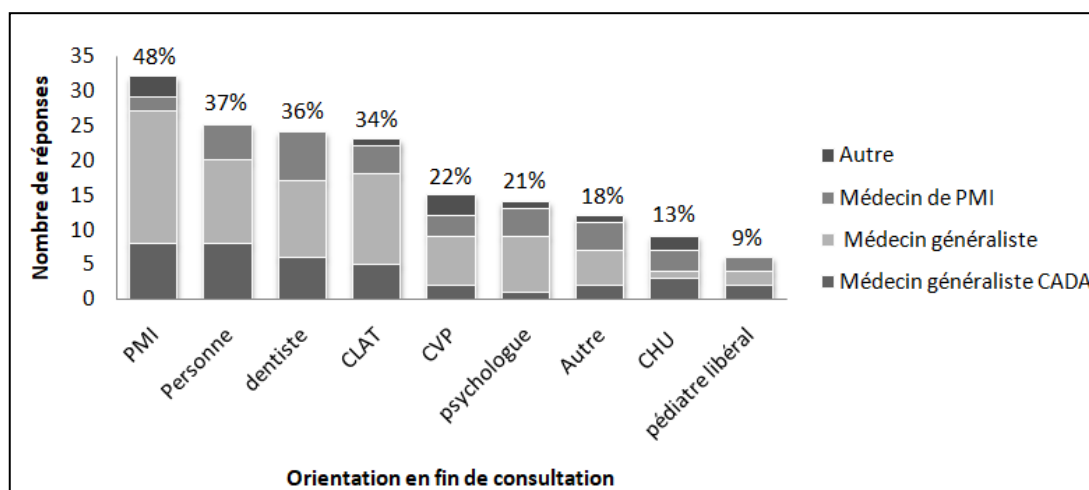


Figure 29: Orientation en fin de consultation. Les pourcentages sont calculés sur les 67 médecins ayant répondu à la question, les choix étaient multiples.

Les médecins disent adresser souvent en PMI ou faire le suivi eux même. Ils sont également nombreux à adresser chez le dentiste et au CLAT.

Dans l’item « autre », le médecin du CVP dit adresser vers les médecins généralistes. Les autres médecins déclarent que les orientations varient en fonction des besoins et de la situation (tableau 15)

IV.5. g) Pistes d’amélioration

La dernière question de notre étude est ouverte afin d’explorer les pistes d’améliorations proposées par les médecins. 37 médecins ont répondu à cette question (tableau 16).

11 médecins proposent d’améliorer la coordination des soins avec notamment :

- La centralisation vers une consultation spécifique (4 médecins)
- Dossier médical commun, carnet de santé (3 médecins)
- Parcours de soins spécifique (2 médecins)
- Partenariat avec les structures accueillantes (1 médecin)

L’amélioration de la formation et de la communication à ce sujet est suggérée par 9 médecins.

8 médecins évoquent l’amélioration de la prise en charge sociale de ces patients avec une réduction des délais d’obtention des droits et un travail en partenariat avec les structures d’accueil.

6 médecins proposent la création et diffusion d'un protocole de prise en charge standardisée.

Pour 5 médecins, le développement de l'interprétariat est une piste.

Une orientation systématique en PMI permettrait d'améliorer la prise en charge selon 4 médecins.

Une meilleure prise en charge psychologique est évoquée par 2 d'entre eux.

Un médecin aimerait avoir plus de temps.

V. Discussion

V.1. Résultat principal

Notre étude a permis de faire un état des lieux des prises en charge des enfants migrants primo-arrivants à Nantes par les médecins de premier recours. Chaque médecin réalise une prise en charge différente en fonction de sa spécificité mais aucun ne parvient à réaliser l'ensemble des dépistages théoriquement recommandés, du fait de difficultés de terrain et/ou de manque de connaissance sur le sujet. Il n'existe pas de différence d'attitude entre les médecins généralistes ciblés, travaillant avec les CADA et les médecins généralistes tout venant. Les dépistages visuels et auditifs sont réalisés de façon plus systématique en PMI qu'ailleurs. Alors que l'utilisation d'un interprétariat est plus systématique dans les structures hospitalières telles que le CVP, la PASS et le CLAT. La mise à jour vaccinale est réalisée par l'ensemble des médecins de notre étude.

V.2. Forces et faiblesses de l'étude

V.2. a) Les forces

La population

La population des médecins de notre étude est diverse, elle est composée non seulement de médecins généralistes, mais aussi de médecins de PMI et de médecins hospitaliers, ce qui nous a permis d'avoir un aperçu plus réaliste des prises en charge de ces enfants et de les comparer.

Le sujet

Il s'agit d'un sujet actuel, peu étudié jusqu'à présent et qui fait peu l'objet de formation auprès des médecins généralistes et de PMI. C'est un sujet face auquel les médecins risquent d'être de plus en plus confrontés. Le fait d'avoir diffusé un questionnaire aux médecins généralistes a pu éveiller la curiosité de certains. Le questionnaire a été bien accepté. Grand nombre d'entre eux a été demandeur d'un protocole, nous avons ainsi pu diffuser le protocole du CFPD destiné aux médecins généralistes.

V.2. b) Les limites

Biais de sélection

Afin de cibler le parcours de soin et les médecins concernés par cette problématique, nous avons débuté par une étape préliminaire en interrogeant les CADA. Ce choix ne nous permettait pas de cibler l'ensemble des enfants migrants mais uniquement ceux bénéficiant d'un logement stable et d'un accompagnement social, ce qui peut constituer un biais de sélection. Néanmoins, nous avons tenté de limiter ce biais en interrogeant également les structures hospitalières et d'autres médecins généralistes tout venant.

Une étude basée sur le volontariat est toujours soumise à un biais de sélection puisque seuls les médecins motivés par cette problématique auront pris le temps de répondre. Le fait d'avoir diffusé le questionnaire secondairement sur le groupe Facebook des médecins remplaçants constitue également un biais de sélection et cible une population plus jeune de médecins.

Nombre de réponses

Nous avons obtenu très peu de réponses, ce qui peut s'expliquer par le mode de recrutement, nous avons en effet contacté initialement peu de médecins généralistes en voulant cibler notre population. Puis ce questionnaire a été diffusé plus largement. La période n'était pas très propice, le conseil de l'ordre et l'URML ne pouvaient pas diffuser le questionnaire. Le peu de réponse pourrait aussi s'expliquer par la faible fréquence de ces consultations en médecine générale (Figure 2).

Biais d'information

L'utilisation d'un questionnaire auto-administré a pu conduire à un biais d'information puisque les choix multiples ont pu induire des réponses auxquelles les médecins n'auraient pas pensé spontanément.

De plus, le format en ligne (et non en présentiel) ne nous permettait pas de nous assurer que tous les médecins aient bien lu et compris le préambule explicitant notre population cible. Des confusions semblent avoir existé entre patients migrants et enfants migrants spécifiquement; et entre enfants migrants primo arrivants et enfants nés en France d'une mère venant d'arriver.

V.3. Hypothèses et comparaison aux données de la littérature

V.3. a) Dépistage clinique

Parmi les médecins généralistes la majorité ne fait pas systématiquement de dépistage auditif ou visuel chez ces enfants alors qu'il est plus fait en PMI, ce qui peut être expliqué par la difficulté à réaliser ces dépistages chez des enfants non francophones, mais aussi par le temps et le matériel nécessaires. Nous n'avons pas trouvé d'études similaires dans la littérature, concernant la prise en charge des enfants migrants par les médecins généralistes en France.

V.3. b) Bilan biologique

La réalisation d'un bilan biologique de dépistage ne semble pas systématique chez tous les médecins généralistes, de la PASS ou ceux de PMI. Certains médecins de notre étude déclarent adapter leurs prescriptions à la situation clinique, ce qui ne rentre plus dans le cadre du dépistage. L'absence de consensus et de recommandations claires concernant cette population d'enfants peut expliquer nos résultats. Les médecins du CVP et du CLAT prescrivent quant à eux systématiquement un bilan biologique. Il s'agit de structures habituées à recevoir beaucoup de patients migrants et ayant des prises en charge plus codifiées. Néanmoins, leur bilan est sensiblement le même que pour les adultes et ne prend pas en compte les spécificités pédiatriques comme le risque de saturnisme(40).

Les données des consultations dédiées aux mineurs non accompagnés, aux consultations du COMEDE ou issues de dispositifs de suivi comme DROMIE en Gironde rapportent de nombreuses pathologies détectées, notamment infectieuses et montre l'intérêt d'un bilan de dépistage systématique, le plus précocement possible après l'arrivée en France(34), (54), (6).

Sur le plan européen, un bilan est obligatoire pour tous les enfants migrants en Autriche, en Islande et à Malte, il comporte un dépistage infectieux ainsi qu'un bilan ciblé aux besoins. Le dépistage des maladies infectieuses est obligatoire dans les pays de l'est de l'Europe, principalement pour les demandeurs d'asile. L'accès aux soins n'est pas systématique en Grèce, Espagne et au Portugal, il est volontaire dans les autres pays d'Europe(41).

V.3. c) Dépistage de la tuberculose

Le dépistage de la tuberculose chez les enfants migrants est systématique pour les 2/3 des médecins interrogés. Cette proportion nous paraît faible étant donné l'existence de recommandations claires et d'une structure identifiée. Cependant le tiers restant des

médecins interrogés réalise ce dépistage sur point d'appel. Nous n'avons pas trouvé d'étude concernant la prévalence du dépistage de la tuberculose chez les enfants migrants venant d'arriver en France. Ce dépistage est obligatoire dans la plupart des pays européens (41).

V.3. d) Vaccination

La mise à jour vaccinale est uniforme pour la plupart des médecins généralistes de notre étude. Les médecins du CLAT et de la PASS ne font pas la mise à jour vaccinale, mais ce n'est pas leur rôle, ils adressent systématiquement au CVP.

L'existence de recommandations claires, connues par la majorité des médecins de notre étude peut avoir un impact sur leurs réponses. Une étude parue en 2018 avant les nouvelles recommandations de l'HAS, montrait que l'attitude des médecins face à la vaccination des migrants primo-arrivants était hétérogène(55). Nous n'avons pas trouvé d'études récentes, parues depuis les nouvelles recommandations.

V.3. e) Troubles psychiques

La recherche de troubles psychiques est fréquente pour les médecins de notre étude, un seul déclare ne jamais le faire. Ces réponses nous étonnent étant donné les faibles ressources en soins psychiques soulevées par les médecins dans les réponses ouvertes. La question « dépistez-vous un trouble psychique chez l'enfant ou les parents ? » est très large, elle a peut-être induit une réponse surestimée. Nous aurions pu demander si les médecins savent repérer les signes de stress post traumatique ou de dépression chez les enfants et quelle est leur attitude en cas de dépistage positif. Les travailleurs sociaux des CADA ont tous soulevé la difficulté d'adresser les enfants en souffrance psychique vers une structure de soins adaptée.

La saturation, à Nantes, des structures de pédopsychiatrie peut expliquer cette difficulté une fois le dépistage effectué. Cependant la prise en charge psychique des patients migrants n'est pas une problématique nantaise, elle ressort dans la plupart des études concernant les demandeurs d'asile ou MNA (56)(25). La prise en charge psychique est d'autant plus compliquée dans ces populations qu'elle s'intègre dans une problématique transculturelle. Ainsi une consultation transculturelle et une approche d'ethnopsychanalyse comme celle décrite par M.R. MORO et effectuée à Avicenne, est une solution efficace mais lourde à

mettre en place (57). A Nantes le CHU propose une consultation ressource en clinique transculturelle mais non dédiée à la pédiatrie.

V.3. f) Interprétariat

La barrière de la langue est vécue comme une difficulté par la plupart des médecins de notre étude. Cette difficulté est soulevée par la majorité des études sur la prise en charge des migrants. (56). Or un interprétariat présentiel ou téléphonique est accessible aux médecins généralistes à Nantes par le biais de l'URML mais semble encore peu utilisé.

Le manque de temps et l'indisponibilité de l'interprète sont les deux freins principaux soulevés par les médecins de notre étude. Dans une thèse menée à Nantes et Angers sur l'utilisation des services d'interprétariat en 2018 , le principal frein à l'utilisation était la longueur de la consultation et le temps pour obtenir un interprète par téléphone, cependant les médecins étaient satisfaits de l'expérience et prêts à réutiliser ces services(58). Les médecins utilisaient principalement un interprétariat téléphonique, ce qui est aussi le cas de notre étude.

Les médecins de PMI sont ceux qui utilisent le moins d'interprètes. Ils ne dépendent pas des services proposés par l'URML, l'extension de ce service aux médecins de PMI pourrait permettre une amélioration de la prise en charge des enfants allophones consultant dans cette structure. En revanche dans les structures recevant plus de migrants comme le CVP, la PASS ou le CLAT, l'utilisation d'un interprète est systématique, possiblement par habitude, facilité d'organisation, ou temps plus important des consultations.

V.3. g) Place des pédiatres libéraux

Nous n'avons pas obtenu de réponses de pédiatre, qui déclarent ne pas être du premier recours et ne pas voir d'enfants migrants. Cette constatation questionne sur la place des pédiatres libéraux, alors que dans son article, le Dr GEHRI place les pédiatres libéraux, avec les médecins de famille, en Suisse, au centre de la prise en charge des enfants migrants (59)

V.4. Perspectives

V.4. a) Amélioration de la formation des médecins, diffusion d'un protocole

Certains médecins de notre étude suggèrent la création d'un protocole ou guide de consultation. Un protocole clair a récemment été émis par le HCSP concernant la prise en

charge des MNA, il serait intéressant de savoir si la prise en charge de ces derniers a été facilitée par ce protocole (10). A Nantes le document réalisé par le CFPD peut remplir ce rôle, il donne des indications concernant le dépistage infectieux et la mise à jour vaccinale chez les migrants à leur arrivée en France. Il est accessible aux professionnels du CHU de Nantes ainsi que, par un lien, sur le guide précarité de l'URML Pays de la Loire. Mais la majorité des médecins interrogés n'en avait pas connaissance. J'ai pu le diffuser à 50 médecins m'ayant donné leur mail. Une plus large diffusion pourrait-être envisageable puis une évaluation de son utilité et des modifications de pratique pourrait faire l'objet d'une nouvelle thèse.

Dans sa thèse, Emma Honyiglo questionne le vécu des médecins généraliste lors de la prise en charge de patients demandeurs d'asile. Les difficultés évoquées sont les même que celles des médecins de notre étude. Nous retrouvons des difficultés en lien avec le statut social ou juridique et l'accès aux soins. Il en est de même avec la barrière de la langue et la barrière culturelle. L'absence d'information et de formation sont également présents, notamment en ce qui concerne le parcours du demandeur d'asile (56). L'amélioration de la formation des médecins, comme mis en avant ci-dessus, serait donc un moyen d'aborder ces difficultés.

V.4. b) Amélioration de la coordination des soins

Dans leur parcours ces enfants peuvent aussi avoir bénéficié d'un bilan dans une autre ville française, voire dans un autre pays européen (41). Afin de limiter les multiples bilans ou vaccinations, la création d'un dossier médical unique à leur arrivée en Europe pourrait permettre une meilleure coordination.

En France, l'accès à un carnet de santé, par les médecins généralistes, pourrait permettre de pallier au manque de document de suivi, en effet les généralistes n'ont pas tous de carnet à leur disposition. Dans sa thèse, Saïd AROUL montre que les parents migrants ont une bonne appropriation du carnet de santé et l'apportent lors de consultations aux urgences. 98% des enfants de migrants consultant aux urgences avaient un carnet de santé et 95% des parents en voyaient l'utilité. Un carnet bilingue a été réalisé par le COMEDE en plusieurs langues mais il n'est pas adapté au suivi des enfants, il n'y a par exemple pas de courbes de croissance(60).

L' accès au médecin généraliste peut être retardé par les patients qui n'identifient pas forcément le rôle de ce dernier ; en effet M. Guegan et E. Rollier, dans leur thèse, montrent

que le rôle et les modalités de recours aux médecins généralistes sont mal connus des MNA(61). Cependant la population des MNA est bien différente des familles en terme de parcours et d'accès aux soins. Dans leur thèse M. Taffin et A. Boudet-Girard explorent le vécu des soins primaires par les demandeurs d'asile. Dans leur étude, les demandeurs d'asile logés en CADA ont facilement accès au médecin généraliste alors que les autres consultent plus vers les structures dédiées aux personnes vulnérables(62). Nous n'avons pas trouvé d'étude concernant les familles avec enfant mais une meilleure coordination entre les structures de soins comme la PASS et la PMI et les médecins généraliste pourrait permettre d'optimiser le parcours de soins des familles.

Concernant les MNA, plusieurs expériences de parcours de soins coordonnées avec un protocole de dépistage et de suivi ont été mis en place, comme le dispositif DROMIE en Gironde (54). A Angers, le « passeport santé » est un dispositif créé par le conseil départemental et l'ARS en 2015 pour une intégration scolaire et/ou professionnelle des mineurs non accompagnés. Il leur est remis à leur arrivée et détaille le parcours de soins de base à réaliser dans les trois mois(63).

V.4. c) Création d'une consultation unique pour les enfants migrants

L'OMS dans son guide de prise en charge des enfants migrants affirme qu'un accès à la santé dans une structure clairement identifiée avec accès à des interprètes et une coordination avec des spécialistes permettrait une prise en charge plus efficace à moindre coût (3). En Suède, la ville de Malmö a mis en place une consultation systématique à l'école, pour les enfants arrivant d'un autre pays. Cette consultation est effectuée par une infirmière avec un entretien structuré et un examen clinique superficiel comprenant un dépistage visuel, auditif, poids, taille, et état bucco-dentaire. Un recours à un médecin est demandé en cas de symptômes. L'état psychologique est exploré par des questions ouvertes. Les dépistages infectieux sont réalisés dans une autre unité(3).

Pour les migrants adultes, un rendez-vous santé migrant a été créé par une instruction le 8 juin 2018. Cette dernière préconise une prise en charge de tous les migrants dans les 4 mois après leur arrivée sur le territoire. Ce rendez-vous comprend une information sur les droits et le système de soins ainsi qu'une consultation médicale systématique incluant un examen clinique, la mise à jour vaccinale, le dépistage de la tuberculose et les sérologies VIH, VHB et VHC. Ce dispositif s'appuie sur les structures déjà existantes comme la PASS et la médecine

de ville avec les maisons pluri-professionnelles et centres de santé(64). En pratique, en l'absence de moyens supplémentaires des structures existantes, il est difficilement accessible à tous les migrants dans le délai de 4 mois.

A Rennes le centre médical Louis Guillou accueille les adultes et les enfants. En 2018 il a reçu 1018 patients, 35% de mineurs soit 9.5% de MNA, 26% de moins de 16 ans et 11.5% de moins de 6 ans. Il offre une prise en charge complète des migrants avec dépistages et MAJ vaccinale, mais l'augmentation des demandes questionne sur l'orientation vers le droit commun avec la place de la PMI ou une consultation spécifique dédiée au CHU(65).

A Grenoble, le département a mis en place une consultation dédiée aux enfants migrants primo-arrivants. Elle a essentiellement une vocation de mise à jour vaccinale et de prévention. Un bilan clinique complet est réalisé puis un suivi adapté. En revanche aucun bilan biologique n'est effectué, d'une part pour des raisons organisationnelles, d'autre part car l'adhésion des parents est parfois difficile à obtenir. Si un problème médical est décelé lors de ces consultations, l'enfant est adressé à la PASS pédiatrique qui peut orienter vers les spécialistes du CHU. Cette consultation reçoit les enfants de 0 à 18 ans n'ayant pas d'assurance maladie ou pas de lieu de vie stable. La majorité de la patientèle est issue de la population Roms, il y a également des familles venant de Syrie, du Caucase et d'Afrique. Une psychologue est présente sur place et assure le suivi des femmes essentiellement mais aussi des enfants de plus de 4 ans en cas de besoin. Les enfants sont orientés vers cette consultation grâce à un réseau de travailleurs sociaux de différentes associations grenobloises.

A Nantes, la PASS regroupe une prise en charge médicale, paramédicale psychologique et sociale, avec une étroite collaboration entre le centre de vaccination et le CLAT, permettant une coordination des soins efficace pour les patients migrants sans assurance maladie. En 2019, 309 mineurs ont consulté à la PASS, soit 13% de la file active mais leur prise en charge est moins codifiée que celle des adultes. De plus l'accès est exclusivement destiné aux patients sans assurance maladie alors que certains enfants ont des droits sans avoir un logement fixe et ne sont pas suivis par la PMI ni par un médecin généraliste.

La problématique d'accès aux soins a été soulevée par certains médecins de notre étude : créer une consultation unique sans conditions de ressources pourrait uniformiser la prise en charge.

L'état de santé de ces enfants est intrinsèquement lié à leur statut social, ainsi il paraît important d'associer la prise en charge sociale à cette consultation en améliorant le lien avec les structures d'accueil.

En prenant exemple sur le rendez-vous santé, créer une consultation obligatoire pour les enfants migrants à leur arrivée en France peut permettre d'améliorer leur prise en charge. Notamment en ce qui concerne les dépistages infectieux et pédiatriques spécifiques aux enfants migrants et la mise à jour vaccinale. Cette consultation pourrait se faire dans une structure facilement identifiable par les migrants et les lieux d'accueil, en lien avec une prise en charge sociale et psychologique si besoin. A l'issue de la consultation les familles pourront être orientées vers la médecine de ville, avec un carnet de santé, et bénéficier d'une prise en charge égale à celle des autres enfants français.

Cependant, comme pour le rendez-vous santé migrants des adultes, la création d'une nouvelle consultation nécessite une augmentation des moyens dédiés à la prise en charge des patients migrants.

VI. Conclusion

Les enfants migrants arrivant en France, accompagnés ou non sont de plus en plus nombreux, il s'agit d'une population particulièrement vulnérable. A ce jour il n'existe pas de recommandation française globale de la prise en charge des enfants à leur arrivée. A Nantes, en l'absence de structure spécifique recevant ces enfants, ils sont vus en médecine générale, en PMI, à la PASS, au centre de vaccination et au CLAT. Nous nous sommes intéressés à la prise en charge initiale des enfants migrants primo-arrivants par les médecins de premier recours à Nantes. L'objectif secondaire était d'explorer les difficultés liées à cette prise en charge et les pistes d'amélioration.

Notre étude montre qu'aucun médecin ne réalise l'intégralité du bilan de dépistage. Il n'existe pas de différence de prise en charge entre les médecins généraliste susceptibles de recevoir plus d'enfants migrants et les autres. Les dépistages cliniques sont plus systématiquement réalisés en PMI et en médecine générale alors que le recours à un interprète l'est plus pour les structures hospitalières. L'aisance de prise en charge de ces enfants était estimée à 6/10 par l'ensemble des médecins de notre étude. Les difficultés au cours des consultations sont en lien avec la barrière de la langue, la longueur et la complexité de ces consultations ainsi que l'absence d'habitude et de formation. La prise en charge est complexe notamment à cause d'un manque de coordination entre les acteurs de soins, et d'un manque de prise en charge psychologique et sociale. Pour la vaccination, l'existence de recommandations claires permet une prise en charge plus efficace.

La délivrance d'un carnet de santé éventuellement agrémenté d'une fiche spécifique concernant les dépistages précoces à réaliser peut permettre d'améliorer la coordination des soins.

La création et la diffusion d'un protocole de dépistage et de mise à jour vaccinale des enfants migrants primo-arrivants permettraient d'uniformiser le bilan, s'il est réalisé en médecine générale.

La création d'un parcours de soins spécifiques comprenant:

- La réalisation en premier lieu d'une consultation dédiée en lien avec une prise en charge sociale et psychologique.

- Puis une orientation vers la médecine de ville coordonnée avec un carnet de santé semblerait efficace.

Mais des moyens supplémentaires seraient nécessaires pour la création de cette consultation, les structures hospitalières et de ville étant déjà surchargées.

VII. Bibliographie

1. UNICEF. Uprooted: The Growing Crisis for Refugee and Migrant Children [Internet]. United Nations; 2016 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: http://www.un-ilibrary.org/children-and-youth/uprooted_6ce019a6-en
2. UNHCR. Cadre de protection des enfants [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=512de8842>
3. WHO Regional Office for Europe. Health of refugee and migrant children. 2018.
4. Eurostat - Data Explorer [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
5. OFPRA. Rapport d'activité 2019. p. 136.
6. COMEDE. Rapport d'activité et d'observation 2019. Hôpital de Bicêtre 78 rue du Général Leclerc 94270 Le Kremlin Bicêtre: Comité pour la santé des exilés; 2019 p. 114.
7. ISSOP Migration Working Group. ISSOP position statement on migrant child health. Child Care Health Dev. janv 2018;44(1):161-70.
8. La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) [Internet]. UNICEF France. 2015 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>
9. 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 [Internet]. 16 mai 2018 [cité 26 mars 2020];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5956827/>
10. HCSP (Haut Conseil de Santé Publique). Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés. 2019 p. 82.
11. 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. sept 2019;178(9):1449-67.
12. OIM (Organisation Internationale pour les Migrations). Qui est un migrant? [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>
13. OIM (Organisation Internationale pour les Migrations). Termes clés de la migration [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
14. OFPRA. Pays d'origine sûrs | OFPRA [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/pays-d-origine-surs>

15. J. GAEREMYNCK. Décision du 9 octobre 2015 fixant la liste des pays d'origine sûrs. Journal officiel de la république française, INTV1523930S oct 17, 2015.
16. UNHCR. PRINCIPES DIRECTEURS SUR LA PROTECTION INTERNATIONALE: Les demandes d'asile d'enfants dans le cadre de l'article 1A(2) et de l'article 1(F) de la Convention de 1951 et/ou son Protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés. 2009.
17. Fohlen C. Les enfants dans la demande d'asile. 2020;8.
18. Luong TL, Deutsch P, Prunier C. Les différents types de migrations et les missions du service médical de l'Ofii. :6.
19. OFRPA. L'asile | OFPRA [Internet]. Office français de protection des réfugiés et apatrides. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: <https://ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/l-asile>
20. Direction générale des étrangers en France. Le guide du demandeur d'asile en France [Internet]. 2015 p. 42. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/guide_du_demandeur_dasile_02.11.2015_0.pdf
21. GPTrop. Parcours des mineurs migrants [Internet]. 2018. Disponible sur: https://gpt.sfpediatrie.com/sites/sfpediatrie.com/files/documents/parcours_des_mineurs_migrants_nat_d_surmain_gptrop_2018_iii_28.pdf
22. KNUD LARSEN, A. HERMENT TALAT MIRAS, JOHN P. HUMPHREY. Convention de Genève. juill 28, 1951 p. 8.
23. COMEDE. Protection maladie selon le statut - Enfants-mineurs. In: Guide Comede 2015- Soins et accompagnement Migrants/étrangers en situation précaire. 2015. p. 289-98.
24. COMEDE. Protection sociale selon le statut - Mineurs isolés étrangers. In: Guide Comede 2015- Soins et accompagnement Migrants/étrangers en situation précaire. 2015. p. 158.
25. Mahaut B. La prise en charge en santé des mineurs non accompagnés à Montpellier en 2018 à travers l'expérience des acteurs de santé [docteur en médecine]. Montpellier; 2019.
26. Guyavarch E, Le Méner E, Vandentorren S. ENFAMS : enfants et familles sans logement personnel en Îles-de-France. [Internet]. Observatoire du samu social de Paris; 2014 oct [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_samu_social_pdf.pdf
27. Médecin du monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France. 2019.
28. EUROPEAN COMMISSION D-G for J and C. 10th European Forum on the rights of the child - the protection of children in migration [Internet]. 2017 p. 75. Disponible sur: http://ec.europa.eu/newsroom/document.cfm?doc_id=44074

29. Daviet O. Etre enfant de parents demandeurs d'asile. 2005;8.
30. Faye A. La santé des enfants étrangers, isolés ou non. 2020;2.
31. UNICEF. Traumatisés et angoissés : les effets dévastateurs de l'enfermement sur les enfants Vu sur: <https://www.unicef.fr/article/traumatismes-et-angoisses-les-effets-devastateurs-de-l-enfermement-sur-les-enfants>. 25 avr 2019; Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/traumatismes-et-angoisses-les-effets-devastateurs-de-l-enfermement-sur-les-enfants>
32. Martin L. La vulnérabilité psychologique des enfants de migrants: étude de la population d'un centre médico-psychologique infantile. 2015.
33. Wilson S. ECDC TECHNICAL DOCUMENT Infectious diseases of specific relevance to newly arrived migrants in the EU EEA [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Infectious-diseases-of-specific-relevance-to-newly-arrived-migrants-in-EU-EEA.pdf>
34. Faye P, de Pontual P, Pham DL-L, Sorge DF, Bergevin A, Husain M. Consultation mineur migrant.
35. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. [Internet]. LU: Publications Office; 2018 [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/154411>
36. HAS. fiche_synthese_ratrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf [Internet]. 2019 [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_ratrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf
37. COMEDE. Prévention et promotion de la santé - Bilan de santé. In: Guide Comede 2015- Soins et accompagnement Migrants/étrangers en situation précaire. 2015. p. 325-30.
38. Dépistage et prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/dépistage-et-prévention
39. Mornand P. Mise à jour des vaccins chez l'enfant primo-arrivant en France [Internet]. Réunion Groupe de Pédiatrie Tropicale; 2018 mars 28. Disponible sur: https://gpt.sfpediatrie.com/sites/sfpe.sfpediatrie.com/files/documents/ratrapage_vaccinal_enfant_migrant_mornand_p._gptrop_2018-03-28.pdf
40. HAS. Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic de la schistosomose (bilharziose). janv 2017;53.
41. Hjern A, Stubbe Østergaard L, Nørredam M-L. Health examinations of child migrants in Europe: screening or assessment of healthcare needs? BMJ Paediatr Open. févr 2019;3(1):e000411.
42. HCSP. Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2019 mai [cité

- 10 déc 2020]. Disponible sur:
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=731>
43. HCSP. Détermination d'un seuil de haute endémicité tuberculeuse [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2018 mai [cité 9 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=668>
 44. Children | TB in Specific Populations | TB | CDC [Internet]. 2020 [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/tb/topic/populations/tbinchildren/default.htm>
 45. Leblanc C. Quand évoquer une bilharziose chez l'enfant ? [Internet]. Actualités pour l'enfant voyageur; 2018 mars 28. Disponible sur: https://gpt.sfpediatrie.com/sites/sfce.sfpediatrie.com/files/documents/bilharziose_enfants_migrants_.leblanc_c._gptrop_2018_iii_28.pdf
 46. Migration Santé Alsace. Note d'opportunité pour un interprétariat médical et social professionnel [Internet]. 2009 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.migrationssante.org/wp-content/uploads/2016/03/Note_interpretariat_professionnel.pdf
 47. COMEDE. Interprétariat professionnel. In 2015. p. 16-9.
 48. Haute Autorité de santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. 2017;57.
 49. Information du patient [Internet]. code de santé publique, R.4127-35 mars 14, 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
 50. URML- pays de la Loire. Interprétariat en médecine libérale en Pays de la Loire, guide d'utilisation [Internet]. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://urml-paysdelaloire.org/ils4r5LPeWqai/uploads/2017/06/GUIDE-UTILISATION-INTERPRETARIAT.pdf>
 51. Interprétariat ISM. Interprétariat par téléphone - ISM Interprétariat [Internet]. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://ism-interpretariat.fr/interpretariat-par-telephone/>
 52. Actualités - Asamla [Internet]. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.asamla.fr/>
 53. Centre Fédératif Prévention Dépistage CN. PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS À LEUR ARRIVÉE EN FRANCE. 2020.
 54. Baudino P. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. 25 févr 2015;98.
 55. Vignier N. PRATIQUES DE RATRAPAGE VACCINAL DES MÉDECINS EXERÇANT EN FRANCE POUR LES PERSONNES MIGRANTES ARRIVANT SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS / CATCH-UP VACCINATION PRACTICES OF FRENCH PHYSICIANS FOR MIGRANTS ARRIVING IN FRANCE. :10.

56. Honyiglo E, Lançon V. Asile et parcours de soins: une relation chaotique ? et si les médecins nous en parlaient : étude qualitative auprès de médecins en région Auvergne-Rhône-Alpes. Université Claude Bernard (Lyon); 2018.
57. Moro MR. Comprendre et soigner. La consultation transculturelle : un dispositif métissé et cosmopolite [Internet]. Transculturel.eu. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: https://www.transculturel.eu/Comprendre-et-soigner-La-consultation-transculturelle-un-dispositif-metisse-et-cosmopolite_a85.html
58. Soumana Ali, Damiano M, Ducroz M, Albert F. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018. Angers, Nantes; 2018.
59. Gehri M, Heiniger S, Depallens S, Heller Y, Wagner N, Jäger F. Les enfants migrants au cabinet médical des pédiatres. Forum Méd Suisse. 12 déc 2017;17(50):1124-32.
60. Aroul S. Appropriation et utilisation du carnet de santé par les parents migrants [Internet]. Paris Est Créteil; 2018 [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: https://u-pec.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/33BUCRET_INST/1284359990004611
61. Coulange E. Vécu de la relation de soins des médecins traitants de « mineurs non accompagnés » en 2016. 2016.
62. Taffin M, Boudet-Girard A. Vécu des soins primaires par les demandeurs d'asile: représentations et attentes de la consultation avec le médecin généraliste. 2020;116.
63. CHU-ANGERS - Passeport santé : une prise en charge dédiée aux mineurs non accompagnés [Internet]. CHU-ANGERS. [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-angers.fr/le-chu-angers/espace-presse/communiqués-de-presse/communiqués-année-2019/passeport-santé-une-prise-en-charge-dédiée-aux-mineurs-non-accompagnés-83244.kjsp?RH=1548346601737>
64. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43755>
65. De Pracontal B. Prise en charge pédiatrique des enfants migrants : spécificités des Mineurs Non Accompagnés [Mémoire de Diplôme Universitaire de MEDECINE TROPICALE ET HUMANAIRE]. Université Rennes 1; 2018.

Annexes

Annexe 1 : Document prévention migrants



PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS À LEUR ARRIVÉE EN FRANCE

Document à destination des médecins généralistes
Réalisé par le Centre Fédératif Prévention Dépistage
Décembre 2020

CHU de Nantes



LA TUBERCULOSE (TB)

INDICATIONS DU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE LA TB CHEZ LES MIGRANTS

Qui ? Personnes originaires d'un pays de forte endémie tuberculeuse (incidence TB > 40/10⁵ hab.)*

- le **continent africain** dans son ensemble ;
- le **continent asiatique** dans son ensemble à l'exception du Japon, y compris les pays du Proche et Moyen-Orient à l'exception de Chypre, des Emirats Arabes Unis, d'Israël, de la Jordanie et d'Oman ;
- pays **d'Amérique centrale et du Sud** à l'exception de Antigua et Barbuda, Barbade, Bermudes, Ile Bonaire, Cuba et du Costa Rica, Curaçao, Jamaïque, Iles Vierges et Caïmans, Porto Rico ;
- pays **d'Europe centrale et de l'Est** à l'exception de la Grèce, de la Hongrie, de la Slovaquie, de la Slovénie et de la Tchéquie ; »

*Calendrier vaccinal 2020; Avis du HCSP 18/05/2018 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=668>

• Profil tuberculose par pays sur site OMS :

https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs.entity_type=%22country%22&lan=%22FR%22&iso2=%22AF%22

Quand faire le dépistage ?

- Dès l'arrivée en France (dans les 4 mois suivant l'arrivée en France)
- Rattrapage et suivi : dans les cinq ans suivant le départ de la zone à risque mais non recommandé après.

QUE DÉPISTE T-ON ?

LA TUBERCULOSE MALADIE (TM)

C'est la forme active de l'infection par le BK (Bacille de Koch). Elle peut toucher tous les organes, mais la **forme la plus courante et contagieuse est l'atteinte des voies respiratoires** (80% des cas de TM, par atteinte essentiellement des poumons, mais aussi des bronches et/ou du larynx).

- Interrogatoire + examen clinique + radio thorax de face systématiques
- Autres examens selon points d'appel (BK crachats...)

L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL)

L'ITL témoigne d'une exposition avec infection par le BK. Cette infection est toutefois contrôlée par la réponse immunitaire qui empêche la multiplication et la propagation du bacille. A ce stade, le patient est généralement asymptomatique et toujours **non contagieux**.

Le risque de passage de l'ITL à la maladie est d'environ :

- 10% chez l'adulte immunocompétent (soit 90% des cas qui ne développeront jamais de TM de leur vie)
- 30 à 50 % chez les enfants âgés de moins de 2 ans et les immunodéprimés.

Ce risque peut être diminué d'environ 70% par la prise d'un traitement antituberculeux prophylactique.

On la dépiste par l'intermédiaire de **tests indirects** qui explorent la réponse immunitaire à l'infection :

- **test cutané à la tuberculine par IDR** (mesure du diamètre transversal de l'induration à 48-72h)
- **test sanguin IGRA (*)** (Interferon Gamma Releasing Assay) (*Quantiferon®*, *T-SPOT TB®*) :

IGRA (*) : très spécifiques de l'infection tuberculeuse et n'interagissent pas avec la vaccination BCG. Remb. S.S à 60% et uniquement pour les enfants de moins de 15 ans. Dans les autres cas, si nécessaire et sur décision médicale spécialisée, ils peuvent être réalisés et pris en charge au CLAT.

INDICATIONS D'UNE CONSULTATION SPÉCIALISÉE AU CLAT

- **ATCD de tuberculose**, personnel ou entourage proche
- **Immunodépression** (pathologie ou thérapeutique)
- **Symptômes évocateurs de TB** (évolution depuis plusieurs semaines, parfois très discrets), tels que :

Signes généraux

- Altération de l'état général : asthénie, anorexie, amaigrissement
- Fièvre plus ou moins élevée
- Sueurs nocturnes abondantes, qui trempent les draps

Signes locaux

- Formes respiratoires
 - Toux prolongée, résistante aux antibiotiques habituels
 - NB : une radio de thorax est recommandée devant toute toux chronique (>1 mois)
 - Expectorations plus ou moins sales
 - Parfois : hémoptysies, dyspnée, douleurs thoraciques
- Formes extra-respiratoires
 - Les symptômes sont fonction de la localisation (adénopathies, douleurs vertébrales...)

- **Anomalies radiologiques évocatrices de tuberculose**

DÉPISTAGE DE LA TB CHEZ LES MIGRANTS PRIMO ARRIVANT DE PAYS DE FORTE ENDÉMIE (INCIDENCE DE LA TB > 40/10⁵) ET CONDUITES A TENIR SELON LES RESULTATS

Test (sert seulement au dépistage de l'ITL) = IDR ou IGRA; Test négatif = IDR < 5 mm ou IGRA négatif

Suivi clinico-radiologique : examen clinique + radio de thorax de face

EN CAS DE SUSPICION DE TB OU D'ATCD CONNU DE TB OU D'INFECTION TUBERCULEUSE, IL N'Y A PAS LIEU DE RÉALISER DE TEST PAR IDR OU IGRA				
	< 5 ans	5-9 ans	10-17 ans	≥ 18 ans
Modalités de dépistage <i>d'après les recommandations françaises (1)</i>	• Clinique • Test (IDR en première intention) • RP si test positif	• Clinique • Test • RP si test positif	• Clinique • RP • Test	• Clinique • RP • +/- Test : indication optionnelle. A proposer dans certains cas seulement (1) et si intention de mise en place d'un traitement préventif en cas d'ITL
Conduite à tenir selon les résultats <i>(propositions faites par CFPD44)</i>	Test négatif : stop suivi et vaccination BCG en l'absence d'ATCD de BCG (écrit ou cicatrice vaccinale)	Test négatif : stop suivi (les enfants ≥ 5 ans ne sont plus dans les indications prioritaires de vaccination)	RP normale : • Suivi clinico-radiologique annuel pendant les 2 ans suivant le départ de la zone de forte endémie • Si indication test : ❑ Test négatif : stop suivi ❑ IDR entre 5 et 9 mm : Suivi radio annuel pendant les 2 premières années de vie en France ❑ IDR ≥ 10mm ou IGRA + : avis CLAT	
	• IDR de 5 à 9 mm : <u>Vacciné</u> : stop suivi si RP normale <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : ❑ Si âge < 2 ans : Avis pédiatrique ❑ Si âge ≥ 2 ans : suivi clinico-radio à 1 et 2 ans • IDR de 10 mm à 14 mm <u>Vacciné</u> : ❑ Si âge < 2 ans : Avis pédiatrique ❑ Si âge ≥ 2 ans : suivi clinico-radio à 1 et 2 ans <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : avis pédiatrique pour tous • IDR ≥ 15 mm ou IGRA positif : RP et avis pédiatrique pour tous	• IDR de 5 à 9 mm : <u>Vacciné</u> : stop suivi si RP normale <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : suivi clinico-radio à 1 et 2 ans • IDR de 10 mm à 14 mm : <u>Vacciné</u> : suivi clinico-radio à 1 et 2 ans <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : avis CLAT • IDR ≥ 15 mm ou IGRA positif : avis CLAT		
CLINIQUE ET /OU RP évocatrice de TB : orientation vers le CLAT				

(1) d'après les Recommandation du HCSP mai 2019 : Infections tuberculeuses latentes – Détection, prise en charge et surveillance : Indication au dépistage de l'ITL pour les jeunes migrants de 18-39 ans ET Incidence TB dans le pays d'origine est > 100/10⁵, et le plus tôt possible après l'arrivée et pas après 5 ans de vie en France, ET uniquement dans les conditions suivantes (au choix): Immunodépression sous-jacente OU Vit avec enfants de – de 18 ans OU Travail dans collectivités d'enfants OU Travail en milieu de soins.

*Prévention et dépistage des maladies infectieuses dans la prise en charge des migrants à leur arrivée en France
Centre Fédératif Prévention Dépistage - CHU Nantes
Décembre 2020*

VACCINATIONS

Toutes les doses de vaccins reçues comptent indépendamment du délai écoulé depuis la dernière dose reçue dès lors que l'âge minimal, l'intervalle minimal entre les doses et la dose d'antigène recommandée pour l'âge ont été respectés.

	≤ 2 ans	3- 5 ans	6-10 ans	11-13 ans	14-15 ans	≥ 16 ans
Vaccination DTCP+/-Hib	Vaccin pentavalent (DTCaPHib) (M0)		Vaccin tétravalent (DTCaP) (M0)		Vaccin dTcaP (M0)	
	1 mois plus tard sérologie Tétanos (M1)					
	Conduite à tenir en fonction de la sérologie					
	• ≥ 1 UI/ml = réponse anamnétique → Pas de dose supplémentaire* • 0,1 à 1 UI/ml = schéma antérieur possiblement incomplet → Refaire une dose 6 mois plus tard (pour les personnes de 14 ans et plus, on complètera avec un dTP)* • < 0,1 UI/ml = n'a probablement jamais été vacciné → Refaire une dose à 2 mois et à 8-12 mois après la 1^{re} dose (pour les personnes de 14 ans et plus, on complètera avec un dTP)* <i>* puis prévoir la date du prochain rappel selon le calendrier vaccinal en vigueur</i>					
Pneumo	• De 2 à 11 mois : M0-M2-M11 • De 12 à 23 mois : M0-M2					
ROR	• 2 injections aux âges de 12 mois et 16 mois • Rattrapage : les personnes de plus d'un an, nées depuis 1980 doivent avoir reçu 2 doses de vaccin ROR, quels que soient les antécédents vis-à-vis des 3 maladies					
Méningite C	• 2 injections aux âges de 5 mois et 12 mois (intervalle minimum de 6 mois entre les 2 injections) • Rattrapage à partir de l'âge de 1 an et jusqu'à l'âge de 24 ans inclus : 1 seule injection					
Hépatite B	Faire une sérologie incluant les 3 marqueurs : Ac antiHBs, Ac antiHBc et Ag HBs					
	En même temps que la sérologie tétanos et que les sérologies VIH, hépatite C et syphilis					
	Si sérologie négative (= 3 marqueurs négatifs) :					
	Vaccination avec vaccins enfants : M0-M1-M6			Vaccination avec vaccins adultes : M0-M6		Vaccination avec vaccins adultes : M0-M1-M6
HPV				Vaccin nonavalent		
				• Entre 11 et 14 révolus : M0-M6 • Entre 15 et 19 révolus : M0-M2-M6 • HSH* jusqu'à 26 ans révolus : M0-M2-M6 <i>* HSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes</i>		

NB : Penser à réaliser une sérologie varicelle aux adolescents entre 12 et 40 ans ainsi qu'aux femmes en âge de procréer. En cas de sérologie négative (et en l'absence de contre-indication), proposer la vaccination.

Prévention et dépistage des maladies infectieuses dans la prise en charge des migrants à leur arrivée en France
 Centre Fédératif Prévention, Dépistage - CHU Nantes
 Décembre 2020

BILANS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES

1- DÉPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

LES SÉROLOGIES (à réaliser en même temps que la sérologie tétanos)

- VHB : Anticorps (Ac) antiHBs, Ac antiHBc, Antigène (Ag) HBs
- VHC
- VIH
- Syphilis : VDRL/RPR et TPHELVISA/EIA

AIDE À L'INTERPRÉTATION DES DIFFÉRENTES SÉROLOGIES

(en dehors de contacts récents < 3 mois)

HÉPATITE B

RÉSULTATS DE LA SÉROLOGIE			INTERPRÉTATION ET CONDUITE À TENIR
Ac antiHBs en UI/L	Ac antiHBc	Ag HBs	
< 10	-	-	Patient non protégé contre le VHB • Si jamais vacciné : faire un schéma complet • Si déjà vacciné : compléter le schéma vaccinal avec les doses manquantes • Si statut inconnu : vaccination avec 3 doses ou administrer une dose puis titrer les Ac antiHBs 4 à 8 semaines plus tard
10 < Ac < 100	-	-	Immunité acquise par la vaccination • S'il a eu ses 3 injections (avec un schéma classique M0-M1-M6 à M12) : patient protégé • Sinon, compléter les doses manquantes en respectant les intervalles du schéma recommandé • Si statut vaccinal inconnu : compléter avec 2 doses à 6 mois d'intervalle
> 100	-	-	Patient immunisé par vaccination
> 10	+	-	Patient immunisé par infection ancienne
< 10	+	-	Contact avec le virus hépatite B : faire bilan hépatique (BH) • BH normal et personne immunocompétente : contrôle sérologique à 6 mois pour vérifier l'apparition ou non des Ac anti-HBs → Aucune vaccination à réaliser • BH perturbé ou immunodépression ou grossesse ou professionnel de santé : PCR VHB (Si PCR positive : Programmer une consultation spécialisée (maladies infectieuses ou hépato-gastro-entérologie))
< 10	+	+	Hépatite B active : consultation spécialisée (maladies infectieuses ou hépato-gastro-entérologie)

HÉPATITE C

Si la sérologie est négative, le patient n'a eu aucun contact avec le virus.

Si la sérologie est positive, il s'agit soit d'une cicatrice d'un contact avec le virus, soit d'une maladie active.

→ Faire PCR VHC :

- Si PCR négative : contact ancien et guérison
- Si PCR positive : maladie active. Programmer une consultation spécialisée (maladies infectieuses ou hépato-gastro-entérologie)

VIH

Si la sérologie est positive, faire un contrôle sur un nouveau prélèvement et adresser le patient en consultation spécialisée (maladies infectieuses)

SYPHILIS

		ORIENTATION DIAGNOSTIQUE	CONDUITE À TENIR
TPHA/ELISA/ EIA négatif	VDRL/RPR négatif	- Sérologie négative - N'exclut pas le diagnostic de syphilis débutante dans un contexte de contage récent	- En absence de contage récent : stop - En cas de contage récent : faire un contrôle de la sérologie à 1 mois
	VDRL/RPR positif	- VDRL/RPR faussement positif - Syphilis précoce	Contrôle sérologique à 1 mois
TPHA/ELISA/ EIA positif	VDRL/RPR négatif	- Syphilis a priori guérie - Syphilis précoce - Faux positif au TPHA/ELISA/EIA (rare)	- Contrôle de la sérologie à 1 mois pour éliminer une syphilis débutante - Si nouvelle sérologie identique : syphilis guérie
	VDRL/RPR positif	Syphilis active jusqu'à preuve du contraire	Syphilis à traiter

Tout résultat IST positive doit amener au dépistage des autres IST (ex. : PCR chlamydiae et gonocoque)

2- DÉPISTAGE DES PARASITOSE

LE BILAN BIOLOGIQUE

À faire de façon systématique pour les personnes originaires de pays de forte endémie

- **NFS-plaquettes** à la recherche d'une hyperéosinophilie (et/ou d'une anémie)
- **Pour les migrants originaires du continent africain**
 - **Sérologies** : anguillulose, bilharziose pour les migrants issus d'Afrique sub-saharienne ou d'Egypte et filariose pour ceux issus d'Afrique centrale
 - **Examens parasitologiques des selles** (spécifier sur l'ordonnance « avec recherche de larves d'anguillules ») : à faire sur 3 prélèvements espacés de quelques jours
 - **Examens parasitologiques des urines** : à faire sur 3 prélèvements espacés de quelques jours et réalisés après un petit effort physique (sauter sur place, monter/descendre les escaliers, courir...)

NB : en cas de positivité d'un des examens, vous pouvez orienter le patient en consultation dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Nantes ou de médecine interne/infectiologie de l'Hôpital Privé Le Confluent ou de médecine polyvalente du CH de Saint-Nazaire.

COORDONNEES UTILES DANS LE DEPARTEMENT 44

CENTRE FÉDÉRATIF PRÉVENTION DÉPISTAGE 44 (CFPD44)

COORDINATION :

CHU de Nantes – Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 08 70 93
Fax : 02 40 08 71 67
Mail : cfpd44@chu-nantes.fr

CENTRE DE RECOURS NANTES

• CVP CHU de Nantes
Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 08 74 57
Fax : 02 40 08 70 75

• CeGIDD CHU de Nantes
Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 08 31 19
Fax : 02 40 08 70 94

• Clat CHU de Nantes
Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 73 18 62
Fax : 02 53 48 29 38
Mail : clat.jeanv@chu-nantes.fr

UNITÉ TERRITORIALE DE SAINT NAZAIRE

• CVP / CH de Saint Nazaire
cité sanitaire
11 bd Georges Charpak
44606 Saint Nazaire
Tel : 02 72 27 84 72
Mail : vaccination.polyvalente@ch-saintnazaire.fr

• CeGIDD / CH de Saint Nazaire
bâtiment prévention et promotion
de la santé "Les Alizés"
57 rue Michel-Ange - Parc d'Heinlex
44 606 Saint-Nazaire
Tel : 02 40 90 52 22
Mail : cdag-ciddist@ch-saintnazaire.fr

• Clat / CH de Saint Nazaire
Cité sanitaire – 11 bd Georges Charpak
44606 Saint Nazaire
Tel : 02 72 27 82 67
Mail : clat@ch-saintnazaire.fr

UNITÉ TERRITORIALE D'ANCIENIS

Antenne Prévention Dépistage du Pays
d'Ancenis – CH Erdre et Loire
160 rue du Verger - 44150 Ancenis
Tel : 02 40 09 42 98
Mail : santepublique@ch-erdreloire.fr

UNITÉ TERRITORIALE DE CHÂTEAUBRIANT

Unité territoriale dépistage et
vaccination de Châteaubriant
CH Châteaubriant - Nozay - Pouancé
9 rue de Verdun
BP 229 - 44146 Châteaubriant cedex
Tel : 06 22 81 27 88
Mail : cfpd@ch-cnp.fr

Un médecin de prévention répond à vos questions à l'adresse mail suivante :
ist.vaccin.voyage@chu-nantes.fr

SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES (SMIT)

CHU de Nantes - Hôtel Dieu (7^e étage)
Secrétariat consultations (hors VIH) : 02 40 08 33 55
Consultation VIH : 02 40 08 31 12

SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE-HÉPATOLOGIE

CHU de Nantes - Hôtel Dieu (2^e étage)
Secrétariat consultations : 02 40 08 31 52

SERVICE DE PÉDIATRIE

CHU de Nantes – Hôpital Mère Enfant
Secrétariat consultations : 02 40 08 34 80

*Prévention et dépistage des maladies infectieuses dans la prise en charge des migrants à leur arrivée en France
Centre Fédératif Prévention Dépistage - CHU Nantes
Décembre 2020*



Annexe 2 : Guide d'utilisation de l'interprétariat, URML pays de la Loire.

URML Pays de la Loire

Missions :

- Représenter les médecins libéraux de la région (interlocuteur de l'ARS, des collectivités locales, des autres URPS)
- Informer les médecins libéraux sur les sujets professionnels (accessibilité, démographie, retraites, maisons de santé, comptabilité, nomenclature...)
- Accompagner les projets des médecins libéraux
- Etudier et expérimenter de nouveaux modèles d'organisation des entreprises médicales libérales

Ce projet est né du travail de la Commission Précarité / Interprétariat de l'URML.
A ce titre la Commission remercie : L'ARS, Médecins du Monde, l'ASAMLA, l'APTIRA et l'ISM Paris.

Le secrétariat de l'Union est disponible pour toute question au sujet de l'expérimentation
13 rue de la Loire - Bât. C2 - 44 230 St SEBASTIEN sur LOIRE
Tél. : 02 51 82 23 01 - Fax : 02 51 82 23 16
Email : contact@urml-paysdelaloire.org
www.urml-paysdelaloire.org

Interprétariat en médecine libérale en Pays de la Loire GUIDE D'UTILISATION



L'URML Pays de la Loire vous propose un **service d'interprétariat** (patients non francophones) en médecine libérale (hors Permanence des Soins).

Objectifs :

Donner accès à l'interprétariat téléphonique et physique aux médecins libéraux des Pays de la Loire pour améliorer la prise en charge des patients non francophones.

Pour quelles consultations ?

Toutes consultations et notamment les pathologies chroniques, psychiatriques, prévention, urgence, 1^{ère} consultation, cas complexes (*hors Permanences des Soins*).

Le coût :

Le service est GRATUIT pour les patients et les médecins libéraux utilisateurs (financement par l'URML et l'ARS).

Quelques points clés :

- Pour tous les Médecins Libéraux des Pays de la Loire : service d'interprétariat téléphonique,
- Pour les Médecins Libéraux de Nantes Agglo et Angers Agglo : possibilité en + d'avoir accès à un service d'interprétariat présentiel.

EN PRATIQUE :

- Je vérifie que mon «assurance RCP» couvre les consultations via une traduction verbale,
- J'organise ma consultation : questions à aborder et environnement propice.
- En début de consultation, je laisse l'interprète se présenter et rappeler son cadre déontologique.



Interprétariat téléphonique

Pour tous les médecins libéraux
PAYS DE LA LOIRE

ISM Paris*

J'appelle ISM au 01 53 26 52 62

Code utilisateur URML fourni après adhésion par mail

Je m'identifie : NOM-PRENOM-SPECIALITÉ

Interprétariat physique

Pour tous les médecins libéraux
NANTES AGGLO ET ANGERS AGGLO

ASAMLA* : Nantes agglo

APTIRA* : Angers Agglo

Pour les deux associations : nécessité de programmer le rendez-vous

Mode d'accès fourni après adhésion par mail

COMMENT ADHERER ?

Il suffit de nous envoyer un mail, en indiquant **Service Interprétariat**, à :
contact@urml-paysdelaloire.org
avec votre **NOM-PRENOM-VILLE D'ACTIVITE**.

Référence : Inspiré des recommandations HAS : Interprétariat dans le domaine de la santé
Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2746031/fr/interprete-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

*ISM Paris, Asamla et Aptira ont signé la « Charte de l'Interprétariat Médical et social professionnel en France ». Elles respectent la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité et l'autonomie des personnes.

Annexe 3 : Questionnaire

Prise en charge des enfants migrants primo-arrivants

Bonjour, à l'occasion de mon travail de thèse je souhaite évaluer la prise en charge des enfants migrants primo-arrivants à Nantes par les médecins de premier recours.

Ce questionnaire vous prendra 7 minutes et vous m'aidez à faire un état des lieux des pratiques et besoins afin de trouver des pistes d'améliorations de prise en charge de ces enfants.

Ce questionnaire est dédié aux médecins généralistes identifiés comme prenant en charge des patients migrants, médecins de PMI, médecins du centre de vaccination polyvalente, de la PASS et pédiatres libéraux exerçant à Nantes et dans l'agglomération Nantaise, installés ou remplaçants.

*Obligatoire

Vous êtes : *

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Pédiatre libéral
- ☐ Médecin de PMI
- ☐ Médecin de la PASS
- ☐ Médecin du centre de vaccination
- ☐ Autre :

Depuis combien de temps êtes-vous installé ? *

- ☐ <1 an
- ☐ 1 - 5 ans
- ☐ 5- 10 ans
- ☐ 10 - 20 ans
- ☐ 20- 30 ans
- ☐ >30 ans

Combien d'enfants migrants voyez-vous par an ? *

- ☐ <1
- ☐ 1 à 5
- ☐ 5 à 10
- ☐ 10 à 20
- ☐ >20
- ☐ Autre :

Concernant la première consultation avec un enfant migrant primo-arrivant :

C'est-à-dire un enfant de moins de 18 ans, né dans un pays autre que la France, ayant fui son pays pour diverses raisons, arrivé en France avec sa famille depuis peu, hors mineurs non accompagnés.

Par qui sont-ils adressés le plus souvent ? *

- ☐ CADA
- ☐ CHU
- ☐ PMI
- ☐ PASS
- ☐ Venue spontanée
- ☐ Autre :

Quel sont leurs son motif de consultation les plus fréquents ?

- ☐ Certificat médical
- ☐ Mise à jour vaccinal
- ☐ Bilan de santé
- ☐ Problème aigu
- ☐ Autre :

Ont-ils un dossier médical, carnet de santé ou de vaccination ? *

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Autre :

Leurs vaccins sont-ils à jour ? *

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Je ne vérifie pas
- ☐ Autre :

Si non, que faites-vous ?

- ☐ Mise à jour vaccinale complète
- ☐ Orientation au centre de vaccination polyvalente (CVP)
- ☐ Orientation en protection maternelle et infantile (PMI)
- ☐ Autre :

Dépistez-vous la tuberculose ? *

- ☐ Systématiquement, si provenance d'un pays à risque
- ☐ Seulement si contact ou point d'appel
- ☐ Jamais mais je les adresse au CLAT
- ☐ Jamais
- ☐ Autre :

Evaluez-vous l'état nutritionnel ? (Poids, taille, IMC) *

- ☐ Systématiquement
- ☐ Sur point d'appel
- ☐ Jamais
- ☐ Autre :

Évaluez-vous l'état bucco-dentaire ? *

- ☐ Systématiquement
- ☐ Sur point d'appel
- ☐ Jamais
- ☐ Autre :

Prescrivez-vous bilan sanguin ? *

- ☐ Systématiquement
- ☐ Sur point d'appel ou facteur de risque
- ☐ Jamais
- ☐ Autre :

Si vous prescrivez un bilan sanguin, que comporte-t-il le plus souvent ?

- ☐ NFS
- ☐ Ionogramme
- ☐ Créatininémie
- ☐ Électrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Transaminases
- ☐ Anticorps antitétanique
- ☐ Ferritine
- ☐ TSH
- ☐ Sérologie VIH
- ☐ Sérologie VHB
- ☐ Sérologie VHC
- ☐ Sérologie syphilis
- ☐ Plombémie si enfant < 6 ans
- ☐ Autre :

Si vous ne prescrivez pas de bilan, il y a-t-il une raison particulière ?

- ☐ Je n'en vois pas l'utilité
- ☐ Difficulté de communication
- ☐ Peur de provoquer une douleur inutile chez un jeune enfant
- ☐ Autre :

Recherchez-vous une parasitose ? *

- ☐ Systématiquement, si provenance d'une zone à risque
- ☐ Sur point d'appel
- ☐ Non mais déparasitage systématique
- ☐ Jamais

- ☐ Autre :

Recherchez-vous des troubles psychiques chez l'enfant ou les parents ? *

- ☐ Systématiquement
☐ Sur point d'appel
☐ Jamais
☐ Autre :

Effectuez-vous un dépistage visuel ? *

- ☐ Systématiquement
☐ Sur point d'appel
☐ Jamais
☐ Autre :

Effectuez-vous un dépistage auditif ? *

- ☐ Systématiquement
☐ Sur point d'appel
☐ Jamais
☐ Autre :

Avez-vous des remarques concernant cette consultation ?

Ressentis et pistes d'amélioration :

Vous sentez-vous à l'aise avec la prise en charge de ces enfants ? *

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalemment

Si non, pourquoi ?

Avez-vous reçu une formation spécifique de prise en charge de ces enfants ? *

- ☐ oui
☐ non

Si oui, quelle formation ?

- ☐ Cours dédié dans votre cursus
☐ Au cours de stage

- ☐ Formation complémentaire (DU...)
- ☐ Journées pédiatriques
- ☐ Formation médicale continue (FMC)
- ☐ Autre :

Connaissez-vous le document du centre fédératif dépistage et prévention établi à l'attention des médecins généraliste pour la prévention et dépistage des pathologies infectieuses dans la prise en charge des migrants à leur arrivée en France ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Si vous souhaitez le recevoir, inscrivez votre mail :

En cas de patient non francophone utilisez-vous un interprétariat ? *

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Si non, pourquoi ?

- ☐ Par manque de temps
- ☐ Interprète non disponible
- ☐ Frein financier
- ☐ Obstacle à la relation avec le patient
- ☐ Vous n'avez pas connaissance de service d'interprétariat utilisable par les médecins
- ☐ Autre :

Si oui quel type d'interprétariat privilégiez-vous ?

- ☐ Téléphonique professionnel
- ☐ Tiers connu du patient par téléphone
- ☐ Professionnel présentiel
- ☐ Professionnel de santé de votre structure parlant la langue
- ☐ Tiers accompagnant le patient
- ☐ Autre :

Avez-vous connaissance des services d'interprétariat proposés par l'URML ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous sentez-vous à l'aise avec la mise à jour vaccinale des enfants primo-arrivant ? *

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10Totalement

Avez-vous connaissance des dernières recommandations concernant la mise à jour vaccinale (décembre 2019) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Au terme des consultations, vers qui adressez-vous ces enfants ?

- ☐ Personne, je fais tout le suivi moi même
- ☐ Protection maternelle et infantile (PMI)
- ☐ Centre de vaccination polyvalente (CVP)
- ☐ Centre de lutte antituberculeuse (CLAT)
- ☐ Pédiatre libéral
- ☐ Dentiste
- ☐ Psychologue ou pédopsychiatre
- ☐ Pédiatre CHU
- ☐ Autre :

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait permettre de mieux prendre en charge ces enfants ?



Annexe 4 : Tableaux récapitulatifs des réponses aux items « autre »

En lien avec le lieu de vie ou d'accueil	En lien avec des connaissances
« Famille d'accueil », « Éducateur foyer » ou « foyer », « 115 avec des travailleurs sociaux ou des bénévoles »	« Bouche à oreille » « Des connaissances aidantes »,
En lien avec des institutions ou associations	En lien avec le milieu médical
« Municipalité » « Conseil départemental » « OFII », « association OFII » « Association », « association d'aide sociale ou aux migrants », « association diverses » « Assistantes sociales » « Associations prenant en charge mineurs non accompagnés »	« Enfants vus dans le cadre d'une enquête suite au diagnostic d'un cas de tuberculose dans l'entourage » « Médecins généralistes » « Enfant migrant déjà vu au cabinet » « Médecin du monde programme MNA »

Tableau 2 : Réponses libres à la question « Par qui sont-ils adressés ? »

En lien avec des troubles psychiques	En lien avec la tuberculose (médecins CLAT)
« Suivi des enfants, problème de comportement repérés à l'école » « Syndrome dépressif »	« Dépistage tuberculose », « dépistage TB »

Tableau 3: Réponses libres à la question « Quels sont leurs motifs de consultations les plus fréquents ? »

En lien avec le suivi	Absence d'information
« En cours de mise à jour » ; « en cours de mise à jour le plus souvent » « Si suivi pmi oui sinon non »	« Pas de carnet de santé » « Souvent pas de trace ni de carnet de santé »

Tableau 4: Réponses libres à la question « Leurs vaccins sont-ils à jour ? »

Demande d'avis	Attitude variable en fonction de la situation
« +/- prise d'avis Infovac ou CPV si besoin »	« Mise à jour ou PMI, cela dépend de la compréhension, du suivi possible en

« Selon avis téléphonique clat »	consultationlibéral (rendez-vous honorés... » « Selon les cas,mise à jour ou orientation pmi »
----------------------------------	---

Tableau 5: Réponses libres à la question « Si leurs vaccins ne sont pas à jour, que faites-vous ? »

En fonction de l'âge	Adressé
« Dépend de l'âge » « Selon âge (cf. carnet de santé) et motif consultation » « Selon l'âge et point d'appel »	« Si doute ophtalmo sinon barrière de la langue dépistage compliqué au cabinet »

Tableau 6: Réponses libres à la question « Dépistez-vous des troubles visuels ? »

En fonction de l'âge	Adressé
« Selonâge (cf. carnet de santé) et motif consultation » « Selon l'âge et point d'appel »	« Si doute bilan orl »

Tableau 7: Réponses libres à la question « Dépistez-vous un trouble auditif ? »

En lien avec une précédente prise en charge	En lien avec la vaccination	Orientation
« Selon âge et si pas déjà fait : systématiquement » « Je vérifie que les sérologies ont été faites par la PASS » « Oui si non fait » « Si non fait avant (PASS, CVP) » « Oui s'il n'a pas déjà été fait »	« Sur point d'appel ou si statut vaccinal inconnu » « Pour mise à jour vaccinale et dépistage des pathologies des migrants uniquement selon l'âge de l'enfant » « Sur point d'appel ou FDR ou si ATCD vaccination non connus (selon reco HAS) »	« Orientation vers PASS service médical (absence couverture CPAM) »

Tableau 8: Réponses libres à la question « Prescrivez-vous un bilan biologique? »

En lien avec le contexte	Autre
« Électrophorèse de l'hémoglobine si suspicion de thalassémie ou drépanocytose » « Ferritine et électrophorèse si antécédents familiaux ou microcytose » « Ça dépend de ce qu'on cherche ! »	« Glycémie »

Tableau 9: Réponses libres à la question « Si vous prescrivez un bilan biologique, que comporte-t-il ? »

En lien avec une absence de prise en charge	Absence de besoin au moment de la consultation
« Absence de prise en charge SS » « Pas de prise en charge financière si pas de document écrit de prise en charge sécu à jour » « Envoi à la PASS »	« La plupart des enfants de migrants que je vois sont nés en France » « En cas de besoin ont vu quelqu'un d'autre avant » « Fait par la PASS » « Déjà fait »

Tableau 10: Réponses libres à la question « Si vous ne prescrivez pas de bilan, y a-t-il une raison particulière ? »

Déjà réalisé avant la consultation	En lien avec la vaccination	Variable en fonction de la situation
« C'est le seul test qui ait déjà fait avant la prise en charge par le CLAT » « Je vérifie que cela a été fait mais la plupart du temps oui car ils viennent de la PASS » « Non car ils ont généralement eu un bilan auparavant » « Souvent fait à la PASS »	« < 2 ans, BCG. > 2 ans et pays à risque : adressé au CLAT pour IDR avant vaccin » « En l'absence de vaccination antérieure, TUBERTEST pré-vaccinal »	« Dépistage des parents dans un premier temps » « Selon avis tel CLAT »

Tableau 11: Réponses libres à la question « Dépistez-vous la tuberculose ? »

En lien avec la barrière de la langue	« Aidée par ISM grâce à l'URML » « Difficultés fréquentes de langues étrangères » « Consultation longue et barrière de langue voire culturelle » « D'autant plus difficile que barrière de la langue : pas d'interprète/interprétariat téléphonique compliqué en pratique pendant une longue consultation/ interprète physique peu disponible » « Difficultés liées à la barrière de la langue et par conséquent au côté chronophage des consultations, traduction souvent par téléphone avec un interlocuteur qui ne parle pas systématiquement bien français. Possibilité d'assistance pour la traduction mais compliqué à mettre en place au moment opportun. » « La barrière de la langue fait que souvent l'examen visuel et auditif sont compliqués » « La barrière de langue ne facilite pas les échanges sur la santé même avec les outils actuels pour certains parents et le suivi des préconisations en consultations » « Difficultés pour nous sur pays de Retz d'avoir un traducteur, de plus la plupart des migrants n'est que de passage » « Manque d'interprètes +++ en consultation » « Problème des enfants interprètes pour leur famille (fratrie, parents) quand impossibilité d'avoir accès à un interprète associatif ou professionnel »
Longueur, difficulté ou nombre de consultation	« Beaucoup plus de temps donc plus de choses recherchées en pmi, plus difficile en libéral mais je n'hésite pas à faire revenir la famille très régulièrement pour traiter tous les sujets » « C'est rarement "une seule consultation" les rappels vaccinaux permettent de faire le tour des différents points à aborder » « Consultation longue ! »

	<i>« Consultation longue et difficile pour un enfant »</i>
Situation rare, peu de formation	<i>« J'en fais très rarement et ne me sent pas armé pour le faire »</i> <i>« J'en ai vu très peu »</i> <i>« La présence de ce questionnaire va me permettre d'adapter ma consultation et d'être plus vigilante sur les risques spécifiques ! »</i>
En lien avec le parcours de soins et la coordination entre les médecins	<i>« Je suis toutes les semaines des enfants migrants, par contre souvent ils ont déjà été vu au moins une fois à la PASS »</i> <i>« La difficulté réside dans le fait que les patients arrivent souvent sans aucun document. Je ne prends pas le temps de faire appel au service de traduction de l'URML. Manque de coordination avec les médecins généralistes. »</i> <i>« Nous voyons souvent les enfants dans un second temps »</i> <i>« Selon s'ils ont déjà été vus/suivis. Sinon suivi classique d'enfant non migrant avec quelques questions ciblées »</i> <i>« Sont souvent multi vaccinés (selon les pays de transit mais carnet jeté ou perdu sur la route) idem pour les bilans bio (fait sur la route en Espagne ou Italie) »</i> <i>« Souvent enfant déjà passé par PASS ou PMI, n'a pas de carnet de santé présenté ++, souvent prévoir consultation pour un point d'appel médical au jour »</i>

Tableau 12: Réponses libres à la question « Avez-vous des remarques concernant cette consultation ? »

Liés à la barrière de la langue ou différence culturelle	<i>« Barrière de la langue » (x5)</i> <i>« Barrière de la langue très très fréquente qui gêne beaucoup la communication... »</i> <i>« Communication difficile »</i> <i>« Différences culturelles et langue »</i>
---	---

	« Difficultés de communication » « Difficultés de communication (langue, culture), » « Difficultés de communication et temps de prise en charge » « Parfois barrière de la langue » « Le doute fait partie intégrante de notre travail, les difficultés de communication, les difficultés culturelles... sont pas toujours simples à prendre en compte »
Liés aux conditions de vie ou à l'accès aux soins	« Conditions financières rendant difficile l'accès à certains types de lait par exemple ou même juste à un thermomètre » « Problème de prise en charge par la Sécurité sociale souvent. » « Accès aux soins pouvant être plus limités (notamment dentiste pour question financière) » « À organiser selon leurs prises en charge sécu aussi »
Liés à la coordination des soins	« Manque retransmissions quand le patient est adressé par CADA, médecins du monde » « Manque d'information sur les ATCD et le parcours médical » « Place de la PMI / bilans (sanguin, parasitoses) et des autres partenaires (CHU - PASS) » « Nécessité d'une prise en charge globale avec différents acteurs »
Liés au dépistage des troubles psychiques, situations complexes	« Complexité des troubles psychiques » « Difficultés liées à la langue et à la culture, notamment

	<i>pour aborder les problématiques psychiques »</i> <i>« Souvent histoires compliquées (violences physiques et psychologiques), contact parfois difficile, barrière de la langue, prise en charge complexe »</i> <i>« Difficultés en une consultation à hiérarchiser les axes à approfondir :dépistages ?psy ? quel bilan ? par quoi commencer ?</i>
Liés à un manque de connaissance/formation	<i>« Je ne sais pas jusqu'où aller au niveau examens paramédicaux »</i> <i>« Pas de connaissance d'un protocole systématique à réaliser »</i> <i>« Pas de connaissance en médecine tropicale, aucune notion dans les pathologies des migrants. »</i> <i>« Peu de formation »</i> <i>« Peu de patients vus donc pas l'habitude de penser à dépister certaines pathologies »</i> <i>« Recommandations vaccinales non connues »</i>

Tableau 13: Réponses libres à la question « Si vous ne vous sentez pas à l'aise avec la prise en charge, pourquoi ? »

Difficultés d'organisation, notamment par manque d'anticipation	Autres alternatives : - <i>Tiers accompagnant</i> - <i>Utilisation de l'anglais ou autre langue</i> - <i>Utilisation d'outils numériques</i>	Refus du patient
<i>« Organisation difficile : absentéisme et échec de ma dernière tentative de rendez-vous avec interprète »</i> <i>« Pas d'anticipation du service sur la</i>	<i>« J'ai toujours trouvé une solution avec accompagnant ou autre langue »</i> <i>« Educateur toujours présent pour reformuler par la suite »</i>	<i>« Parfois refus des patients »</i>

<i>notion de barrière de langue, pas d'interprète prévu à l'avance »</i>	<i>« Souvent accessible à l'anglais ou tiers accompagnant parlant la langue »</i>	
<i>« Organisation des consultations pas assez anticipées parfois »</i>	<i>« Pas eu l'occasion et me débrouille en anglais »</i>	
<i>« Manque d'anticipation de la consultation... »</i>	<i>« Je reçois francophone et anglophone »</i>	
	<i>« Je me débrouille avec Google translate »</i>	
	<i>« Utilisation d'une traduction par Smartphone »</i>	

Tableau 14: Réponses libres à la question « Si vous n'utilisez pas d'interprétariat, pourquoi ? »

En lien avec la situation ou les besoins
<i>« Tout dépend de la situation! »</i> <i>« Selon les symptômes et besoins médicaux »</i> <i>« Autres professionnel selon besoin »</i> <i>« Variable selon données de la consultation »</i> <i>« En fonction du contexte clinique »</i> <i>« Celadépend »</i> <i>« En fonction des besoins »</i> <i>« Les autres intervenants sont dépendants de chaque enfant et ne sont pas systématiques »</i> <i>« Selon les besoins, sinon par médecin généraliste (CADmoi-même) »</i> <i>« Selon les besoins et dépistages effectués »</i> <i>« Souvent suivi ailleurs au niveau médical je gère seule et orientation selon examen médical »</i>

Tableau 15: Réponses libres à la question « Au terme des consultations, vers qui orientez-vous ces enfants ? »

En lien avec la coordination des	<i>« Centre à qui les adresser systématiquement pour centraliser la prise en charge complète »</i> <i>« Centre spécialisé pour bilan initial complet dès leur arrivée sur le territoire. »</i>
---	--

soins : Centralisation vers une consultation spécifique Dossier médical commun, carnet de santé Parcours de soins spécifique	« <i>Compte rendus hospitaliers, bilans et carnet de santé</i> » « <i>La mise en place d'un circuit dédié de consultation initiale des migrants primo arrivants (info, réalisation des dépistages recommandés, début mise à jour vaccinale...) puis orientation vers médecine de ville avec courrier médical</i> » « <i>Meilleure coordination entre les professionnels de santé : dossier partagé ?</i> » « <i>Prise en charge coordonnée</i> » « <i>Meilleure coordination entre les acteurs. Consultation dédiée au CHU.</i> » « <i>Parcours de soins type en lien avec le médecin traitant : consultation psychologique dédiée, consultation dentaire dédiée, CLAT ...</i> » « <i>Prise en charge centre spécialisé</i> » « <i>Un carnet de santé. Je n'ai souvent aucun renseignement sur les bilans et vaccins faits à leur arrivée en France.</i> »
Formation / information des médecins	« <i>Formation spécifique obligatoire dès l'internat</i> » « <i>Formations, structures d'accueil adaptées, stages en PMI et PASS</i> » « <i>Une meilleure communication sur ce qui existe</i> » « <i>Une meilleure connaissance de la filière de prise en charge de ses enfants</i> » « <i>Une meilleure connaissance du réseau et un travail pluri professionnel...</i> » « <i>Amélioration de l'information et de la formation des médecins généralistes</i> » « <i>Meilleure connaissance des difficultés spécifiques</i> » « <i>...plus d'informations fmc dpc etc</i> » « <i>Être mieux formé sur les aspects culturels</i> »
Amélioration de la prise en charge	« <i>Délais de mise à jour des documents certifiant leur prise en charge par la sécu plus facile d'accès et plus rapide</i> » « <i>Les délais moins importants</i> »

sociale	<i>« Un soutien social et des bénévoles avec des rencontres entre les professionnels pour compréhension des missions de chacun, visibilités des parcours et transmissions d'informations utiles »</i> <i>« Partenariat renforcé avec structures accueillant les enfants migrants »</i> <i>« Une meilleure prise en charge sociale des parents... »</i> <i>« Une reconnaissance très large de leur minorité pour les jeunes isolés (MNA)... »</i> <i>« Élargissement massif du droit d'asile aux familles et intégration dans la République, le « parcours du combattant » de la demande d'asile entretenant les troubles somato-psychiques des enfants et de leur famille, c'est une question politique et de civilisation face à la double oppression vécue au pays natal et en Europe (du fait du très mauvais accueil offert aux réfugiés et de la chronicisation du statut de sans-papiers) »</i> <i>« ...et un accès à une protection médicale/sécu garantie et rapide afin de pouvoir déployer tout ça ! »</i>
Protocole	<i>« Protocole comme pour les adultes migrants »</i> <i>« Un protocole standardisé (mais peut être existe-t-il !) »</i> <i>« Protocole de prise en charge PASS-PMI pour moins de 6 ans »</i> <i>« Préciser qui fait quoi selon les situations »</i> <i>« Des prises en charges protocolisées... »</i> <i>« Diffusion d'un document avec protocole à suivre pour être systématique dans les dépistages et prévention... »</i>
Interprétariat	<i>« Interprétariat »</i> <i>« Interprétariat généralisée chez les pédiatre spécialiste »</i> <i>« ... avec disponibilité d'interprète physique pour la famille »</i> <i>« Interprétariat systématique »</i>

	« Développement de l'interprétariat... »,
PMI	« La pmi est une bonne orientation pour eux car plus de temps, consultation puer, visites à domicile, assistante sociale dans le CMS » « Pmi » « Orientation systématique vers PMI et refaire un carnet de santé (problèmes pour en obtenir...) » « Place de la PMI dans les bilans complémentaires ? Si oui, lesquels »
Améliorer la prise en charge psychologique	« ...avoir un accès psychologue plus facile pour débriefing plus simple sur le parcours migratoire (selon l'âge de l'enfant) service du CHU transculturel saturé et possible en 2nd intention... » « ...aide psychologique gratuite bien plus étendue »
Autre	« ? » « Comme les autres, médecin généraliste ou pédiatre » « Avoir plus de temps. Difficile en libéral »

Tableau16 : Réponses libres à la question « Selon vous, qu'est-ce qui pourrait permettre de mieux prendre en charge ces enfants ? »

Titre de Thèse :**Prise en charge préventive des enfants migrants primo-arrivants à Nantes par les médecins de premier recours**

RESUME**Contexte :**

Les enfants migrants arrivant en France, accompagnés ou non sont de plus en plus nombreux, il s'agit d'une population particulièrement vulnérable. A ce jour il n'existe pas de recommandation française globale de la prise en charge des enfants à leur arrivée. A Nantes, en l'absence de structure médicale spécifique dédiée, ils sont reçus en médecine générale, en PMI, à la PASS, au centre de vaccination et au CLAT. L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des pratiques de prise en charge médicale préventive des enfants migrants primo-arrivants par les médecins de premier recours à Nantes.

Méthode :

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale basée sur un questionnaire auto-administré sur internet aux médecins Nantais.

Résultats :

67 médecins ont répondu à notre étude, 14 médecins de PMI, 14 médecins généralistes ciblés comme travaillant avec des CADA, 35 médecins généralistes et 4 médecins hospitaliers, du CVP, du CLAT et de la PASS. Aucun médecin ne réalise l'intégralité du bilan de dépistage. Il n'existe pas de différence de prise en charge entre les médecins généralistes susceptibles de recevoir plus d'enfants migrants et les autres. Les médecins de PMI réalisent significativement plus les dépistages visuels ($p=0.0029$), auditifs ($p=0.0006$) et bucco-dentaires ($p=0.00002$) que le reste des médecins de notre étude. Alors que l'utilisation d'un interprétariat est plus systématique dans les structures hospitalières telles que le CVP, la PASS et le CLAT ($p=0.000009$). La mise à jour vaccinale est réalisée par l'ensemble des médecins de notre étude.

Conclusion :

Un bilan de dépistage exhaustif est difficilement réalisé, tant en médecine de ville que dans les structures hospitalières existantes.

La création d'un parcours spécifique de soins comprenant la réalisation en premier lieu d'une consultation dédiée en lien avec une prise en charge sociale et psychologique, puis une orientation vers la médecine de ville coordonnée avec un carnet de santé adapté à l'enfant permettrait une prise en charge plus globale de ces enfants.

MOTS-CLES

Enfant migrant, primo-arrivant, dépistage, prévention