

AVIS

relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés

7 novembre 2019

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) en date du 23 octobre 2018 afin de proposer un référentiel pour le bilan de santé initial à réaliser chez les enfants étrangers isolés, dénommés mineurs non accompagnés (MNA) dans les documents réglementaires. Dans ce document seront décrits les étapes, le contenu général et le contenu d'une étape préliminaire, les pistes retenues pour son organisation, ainsi que le rôle des infirmiers dans ce bilan de santé initial (annexe 1).

En particulier, il est demandé au HCSP de :

- 1) réaliser une analyse de la littérature concernant tant les besoins de santé des enfants étrangers isolés que le dépistage des troubles psychiques dans cette population, ou encore les recommandations de l'évaluation initiale de la santé des enfants étrangers isolés dans les autres pays européens ;
- 2) proposer un référentiel pour le bilan à réaliser dans cette population (étapes, contenu, pistes pour l'organisation) ;
- 3) identifier dans le contexte de ce bilan le contenu d'une première étape, réalisable dans le cadre du rôle spécifique tenu par les infirmiers éventuellement assistés par des psychologues, sur le modèle des bilans d'orientation infirmiers mis en place par l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France dans les centres d'accueil de migrants. Cette étape aurait pour objectif de repérer les besoins les plus urgents et d'orienter les personnes afin d'entamer une prise en charge, notamment en ce qui concerne les pathologies les plus graves.

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail (GT) *ad hoc*, composé d'experts membres ou non du HCSP (cf. composition du GT en annexe 2), sous la présidence de Yannick Aujard, pédiatre et membre du HCSP. Ce GT a bénéficié dans ses travaux de l'appui de Caroline Weill-Giès, consultante mandatée par le HCSP à l'issue d'une sélection par appel d'offres selon la procédure simplifiée du code des marchés publics. Ce GT a travaillé selon la méthode habituelle au HCSP. En particulier, plusieurs sources différentes et complémentaires ont été mobilisées, une analyse des sources documentaires disponibles effectuée, des auditions des différentes parties prenantes ainsi qu'une enquête téléphonique ou sur site auprès des départements réalisées (cf. liste en annexe 3).

Ce bilan, aujourd'hui à la charge des départements, ce qui explique qu'il soit réalisé dans des contextes différents, nécessite l'intervention de nombreux acteurs. Difficilement réalisable dans les délais impartis, il ne saurait couvrir les besoins de santé de cette population ; pour le rendre plus pertinent, une étude plus détaillée des différentes situations est nécessaire. L'exemple des pays voisins et la revue des données disponibles confirment qu'il s'agit d'un problème de santé publique, le besoin d'une surveillance de la santé des enfants étrangers isolés, incluant leur santé psychique, et la nécessité de la mise en place précoce d'un parcours de santé.

Le terme de MNA est le terme administratif convenu pour évoquer les enfants mineurs migrants isolés, privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. De par leur statut de mineur, les enfants étrangers isolés ne sont pas soumis aux règles d'entrée et de séjour des étrangers et ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure d'éloignement. En revanche, ils relèvent *a priori* de la protection de l'enfance en danger.

Toutefois, ce travail vise à s'appliquer à l'ensemble des enfants étrangers isolés sur le territoire, y compris avant leur reconnaissance dans le dispositif administratif de MNA.

Le terme « enfant » est utilisé dans ce document, recouvrant les jeunes, les adolescents¹.

LE HCSP RAPPELLE :

1. En ce qui concerne l'accueil et la mise à l'abri des enfants étrangers isolés en France

Le droit français est aligné sur la directive européenne 2011/95/UE émise par le Parlement et le Conseil européens du 13 décembre 2011 relative aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale [1-3].

Il convient de distinguer différents groupes selon les circonstances qui conduisent à cet état ou selon les étapes de leur prise en charge sur le territoire français.

Avant d'être identifiés comme des MNA, les enfants étrangers isolés ont traversé le plus souvent un parcours migratoire périlleux et traumatisant. Leurs situations diffèrent cependant en fonction du motif premier qui préside à leur migration [4].

On retrouve ainsi :

- des enfants fugueurs en rupture avec leur milieu d'origine à la suite de violences, que celles-ci soient de leur fait ou qu'elles soient subies, ou à des drames collectifs (décès familiaux, conflits armés, menaces et insécurité, catastrophes naturelles, épidémies, etc.) ou encore à des défaillances individuelles (maladies, handicaps, actes de délinquance, etc.) ; certains de ces enfants sont des proies toutes désignées pour les réseaux de traite des êtres humains ; parmi eux, rares sont ceux, qui s'avèreront capables de faire une demande d'asile ;
- des enfants mandatés en éclaireurs par leur famille, porteurs d'un projet collectif fort ; la famille a payé leur passage et attend une aide en retour, et il est impossible pour eux de la décevoir ; parmi eux certains ont déjà joui d'une certaine autonomie dans leur propre pays, ou bien fondé une famille ; ils viennent étudier, apprendre un métier, travailler ;
- des enfants qui, jetés dans la rue dans leur pays, y ont développé un mode de survie marginal ; l'errance est, de longue date, leur manière de vivre ;
- des enfants confiés à une connaissance ayant déjà immigré, et dont le soutien fait en réalité défaut.

Il est difficile de donner une estimation chiffrée pour chaque catégorie, d'autant que ces catégories s'emboîtent le plus souvent les unes dans les autres.

¹ Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'enfance est définie comme la période de la vie humaine allant de la naissance à 18 ans.

Avant d'être visibles dans le réseau des institutions françaises, certains enfants peuvent passer plusieurs semaines voire plusieurs mois dans une situation de grande précarité, moments durant lesquels ils pourront être accueillis temporairement au hasard des initiatives locales, sans qu'une stabilisation efficace ne puisse être mise en place. Ceci s'explique en grande partie par un manque de confiance et leur inquiétude vis-à-vis de contraintes nouvelles qui puissent remettre en question leur projet migratoire initial. Craignant d'être repérés et déboutés dans leur projet, ils n'adhèrent pas forcément à l'aide socioéducative proposée et s'en tiennent à un soutien pour une survie immédiate.

Au décours d'un premier contact avec le système de santé français, ces enfants peuvent résister à l'offre de soins du fait de représentations de besoins de santé culturellement différentes et de la projection parfois incertaine de leurs objectifs de vie sur le territoire français.

Selon différentes sources [5,6], environ 50 000 évaluations du statut de ces enfants ont été demandées en 2017, chiffre qui inclut des doublons et des réévaluations.

Parmi ces enfants, environ la moitié sera reconnue comme pouvant bénéficier d'une prise en charge par la Protection de l'enfance, certains étant aussi pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Le nombre de MNA bénéficiant d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) a été de 18 000 environ en 2018, soit trois fois plus qu'en 2014. La même évolution est observable dans l'Union européenne, avec une quadruple augmentation du nombre des mineurs demandeurs d'asile entre 2014 et 2015 [5].

2. Définitions et cadre légal

Textes concernant la protection de l'enfance et les MNA / mineurs isolés étrangers (MIE)

Ces textes sont en rapide évolution compte-tenu de l'importance des flux de MNA et des difficultés rencontrées par les conseils départementaux pour procéder à l'évaluation de la minorité et de l'isolement des MNA, et pour les prendre en charge.

La loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers en France précise que le MNA est, soit un mineur entré sur le territoire français sans être accompagné d'un adulte et privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, soit un mineur laissé seul sur le territoire français [7].

Cette loi intègre dans le corpus légal français la définition du MIE/MNA du Haut-Commissariat aux réfugiés, pour lequel il s'agit de "une personne âgée de moins de dix-huit ans sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable, qui est séparée de ses deux parents et n'est pas prise en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire" [7].

Les MNA bénéficient en théorie d'une double protection légale : protection de droit commun dont bénéficient tous les mineurs au titre de la protection de l'enfance ; protection spécifique tenant compte de leurs besoins particuliers dès lors qu'un statut de MNA leur a été reconnu, après évaluation.

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (JORF n°0063 du 15 mars 2016) concerne tous les enfants mineurs et demande, pour assurer leur protection, qu'on recherche les besoins fondamentaux de l'enfant et les réponses adaptées ; on recherche notamment les liens d'attachement de l'enfant et l'impact de la maltraitance sur son développement. Le soutien qu'on leur apporte doit prendre en compte l'intérêt supérieur de l'enfant [8,9].

L'article 221 L-2-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise que les mineurs privés de la protection de leur famille relèvent de la protection de l'enfance en danger et doivent à ce titre être accueillis par les établissements et les services compétents après la reconnaissance de leur statut par l'autorité judiciaire. Il ne s'agit donc pas d'une prise en charge immédiate mais conditionnée par l'évaluation ; en complément (en attente d'évaluation), un dispositif de mise à l'abri a été mis en place dès 2013.

Le décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 précise les conditions d'évaluation et d'orientation des enfants et prévoit une période de mise à l'abri et d'accueil temporaire par les conseils départementaux de 5 jours avec une évaluation, suivie d'une phase d'admission pérenne. Si toutefois la minorité de la personne n'est pas établie par l'évaluation, une décision de refus de prise en charge est délivrée et l'accueil provisoire d'urgence prend fin [10-12].

Le décret du 30 janvier 2019 relatif aux modalités d'évaluation et autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel (fichier des MNA) pris en application de l'article 51 de la loi sur l'immigration et l'asile, prévoit comme un appui à l'évaluation la création d'un fichier biométrique compilant état-civil, langue parlée, empreintes numérisées du visage et empreintes digitales de deux doigts. Ce fichier est destiné à centraliser les décisions d'évaluation de minorité des départements permettant de savoir si ce statut a été refusé ailleurs [13-15].

Le décret n°2019-670 du 27 juin 2019 (nouvelle rédaction de l'article R.221-12 du CASF, remplaçant celle donnée par le décret du 24 juin 2016 ; Journal officiel du 29 juin 2019) prévoit que "les missions des départements relatives à la mise à l'abri et à l'évaluation sociale des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille, ainsi que la réalisation d'une première évaluation de leurs besoins en santé, font l'objet d'une contribution forfaitaire de l'État" [16]. L'arrêté conjoint du ministre en charge de la santé et du ministre des comptes publics du 28 juin 2019 pris en application de l'article R. 221-12 du CASF fixe une participation forfaitaire de l'État à 500 € par personne évaluée au titre de l'évaluation sociale de la minorité et de l'isolement, ainsi que de la réalisation d'une première évaluation des besoins en santé des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille [17]. Cette participation forfaitaire de l'État de 500 € par personne évaluée, s'établit dès lors que sont remplies les conditions cumulatives suivantes : le président du conseil départemental n'a pas connaissance d'une évaluation sociale antérieure de la minorité et de l'isolement de la personne par un autre conseil départemental ; l'évaluation sociale de la minorité et de l'isolement de la personne a été réalisée conformément à l'article R. 221-11 du CASF et à l'arrêté interministériel pris pour son application ; **la personne a bénéficié d'une première évaluation de ses besoins en santé et, le cas échéant, d'une orientation en vue d'une prise en charge.** Toutefois, si la personne s'est vue proposer une telle évaluation ou une telle orientation, et l'a refusée, la condition est considérée comme remplie.

Au titre de la mise à l'abri des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille, le montant de la participation forfaitaire de l'État s'établit à 90 € par personne et par jour dans la limite de 14 jours, puis à 20 € par personne et par jour dans la limite de 9 jours supplémentaires, à condition que la personne bénéficie effectivement d'un hébergement adapté à sa situation, ainsi que d'un premier accompagnement social.

Ces différentes étapes (cf. schéma en annexe 4) introduisent un autre ordre de classement administratif des enfants étrangers isolés :

- Les enfants étrangers isolés, entre le moment de leur arrivée sur le territoire et leur prise de contact avec un référent social, souvent après médiation d'une association ; ils doivent *a minima* bénéficier du droit commun de la protection de l'enfance mais restent dans les faits à l'écart des dispositifs et peuvent ignorer leurs droits, notamment aux soins. Leur nombre est incertain. Cette population est particulièrement difficile à quantifier.
- Les enfants étrangers isolés « mis à l'abri » par le conseil départemental, dans l'attente de l'évaluation de leur minorité, qui détermine leur droit à bénéficier de la protection de l'enfance.
- Les enfants étrangers isolés reconnus mineurs, bénéficiant en général d'une OPP, qui sont pris en charge par les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et bénéficient d'une protection complète jusqu'à leur majorité.

- Les enfants étrangers isolés qui ne sont pas reconnus mineurs (les « Majeurs ») ; ils perdent de ce fait tout droit à être protégés en tant que mineurs, même s'ils détiennent des papiers d'identité de leur pays d'origine attestant de leur minorité.
- Les « jeunes majorés » pourraient en théorie bénéficier du statut de « jeunes majeurs » tels que définis par la Protection judiciaire de la jeunesse. Il n'en est rien car aujourd'hui ce statut est réservé à ceux qui ont bénéficié, dans un premier temps, de mesures éducatives. Ils entrent alors dans le droit commun des migrants adultes sans titre de séjour mais sont souvent refusés dans les dispositifs d'aide dédiés aux adultes ; ils représenteraient, en 2018, 50 % des décisions judiciaires après évaluation et jusqu'à 70 % dans certains départements.

3. Revue de la littérature et exemple de pays européens

La revue de la littérature internationale a porté sur les études réalisées entre 2009 et 2019, publiées en langue anglaise ou française. La méthodologie est présentée en annexe 5.

Ont été relevés une cinquantaine d'articles pertinents, dont les conclusions résultaient toutefois d'enquêtes partielles ou d'échantillons limités. La recherche a pu néanmoins s'appuyer sur dix synthèses de la littérature concernant la santé des enfants déplacés ou réfugiés, utilisant une méthodologie systématique et rigoureuse (sélection d'enquêtes sur des échantillons représentatifs, études longitudinales, cohortes importantes, existence de groupes témoins, articles analysés par des chercheurs indépendants, etc.) permettant aux auteurs de ne sélectionner que les études les plus robustes.

Neuf synthèses sur les dix retenues sont consacrées aux maladies psychiques et mentales des mineurs réfugiés. Une seule, réalisée par le *Kent Public Health Observatory* (KPHO) traite en outre de la santé physique des enfants étrangers isolés [18]. Bien qu'elle utilise les synthèses existantes concernant les maladies mentales, cette publication tient davantage d'une compilation que d'une méta-analyse (analyse critique de la qualité des résultats présentés).

Trois synthèses traitent spécifiquement de la santé des enfants étrangers isolés, les autres traitent des mineurs migrants dans leur ensemble, mais comportent toutefois des comparaisons avec les enfants étrangers isolés, le fait d'être isolé étant, dans ce cas, traité comme un facteur de risque supplémentaire.

Une de ces synthèses traite plus particulièrement de la question des filles [18,19], qui, bien que représentant une faible proportion des enfants étrangers isolés, sont particulièrement exposées à des risques d'exploitation et au travail sexuel.

Une analyse plus détaillée des références est présentée à l'annexe 5.

En résumé, concernant la santé physique des enfants étrangers isolés, on ne dispose que d'un petit nombre d'études portant sur des échantillons restreints et non comparatifs. Une compilation de ces différentes études a été effectuée par le *Kent Public Health Observatory* en 2016. Les maladies repérées sont qualifiées dans la plupart des cas de « ni aiguës ni urgentes et d'aisément curables ». Les pathologies dentaires (43 %) et les troubles de la vue (35 %) viennent en tête des diagnostics relevés. Les autres pathologies concernent les maladies dermatologiques (éruptions cutanées, cicatrices, mycoses : 17 %), les anémies (12 %), les troubles musculo-squelettiques (12 %), les troubles cardiaques (9 %), les maladies respiratoires (5 %) et infectieuses (5 %). La nécessité d'un rattrapage vaccinal apparaît de façon quasi-universelle ; la nécessité de rechercher une tuberculose latente est identifiée chez près de 70 % des individus, en lien avec le pays d'origine. Des troubles d'ordre psychique ont été repérés chez 41 % des enfants (syndrome de stress post-traumatique, dépression, anxiété, troubles du sommeil). Toutes les études convergent pour établir que les enfants étrangers isolés présentent des troubles psychiques et des troubles du comportement importants et plus fréquents que leurs pairs accompagnés, et que les adolescents en population générale. Ces troubles sont par ailleurs repérés tardivement et moins bien pris en charge que pour les autres mineurs. Le syndrome de stress post-traumatique concerne

jusqu'à la moitié des enfants étrangers isolés, même si sa prévalence varie selon les études (entre 20 % et 53% des troubles psychiques).

Si chez près de la moitié des enfants étrangers isolés la résilience est plus ou moins avérée [20], elle n'exclut nullement la présence de conduites à risque (consommation de drogue, travail sexuel).

La dépression et l'anxiété constituent elles aussi des risques importants pour les enfants étrangers isolés ; leur prévalence (dépression : 15 % à 23 % des troubles psychiques ; anxiété : 9 % à 50 %) est supérieure à celle rapportée dans la population générale [21]. Les autres troubles psychiques repérés sont les suivants : agoraphobie, phobies, dépression chronique, troubles du sommeil [21].

Finalement, les études mettent en évidence l'inadéquation des structures de santé mentale quand il s'agit de prendre en charge rapidement les troubles présentés par les enfants étrangers isolés. De plus, les troubles psychiques sont souvent de révélation tardive et nécessitent une surveillance régulière des signes.

La santé dentaire constitue le second risque majeur après les troubles psychiques. Leur prévalence varie selon les soins disponibles dans le pays d'origine et les conditions de vie durant le parcours migratoire. Selon les études, la prévalence des pathologies dentaires varie entre 20 % et 48 %.

La santé sexuelle et féminine n'est que fort peu documentée pour ce qui concerne les enfants étrangers isolés. Il n'existe pas d'études concernant les violences faites aux jeunes filles ni d'études de prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST). En ce qui concerne les grossesses et la période périnatale, on dispose seulement de quelques chiffres concernant les femmes migrantes en Grande-Bretagne. Les femmes réfugiées et demandeuses d'asile y rencontrent lors de l'accouchement davantage de problèmes que les femmes en population générale ; elles ont moins recours aux maternités et reçoivent moins de soins anténataux ou bien seulement tardivement. Chez elles, le sur-risque de décès lors de la délivrance est trois fois plus élevé qu'en population générale, celui d'une dépression du *post-partum* quatre fois plus élevé [19,22,23].

La majorité des pays voisins de la France s'accordent sur les recommandations de bonne pratique :

- Les principes et l'éthique de la santé publique régissent les évaluations et les prises en charge : consentement, confidentialité, non stigmatisation, dépistages et soins dans l'intérêt des individus concernés ; parcours de soins cohérent, dans le cadre du droit commun, y compris parcours de prévention et d'éducation pour la santé [24,25].
- Les enfants étrangers isolés ont les mêmes droits à la santé et aux soins que les nationaux. En tant qu'enfants isolés, ils doivent bénéficier de soins complets, appropriés et gratuits, inconditionnellement.
- Le suivi médical suppose la constitution d'un dossier médical comportant les données de santé enregistrées et partagées entre les professionnels de santé et les tuteurs, non communicables aux autorités administratives, notamment aux services de l'immigration, sans consentement de l'intéressé ou de sa famille ou du tuteur.
- La surveillance de la santé des enfants étrangers isolés doit intégrer l'état de la croissance et du développement physique, mental, psychologique et relationnel, les répercussions des conditions de vie dans le pays d'accueil (logement, scolarisation, réseaux relationnels et amicaux, etc.), les spécificités susceptibles d'avoir un impact sur le déroulement des soins (parcours de migration, exposition à la violence, barrière de la langue, conditions de vie et de transports, différences culturelles pouvant induire des attentes et des attitudes spécifiques face aux soins).
- Les troubles psychiques pouvant se déclencher tardivement, il est recommandé d'associer un bilan précoce à un suivi organisé, puis un bilan décalé bien qu'il n'existe pas d'échelle d'évaluation spécifique pour les enfants étrangers isolés ; il convient également de

privilégier une approche médico-sociale, de former et de soutenir les professionnels concernés à tous les niveaux.

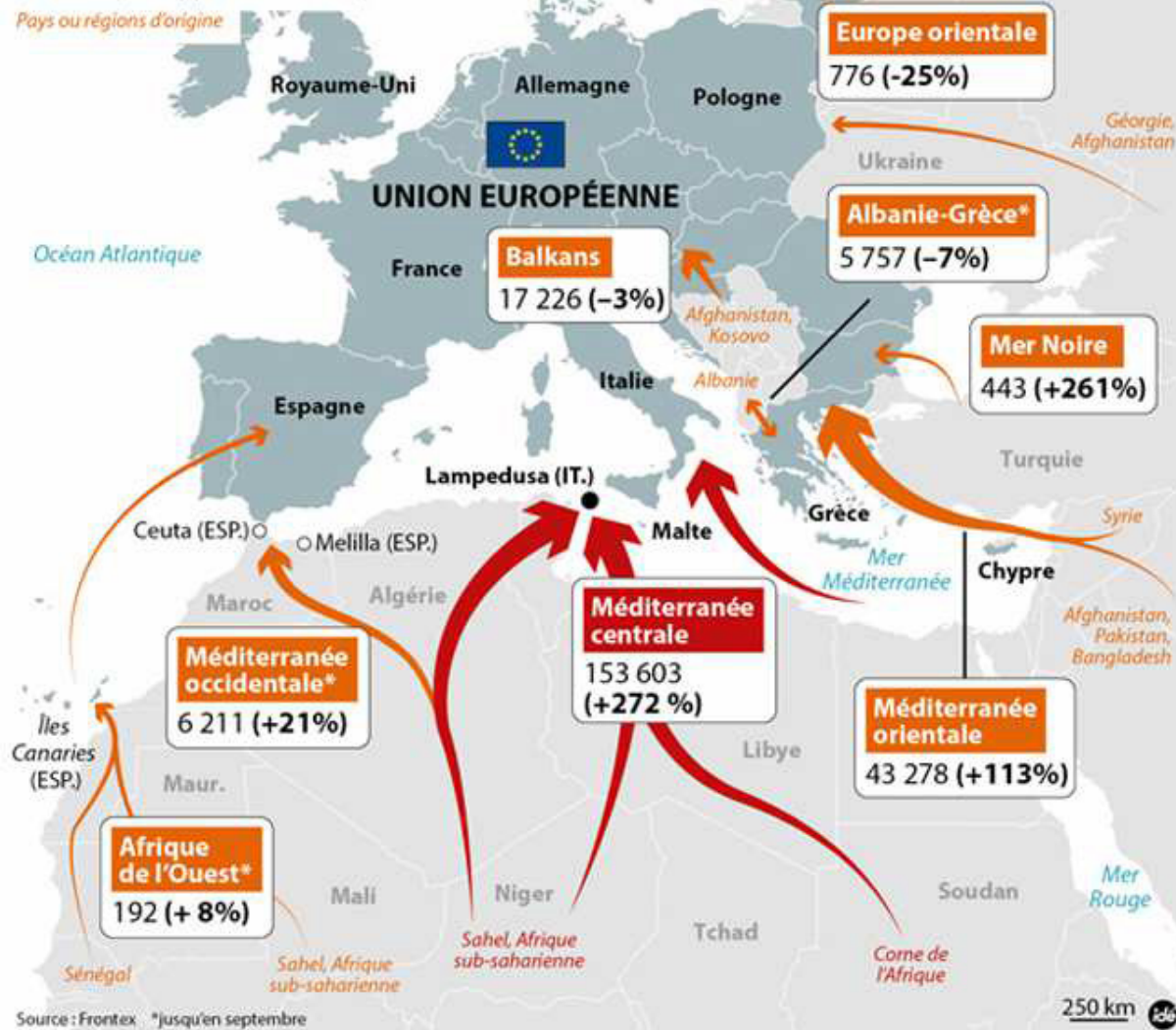
- L'évaluation pédiatrique complète avec anamnèse étant rendue difficile par l'absence d'informations sur leur passé médical, il est préconisé de faire conduire l'entretien initial par un médecin. Lors de cet entretien, basé sur un guide, le praticien doit veiller à la compréhension linguistique de l'enfant étranger isolé, en s'appuyant si nécessaire sur un interprète qualifié, et tenir compte des différences culturelles dans les représentations du corps et de la santé.
- Cette étape comporte le plus souvent deux consultations, une partie fixe commune à tous, une autre selon les profils. L'accompagnement et la prise de relais par d'autres professionnels (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux et éducateurs) sont articulés sur un parcours de santé cohérent.
- Concernant le dépistage des maladies infectieuses ou transmissibles, deux points de vue co-existent : une veille systématique pour le dépistage des maladies infectieuses (ECDC) ou le recueil d'informations épidémiologiques relatives à la région d'origine et au parcours migratoire. En cas de faible sur-risque pour le migrant et d'un très faible risque de transmission, on évite la stigmatisation des enfants étrangers isolés en ciblant les dépistages.
- Un calendrier des vaccinations est proposé selon les recommandations du calendrier vaccinal en vigueur. En l'absence de renseignements ou en présence d'informations douteuses sur le statut vaccinal, l'enfant est considéré comme non vacciné.

Origine des mineurs isolés en Europe

L'immigration clandestine vers l'Europe

229 073 passages clandestins enregistrés entre janvier et octobre 2014
(+144% par rapport à la même période en 2013)

Pays ou régions d'origine



4. Place de la santé dans l'organisation de l'accueil des enfants étrangers isolés en France

4.1 Les textes de référence internationaux et les engagements de la France établissent le droit des enfants à bénéficier de la protection de leur santé et de soins appropriés, et ce indépendamment de leur situation juridique.

Selon l'article 24 §1 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant : « les États parties reconnaissent **le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services** ».

Selon la Commission nationale consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) sur la situation des mineurs isolés étrangers (MIE) présents sur le territoire national (avis du 26 juin 2014 :

Recommandation n° 9) : « La CNCDH recommande de n'apporter *aucune restriction à l'accès des MIE aux soins* médicaux, de quelque nature qu'ils soient. À cet égard, il est indispensable de renforcer et d'améliorer l'accès des MIE à la prévention et d'assurer la continuité des soins. »

L'article 26 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant stipule que « *les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.* »

En France, le cadre légal du droit à la santé et la protection des mineurs est le suivant :

- **L'article 375 du Code civil établit le droit pour tout mineur de demander assistance par lui-même si sa santé est compromise :** « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont **en danger**, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, **des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées** par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, **du mineur lui-même** ou du ministère public.
- **La loi no 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, Art. L. 112-3.** La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits [8].
- **La circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 :** « les mineurs isolés étrangers sont orientés sans délai vers les structures de droit commun les plus adaptées à leur âge supposé (ou déclaré) et à l'urgence de leur situation (services hospitaliers, services de la protection maternelle et infantile...) afin qu'un premier bilan, comprenant un examen médical complet adapté à leur âge, une mise à jour vaccinale et un dépistage de la tuberculose, soit réalisé. Il est conseillé de remplir à cette occasion les pages correspondantes d'un carnet de santé qui sera remis au mineur. » [26].
- **Le Défenseur des droits dans son rapport sur les droits fondamentaux des étrangers en France en date du 9 mai 2016,** « recommande aux conseils départementaux de prendre des dispositions pour qu'un bilan de santé soit effectivement systématiquement effectué dès le stade de l'évaluation, afin que puissent être détectées des pathologies graves, urgentes, contagieuses. Il demande aux agences régionales de santé de veiller attentivement, d'une part, à la diffusion de la liste des structures désignées pour réaliser ces bilans de santé auprès des services de l'Aide sociale à l'enfance, et d'autre part, à la fluidité de la coopération entre lesdites structures et les conseils départementaux. »
Il est demandé « aux conseils départementaux d'intégrer, dans la prise en charge des mineurs étrangers non accompagnés, la question des besoins en soins de santé mentale, notamment au moment de la préparation du projet pour l'enfant, et de garantir que ces soins soient délivrés, le cas échéant, par des professionnels qualifiés. » [27]. Dans sa décision du 21 juillet 2016 N°MDE 2016-183, le Défenseur des droits affirme que « l'orientation des jeunes migrants, dès leur mise à l'abri, vers la réalisation des examens de santé est particulièrement importante du fait des conditions extrêmes de migration et de survie auxquelles la plupart d'entre eux ont été confrontés, ainsi que de l'impact de ces conditions sur leur état de santé physique et psychique. »
- **L'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. Cette instruction identifie les axes prioritaires pour la construction d'un parcours de santé des migrants selon 3 axes [28] :
 - **Axe 1 :** Faciliter l'accès à la prévention et aux soins par une meilleure information des personnes sur leurs droits et sur le système de santé aux différents « points d'entrée » sur le territoire, d'une

part, et par une meilleure information des professionnels de santé sur la prise en charge des migrants, d'autre part.

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

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

L'instruction prévoit ainsi l'organisation d'un « rendez-vous santé des primo-arrivants » associées en amont à « la réalisation de bilans d'orientations assurés par des binômes infirmiers/interprètes » permettant d'identifier les personnes qui nécessitent une consultation médicale sans délai, et celles pour qui le rendez-vous santé peut être organisé sans urgence, selon les principes posés dans l'avis du HCSP du 6 mai 2015 [29].

Le présent avis vise à appliquer ces mêmes dispositions aux enfants étrangers isolés.

À noter qu'un bilan de santé obligatoire pour les enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance a été voté dans le projet de loi de finances de la sécurité sociale (PLFSS) 2020². Ainsi, il convient que les enfants étrangers isolés en bénéficient tout en prenant en compte leurs spécificités.

4.2 Données de santé

À la différence d'autres pays européens, la France ne dispose que de données fragmentaires sur l'état de santé des enfants étrangers isolés [5].

Du fait de la variabilité des données démographiques et de l'absence, à ce stade, d'un recueil d'informations de santé organisé à l'échelle nationale, l'état de santé de la population des enfants étrangers isolés ne peut être qu'estimé à partir des motifs de consultation et des principaux diagnostics relevés par les services de santé auxquels ils sont adressés.

4.2.1. Les repères démographiques

Selon le rapport de l'Igas, en France le nombre d'enfants étrangers isolés intégrant les dispositifs de protection de l'enfance a triplé entre 2014 et 2017 avec une forte accélération entre 2016 et 2017 (+ 85 %). Certains enfants étrangers isolés présents sur le territoire échappent au dispositif d'évaluation et de protection : jeunes filles nigérianes contraintes à la prostitution à Vincennes (94), enfants en errance autour de Calais (62), enfants polytoxicomanes en bandes autour du square Bashung (75) et d'autres plus isolés et moins visibles encore. Ces personnes ne demandent généralement pas de protection. Par ailleurs il n'existe aucune donnée statistique concernant le nombre de mineurs faisant l'objet d'une procédure pénale [5].

Les flux : pour l'année 2018, selon le rapport annuel de la mission MNA (MMNA) du ministère de la Justice, le nombre de personnes déclarées MNA à la MMNA du ministère de la Justice est de

² <https://www.gouvernement.fr/projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-ce-qui-va-changer-pour-vous>

17 022 versus 14 908 en 2017 et 8 054 en 2016 [6]. L'année 2017 a connu une augmentation record de 85 %, suivie par un reflux (14 %) en 2018.

Le genre : la répartition par genre est pour 2018 de 95,6 % de garçons (soit 16 255) et 4,4 % de filles (soit 758) contre 95,9 % de garçons (soit 14 296) et 4,1 % de filles (soit 612) en 2017. En 2018, la proportion de filles a augmenté de 23,8 % par rapport à l'exercice 2017. Une tendance contraire aux années précédentes, laissant penser que davantage de jeunes filles quittent leur pays d'origine et sont prises en charge par les services de l'ASE [6].

L'âge d'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance. On observe pour l'année 2018 une tendance au rajeunissement, une stabilisation de la tranche des enfants âgés de 16 ans et une diminution des enfants âgés de 17 ans (moins 3,1 %). En revanche, la tranche intermédiaire des enfants de 14-15 ans progresse de façon constante depuis 2016, représentant 32,7 % des MNA en 2018.

Le pays d'origine : en 2018, les pays les plus représentés restaient la Guinée, le Mali et la Côte d'Ivoire, avec une augmentation de 6 % par rapport à 2017 de la présence des enfants de ces pays d'Afrique de l'Ouest. En effet, en 2017, ces trois pays qui représentaient 61,1 % du flux de mineurs orientés par la cellule représentaient 67 % de ce même flux en 2018. On note une légère diminution des enfants originaires de la Côte d'Ivoire (16,25 %), une nette augmentation de ceux en provenance du Mali (20,1 % en 2018) et de Guinée (30,7 %). S'agissant des pays du Maghreb, les enfants MNA représentent en 2018, 9,50 % du total des enfants reconnus MNA sur le territoire national, (soit 1 617 enfants). Il s'agit d'une augmentation sensible par rapport à 2017, où le Maghreb représentait 6,9 % des enfants reconnus MNA, (soit 1 035 enfants) [6].

La disparité départementale : l'augmentation du flux d'enfants étrangers isolés a conduit des départements de plus en plus nombreux à alerter la mission MNA du ministère de la Justice à propos de la saturation de leur dispositif de mise à l'abri et de prise en charge, malgré le renforcement significatif, pour certains, de leurs capacités d'accueil [6]. Ceci peut expliquer les écarts entre les chiffres de morbidité entre les départements, le recrutement variant en fonction du pays d'origine mais aussi de leurs capacités d'accueil. Le nombre de MNA confiés par décision judiciaire est soumis à une clé de répartition variable par département. Par exemple, pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 25 octobre 2019, la clé de répartition est comprise entre 0,10 % pour la Lozère et 4,53 % pour le Nord avec un nombre de MNA confiés par décisions judiciaires pour 2019 compris entre 15 et 632 [11,30].

Le HCSP a exploré quatre départements proposant des schémas d'organisation différents. Leurs dispositifs spécifiques sont présentés au fil de cet avis et plus largement à l'annexe n°6.

Les lieux de vie : 94 % des enfants étrangers isolés sont pris en charge la première année de leur arrivée sur le territoire français. Leurs conditions de vie sont difficiles avant une mise à l'abri, et leurs passages souvent trop brefs pour mettre en place un rendez-vous santé adapté.

Selon l'étude ELAP (Étude Longitudinale sur l'accès à l'Autonomie après le Placement), une étude longitudinale des jeunes de 17 ans à 20 ans placés par l'ASE, menée en 2013 avec le concours de l'Institut national d'études démographiques (INED), 65 % des MNA (anciennement MIE) disent avoir connu des périodes où ils ne savaient pas où se loger, où dormir, contre 18 % des jeunes migrants non isolés. Parmi eux 53 % ont déjà dormi dans la rue (contre 8 %). Lors de la période de mise à l'abri provisoire, ils sont souvent affectés dans des hôtels ou des hébergements collectifs peu adaptés. Environ 33 % des MIE ont été hébergés dans d'autres structures que l'ASE (ex : Croix-Rouge, France Terre d'Asile, etc.) ; il s'agit souvent d'une première prise en charge, permettant d'évaluer la situation des enfants étrangers à leur arrivée en France. En cas de problème financier, 80 % des MNA ne connaissent aucune personne susceptible de les dépanner (ils sont 30 % parmi les non MNA) [31].

4.2.2 L'état de santé des enfants étrangers isolés

Différents travaux sont publiés à partir des consultations dédiées aux enfants étrangers isolés [32,33]. Ces études, de qualité variable, portent sur des cohortes restreintes et ne sont pas toutes

convergentes. Elles montrent cependant une surmorbidity concernant la santé psychique (dépression, anxiété, stress psychotraumatique), des troubles liés à la précarité de leurs conditions de vie (dermatoses, parasitoses et problèmes dentaires) et, secondairement, selon leurs trajectoires, des risques infectieux (hépatites virales surtout, ou plus rarement tuberculose ou infection à VIH).

Estimation des données de santé à partir de 3 sources

À titre d'illustration, le HCSP cite trois types d'études disponibles provenant soit d'examen systématiquement proposés aux enfants étrangers isolés par un département, soit de consultations hospitalières dédiées, soit de centres de santé mis en place par des organismes humanitaires.

4.2.2.1. Données de la Gironde (2011-2013) [34]

À la suite de l'augmentation des flux d'année en année, le conseil départemental de Gironde et le Tribunal de Grande Instance de Bordeaux ont mis en place en 2009 un protocole spécifique appelé Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Etrangers (DROMIE) visant à assurer l'accueil en urgence des MIE se trouvant dans le département de la Gironde. Début 2011, une concertation entre le Centre départemental de l'enfance et de la famille et le Service de médecine tropicale du CHU de Bordeaux a abouti à un protocole de prise en charge comportant des examens de dépistage ainsi qu'une évaluation psychiatrique systématique.

Les enfants étrangers isolés y bénéficient d'une première visite médicale d'évaluation durant la semaine de leur arrivée. Cette visite comprend un bilan infirmier avec ouverture du dossier médical, le recueil des données socio-administratives (origine géographique, parcours, âge déclaré, structure familiale, langues parlées, scolarité), la prise de constantes (poids, taille, pression artérielle, fréquence cardiaque, température), le dépistage de troubles visuels, une bandelette de dépistage urinaire, une glycémie capillaire et une consultation médicale (assistée si besoin d'un interprétariat téléphonique) incluant le recueil, lorsqu'il est possible, des antécédents médicaux personnels et familiaux.

Données issues des examens de santé systématiques proposés aux enfants étrangers isolés en Gironde entre janvier 2011 et décembre 2013, sur une population originaire d'Afrique (71 %), d'Asie (21 %) et d'Europe de l'Est (8 %)

Pathologies	Fréquence
Parasitoses digestives	50 %
Schistosomiasis	7 %
Filariose	6%
Hépatite virale B	chronique : 6 % ; latente : 28 %
Déficit en fer	26 % ; avec anémie : 26 %
Déficit en G6PD	8 %
Caries dentaires	29 %
Syndrome post-traumatique (tableau compatible avec)	45 %
Pensées suicidaires	4 %

4.2.2.2. Enquête auprès des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) 2017- 2018 [33]

Dans le cadre des plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), une enquête en ligne auprès des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) a été menée dans 75 PASS, 13 services hospitaliers de 11 régions sur la santé des MNA vus en PASS. Les principaux types de pathologies reconnus comme marquants (par leur fréquence ou leur complexité de prise en charge) par les médecins en PASS sont présentés ci-dessous.

Opinion des médecins de PASS sur les principales problématiques de soins somatiques marquants concernant des enfants étrangers isolés

Types de pathologies marquantes (fréquentes ou complexes)	Nombre d'opinions de médecins de PASS	%
Souffrance psychique, addictions	38	43 %
Douleurs diffuses (sans précision)	30	34 %
Tuberculose, infections à VIH, hépatites virales, IST	20	23 %
Traumato-chirurgie	24	27 %
Dentaire, ORL, OPH	20	23 %
Autres maladies infectieuses	19	22 %
Dermatoses	15	17 %
Pathologies gynéco-obstétricales et urologiques	6	7 %
Dénutrition	5	6 %
Demande d'examen systématique	5	6 %
Motif non médical	3	3 %

- 4.2.2.3. Consultations de mineurs isolés étrangers en attente de contact ou d'évaluation, Médecins du monde [35]

Focus sur les consultations médicales assurées en 2018 par Médecins du monde auprès d'enfants étrangers isolés.

Sur un total de 403 consultations médicales pour des pathologies somatiques chez des enfants étrangers isolés dont 97 % proviennent de l'Afrique sub-saharienne, 25 % des consultations ont abouti à une prise en charge hospitalière.

Les pathologies chroniques (n=173) sont plus fréquentes que les pathologies aiguës (n=84).

Les résultats par diagnostic sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Diagnostic	N=403
Respiratoire	26
Neurologique	30
Œil	32
Peau	41
Ostéo-articulaire	62
Système digestif	124
Non spécifiques	24

Focus sur les consultations pour motifs psychiques assurées en 2018 par Médecins du monde auprès des enfants étrangers isolés, soit au total 173 consultations auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue.

Les résultats par diagnostic sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Diagnostic	N=173
Dépression ou sensation de dépression	40
Syndrome de stress post traumatique	30
Troubles anxieux	26
Nervosité /tension	17
Troubles du sommeil	5
Autres	18

4.2.2.4. Accompagnement des enfants étrangers isolés par le COMEDE [36]

Le Comité pour la santé des exilés (Comede) est une organisation humanitaire dédiée à la santé des exilés et à la défense de leurs droits au moyen de consultations et de permanences téléphoniques. Ses actions sont conduites en partenariat avec des associations, institutions et professionnels de la santé, du droit et de l'action sociale.

Au total, 447 enfants mineurs ont été accompagnés au Centre de santé (CDS) (53 %), ou dans le cadre des permanences téléphoniques (PT) (46 %).

La fréquence des pathologies varie en fonction de l'origine géographique et du parcours migratoire mais le profil reste le même.

Deux-tiers de ces enfants étrangers isolés sont adressés par les services de l'ASE 94 et l'association Médecins du monde. Leurs régions d'origine en Afrique et en Asie sont plus représentées au regard de la répartition de l'ensemble des mineurs étrangers en France. Ils ont 15 ans en moyenne. La proportion de filles, 14 %, est plus importante que dans les autres enquêtes ; la majorité de ces enfants a été scolarisée dans leur pays d'origine (primaire 39 %, secondaire 34 %).

Le rapport de cet organisme insiste sur la vulnérabilité sociale des enfants étrangers isolés. En 2017, la proportion d'enfants mineurs sans hébergement a atteint 33 % des patients du CDS (19 % à la rue et 6 % en hébergement d'urgence) et 20 % des bénéficiaires des PT. Plus de la moitié d'entre eux n'ont pas de protection maladie. Leur situation de vulnérabilité affective et sociale se double d'obstacles linguistiques fréquents lors des premiers mois en France : 28 % ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Un enfant sur six (17 %) ne s'est pas normalement alimenté pendant les jours précédant la consultation. Ces facteurs de vulnérabilité sociale sont exacerbés parmi les enfants déclarés « majeurs », exclus de la protection et de l'ASE.

Sur le plan épidémiologique, les enfants originaires d'Afrique de l'Ouest présentent davantage d'infections par le virus de l'hépatite B : VHB (123 ‰) et de schistosomiase urinaire (58 ‰), et ceux d'Afrique centrale, de troubles psychiques graves (75 ‰) mais cette prévalence est équivalente en Europe de l'Est (91 ‰) et au Moyen-Orient (64 ‰) et de drépanocytose homozygote (17 ‰) [36].

5. Observation de la surveillance de la santé et de la prise en charge des enfants étrangers isolés dans quatre départements

Les 4 départements enquêtés (Nord, Gironde, Bouches-du-Rhône, Seine-Saint-Denis) ont été confrontés entre 2015 et 2018 à un afflux croissant d'enfants mis à l'abri et d'enfants étrangers

isolés reconnus comme MNA, en attente d'évaluation. Devant cet afflux, les services de l'ASE ne disposaient ni de lieux d'hébergement ni de personnels d'encadrement qualifié en nombre suffisant.

Ces départements ont donc été amenés d'une part à impliquer le réseau associatif pour accueillir les enfants étrangers isolés, d'autre part à prolonger les délais légaux pour l'évaluation de la minorité et de l'isolement des enfants étrangers isolés, et enfin à loger les enfants à l'hôtel, faute de place, les laissant ainsi livrés à eux-mêmes dans l'attente de solutions pérennes.

Outre le problème quantitatif, les départements devaient faire face à la spécificité des enfants étrangers isolés et de leur parcours, très différent de celui de la population habituelle de l'ASE : les enfants étrangers isolés ont en effet un âge moyen de 16 ans, avec parfois un passé de jeunes adultes dans leur pays, une trajectoire de migration souvent douloureuse et une volonté farouche d'intégration rapide.

Face à cette situation, les départements ont développé leurs capacités d'hébergement et le recrutement de personnels de différentes professions ; ils privilégient pour cela la création de structures *ad hoc*, adaptées aux spécificités des enfants étrangers isolés : logement en petites unités, encadrement axé sur la définition de projets éducatifs individualisés. Ce processus est actuellement en cours, ainsi que les processus de recrutement de nouveaux professionnels.

Concernant la prise en charge de la santé somatique, face à des enfants qui souvent ne sont pas demandeurs, celle-ci se trouve résolue seulement lorsque l'enfant, après évaluation de sa minorité et de son isolement, peut intégrer les structures de l'ASE. À ce moment-là, des bilans de santé initiaux peuvent être proposés et des parcours de santé peuvent être définis dans la mesure où les structures d'accueil comportent un infirmier voire un médecin. La concrétisation des parcours de santé des enfants étrangers isolés reste alors tributaire des moyens disponibles à l'ASE comme dans le système de soins. Ainsi, la prise en charge des troubles psychiques est particulièrement difficile.

Concernant la santé psychique, les départements enquêtés s'accordent pour souligner l'importance et la difficulté des repérages et des prises en charge nécessaires, alors que les structures psychothérapiques (centre médico-psychologique : CMP) sont en nombre insuffisant, sans formation aux spécificités de la population des enfants étrangers isolés. Peu de structures d'accueil bénéficient de la présence de psychologues, ou alors dans le cadre de vacations ou en supervision. Aucun bilan spécifique n'a été décrit au cours de l'enquête.

Dans la phase de logement à l'hôtel, en attente d'évaluation comme après l'évaluation, seules les situations d'urgence peuvent être prises en charge alors que les acteurs soulignent que ces conditions de vie sont en elles-mêmes pathogènes (isolement exposant au risque de troubles psychiques voire d'addictions ; promiscuité et manque d'hygiène exposant au risque de maladies infectieuses et dermatologiques, ...).

D'une manière générale, les départements soulignent la difficulté pour les travailleurs sociaux d'exercer effectivement leur rôle d'accompagnateurs dans le système de soins pour des enfants qui constituent pour eux une charge supplémentaire. Les enfants étrangers isolés sont ainsi souvent amenés à se déplacer seuls à travers le système de soins, lequel se trouve par ailleurs le plus souvent dépourvu de moyens d'interprétariat. Cet état de fait ne peut que compromettre leur parcours de santé ultérieur d'autant que la question de la transmission des données (délivrance et remplissage d'un carnet de santé ou son équivalent) est loin d'être résolue.

Il n'existe actuellement, dans aucun des départements enquêtés, de référentiel pour un bilan initial harmonisé. Les différents acteurs impliqués : médecins des structures d'accueil (lorsqu'il y en a), médecins généralistes et hospitaliers, notamment PASS, services d'urgences, services de pédiatrie, services d'inféctiologie et de maladies tropicales, services de santé des migrants, institutions publiques (services de Protection maternelle infantile (PMI) par exemple), mutualistes, associatives, Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), etc. pratiquent chacun un bilan initial conforme à leur pratique habituelle ; ils ne sont pas formés spécifiquement à la problématique des enfants étrangers isolés. La Gironde et les Bouches-du-Rhône ont ainsi mis l'accent sur la création

d'un réseau d'acteurs capables d'échanger sur leurs pratiques, voire de formuler ou d'adapter des recommandations.

Pour les départements enquêtés, la définition d'un référentiel national permettrait *a minima* de formuler les besoins humains et matériels nécessaires à la réalisation du bilan préconisé. Deux points de vue contradictoires paraissent ici s'exprimer. Pour les uns, les enfants étrangers isolés justifieraient un accueil et un bilan de santé spécifiques du fait de leur parcours très différent de celui du public plus classique de l'ASE. Pour les autres, les MNA sont des adolescents comme les autres, en bonne santé et non demandeurs de soins ; il conviendrait donc de les traiter comme tels tout en tenant compte de leurs particularités, en sorte d'éviter de mettre en place un dispositif spécifique, avec le risque de les stigmatiser. Compte tenu de leurs spécificités, le HCSP considère que ces populations doivent bénéficier de dispositions particulières.

Au total, il ressort de cette enquête auprès de quatre départements que les enfants étrangers isolés constituent une population spécifique, différente de la population classique de l'ASE. Il s'agit très majoritairement de garçons, ce qui pose la question d'un parcours spécifique pour les filles.

Pour les quatre départements consultés et à la suite de l'augmentation des flux, les conditions de vie des enfants étrangers isolés, au début de leur parcours, sont elles-mêmes devenues pathogènes, sur le plan somatique et psychique (l'hôtel, la rue). Les modalités de mise à l'abri sont très variables d'un département à l'autre.

La plupart des lieux d'accueil ou d'hébergement disposerait d'un infirmier mais pas de psychologue. La question de la langue comme celle des différences culturelles ne seraient pas insolubles sous réserve de la compétence des personnels.

Les enfants étrangers isolés sont peu demandeurs de soins ; ils ont d'autres priorités. Ils ont une bonne santé, du moins ressentie, mais parfois dans le déni. Il arrive que les examens proposés heurtent leurs croyances (prises de sang, santé psychique). Les enfants étrangers isolés peuvent être amenés à s'intéresser à leur santé si cela contribue à la construction de leur projet (scolarisation/vaccinations par exemple).

Il n'y a pas lieu de mettre en place des examens de dépistage qui ne déboucheraient pas sur un parcours de santé. L'opinion majoritaire est de privilégier la mise en place de parcours de santé réalistes plutôt que des bilans de santé systématiques. L'absence de suivi des actes médicaux (carnet de santé) conduit à la multiplication des examens et des prescriptions lorsqu'ils sont considérés comme manquants.

La continuité des prises en charge suppose une plus grande sensibilisation et une meilleure formation des personnels sociaux et éducatifs, et la mise en place d'un dossier médical dématérialisé. L'accès aux droits (PUMa : protection universelle maladie /AME) est théoriquement prévu mais la mise en œuvre peut être complexe ; sur ce point il existe d'importantes disparités entre les départements.

Le dispositif de soins psychiatriques est inadapté aux besoins des enfants étrangers isolés : le repérage des signes de souffrance psychique demeure empirique ; la prise en charge est difficile à faire accepter par les enfants étrangers isolés, la pratique des séjours institutionnels courts éventuellement répétés ne permet pas un suivi à long terme.

En résumé, dans les départements observés, des questions analogues se posent autour du rendez-vous santé, de son contenu, du moment, du lieu et des conditions de sa réalisation, du recrutement d'un personnel impliqué et formé, de la nécessité d'introduire des parcours spécifiques en fonction de l'âge, du sexe, des risques encourus et des modalités de transmission des données médicales colligées.

6. Aspects éthiques

Les principes éthiques appellent le respect de l'équité, de l'autonomie de la personne, de la non-malfaisance et de la bienfaisance. S'agissant de personnes migrantes, le débat social est animé par l'égalité de traitement face à la maladie, par le souci de la protection des personnes vulnérables, le respect du consentement et la capacité à se soigner alors que l'enfant se trouve transplanté dans une culture différente.

Dans le cas des MNA, comme l'indique cette appellation qui a remplacé celle de « mineurs étrangers isolés », l'intérêt supérieur de l'enfant l'emporte sur sa situation d'enfant étranger. À ce titre, la règle de droit relève de l'adhésion à la Convention internationale des droits de l'enfant et de la Protection sociale de l'enfance, c'est-à-dire un droit intangible à la protection, à l'éducation et aux soins sous couvert d'un représentant légal. En l'absence d'autorité parentale connue, l'État français se substitue à cette autorité [37,38].

Les dilemmes éthiques rencontrés lors de la prise en charge de la santé des enfants étrangers isolés portent sur les points suivants : l'autonomie de l'enfant et sa capacité à juger, l'égalité de traitement et la disponibilité des mesures de protection.

Dans la relation individuelle, il s'agit de s'assurer que l'enfant comprenne les enjeux pour sa santé, dans un pays différent du sien et souvent exprimés dans une langue différente de la sienne. Le professionnel de santé doit apprécier la capacité de l'enfant à prendre en charge sa santé et, si nécessaire à consentir à des soins, compte tenu de son âge et de sa maturité relative. En cas de refus, il doit le convaincre ou en référer à une personne de confiance. Dans les deux cas, le pouvoir d'influence est en tension avec la recherche de l'intérêt supérieur de l'enfant quand des soins sont déjà engagés, face à des états de santé détériorés ou à une exploitation manifeste de l'isolement de l'enfant. En outre, d'un point de vue déontologique, le respect de la confidentialité peut être difficile au cours des transferts administratifs et des prises en charge successives.

Plusieurs points relevant de la responsabilité collective méritent d'être débattus du point de vue de l'éthique, tels que la question du recueil du consentement aux soins dans une situation de grande fragilité ou les méthodes retenues pour la reconnaissance de la minorité. Ce dernier point a fait l'objet d'un avis du HCSP le 23 janvier 2014 [39], amplement discuté par ailleurs, et qui n'entre donc pas dans le cadre du présent avis, lequel considère seulement l'âge déclaré par l'enfant étranger isolé. En pratique clinique, l'inquiétude de ces enfants étrangers isolés qui se trouvent à l'âge délicat de la quête identitaire de soi-même, et alors qu'ils peuvent être confrontés au risque d'accusation de duplicité ou de dissimulation doit être prise en compte. La loi no 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (article 43) rappelle que le doute profite à l'enfant ou au jeune [8].

Dans toutes les situations, le consentement de l'enfant devra être recueilli après un temps d'explications claires et adaptées. L'absence de l'autorité parentale pour ce consentement est une question fréquemment soulevée. Elle n'a pas lieu d'être considérée dans les situations d'urgence ou de mise en danger à plus long terme. La jurisprudence montre qu'elle n'est plus requise lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins dits usuels. Dans l'appréciation des autres situations, des éléments de réponse peuvent être trouvés en fonction de l'attitude du professionnel, de la présence ou non d'un adulte responsable qui peut être de confiance mais qui n'a pas autorité de substitution, de l'existence d'une couverture sociale individuelle ou d'une demande d'autorisation soumise à une autorité de substitution administrative (ASE) ou judiciaire (juge des enfants, PJJ, administration pénitentiaire).

Lorsqu'un enfant se disant mineur est exclu à l'issue d'une procédure d'évaluation socio-éducative ou lors d'un refus d'examen, ou est débouté de sa demande de protection à la suite de la non reconnaissance de l'âge déclaré, le terme appliqué à cette procédure est celui de

« déminorisation ». En pratique, cet état prive à court terme l'enfant des mesures d'aide dont il a pu bénéficier depuis sa mise à l'abri. De la même manière que celui qui a franchi le cap de ses 18 ans depuis l'ouverture de son dossier, il doit alors disposer d'un titre de séjour et si aucune autre formule d'accompagnement, par exemple celle de « jeunes majeurs », ne peut lui être proposée, il est projeté dans une situation de clandestinité. Certains avancent que le critère de vulnérabilité ne peut être systématiquement attribué à ces enfants migrants en raison de la force dont ils ont fait preuve dans l'accomplissement de leur parcours migratoire, d'autres estiment que les risques de précarisation et d'exploitation encourus par le passage à la clandestinité doivent être considérés pour tous les mineurs non-accompagnés sortant du dispositif prévu par la Protection de l'enfance. Dans un avis du 16 octobre 2017, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) rappelle que le contexte international nécessite une anticipation des attitudes face au flux migratoire et impose certaines exigences de respect de la dignité des personnes [40]. En particulier, le CCNE demande que les professionnels de santé soient à même d'inspirer confiance aux personnes qui font passer la nécessité de se cacher avant celle de se soigner, et qu'ils prennent en considération les différences linguistiques et culturelles dans une approche équitable de la santé. Le CCNE estime, par ailleurs « qu'en l'état actuel des données, il n'existe aucune difficulté insurmontable dans une prise en charge honorable et digne des migrants ».

7. Bilan initial de santé – Rendez-vous santé

Le formulaire de cet entretien proposé ci-dessous s'inspire notamment d'un document remis au GT par l'association « Médecins du monde » lors de son audition, ainsi que du dernier numéro du BEH « Populations migrantes : violences subies et accès aux soins » paru au mois de juin 2019 : [41] (annexes 7, 8 et 9).

7.1. Cadre organisationnel de l'entretien d'orientation

Cet entretien répond à la première étape du rendez-vous santé proposé aux primo-arrivants [28] et applicable aux enfants étrangers isolés. Il permet la mise en œuvre d'un parcours de santé approprié aux caractéristiques de ces enfants. Le personnel infirmier chargé de mener cet entretien devra disposer des compétences nécessaires à la prise en charge d'un public d'enfants étrangers isolés.

Concernant l'autorisation pour un infirmier à prodiguer de tels soins, cette instruction de juin 2018 a précisé que : « Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle. »

Il est nécessaire que soit également précisé que les infirmiers bénéficiant de la formation appropriée et intervenant au sein d'une équipe pluridisciplinaire et sous l'autorité d'un médecin (cf. infra) soient autorisés à conduire les actions de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement où l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé.

Par analogie avec le second paragraphe de l'article L. 1111-5³, le consentement de l'enfant doit être requis lorsqu'il bénéficie de droits à une assurance santé complète (Aide médicale État (AME))

³. « Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. »

ou protection universelle maladie (PUMa) + Couverture maladie universelle complémentaire : CMUc⁴) ou à partir du moment où une demande d'ouverture de droits est concomitamment remplie, avec son accord contresigné pour la constitution de ce dossier. Cette précision nécessaire deviendrait sans objet si dès la phase de mise à l'abri, le statut d'accueil provisoire d'urgence était pleinement appliqué et que le service de l'aide sociale à l'enfance assurait ainsi dès cette phase l'inscription à la PUMa + Complémentaire santé solidaire CSS ex CMUc⁵.

Ces enfants ont été victimes d'accidents divers, de violences et de traumatismes physiques ou psychiques ; il n'est pas rare qu'ils souffrent de traumatismes psychologiques, de maladies infectieuses, tropicales ou sexuelles. Ils ont également traversé des périodes sans possibilité d'accès aux soins. Un rattrapage des actions de dépistage et de prévention primaire s'avère par conséquent indispensable. La vigilance s'exercera sur l'expression d'un stress psychotraumatique, fréquent dans cette population et pour lequel l'opportunité du moment de la prise en charge doit être discutée avec un médecin référent.

On doit aussi prendre en compte le contexte de la santé des personnes migrantes. Les normes, les croyances, les pratiques, l'expression des symptômes varient suivant les cultures. Les représentations de la santé et de la maladie peuvent être très différentes selon que l'on considère les sociétés de départ ou la société d'accueil. Les relations des individus et des groupes sociaux avec le système de santé sont elles aussi très diverses. Or elles conditionnent tant les modalités diagnostiques que les pratiques de soins. Une formation, soit pratique, soit universitaire, à la médiation en santé (y compris la médiation culturelle) est un préalable indispensable à la formation des personnels paramédicaux en charge de l'entretien d'orientation et vient compléter un enseignement de pédiatrie et de santé des adolescents qui fait encore défaut aujourd'hui dans le cursus du diplôme d'infirmier.

7.2. Formations professionnelles qualifiantes

Parmi les formations existantes, le diplôme d'infirmier puériculteur semble le plus approprié mais suppose malgré tout une formation complémentaire. Cet enseignement comprend déjà des modules touchant à la prévention, à l'éducation à la santé, à la santé sexuelle, au dépistage et aux premiers soins des troubles psychiques et des addictions des enfants et adolescents, faisant défaut à la formation initiale d'infirmier. Ces enseignements seraient toutefois à renforcer. En outre, un enseignement complémentaire, juridique par exemple, pourra s'avérer utile.

Afin d'approcher la population des enfants étrangers isolés, certains départements organisent des formations courtes de quelques demi-journées qui sont une base d'initiation à la médiation culturelle.

D'autres compétences peuvent être acquises via des diplômes universitaires / interuniversitaires de médecine tropicale, santé humanitaire ou santé des migrants. Une liste non exhaustive de formations est proposée à l'annexe 10.

7.3. Déroulement de l'entretien d'orientation du rendez-vous santé

En préalable à l'entretien, préciser à l'enfant qu'aucune information recueillie pendant un acte de soin (notamment mentionnée sur le document de recueil) ne pourra être communiquée sans son accord en particulier aux personnels impliqués dans l'évaluation socio-éducative du statut de MNA. Ni le partage du secret professionnel avec le personnel socio-éducatif, ni le contexte d'allophonie ne font obstacle au respect de la réglementation en vigueur ou de l'information du patient [45,46].

⁴ Au 1^{er} novembre 2019, la Complémentaire santé solidaire remplace la CMU-C et s'étend à d'autres bénéficiaires, ceux aujourd'hui éligibles à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [42]

⁵. Articles L223-2 du CASF, L160-2 du CSS [43,44]

Le renforcement de l'accès à l'interprétariat professionnel apparaît comme essentiel à toutes les étapes du parcours de santé des migrants.

Afin de garantir la continuité des soins [47], cet entretien est celui où doit être constituée une demande d'ouverture de droits d'assurance maladie pour l'enfant.

Il est fortement recommandé que le personnel infirmier travaille sous la responsabilité et en collaboration étroite avec un médecin, lui aussi compétent dans ces domaines. À défaut, il serait difficile d'envisager le cadre de responsabilité d'actes de soins ne relevant pas du rôle propre infirmier, en particulier pour des actes invasifs ou des décisions d'orientation. Cette collaboration conditionne une capacité de réponse rapide (moins d'une semaine) aux questions restées en suspens après les entretiens réalisés par le personnel infirmier. On renforcera l'autonomie d'action du personnel infirmier au moyen de protocoles de coopération pluriprofessionnelle.

Afin que soit assuré le respect du secret professionnel, l'entretien d'orientation ne devra pas être confondu avec la procédure administrative ou socio-éducative. Il en sera distingué matériellement grâce à des locaux, un personnel et une hiérarchie distincts.

Cet entretien se déroule en deux étapes distantes de plusieurs jours. Outre un premier contact pour rechercher une situation d'urgence nécessitant une orientation immédiate, une stabilisation des conditions de vie sera nécessaire avant la deuxième étape de l'entretien.

7.4 Organisation du rendez-vous santé

Il paraît souhaitable que ce rendez-vous santé se fasse en deux étapes.

7.4.1 Un premier entretien avec un référent infirmier formé (cf. supra) doit être organisé dans les 48 heures à partir de l'admission à la mise à l'abri.

Cet entretien (voir le guide proposé à l'annexe 8) aura pour objectifs de :

- rechercher un ou des problèmes de santé nécessitant un avis médical et / ou une prise en charge urgente :

- soit pour raison individuelle : malnutrition sévère (IMC < - 3 déviations standard (DS), œdèmes déclives), fièvre, altération des fonctions supérieures, douleurs non contrôlées par des antalgiques usuels (incluant les plaintes dentaires), détresse respiratoire, vomissements incoercibles, diarrhée avec intolérance alimentaire ou déshydratation clinique, saignement macroscopique, traumatisme avec une impotence fonctionnelle d'un membre, traumatisme perforant récent, infection cutanée, infection des tissus mous, manifestations de rupture psychique aiguë (délire, prostration, automutilations, ...). Les enfants dont l'âge allégué est inférieur ou égal à 15 ans sont orientés vers une structure pédiatrique, hospitalière ou non.
- soit pour raison collective : présence d'une toux chronique, hémoptysie, lésions cutanées prurigineuses suspectes de gale, diarrhée sanglante, agitation avec auto-hétéro agressivité.

- rechercher un antécédent médical pour lequel la rupture d'un traitement de fond exposerait à une décompensation aiguë.

- annoncer et expliquer les objectifs et le déroulement du bilan de santé proprement dit. L'enfant devra être informé des ressources sanitaires dont il dispose en cas de besoin dans l'intervalle entre les deux entretiens. L'enregistrement d'une non-opposition à l'enregistrement des données de santé sera réalisé à cette étape.

Le personnel infirmier pourra en cas de besoin, soit administrer (dans le cadre d'un protocole de coopération pluriprofessionnelle ou sur prescription du médecin référent) des antalgiques usuels, des traitements de la diarrhée dans le respect des doses, soit orienter l'enfant vers une consultation médicale immédiate.

En cas d'administrations itératives nécessaires à l'issue de l'entretien, les médicaments doivent être remis à un personnel socio-éducatif assurant l'accompagnement de l'enfant. Ce personnel est en effet habilité à donner une aide à la prise de médicaments, lorsque celle-ci se révèle être un acte de la vie courante et ne représente pas de difficultés particulières, ni ne nécessite un apprentissage [48].

Si au cours de cette première rencontre, l'infirmier en charge de l'entretien a des doutes sur l'observance future, ou s'il anticipe des difficultés en termes d'organisation, il est recommandé de le compléter par un examen clinique, de procéder au bilan biologique, tels que prévus dans la deuxième étape et d'initier en tant que de besoin, un rattrapage vaccinal.

7.4.2 La seconde rencontre du bilan de santé devra, si possible, être conduite par la même personne, dans des conditions similaires à l'entretien initial, après un délai d'au moins 3 jours. Dans l'intervalle, l'enfant aura bénéficié d'un régime alimentaire équilibré en quantité et qualité (conformément aux recommandations du programme national nutrition santé-PNNS), et d'un hébergement continu.

En préalable à l'entretien, lui préciser qu'aucune information recueillie pendant un acte de soin (notamment mentionnée sur ce document) ne pourra être communiquée à tout autre professionnel sans son accord, en particulier aux personnels impliqués dans l'évaluation socio-éducative du statut de MNA.

Les objectifs de ce bilan comprennent :

- La confirmation de l'absence de pathologies avérées justifiant un avis médical urgent.
- Un entretien médical et un examen clinique selon le guide d'entretien (annexe 8).
- La transmission des informations sur l'état de santé des enfants étrangers isolés, structurée par un formulaire national (annexe 12).

Il doit être suivi d'un avis médical validant le bilan, après avoir pris connaissance des résultats des examens biologiques, et qui confirme ou modifie l'orientation décidée : suivi simple avec orientation vers un médecin traitant, suivi spécialisé *a priori* hospitalier, demande d'avis psychiatrique, obstacle médical à la réalisation d'une évaluation socio-éducative au regard de l'état de santé de l'enfant (potentiellement assorti d'un signalement au procureur, voire d'une hospitalisation).

LE HCSP A PRIS EN COMPTE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

La convergence des situations dans les autres pays européens voisins de la France et la diversité des expériences acquises dans les départements

- Le nombre et la sévérité des événements traumatiques rencontrés (mort d'un proche, situation de danger personnel, situation de guerre, confrontation aux violences, viol subi ou observé, séparations, mauvais traitements) sont des facteurs de risque majeurs.
- Les prises de risques liées aux conditions de survie (consommation de drogues, travail sexuel obligé) peuvent avoir un effet autodestructeur ; toutefois on note une bonne résilience chez beaucoup d'enfants étrangers isolés.
- L'absence de sentiment d'appartenance, associé à une faible estime de soi, expliquerait un taux élevé de ruptures psychiques.
- Les symptômes de stress post-traumatique sont plus importants chez les enfants étrangers isolés par rapport aux autres enfants migrants [49]. Une des conséquences premières dans cette population est la prévalence de la dépression (15 % à 23 % selon

les études) ; mais les effets du psychotraumatisme peuvent se révéler de façon décalée (19 % des cas selon une étude aux Pays-Bas).

- Le stress subi dans le pays d'accueil (discrimination, violences, difficultés matérielles) pourrait avoir un rôle « dépressogène » aussi important que les facteurs antérieurs à l'immigration.
- La fréquence des manifestations anxieuses chez les enfants étrangers isolés (jusqu'à 50 % selon plusieurs études).

Considérant les expériences des pays voisins, le HCSP s'appuie sur les principes suivants :

- L'entretien appelé « rendez-vous santé » n'a pas pour objet de déterminer l'âge de l'enfant étranger isolé ; seul l'âge allégué par cet enfant est pris en compte.
- Dissocier le moment de l'évaluation médicale de celui de la procédure d'évaluation sociale.
- Rappeler qu'un enfant étranger isolé a les mêmes droits à la santé et aux soins que tout autre enfant sur le territoire (priorité de l'intérêt de l'enfant, soins complets et gratuits, protection socioéducative).
- Tenir compte de ses contraintes de vie (hébergement, état nutritionnel, fatigue) et de sa compréhension de la langue française au moment de l'entretien de santé.
- Lui expliquer la raison d'être de cet entretien et la nécessité d'avoir son consentement pour le suivi de sa santé.
- Prévoir si nécessaire une assistance linguistique, de type interprétariat professionnel.
- Faire assurer cette évaluation médicale par un personnel spécifiquement formé en particulier à la médiation culturelle et ayant la connaissance des risques sanitaires des pays d'origine et des risques pris dans les différentes filières migratoires.
- Procéder à un entretien adapté à l'âge déclaré par l'enfant étranger isolé et à sa situation.
- Faire accompagner l'enfant par un adulte en qui il a confiance.

Le HCSP recommande de :

R1- Organiser un cadre national pour le rendez-vous santé initial pour l'enfant étranger isolé, à l'instar de celui préconisé pour les adultes, avec une action « éducation à la santé » déclinée aux besoins des enfants comprenant notamment des thématiques sur les attitudes favorables à la santé, sur la santé sexuelle et les risques liés aux addictions.

R2- Conserver l'intérêt premier de l'enfant dans ce contexte administratif complexe.

R3- Dans un objectif de continuité du suivi médical, s'assurer de la transmission des données médicales des enfants étrangers isolés à un médecin traitant préalablement identifié à l'aide d'un dossier informatisé.

R4- Prévoir une transmission d'information et un conventionnement entre les structures de soins.

R5- Garantir la continuité du développement de l'enfant étranger isolé en initiant un parcours de santé avec un accès aux soins complété par une protection sociale et éducative adaptée à leur situation, soit au décours du bilan de santé soit au décours d'une prise en charge hospitalière initiale.

R6- Faire ouvrir précocement des droits sociaux pérennes, avec une Protection Universelle Maladie (PUMa ou ex CMU) et une Complémentaire santé solidaire (CSS ou ex CMUc) afin d'éviter les ruptures de prise en charge en cas de changement de statut.

R7- Faire figurer sur un **livret de santé personnel** communiqué à l'enfant étranger isolé les données de santé de manière à ce que les informations le concernant puissent le suivre en cas de transfert d'un département à un autre, dans l'attente de la mise en place du dossier médical personnel.

Ces recommandations 1 à 7 sont à considérer comme un pré-requis pour l'organisation de la prise en charge.

S'agissant de la prise en charge des soins, le HCSP recommande de :

R8- Renforcer l'accès à l'interprétariat professionnel à toutes les étapes du parcours de santé des enfants étrangers isolés.

R9- Veiller à ce que la surveillance de la santé de l'enfant tienne compte de l'âge allégué.

R10- Faire assurer une première observation de signes d'appel par un personnel formé à l'enfant et aux questions liées à l'interculturalité ainsi qu'à la détection des stress d'origine psychotraumatique.

R11- Veiller à respecter l'algorithme d'orientation vers des soins urgents (traumatismes, algies – dentaires ou autres - résistantes, risque d'infections transmissibles, urgences psychiques).

R12- Mettre en place de façon précoce un rattrapage vaccinal.

R13- S'assurer systématiquement du consentement de l'enfant étranger isolé pour des soins usuels.

R14- Prévoir un suivi médical dont la périodicité sera déterminée par l'histoire personnelle de l'enfant étranger isolé, la manifestation de signes d'appel et les résultats du bilan clinique et biologique initial.

R15- S'assurer du bon déroulement et de la continuité du parcours de soins adapté aux pathologies somatiques et/ou psychiques identifiées.

R16- Mettre en place une vigilance particulière pour la prise en charge des psychotraumatismes et s'assurer d'un suivi des soins spécialisés qui, compte tenu des déficits en structures de soins psychiatriques pour ces tranches d'âge, devra avoir été auparavant prédéterminé dans chaque département.

R17- S'assurer de la continuité de la prise en charge (maintien de la PUMa ex CMU et de la CSS ex CMUc) pour les « mineurs » en recours et, après épuisement des recours, pour les déboutés du droit d'asile durant 6 mois⁶, les jeunes majeurs en insertion ainsi que les mineurs reconnus porteurs d'une maladie chronique justifiant d'un suivi médical au-delà de leur majorité.

R18- Veiller à mettre en place un mode de vie stable et un accompagnement social adapté, en particulier en limitant les transferts, et en s'assurant de l'adéquation de l'hébergement par rapport à la situation de l'enfant étranger isolé et en renforçant les initiatives autour des modalités alternatives d'hébergement pour une population difficile à stabiliser.

R19- Renforcer les moyens hospitaliers dédiés aux PASS (permanence d'accès aux soins de santé) spécialisées dans l'accueil des migrants pour la prise en charge sociale des enfants étrangers isolés (dossier provisoire d'assurance maladie sans date de naissance).

Pour que les départements puissent garantir une meilleure surveillance de la santé et une prise en charge adéquate des enfants étrangers isolés, le HCSP recommande de :

R20- Identifier les besoins de santé des enfants étrangers isolés par une méthodologie d'enquête adaptée à l'échelon national.

R21- Adresser les enfants étrangers isolés qui présentent une pathologie justifiant d'un suivi et/ou d'une prise en charge spécifique dans des départements qui disposent des structures de soins spécialisées répondant à leur état de santé.

R22- Organiser la continuité des prises en charge à la majorité, en cas de pathologie chronique.

R23- Assurer un accompagnement spécifique à la demande d'asile pour les mineurs victimes de traite afin qu'ils puissent bénéficier des soins appropriés dans les meilleurs délais.

⁶ Les ressortissants étrangers dont le titre de séjour est expiré, tout comme les déboutés du droit d'asile, ont aujourd'hui un maintien de leur droit à la protection maladie pendant douze mois, s'ils sont toujours sur le territoire français. D'ici la fin de l'année 2019, un décret réduira la durée de maintien de droits de 12 à 6 mois pour les ressortissants qui perdent le droit au séjour (Comité interministériel sur l'immigration et l'intégration, 6 novembre 2019 : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_sur_limmigration_et_lintegration_-_06.11.2019.pdf)

R24- Développer des modes d'hébergement adaptés aux enfants étrangers isolés afin que les risques liés à l'insalubrité et à la promiscuité ne dégradent pas davantage leur état de santé.

R25- Renforcer l'organisation du parcours de soins en formant les éducateurs aux besoins de santé des enfants étrangers isolés.

R26- Décrire périodiquement dans ses déclinaisons départementales le dispositif chargé de mettre en œuvre le rendez-vous santé pour les enfants étrangers isolés

R27- À l'instar des expériences départementales existantes, favoriser le partage des données sanitaires à l'échelle interdépartementale.

CONCLUSION

Les enfants étrangers isolés représentent une population vulnérable difficile à identifier dont le dénombrement est d'autant plus complexe que le critère de minorité est limité dans le temps. Des conditions de vie précaires, l'éloignement culturel et familial, des événements traumatisants et une surveillance sanitaire faible dans leur pays d'origine fragilisent leur état de santé. À l'instar des pays voisins, et respectant la Convention internationale des droits de l'enfant, la France s'est préoccupée de ces enfants étrangers isolés en les inscrivant sous le régime départemental de droit commun de la protection de l'enfance, pour une prise en charge socioéducative et la surveillance de leur santé.

Si les enfants étrangers isolés paraissent ou se disent le plus souvent en bonne santé, le premier contact avec un professionnel de santé peut mettre en évidence un état nutritionnel déficient, des pathologies favorisées par la pauvreté (maladies des dents et des phanères), et des infections chroniques (hépatites et parasitoses, et rarement tuberculose et VIH) ou le défaut d'accès aux soins (absence d'immunité vaccinale, troubles musculo-squelettiques d'origine traumatique non pris en charge). Les troubles les plus fréquents, les psychotraumatismes, sont invisibles et leur identification, qui se fait en plusieurs étapes, nécessite une prise en charge spécialisée.

Guidé par une grille de référence nationale, un rendez-vous santé, organisé si possible en deux temps, peut être assuré par un personnel infirmier par délégation de compétence d'un médecin référent, avec l'aide d'un interprète professionnel si besoin et l'articulation avec un réseau de soins spécialisé incluant des soins psychiques, lorsque nécessaire. Il s'agit là du premier temps de la mise en place d'un parcours de soins et de l'ouverture de droits à l'assurance maladie. L'enfant étranger isolé devra donner son consentement pour chaque soin, notamment pour les procédures de dépistage et de rattrapage vaccinal. Il sera adressé avec un accompagnement, si nécessaire, aux différentes structures de soins préalablement identifiées. Dans l'attente d'un support numérisé, les données médicales le concernant devront être transcrites dans un livret individuel qui lui sera confié. Elles seront également renseignées dans la structure d'accueil d'origine sous couvert du secret médical, aux fins d'être communiquées lors des transferts de l'enfant étranger isolé et de la surveillance épidémiologique.

Dans cet avis, le HCSP met l'accent sur la continuité du parcours de soins, la nécessité d'une ouverture précoce des droits, la délégation des tâches de surveillance et de repérage clinique à un personnel infirmier formé à l'approche de ces enfants. La diversité des solutions adoptées par différents départements ouvre des perspectives sur des modalités de surveillance et de prise en charge souples, adaptées à une population hétérogène. Dans tous les cas, une formation du personnel en contact avec les enfants étrangers isolés à l'approche interculturelle est indispensable (voir annexe n° 10). Elle peut être, dans un premier temps, de brève durée (deux à quatre demi-journées) et gagne à être pluriprofessionnelle.

Le risque d'interruption du parcours de soins lors des changements de lieux de vie mais surtout lors des changements de statut (majeurs, jeunes majeurs, déboutés) et durant les périodes de recours a fait l'objet de la préoccupation constante du HCSP tout au long de ses travaux.

La continuité du parcours de soins relève d'une coopération entre les acteurs de santé (conformément à l'article 47 du code de déontologie médicale) et les services de protection de l'enfance (le renforcement du parcours de santé coordonné des enfants et adolescents protégés étant retenu comme une mesure phare du plan Priorité Prévention).

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Avis validé par le Collège du HCSP le 7 novembre 2019 : 8 membres qualifiés présents sur 9 membres qualifiés ; aucun conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 8 votes pour, 0 vote contre, 0 abstention.

Références bibliographiques

1. Directive européenne 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011
2. Office National de la Protection de l'Enfance, Note d'actualité, octobre 2016. Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance
Disponible sur https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf, consulté le 29 octobre 2019.
3. Office National de la Protection de l'Enfance, Dossier thématique, « Mineurs non accompagnés, Quels besoins et quelles réponses ? » février 2017, publication Documentation française
4. Sénat, rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés, Mme Élisabeth DOINEAU et M. Jean-Pierre GODEFROY, 28 juin 2017
Disponible sur <https://www.senat.fr/rap/r16-598/r16-5981.pdf>, consulté le 17 avril 2019
5. Inspection générale des affaires sociales; Inspection générale de l'administration; Inspection générale de la justice; Assemblée des départements de France. Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés. février 2018. site La documentation française consulté le 4 décembre 2018 : 326 pages.
6. Ministère de la Justice. DPJJ Rapport annuel d'activité de la mission mineurs non accompagnés 2018.
Disponible sur <https://www.infomie.net/spip.php?article4949>, consulté le 18 juillet 2019
7. Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France
Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032164264&categorieLie n=id> consulté le 18 juillet 2019
8. Loi n° 2016 297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant
9. Arrêté du 17 novembre 2016 relatif aux modalités d'évaluation de la minorité et de l'isolement
10. Décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 pris en application de l'article L. 221-2-2 du CASF et relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille
11. Arrêté du 28 juin 2016 relatif aux modalités de calcul de la clé de répartition des orientations des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille.
12. Arrêté du 23 septembre 2016 relatif à la composition et aux règles de fonctionnement du comité de suivi du dispositif national
13. Loi no 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie
14. Instruction interministérielle N° DGOS/R2/DSJ/FIP4/DGEF/Asile-D1/DGOM/BDPAI/2018/237 du 26 octobre 2018 relative aux modalités de prise en charge financière par l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra) de l'examen médical prévu aux articles L. 723-5 et L. 752-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) pour les personnes mineures susceptibles de bénéficier ou qui bénéficient d'une protection au regard des risques de mutilation sexuelle qu'elles encourent.
15. Décret n° 2019-57 du 30 janvier 2019 relatif aux modalités d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à ces personnes

Disponible sur

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038074279&categorieLien=id> consulté le 26 juillet 2019

16. Décret n° 2019-670 du 27 juin 2019 relatif à la participation forfaitaire de l'Etat à la phase de mise à l'abri et d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et au comité prévu à l'article R. 221-15 du code de l'action sociale et des familles

Disponible

sur

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038702685&categorieLien=id> consulté le 26 juillet 2019

17. Arrêté du 28 juin 2019 pris en application de l'article R. 221-12 du code de l'action sociale et des familles et relatif à la participation forfaitaire de l'Etat à la phase de mise à l'abri et d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille

Disponible sur

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=92B0BC18B0F1B102274DE286835FF5B6.tplgfr26s_1?cidTexte=JORFTEXT000038777278&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000038777171

18. Kent Public Health Observatory, Health Needs Assessment – Unaccompanied children seeking asylum. March 2016

19. Haroon S, Chapel D, Schweiger M, Stewart L. The health needs of asylum seekers. 2008 cité dans le rapport du Kent Public Health Observatory.

20. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014 May;23(5):337-346.

21. Jakobsen M et coll. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2014 Jun 13;10: 53-58.

22. Puthuserry S. Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2016 Apr;32:39-49 ;

23. Asif S, Baugh A, Wyn Jones N. The obstetric care of asylum seekers and refugee women in the UK. *The Obstetrician and Gynaecologist* 2015;17(4):223-231.

24. Recommandations de l'ANESM sur la prise en charge des MNA

Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833668/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrange-mna, consulté le 17 avril 2019.

25. Jauffret C et coll. Optimisation du dépistage des maladies infectieuses chez les migrants primo-arrivants : mise en place d'outils d'amélioration du parcours de soins entre une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et un centre fédératif de prévention et de dépistage (CFPD) *Médecine et maladies infectieuses* mai 2017. Doi : 10.1016/j.medmal.2017.03.032.

26. Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels

27. Défenseur des droits. Rapport annuel d'activité 2018

Disponible sur <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2019/03/rapport-annuel-dactivite-2018>, consulté le 17 avril 2019

28. 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

29. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers. 6 mai 2015

Disponible sur <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=672>, consulté le 17 avril 2019.

30. Ministère de la Justice "Nombre de MNA confiés par décisions judiciaires du 1^{er} janvier au 25 octobre 2019"

Disponible sur http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Tableau_mna.pdf, consulté le 31 octobre 2019

31. Étude ELAP ; INED, I. Fréchon, L Marquet (2013-2014) dans 7 départements urbanisés issus de deux grandes régions françaises qui accueillent près de la moitié des MIE : l'Ile-de-France et le Nord-Pas-de-Calais cité dans le rapport de l'Office National de la Protection de l'Enfance, Dossier thématique, « Mineurs non accompagnés, Quels besoins et quelles réponses ? » février 2017, publication Documentation française

32. Guégan M, Rivollier E « Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative », Santé Publique, 2017/6 (Vol. 29), 861-867. DOI : 10.3917/spub.176.0861. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-861.htm>

33. Rémi Laporte "Soins somatiques aux mineurs étrangers isolés" 12 juin 2018

Disponible sur : <http://splf.fr/wp-content/uploads/2018/07/Soinsaux-Mineurs-Non-Accompagnes-JNCLAT-2018.pdf>, consulté le 31 octobre 2019

34. Baudino Pierre, État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013, Thèse de médecine, Université de Bordeaux 2015

35. Rapport d'activité 2018, Médecins du Monde (délégation Ile de France) - Programme Mineurs Non Accompagnés (MNA)

Disponible sur <http://www.infomie.net/spip.php?article4934>, consulté le 30 octobre 2019

36. Comede Rapport d'activité et d'observation 2018 du Comede

Disponible sur <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf>, consulté le 18 octobre 2019

37. Article 375 du Code civil

38. Article 226-4 du Code de l'action sociale et des familles fondant l'intervention des autorités publiques

39. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à l'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé 23 janvier 2014

Disponible sur <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=412>, consulté le 17 octobre 2019.

40. Comité consultatif national d'éthique Avis n° 127 du CCNE "Santé des migrants et exigence éthique" disponible sur https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants_0.pdf, consulté le 23 octobre 2019

41. BEH « Populations migrantes : violences subies et accès aux soins » juin 2019, Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/153564/2186856>, consulté le 18 octobre 2019

42. Ministère en charge de la santé. Communiqué de presse "La nouvelle complémentaire santé solidaire entre en vigueur le 1^{er} novembre 2019"

Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_complementaire_sante_solidaire_vdef.pdf, consulté le 24 octobre 2019

43. Article L. 223-2 du CASF

44. Article L160-2 du CSS

45. Article R.4127-35 du code de la santé publique,

46. Haute Autorité de santé. Référentiel Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, octobre 2017

Disponible sur

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf, consulté le 18 octobre 2019

47. Article R.4127-47 du code de la santé publique

48. Circulaire DGS/PS 3/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments, disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_3218.pdf, consulté le 18 octobre 2019

49. Michelson D et coll. Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2009 Apr;14(2):273-296.

50. Haut Conseil de la santé publique. Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance, mai 2019

Disponible sur <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=731>, consulté le 18 octobre 2019

ANNEXES

Annexe 1 - Saisine de la Direction générale de la santé (DGS) par lettre du 23 octobre 2018



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Sous-direction santé des populations
et prévention des maladies chroniques
Bureau santé des populations et politique vaccinale
Julie BOUSCAILLOU
Tel : 01.40.56.59.35

Paris, le 23 OCT. 2018

Pégase D-18-025383

Le Directeur général de la santé

à

Monsieur le Président du Haut
conseil de la santé publique
(HCSP)

Objet : Saisine relative au bilan de santé pour les jeunes se présentant comme mineurs non accompagnés

Monsieur le Président,

Les jeunes migrants privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille, ou mineurs non accompagnés (MNA), constituent un public fragilisé, en lien avec plusieurs facteurs : l'accès limité à la santé dans leur pays d'origine ; l'expérience de violences, torture, emprisonnement, travail forcé dans le pays d'origine et pendant le trajet ; le transit par des camps de réfugiés aux conditions sanitaires dégradées ; les conditions de vie extrêmement précaires depuis l'arrivée en Europe et en France.

La santé des mineurs non accompagnés

La revue du peu de données disponibles concernant la santé de cette population confirme le besoin d'une évaluation et d'un accès au système de santé le plus précocement possible. Au-delà des besoins immédiats, l'accès à un état de santé physique et mental satisfaisant est déterminant pour la bonne intégration et la réussite éducative de ces jeunes. L'immense majorité des MNA rencontrés en France sont des garçons, âgés de 15 ans ou plus.

Les troubles psychiques (psychotraumatisme, dépression, et troubles anxieux)¹ apparaissent au premier plan, concernant de 16² à 48%¹ des MNA selon les pays européens.

¹ Jakobsen M, Demott MA, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2014 Jun 13;10:53-58.

² C. Peaud, L. de Gentile, L. Cateland, N. Foucault, D. Chabasse, E. Pichard, V. Rabier. Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. Médecine et maladies infectieuses 47S (2017) S95-S100

Les troubles psycho-traumatiques semblent par ailleurs plus fréquents que pour les migrants adolescents accompagnés³. L'adaptation des modalités de dépistage des troubles, ainsi que de leur prise en charge, aux spécificités de cette population apparaît comme un enjeu particulier^{4,5}.

Les maladies infectieuses sont également fréquentes. L'étude de Péaud² conduite dans le Maine et Loire rapporte notamment les pathologies suivantes : bilharziose (22%), parasitoses digestives (21%), infection tuberculeuse latente (15%), VHB (9%). Dans cette étude, une tuberculose pulmonaire active était rapportée dans moins de 1% des cas. La couverture vaccinale n'est pas connue pour cette population. A noter que, concernant les maladies infectieuses, les migrants ne doivent pas être perçus comme une menace pour les européens, mais plutôt comme étant eux-mêmes vulnérables à ces maladies⁶.

Les problèmes bucco-dentaires (36%¹), orthopédiques (21%¹), nutritionnels (18% d'anémies ferriprives⁷), hémoglobinopathies (11%¹) apparaissent également fréquents. Par ailleurs, les filles, qui représentent moins de 5% des MNA, présentent vraisemblablement des risques spécifiques à l'instar des femmes migrantes en général.

Enfin, ces jeunes sont concernés par les problématiques de santé généralement rencontrées par les personnes de leur âge.

Le dispositif en France

La France accueille chaque année plusieurs dizaines de milliers de jeunes étrangers isolés, dont un peu plus de la moitié sont reconnus mineurs à l'issue d'une évaluation (35 000 évaluations sont attendues pour 2018).

L'étape d'évaluation de la minorité et de l'isolement est confiée aux départements, et accompagnée d'une mise à l'abri des personnes prise en charge par l'Etat sur la base d'un remboursement forfaitaire. Suite au rapport de la mission IGAS/IGA/IGJ/ADF du 15 février 2018⁸, une réforme du dispositif d'évaluation est en cours et prévoit une augmentation des crédits de l'Etat avec une compétence conservée par les départements. La phase de mise à l'abri prise en charge par l'Etat est ainsi étendue à 23 jours (15 jours à taux plein et 8 jours à taux réduit). S'y ajoute un montant forfaitaire de 500 euros par personne évaluée, dont une partie devrait concourir à un bilan de santé. Durant la phase d'évaluation dans le cadre du dispositif actuel, l'accès des MNA au système de santé rencontre plusieurs obstacles. Premièrement, l'accès à une prise en charge sanitaire n'est pas considéré comme une priorité à l'étape de l'évaluation. Ensuite, la constitution d'un dossier pour l'obtention d'une

³ Michelson D, Sclare I. Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. Clin Child Psychol Psychiatry 2009 Apr;14(2):273-296.

⁴ Devillé C, Lambert N. Care for unaccompanied minor migrant adolescents at the Youth Health Consultation: Support, psychotherapy and resilience. Rev Med Suisse. 2018 Apr 18;14(603):822-824.

⁵ Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Heir T. Validity of screening for psychiatric disorders in unaccompanied minor asylum seekers: Use of computer-based assessment. Transcult Psychiatry. 2017 Oct-Dec;54(5-6):611-625. doi: 10.1177/1363461517722868. Epub 2017 Aug 18.

⁶ Catchpole M, Coulombier D. Refugee crisis demands European Union-wide surveillance! Euro Surveill 2015 Nov 12;20(45):10.2807/1560-7917.ES.2015.20.45.30063.

⁷ L, Kramer A, Fischer F, Prüfer-Kramer L. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. Trop Med Int Health 2015 Nov 26.

⁸ Le rapport fait des propositions pour la mise en œuvre d'un bilan de santé chez les MNA

couverture maladie⁹ est rarement initiée, la phase d'évaluation n'étant pas toujours compatible avec le temps d'instruction des dossiers. Enfin, le défaut de représentation légale à ce stade est parfois source de report des soins par des structures ou professionnels ne pouvant obtenir de consentement de l'autorité parentale. Ce dernier obstacle devrait néanmoins être en partie levé par l'instruction aux ARS du 8 juin 2018, relative au parcours de santé des migrants¹⁰.

La prise en charge de ces jeunes une fois reconnus mineurs relève de la compétence des départements au titre de la protection de l'enfance. Cette prise en charge par l'aide sociale à l'enfance se fait régulièrement dans un autre département que celui dans lequel le jeune a été évalué, le choix de l'orientation, réalisé par la justice, prend en compte si nécessaire les besoins en terme de santé. Les mineurs bénéficient alors du même accès à l'assurance maladie et au système de santé que les autres enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance.

Les jeunes non reconnus mineurs sont orientés vers des dispositifs pour migrants adultes et rencontrent alors des difficultés spécifiques en lien avec des documents administratifs discordants (ex : attestation témoignant de leur majorité et papiers d'identités témoignant de l'inverse).

Les enjeux pour la réalisation d'un bilan de santé pour les MNA

Il n'existe actuellement pas de référentiel pour la réalisation d'un bilan chez les MNA. Ce référentiel est particulièrement attendu par les acteurs et professionnels de santé, démunis pour la prise en charge de cette population¹¹.

La réalisation de ce bilan initial devra, par ailleurs, tenir compte des contraintes du futur dispositif d'évaluation :

- Phase d'évaluation de 23 jours au plus par un premier département : démarches d'obtention de l'AME peu compatibles avec la durée de cette phase (intervient lorsqu'une prise en charge financière des soins s'avère nécessaire, par exemple en cas d'hospitalisation ou de délivrance de médicaments) ; possibilité de déplacement avec un accompagnant limitée ; réalisation d'une première évaluation de la santé avec une enveloppe restreinte, a priori confiée au département. A noter que l'accès à l'interprétariat est déjà prévu à ce stade.
- Pour les jeunes reconnus mineurs : prise en charge par l'aide sociale à l'enfance dans un second département (risques de perte des éléments recueillis lors de l'évaluation) avec un accès à une couverture par l'assurance maladie, et aux dispositifs sanitaires de droit commun.

⁹ Ces jeunes peuvent prétendre à l'AME sans attendre 3 mois de résidence en France, en application de la circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011

¹⁰ L'instruction stipule que « Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle. »

¹¹ Enquête de mai 2018 réalisée auprès des coordonnateurs des PASS « Proposition 1. Etablir un protocole de prise en charge des soins pour les Mineurs Non Accompagnés (MNA), validé par les autorités compétentes incluant l'indication de la temporalité pour la réalisation d'un bilan de santé, la nature de ce bilan (soins à proposer : systématiquement ou non) et précisant le rôle des différents opérateurs et intervenants devant être mobilisés (sanitaire, accompagnant social et éducatif). »

- Intervention de multiples acteurs autour de ces personnes, en particulier des travailleurs sociaux et autres personnels des départements.

Enfin, les questions éthiques sont à prendre en compte pour l'élaboration du référentiel demandé : recueil du consentement chez des jeunes vulnérables et sans représentation légale, évaluation de la santé qui doit être dissociée de l'évaluation de l'âge de la personne.

Objet de la saisine

L'objet de la saisine porte sur le bilan à réaliser chez les jeunes se présentant comme mineurs non accompagnés. Il est demandé au Haut Conseil de la Santé Publique de :

- réaliser une analyse de la littérature concernant : (1) les besoins de santé des MNA, (2) les interventions de dépistage des troubles psychiques dans cette population et (3) les recommandations d'évaluation initiale de la santé des MNA dans les autres pays européens ;
- proposer un référentiel pour le bilan à réaliser chez cette population : étapes, contenu, pistes pour l'organisation ;
- identifier dans le cadre de ce bilan le contenu d'une première étape, réalisable dans le cadre du rôle propre des infirmiers, éventuellement assistés de psychologues, sur le modèle des bilans d'orientation infirmiers mis en place par l'ARS Ile de France dans les centres d'accueil de migrants. Cette étape aurait pour objectif de repérer les besoins les plus urgents et d'orienter les personnes pour initier une prise en charge, notamment pour les pathologies les plus graves.

Calendrier

Je souhaite une remise des conclusions 6 mois après la présente saisine pour ce qui est de la première étape du bilan à réaliser, et un an pour ce qui est du référentiel au complet.

Le Directeur Général de la Santé,

Professeur Jérôme SALOMON

Annexe 2

Composition du groupe de travail (GT)

Yannick Aujard, membre de la Cs-3SP du HCSP, pilote du GT

Pierre Chauvin, Directeur de recherche Inserm

Emmanuel Debost, membre de la Cs-MIME du HCSP

Albert Faye, pédiatre APHP

Virginie Halley des Fontaines, membre de la Cs-MC du HCSP

Thierry Lang, membre du Collège du HCSP

Rémi-Laporte, pédiatre APHM

Lidia Panico, chercheuse Ined

Patrick Zylberman, professeur émérite d'histoire de la santé, EHESP

Secrétariat général du HCSP

Ann Pariente-Khayat, coordinatrice de la Cs-3SP du HCSP

Assistance à maîtrise d'ouvrage, mandatée à l'issue d'une procédure de sélection par appel d'offres de marchés publics, selon la procédure simplifiée.

Caroline Weill-Giès

Annexe 3 - Liste des personnes / structures auditionnées

- 1) Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), Elsa Keravel, magistrate 17/01/2019
- 2) Pierre Mornand pédiatre à l'hôpital Trousseau, membre du groupe de travail vaccination de la Haute Autorité de santé (HAS) 17/01/2019
- 3) Ministère de la justice : mission MNA de la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ) : Pauline Baudry, Soraya Ayouch et Julie Vial 07/02/19
- 4) Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) : Laure Neliaz et Jennifer Beroul bureau protection de l'enfance 07/02/2019
- 5) Association Le Comede (comité pour la santé des exilés), Olivier Lefebvre 28/02/19
- 6) Association Aux Captifs, la libération : Florence Bladier 28/02/19
- 7) Association Médecins du monde : Daniel Bréhier, Clémentine Bret, Sophie Laurant, Marie-Laurence Mousel, 11/04/19
- 8) Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IDF : DSP-MPCSP) : Luc Ginot, Directeur de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités, Barbara Bertini 11/04/19
- 9) Aide sociale à l'enfance (ASE) du conseil départemental du Maine-et-Loire Anne-Marie Binder et Dr Valérie Rabier infectiologue CHU Angers 16/05/19
- 10) Sevan Minassian, pédopsychiatre, Maison de Solenn – Paris 16/05/19
- 11) Ivan Theis, médecin responsable du pôle « Prévention Promotion de la santé » à la direction de santé publique (DSP) de l'ARS Occitanie 27/06/19

Enquêtes dans les départements

a) Nord : entretien par téléphone en date du 3 avril 2019

Nadine Delberghe, Directrice adjointe de l'enfance, la famille et la jeunesse et Isabelle Ivanov, responsable du pôle jeunesse et du service d'orientation des MNA

b) Gironde : entretien par téléphone en date du 7 mai 2019

Sylvie Maisan, coordinatrice générale, Agnès Duvocelle, coordinatrice de projet, Florence Oreggia, Secrétaire coordinatrice du Dispositif Coordo Santé MNA 33

c) Bouches-du-Rhône : entretien par téléphone en date du 12 juin 2019

Pour l'ADDAP 13 : David Le Monnier, Directeur Général Adjoint, responsable du Pôle Mineurs non accompagnés et Clémentine Bonifay-Besson, chef du service MNA

Agnès Simon, Directrice adjointe de l'enfance et de la famille au Département

d) Seine-Saint-Denis : visite sur site en date des 24 et 25 juin 2019

Dr Annick Bruneau Grué, médecin référent de l'ASE

Isabelle Poulain Responsable Cellule Accompagnement des MNA (CAMNA)

Dr Philippe Laboulaye Médecin Directeur CPAM 93

Dr Pauline Lefebvre pédopsychiatre hôpital Avicenne

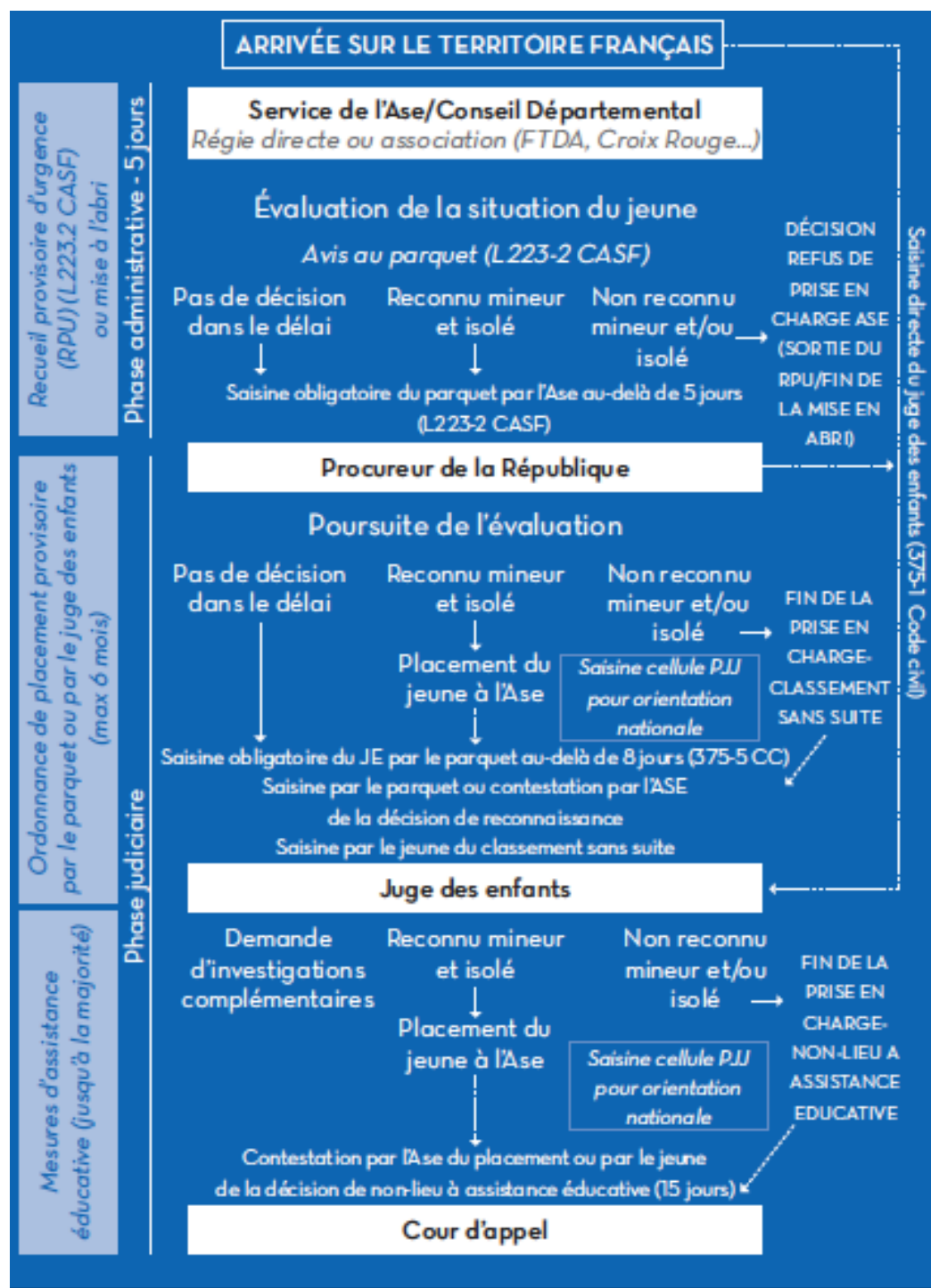
Dr Valérie Belien-Pallet, pédiatre hôpital Jean Verdier responsable unité adolescents

Dr Lu Li Pham pédiatre hôpital Jean Verdier consultation "migrants"

Croix-Rouge : M. Arconte, infirmier, Stéphanie Leroux, directrice du pôle MNA, Mme Mouatarif, psychologue

Mathilde Marmier cheffe du Service de la prévention et des actions sanitaires (SPAS) du conseil départemental et madame Pastor, en date du 23 juillet 2019

Annexe 4 – Différentes étapes de la procédure après arrivée sur le territoire français



Source : Médecins du Monde juin 2019

Annexe 5 – Recherche documentaire

Méthodologie de la recherche documentaire

La recherche documentaire s'est appuyée sur trois sources principales :

- Bibliographies : thèse de Pierre Baudino; *Kent Public Health Observatory*
- Articles proposés par les experts du groupe de travail
- Recherche sur PubMed. Cette recherche a été effectuée à partir des mots-clés suivants :
 - ❖ *Unaccompanied minors* (UM) : 164 titres ;
 - ❖ *UM + health assessment* : 21 titres ;
 - ❖ *UM + medical needs* : 14 titres ;
 - ❖ *UM + health evaluation* : 6 titres ;
 - ❖ *UM + mental health* : 62 titres.

Analyse détaillée des références

1. La santé physique des enfants étrangers isolés

Un petit nombre d'études, portant sur des échantillons restreints et non comparatifs, permettent de décrire l'état de santé physique des enfants étrangers isolés. Une compilation de ces différentes études a été établie par le *Kent Public Health Observatory* (KPHO) en 2016⁷.

Au Royaume-Uni, dans le Kent, sur 154 évaluations initiales réalisées en 2015, les pathologies repérées sont qualifiées dans la plupart des cas comme « ni aiguës ni urgentes » et aisément curables. Les pathologies dentaires (43 %) et les troubles de la vision (35 %) sont en tête des diagnostics relevés. Les autres pathologies concernaient des maladies dermatologiques (éruptions cutanées, cicatrices, mycoses : 17 %) ; des anémies (12 %) ; des troubles musculosquelettiques (12 %) ; des troubles cardiaques (9 %) ; des maladies respiratoires (5 %) et des maladies infectieuses (5 %). La nécessité d'un rattrapage vaccinal est apparue de façon quasi-universelle ; la nécessité de rechercher une tuberculose latente a été identifiée chez près de 70 % des individus, en lien avec les pays d'origine.

En Allemagne⁸, en 2015, une étude sur 102 enfants étrangers isolés âgés de 12 ans à 18 ans a mis en évidence une prévalence élevée des infections (58,8 %), des troubles psychiques (13,3 %), des anémies (déficit en fer : 17,6 %, plus élevée chez les filles), des déficits en vitamines A et B, une faible prévalence inférieure à 2 % des maladies non transmissibles : obésité, asthme. Les enfants étrangers isolés d'origine sub-saharienne présentaient le taux de prévalence le plus élevé pour les infections (86,7 %), notamment parasitaires (46,7 %), les enfants étrangers isolés originaires d'Asie occidentale présentaient la prévalence la plus élevée de troubles mentaux (20,0 %). Globalement, les filles présentaient davantage de maladies que les garçons.

En Bavière⁹, dans une étude, portant sur 154 enfants étrangers isolés âgés de 10 ans à 18 ans, arrivés entre octobre 2014 et février 2016, sur des données recueillies lors de leur premier examen médical, à leur arrivée, seuls 12,3 % des enfants inclus ne présentaient aucun signe clinique. Les principaux problèmes de santé repérés étaient dermatologiques (31,8 %) et

⁷ Kent Public Health Observatory, Health Needs Assessment – Unaccompanied children seeking asylum. March 2016

⁸ Marquardt L, Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health* 2015 Nov 26.

⁹ Klöning et al. *BMC Public Health* (2018) 18: Morbidity profile and sociodemographic characteristics of unaccompanied refugee minors seen by paediatric practices between October 2014 and February 2016 in Bavaria, Germany

psychiques (25 %). Environ 92,8 % des enfants étrangers isolés étaient immunisés contre l'hépatite A et seulement 34,5 % pouvaient être considérés comme immunisés contre l'hépatite B ; 5 % de cas suspects de tuberculose ont été repérés ; aucun n'était contaminé par le VIH ; 2 femmes avaient subi une mutilation génitale.

Maladies transmissibles, parasitoses

Les maladies infectieuses (à l'exception de la tuberculose) ont été recherchées dans une population de 1 248 enfants étrangers isolés à Berlin en 2014-2015, parmi lesquels 40 % étaient originaires de Syrie¹¹. Plus de la moitié des réfugiés ne présentaient aucune pathologie. Des infections requérant un traitement ont été diagnostiquées chez 19,6 % d'entre eux. Il s'agissait principalement de parasitoses à *Giardia*, d'helminthiases intestinales et de schistosomiasis. Des maladies potentiellement contagieuses ont été diagnostiquées chez 15,3 % des enfants étrangers isolés examinés.

Tous les enfants étrangers isolés arrivés à Francfort-sur-le-Main entre le 12 octobre et le 6 novembre 2015¹² ont subi un examen des selles à la recherche d'entérobactéries multi-résistantes ; des entérobactéries à spectre large de bêta-lactamases (ESBL) ont été détectées pour 42 des 119 (35 %) individus, dont 9 avec une résistance additionnelle aux fluoroquinolones (8 %), ce qui est supérieur aux prévalences observées dans la population allemande (6,3 %). Sur un échantillon de 119 enfants étrangers isolés asymptomatiques¹³, la prévalence d'entérobactéries résistantes était de 35 %, contre 6,3 % dans la population générale allemande.

Aux États-Unis¹⁴, une étude transversale portant sur 2 545 demandeurs d'asile adultes et enfants a montré chez plus de 30% des migrants âgés de moins de 18 ans une infection parasitaire contre moins de 15% chez les migrants âgés de plus de 18 ans.

Risque de tuberculose

En Suède¹⁵, en 2015, 2 936 enfants étrangers isolés du nord de Stockholm ont été dépistés pour le risque de tuberculose. Parmi eux, 2 422 provenaient de pays où l'incidence de la tuberculose est supérieure à 100/105, et ont subi un examen par test dermique Mantoux ou par QuantiFERON-TB Gold®. Ceux provenant de pays avec une incidence moindre n'étaient dépistés que s'ils présentaient d'autres facteurs de risque.

Sur les enfants étrangers isolés dépistés, 349 ont été adressés à un hôpital pédiatrique spécialisé. Parmi eux, 16 avaient une tuberculose et 278 une tuberculose latente, 53 ne présentaient aucune infection. 8 ont fait l'objet d'une surveillance médicale du fait de symptômes de tuberculose hors dépistage.

11 Theuring S et coll. Screening for infectious diseases among unaccompanied minor refugees in Berlin, Eur J Epidemiol. 2016 Jul;31(7):707-10.4-2015.

12 Heudorf U, Multidrug-resistant bacteria in unaccompanied refugee minors arriving in Frankfurt am Main, Germany, October to November 2015. Eurosurveillance 2016;21(2) ;

13 Reinheimer C, et al. Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June–December 2015. Eurosurveillance 2016; 21(2).

14 Lifson AR, Thai D, O'Fallon A, Mills WA, Hang K. Prevalence of tuberculosis, hepatitis B virus, and intestinal parasitic infections among refugees to Minnesota. Public Health Rep 2002 Jan-Feb; 117(1):69-77.

15 Bennet R, Eriksson M1. Infect Dis (Lond). 2017 Jul;49 (7):501-506. doi: 10.1080/23744235.2017.1292540. Epub 2017 Feb 19. Tuberculosis infection and disease in the 2015 cohort of unaccompanied minors seeking asylum in Northern Stockholm, Sweden.

Santé dentaire ^{16 17}

Il s'agit du second risque majeur après les troubles psychiques. La prévalence varie selon les soins disponibles dans le pays d'origine et les conditions de vie durant le parcours migratoire. Selon les études, la prévalence des pathologies dentaires varie entre 20 % et 48 %.

Santé sexuelle et féminine

Cette question paraît particulièrement peu documentée pour ce qui concerne les enfants étrangers isolés. Le KPHO, dans sa synthèse, rappelle les problèmes de santé rencontrés par les femmes réfugiées et demandeuses d'asile : celles-ci rencontrent davantage de problèmes lors de l'accouchement que les femmes en population générale ; elles ont moins recours aux services des maternités, reçoivent moins de soins anténataux ou les reçoivent tardivement. Leur risque de décès lors de la délivrance est trois fois supérieur au risque dans la population générale, et celui de dépression post-natale est 4 fois supérieur¹⁸.

Concernant le harcèlement sexuel et les mauvais traitements envers les femmes, Lay et al.¹⁹ ont interrogé 53 enfants étrangers isolés vivant à Londres et ayant été victimes de ce type de sévices. L'étude a montré que la majorité des cas surviennent dans les 12 mois suivant l'arrivée au Royaume-Uni, et dans plusieurs cas du fait de compatriotes ou de voisins.

Santé psychique

Entre 2009 et 2019, 8 synthèses de la littérature ont été consacrées à la question de la santé psychique des mineurs migrants, réfugiés ou demandeurs d'asile, dont les enfants étrangers isolés ; 3 d'entre elles concernent exclusivement les enfants étrangers isolés.

Les pays concernés sont l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la Grèce, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis.

Cinq synthèses²⁰ traitent de l'ensemble des mineurs déplacés, réfugiés ou migrants :

Trois synthèses récentes²¹ concernent exclusivement les enfants étrangers isolés.

En outre, le recensement auquel le KPHO a procédé comporte aussi un bilan des connaissances sur la santé psychique des enfants étrangers isolés²².

Toutes les études sont convergentes et établissent que les enfants étrangers isolés présentent des troubles psychiques et des troubles du comportement importants et supérieurs à leurs pairs accompagnés et aux adolescents en population générale. Ces troubles sont par ailleurs repérés

¹⁶ Marquardt L, Cote S, Geltman P, Nunn M, Lituri K, Henshaw M, Garcia RI. Dental caries of refugee children compared with US children. *Pediatrics* 2004 Dec;114 (6):e733-40.

¹⁷ Cote S, Geltman P, Nunn M, Lituri K, Henshaw M, Garcia RI. Dental caries of refugee children compared with US children. *Pediatrics* 2004 Dec;114 (6):e733-40.

¹⁸ Haroon S, Chapel D, Schweiger M, Stewart L. The health needs of asylum seekers. 2008. Puthussery S. Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015 Oct 14. ; Asif S, Baugh A, Wyn Jones N. The obstetric care of asylum seekers and refugee women in the UK. *The Obstetrician and Gynaecologist* 2015;17(4):223-231

¹⁹ Lay M, Papadopoulos I. Sexual maltreatment of unaccompanied asylum-seeking minors from the Horn of Africa: a mixed method study focusing on vulnerability and prevention. *Child Abuse Negl* 2009 Oct;33 (10):728-738.

²⁰ Fazel M. et coll. Review : mental health of displaced and refugee children resettled in, high-income countries: risk and protective factors , *Lancet* 2012; 379: 266–82. Honkanen M, Mental health problems of child and adolescent refugees and asylum seekers – a literature review, bachelor's thesis , Turku University of applied sciences, nursing , 2016 ; Fazel M et coll. Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings, www.thelancet.com/child-adolescent. Published online November 19, 2017 ; Davidson GR et coll. Review of Refugee Mental Health Assessment: Best Practices and Recommendations, *Journal of Pacific RIM Psychology*, 2017, 4, 1 : 72–8 ; Kien C et coll. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: a systematic review; *European child & adolescent psychiatry review*; 2018.

²¹ Huemer J et coll. Mental health issues in unaccompanied refugee minors, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2009, 3:19 ; Mohwinkel LM et coll. Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: a systematic review, *BMJ Open* 2018 ; Mitra R, Hodes M, Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries, *Child Care Health Dev.* 2019 Mar;45(2):198-215. doi: 10.1111/cch.12640.

²² Kent public health Observatory, unaccompanied children seeking asylum – health needs assessment, April 2016 appendix b.

tardivement et moins bien pris en charge que pour les autres mineurs. Ces résultats se confirment pour toutes les formes de troubles psychiques, les plus fréquentes étant le syndrome de stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété^{23 24 25 26 27 28}, même si les résultats varient considérablement selon les études (14 % à 66 % des enfants étrangers isolés souffrent de troubles psychiques)^{29,30}

Il a été établi que les enfants étrangers isolés ont subi des traumatismes plus nombreux et plus lourds que les enfants accompagnés (Huemmer).

Le syndrome de stress post-traumatique concerne jusqu'à la moitié des enfants étrangers isolés, même si sa prévalence varie selon les études (entre 20 % et 53% des troubles psychiques), il est établi que les enfants étrangers isolés ont davantage tendance à manifester des symptômes de stress post-traumatique que leurs pairs accompagnés. (Michelson D, 2009). En outre, si la possibilité de résilience chez une part importante des enfants étrangers isolés est avérée chez près de la moitié des enfants étrangers isolés (Vervliet), cela n'exclut pas des conduites auto-destructrices (consommation de drogue, travail sexuel).

La dépression et l'anxiété constituent également des risques importants pour les enfants étrangers isolés et leur prévalence dans ce groupe (dépression : 15 % à 23 % des troubles psychiques selon les études ; anxiété : 9 % à 50%) supérieure à celle de la population générale (Jakobsen).

Les autres troubles psychiques repérés sont les suivants : agoraphobie, phobies, dépression chronique, troubles du sommeil (Jakobsen).

Les études mettent en évidence les facteurs protecteurs et les facteurs de risque de troubles mentaux et psychiques chez les enfants étrangers isolés. Les enfants étrangers isolés bénéficiant d'un accompagnement dans leur organisation de vie, notamment en familles d'accueil, présentent un moindre risque de stress post-traumatique et de dépression que ceux bénéficiant d'une indépendance partielle (Bronstein). À l'inverse, les enfants étrangers isolés vivant dans des lieux de semi-liberté présentent davantage de symptômes anxieux. Des conditions de vie mieux accompagnées et avec peu de restrictions sont associées à moins de détresse psychologique. (Derluyn), la manière de s'adresser aux enfants avec un langage déshumanisant peut être un facteur de risque (Hebebrand), l'âge précoce et le fait d'être une fille³¹ sont des facteurs prédictifs de stress post-traumatique et de dépression. Pour l'ensemble des mineurs migrants (isolés ou non), les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la santé psychique identifiés sont les suivants : une organisation de vie stable et un accompagnement social dans le pays d'accueil sont un facteur de protection (Fazel) ; le stress dans le pays d'accueil (discrimination, racisme) joue un rôle dépressogène aussi important que les facteurs antérieurs à l'immigration ; à l'inverse, s'agissant de stress post traumatique, les traumatismes vécus avant l'immigration jouent un rôle majeur ; l'absence de sentiment d'appartenance est associé à une faible estime de soi et

²³ Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethn Health* 2007 Apr; 12(2):141-162.

²⁴ Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one-year follow-up. *Soc Sci Med* 2007 Mar;64(6):1204-1215

²⁵ Thommessen, S; Laghi, F; Cerrone, C; Baiocco, R; Todd, B. 2012. Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents. *Children and Youth Services Review* 35 (2013) 7– 10. [online research article] Accessed on 20.1.2016.

²⁶ Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014 May; 23(5):337346.

²⁷ Jakobsen M, Demott MA, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2014 Jun 13; 10:53-58.

²⁸ Nielsen SS, Norredam M, Christiansen KL, Obel C, Hilden J, Krasnik A. Mental health among children seeking asylum in Denmark—the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2008; 8: 293.

²⁹ Honkanen M, mental health problems of child and adolescent refugees and asylum seekers – a literature review, bachelor's thesis, nursing, Turku University of applied sciences, 2016.

³⁰ Kien et coll. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: a systematic review; *European child & adolescent psychiatry review*; 2018.

³¹ Mohwinkel LM¹, Nowak AC², Kasper A³, Razum OBMJ Open. 2018 Jul 30;8(7):e022389. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022389. Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: a systematic review.

à un taux plus élevé de passages à l'acte ; l'apprentissage de la langue du pays d'accueil est associé à moins de dépression et de repli sur soi.

Il ressort de la synthèse de Honkanen que les facteurs suivants constituent des facteurs de risque, être enfant étranger isolé, être une fille, le nombre et la sévérité des événements traumatiques rencontrés (mort d'un proche, situation de danger personnel, situation de guerre, être témoin de violences, viol subi ou observé, séparation, mauvais traitements, ...), le fait d'avoir changé souvent de centre d'hébergement dans le pays hôte, de vivre dans un centre d'accueil important, l'incertitude sur le statut de demandeur d'asile, les facteurs de stress quotidiens tels que le manque d'argent, d'indépendance ou la discrimination subie dans le pays d'accueil.

Au total, les études mettent en évidence l'inadéquation des dispositifs de santé mentale pour prendre en charge rapidement et efficacement les troubles que peuvent présenter les enfants étrangers isolés. La maladie mentale est souvent repérée de façon différée, et nécessite une surveillance régulière des signes (Huemer) ; le déclenchement différé de la maladie mentale (postérieur à l'évaluation initiale) a été estimé par Vervliet M, 2014 aux Pays-Bas, à 19 % des cas. Dans une étude à Londres, malgré un taux élevé de troubles psychiques, seuls 17 % des enfants étrangers isolés avaient eu au moins un contact avec des services spécialisés (Jakobsen M, 2014). Aux États-Unis, seulement 30 % des enfants étrangers isolés bénéficiaient de familles d'accueil ou de tuteurs susceptibles de détecter des troubles psychiques (Mitra, 2019).

Annexe 6 - Enquête dans les départements

1. Le département du Nord

Les dispositifs dédiés pour les MNA pour leur hébergement sont de type classique en règle mal adaptés à cette population. Ces maisons d'enfants à caractère social (MECS) sont réservées aux moins de 15 ans et demi et aux jeunes présentant des problèmes de santé évidents. Après une période d'accueil en structure collective, les autres cas, gérés par des groupements associations, logent dans des appartements dédiés. Les MNA bénéficient d'un accompagnement éducatif (scolarité ...) et d'une aide à la vie quotidienne (gestion du budget, courses, repas). Les cahiers des charges de ces associations intègrent la question de la santé parmi les axes prioritaires.

En pratique, les bilans de santé sont effectués par des réseaux de médecins de ville, les services Prévention Santé (SPS) habilités CEGGID (Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic), des équipes pluridisciplinaires (professionnels de santé, médecins, travailleurs sociaux, titulaires ou contractuels pour les médecins spécialistes) formées à l'accueil de publics vulnérables et précarisés.

Les SPS facilitent l'accès aux soins et l'accompagnement aux démarches de santé. Leur coordination est assurée par un médecin appartenant à Direction centrale dédiée.

Les autres partenaires mobilisés sont les suivants :

- La CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie), une convention prévoit des bilans gratuits pour les plus âgés
- L'ARS (un protocole MNA est en cours de signature pour des bilans de santé au CHR / PASS).
- L'Institut Pasteur de Lille,
- L'association Médecins Solidarité Lille.
- Au CHR : les urgences, les services spécialisés ; la PASS
- Le département associé à des concertations avec le CHR sur la prise en charge des publics précaires, *dont les MNA*
- Les centres médico-psychologiques (CMP) lorsqu'ils peuvent être sollicités ne sont pas assez formés à l'accueil de cette population.

Chaque MNA bénéficie d'un dossier médical protégé ou conservé par le médecin qui retrace les bilans pratiqués ; ce dossier est conservé par les services sociaux (délégation de l'autorité parentale à l'ASE) ; il est confidentiel (soumis au secret médical partagé et le jeune peut le consulter).

Une convention de délégation signée par le département permet aux personnes au plus près des jeunes d'actionner les soins et la prise en charge au titre de la tutelle. Le consentement du jeune aux soins est indispensable ; il existe des cas de refus. Un accompagnement culturel, interprétariat pour les non francophones, la pratique d'une langue parlée par les MNA est un critère de recrutement des éducateurs.

En conclusion, pour le département du Nord, la réponse aux problèmes psychiatriques et pédopsychiatriques est prioritaire mais le dispositif nécessiterait des soins de psychomotricité, sophrologie, art-thérapie. En dehors des aspects juridiques, la formation interculturelle en santé des différents professionnels est insuffisante.

2. Le département de la Gironde

Le département privilégie la promotion de la santé, l'éducation à la santé, et le travail en réseau. Sa priorité est d'aider les professionnels de santé et les opérateurs dans la prise en charge des

MNA. Il propose un parcours de soins plutôt que la systématisation des bilans, en s'appuyant sur les dispositifs de droit commun destinés aux personnes en grande précarité. Il a mis en place, au sein de la Direction de l'Enfance et de la Famille.

- Un service de coordination de la santé des MNA avec une coordinatrice générale, un coordonnateur de projet à plein temps, une secrétaire un médecin coordonnateur à temps partiel, un médecin en appui scientifique.
- Une commission pluri-institutionnelle (CPAM, MDPH : maison départementale des personnes handicapées, ARS, PASS, Médecine transculturelle du CHU, secteur de psychiatrie, PJJ, DPS, DPEF)
- Au cas par cas, face à des difficultés interculturelles, des tables rondes thématiques ou rencontres interprofessionnelles sont organisées. « *Les réunions d'acteurs (tables rondes) mises en place par le service de coordination visent alors à définir une guidance appropriée et la redéfinition des rôles des différents professionnels* ».

En pratique des bilans de santé ont lieu au moment où les jeunes intègrent l'ASE à la suite d'une OPP, par les différents services éducatifs qui les accueillent. Ils sont réalisés, soit comme un examen de santé périodique au centre d'examen de santé de la CPAM, soit dans le cadre du partenariat avec le service de médecine infectieuse de l'hôpital, ou via la PASS locale, ou bien par un médecin généraliste en ville.

Pendant la période de mise à l'abri pour l'évaluation, il n'y a pas d'examen de santé. Les jeunes peuvent être orientés à la PASS s'ils présentent des plaintes symptomatiques. La PASS réalise alors un bilan à minima.

Pour l'équipe, la question de l'évaluation de la santé des MNA n'est pas prioritairement celle du dépistage ou du déclenchement des soins, il s'agit de tenir compte des réalités du jeune concerné. « *Il convient donc d'établir non un schéma général mais des chemins décisionnels par profil, élaborés sur la base des connaissances scientifiques* ».

3. Le département des Bouches-du-Rhône

La prise en charge des MNA est « *différente* » mais pas plus difficile que celle d'autres publics vulnérables. Des lieux d'accueil dédiés aux MNA seraient souhaitables, car leur prise en charge suppose une technicité éducative spécifique (régularisations administratives, statut d'adolescents, autonomie du fait de leur parcours et de leur volonté de s'intégrer, perspective de contrats jeunes majeurs) « *les MNA pris en charge par l'ASE sont avant tout des ados ordinaires, avec leurs spécificités. L'objectif d'acquisition de l'autonomie (langue, formation, intégration, dans un temps court (moyenne d'âge : 16 ans 1/2) dans un temps court, donc le projet éducatif personnalisé, est prioritaire* ». Concernant la médiation culturelle ou l'interprétariat : « *l'essentiel est de se faire comprendre* » et de permettre aux personnes d'accéder à l'aisance en français et de s'intégrer. Des équipes pluridisciplinaires aux parcours et aux cultures de référence très variés permettent « *d'accueillir tout le monde* » en tenant compte des particularismes individuels ou locaux.

Un outil est mis en place par le département : la plateforme santé qui regroupe l'ensemble des acteurs (professionnels, associations, services de santé dont notamment les hôpitaux, dont les urgences, la maison des adolescents, la PMI ...) et peut intervenir auprès des MNA, à toutes les phases sous forme d'échanges entre les acteurs concernés et le partage de ressources. Ces échanges ont lieu dans des sous commissions pour les infirmiers et les éducateurs lors de rencontres mensuelles. Les grandes questions transversales, juridiques et psychiatriques sont abordées tous les trimestres en séance plénière.

Le constat est que les MNA présentent en général peu de problèmes de santé somatique aigus et que ceux-ci, lorsqu'ils se manifestent, sont repérés dès le premier accueil. Une fois confiés à l'ASE, les MNA sont pris en charge pour leur santé comme les autres enfants. Les informations sur les

antécédents de prise en charge sont parcellaires et souvent absentes, notamment lorsqu'il n'y a pas eu de mise à l'abri préalable à l'évaluation.

Il est évident que les jeunes ne disposent pas de dossier médical personnel ou ont perdu les quelques rares informations dont ils pouvaient disposer (vaccins, examens pratiqués), notamment s'ils ont été internés (Italie) ou ont fugué. Pendant la mise à l'abri, les personnes détiennent leurs documents santé ; quand ils sont hébergés, les documents sont conservés dans les infirmeries des lieux d'hébergement. L'établissement d'une fiche santé minimale partagée entre tous les départements éviterait les redondances et pourrait améliorer l'adhésion aux soins des MNA, dans la mesure surtout où ils ne sentent pas malades et ne sont pas demandeurs de soins.

Les questions d'accès aux droits sont résolues en théorie, même en l'absence de tout papier d'identité, mais peuvent être longues et complexes en pratique. Au moment du passage à la prise en charge adulte (18 ans), en particulier, des ruptures de PUMa ou ex CMU peuvent se produire.

4. Le département de la Seine-Saint-Denis

Ce département connaît des flux particulièrement importants et croissants de MNA ; pour faire face aux insuffisances de lieux d'hébergement, les MNA sont logés dans des hôtels sociaux jusqu'à ce qu'une place en foyer se libère (un pour 800 places). L'évaluation de la minorité et de l'isolement est déléguée à la Croix-Rouge, qui assure aussi la mise à l'abri (présence d'un infirmier). Une instance dédiée, la CAMNA, a été créée ; il s'agit d'un accueil de jour pour les MNA en attente de placement en foyer ; l'équipe ne comporte pas de personnel de santé pour le moment (une infirmière temps plein et des vacations de psychologue à venir prochainement) et ne prend pas en charge les questions de santé.

Dans ce contexte ; il existe une forte inquiétude des acteurs, en particulier face au risque de tuberculose dont l'incidence n'est pas connue. Hors les structures de soins, la seule présence médicale est le médecin référent de l'ASE, débordée par le nombre de MNA.

Des évaluations de la santé somatique sont réalisées par le centre de santé de la CPAM (systématiquement pour tous les jeunes en accueil d'urgence ; aléatoirement pour les jeunes de la CAMNA ; il s'agit du bilan standard) au centre de santé ou en *outreach* ; la pertinence des bilans est mise en question par le médecin référent de l'ASE, de même que le circuit de transmission ; le bilan comprend une radio systématique des poumons ; il ne comporte pas le dépistage des parasitoses.

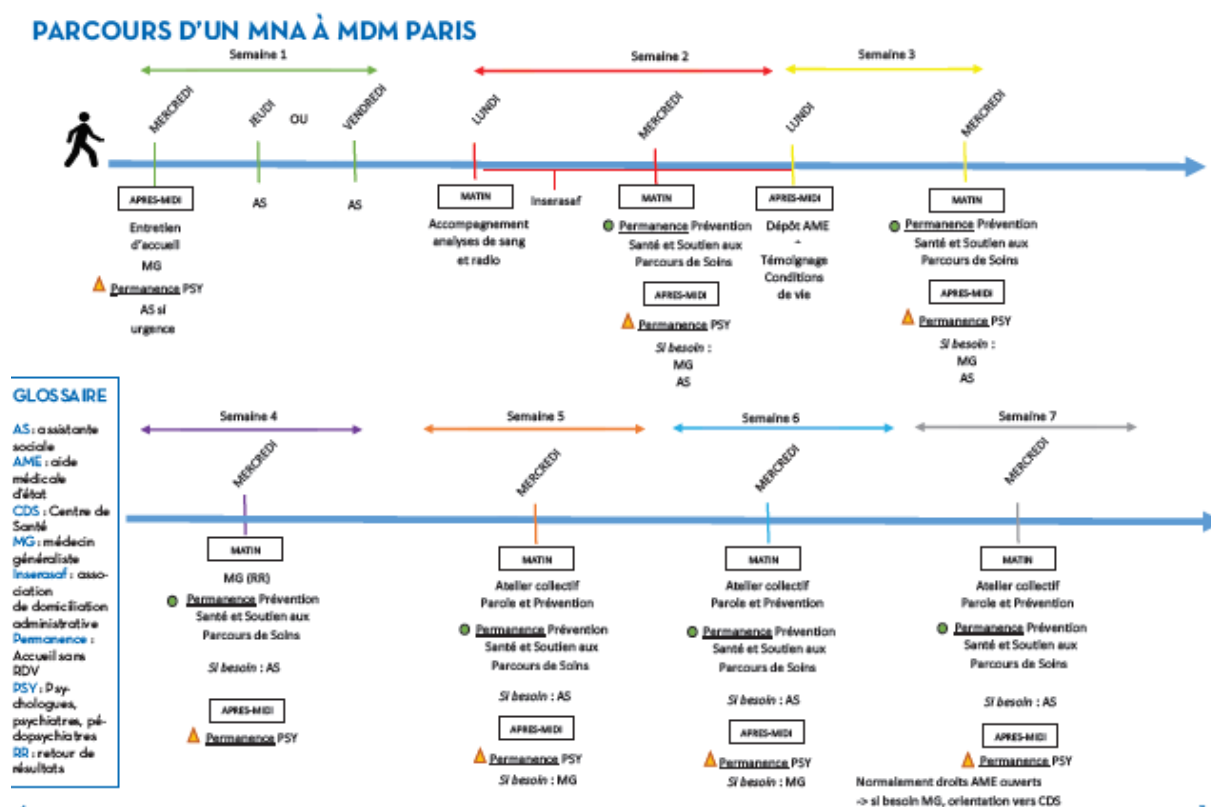
Par ailleurs, l'hôpital Jean Verdier dispose depuis 2016 d'un service dédié « santé des mineurs migrants », sur adressage des urgences ou autre. Ce service est sous la responsabilité d'un médecin infectiologue, responsable du service des vaccinations.

Enfin, la maison des adolescents (Hôpital Avicenne), en lien étroit avec le service de pédiatrie de Jean Verdier, intervient pour les troubles psychiques sur signes d'appel.

La question de la langue n'appelle pas de commentaires car le recours à l'interprétariat est habituel sur ces sites de même que des équipes multilingues et multiculturelles

En Seine-Saint-Denis, on note une forte coordination intra-hospitalière entre la pédiatrie, la pédopsychiatrie, l'infectiologie, les urgences migrants (Jean Verdier, Avicenne), un bon maillage associatif, une coordination difficile entre les acteurs du social et de la santé. Des bilans de santé sont faits de façon aléatoire, non systématique et ne concernent qu'une partie des MNA. Les bilans standards hors ceux de l'hôpital, du type de ceux de la CPAM qui incluent une radiographie pulmonaire, ne paraissent pas vraiment adaptés à la population MNA d'autant que le suivi de la prise en charge n'est pas toujours assuré, en particulier, en raison des difficultés pour les équipes éducatives d'assurer l'accompagnement des MNA auprès des services de santé.

Annexe 7 - Parcours MNA selon Médecins du monde



Source Médecins du monde

ANNEXE 8. Rendez-vous santé de l'enfant étranger isolé**1. 1^{ère} étape du rendez-vous santé : guide d'entretien initial avec grille indicative**

- Identification du professionnel Date

1.1. Identification et parcours de l'enfant étranger isolé

Nom	Prénom	Alias
-----	--------	-------

Date de naissance

Pays de naissance ou pays d'origine

Contexte familial d'origine :

Structure familiale (nucléaire) au départ

Niveau de scolarité atteint

Environnement initial (pays, urbain, rural)

Dates (ou âge) de départ

Pays traversés (avec durée approximative)

Date d'arrivée en France

Date de mise à l'abri

Francophonie oui / non et si « non » langues parlées :

Intervention d'un interprétariat professionnel :

dans la structure : Nom

Par téléphone :

Modalités actuelles de couverture des besoins primaires

hébergement, alimentation, accompagnement

Dernière consultation médicale : < 6 mois / 6 mois à 2 ans / > 2 ans / inconnu

1.2. Antécédents

Médicaux en particulier rechercher maladies AVANT le départ dont

accès palustre / transfusion, opération, hospitalisation prolongée

Maladies au cours du voyage

fièvre / céphalées / vomissements

diarrhée / douleurs abdominales / diarrhée

toux / autres douleurs / prurit

autres

Chirurgicaux

Interventions, cicatrices

Autres principaux problèmes rencontrés au cours du voyage

Alimentation

Violences physiques (coups, sévices, abus sexuels) et psychiques (humiliation, harcèlement) agies et/ou subies avec maintien en détention ou travail forcé

Accidents

1.3. Conclusions : 2^{ème} étape du rendez-vous santé pour bilan clinique, biologique et vaccinations, ou envoi vers une structure d'urgence pédiatrique

2. 2^{ème} étape du rendez-vous santé :

2.1 Examen clinique

Poids / taille / IMC (P/T^2) / rapport poids/taille (P/T) ou poids/âge (P/A) / rapport taille/âge (T/A),

[<https://www.sfnm.org/81-affichage-blog/question-du-moment/799-denutrition-chez-un-enfant>]

Pression artérielle, fréquences cardiaque et respiratoire, température, saturation transcutanée

Aspect général, signes de dénutrition O/N

= cf. courbes d'IMC en fonction de l'âge < au 3^{ème} percentile, présence d'œdèmes, diminution des rapports P/T ou P/A ou T/A en rapport avec une dénutrition aigue ou chronique (T/A)

Si le personnel est formé,

Auscultation pulmonaire : normal / anormal / doute

Auscultation cardiaque : FC régulière O/N ; souffle O/N / doute

Abdomen souple / ballonné

Pâleur conjonctivale

Recherche masse abdominale / hépatosplénomégalie

Adénopathies cervicales, axillaires, inguinales

État dentaire : Normal ; Caries non traitées / douleur / à revoir

Audition *dans la mesure où il n'y aura pas de test auditif, prévoir une évaluation simple du type « entend la voix chuchotée »*

Contrôle de la vision et dépistage d'anomalie oculaire (corps étranger, conjonctivite)

État de santé perçu

Comportement

Évaluation du comportement global lors de l'entretien : ouvert / réservé / craintif / triste / anxieux / agressif / inapproprié / inquiétant

Évaluation psychologique

Antécédents de troubles psychologiques, de prise de médicament psychotrope, de tentative de suicide, d'addiction

Troubles du sommeil, rumination, idées noires, plainte somatique floue, irritabilité, instabilité de l'humeur, troubles du comportement

Utilisation possible du questionnaire « MINI », en particulier en cas d'anomalie repérée aux questionnaires Duke et « Protect-able ». L'utilisation de chacun de ces questionnaires dans le cadre d'une procédure interne prévoyant les recours possibles suivant les résultats.

2.2. Examens biologiques

Dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) : sérologies syphilis, VIH

Dépistage sérologie hépatites virales B, C

ALAT / ASAT

Sérologie bilharziose et anguillulose en fonction des pays d'origine et des pays traversés (cf. recommandation ECDC)

Dépistage de la tuberculose selon les modalités du rapport du HCSP relatif aux Infections tuberculeuses latentes [50]

Avant de pratiquer les tests de recherche d'une infection tuberculeuse latente (ITL), interroger le patient pour savoir s'il a des symptômes de tuberculose. S'il s'agit aussi de dépister une tuberculose active, on pourra compléter l'anamnèse par une radiographie thoracique. Les sujets qui présentent des symptômes de tuberculose ou une anomalie radiologique devront être soumis à des examens complémentaires à la recherche d'une tuberculose active ou d'autres pathologies.

On pourra utiliser l'IDR ou un test IFN-gamma pour le dépistage de l'ITL

Recherche de parasites dans les selles

Bandelette urinaire, ECBU si GB + et parasitologie des urines si GR +

Dans les urines : PCR gonocoque, Chlamydia, systématique

NFS, plaquettes, CRP, glycémie, ionogramme sanguin complet + créatinine, ferritinémie

Recherche de grossesse : dosage de β HCG urinaire ou plasmatique systématique chez les filles

2.3. Vaccinations

Disponibilité d'un document vaccinal O / N

Notion de vaccination récente (dans les deux dernières années).

Présence d'une cicatrice de BCG

Connaissance d'un cas de tuberculose dans l'entourage (connaissance de la maladie, d'un adulte avec hémoptysie)

Le rattrapage vaccinal est à faire en suivant les dernières recommandations de la HAS ([en cours de publication](#)), cf. [annexe 9](#)

Suivant les organisations et dans le respect des recommandations, le bilan peut inclure des examens nécessaires au rattrapage vaccinal comme indiqué ci-dessus.

L'ensemble de ces données sera, dès que possible, saisi dans un dossier informatisé, document de base pour le dossier médical personnalisé de l'enfant étranger isolé auquel il devra ultérieurement pouvoir garder accès, notamment par le dossier médical personnel (DMP).

La validation de l'entretien infirmier par un médecin est indispensable, soit sur validation du document transmis par l'infirmier en charge de l'évaluation, dans le cadre d'un protocole de coopération pluriprofessionnelle, à condition que les résultats des examens réalisés puissent être transmis à l'enfant et que les orientations appropriées restent organisables pour une continuité du parcours de soins.

Un exemplaire est remis à l'enfant et le second sera envoyé au médecin traitant lorsqu'il aura été désigné.

3. Conclusions du bilan de santé initial

Accord de l'enfant pour des soins éventuels

Absence apparente de pathologies : circuit normal de rendez-vous primo-arrivant et d'évaluation socio-éducative

Pathologies somatiques justifiant une prise en charge en urgence ou un avis médical rapide

-Profil psychiatrique à réévaluer

Obstacle médical à la réalisation d'une évaluation socio-éducative au regard de l'état de santé de l'enfant

L'orientation vers un rendez-vous santé primo-arrivant sera adaptée au cas de l'enfant.

En cas de nécessité d'un avis médical urgent, le personnel infirmier s'assurera que cette structure de soins prend en charge les autres étapes du rendez-vous santé primo-arrivant. À défaut, les enfants seront dirigés vers les structures de soins pour le rendez-vous santé primo-arrivant.

En l'absence d'urgence et de pathologie(s) sévère(s), l'enfant sera orienté vers des partenaires pouvant conduire le rendez-vous santé primo-arrivant dans un délai d'un mois (notamment afin qu'un rattrapage vaccinal complet puisse être organisé pour l'admission dans un établissement scolaire (article R 3111.17 du code de la santé publique, abrogé par le décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire).

Au cours de la même période, il y aura grand intérêt à familiariser l'enfant avec l'éducation à la santé et le système de santé, comme prévu par le rendez-vous santé primo-arrivant. On favorisera les échanges avec des groupes d'enfants, dans des conditions de respect du secret professionnel et d'information du patient identiques à celles précisées ci-dessus.

Les précautions d'hygiène pour les personnes primo-arrivantes et leur entourage sont identiques à celles de la population générale.

En vue de favoriser la coordination du parcours de soin le GT rappelle enfin la nécessité de remettre dès cette étape à l'enfant un document individuel adapté et de lui ouvrir précocement une assurance santé devant permettre l'accès rapide au DMP et le partage des informations entre les différentes structures de santé.

Annexe 9 – Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu- En population générale et chez les migrants primo-arrivants (Document de la HAS en cours de publication au 15/12/2019)

Les vaccins à privilégier pour débiter le rattrapage vaccinal :

Les vaccins à privilégier pour débiter le rattrapage sont les vaccins protégeant contre les maladies infectieuses invasives et/ou ceux nécessitant plusieurs doses parmi ceux indiqués en fonction de l'âge :

- DTCaP±Hib±HepB/dTcaP/dTP ;
- Hib (≤ 5 ans) ;
- VPC 13 (≤ 2 ans) ;
- Men C (< 25 ans) ;
- ROR (≥ 1 an et nés après 1980) ;
- Hep B (≤ 15 ans ou exposé à un risque) ;
- HPV (filles 11-19 ans et hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus)
- VPC13-PPP23 (≥ 2 ans si exposé à un risque)³².

Les vaccinations qui n'ont pas pu être réalisées au début du rattrapage et les doses suivantes des vaccins nécessitant plusieurs injections sont à réaliser ensuite.

Le rattrapage doit assurer, en outre, la réalisation des vaccinations obligatoires et exigibles pour l'entrée ou le maintien en collectivités (11 valences pour les enfants nés depuis le 1^{er} janvier 2018 et 3 valences -DTP- pour les autres).

Rattrapage en cas de statut incomplet :

En cas de preuve de vaccination antérieure pour certaines valences, la règle générale est de compléter les doses manquantes selon le calendrier vaccinal en vigueur (France métropolitaine, ou Guyane/Mayotte), de primovaccination et le premier rappel, indépendamment de l'ancienneté des doses, et de reprendre le calendrier vaccinal en vigueur pour l'âge. Si l'intervalle minimal entre deux doses de primovaccination ou entre la primovaccination et un rappel n'a pas été respecté, la dose ne compte pas et doit être administrée de nouveau.

Rattrapage en cas de statut inconnu ou incertain :

Cette situation est fréquemment rencontrée en cas d'immigration, d'adoption internationale ou de perte du carnet de santé ou de vaccination.

³² DTCaP : vaccin contre diphtérie, tétanos, coqueluche acellulaire et poliomyélite / Hib : vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type b / HepB : vaccin contre l'hépatite B / dTcaP : vaccin combiné diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche avec des doses réduites d'anatoxine diphtérique (d) et d'antigènes coquelucheux (ca) / VPC13 : vaccin 13-valent contre le pneumocoque / Men C : vaccin contre le méningocoque C / ROR : vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole / HPV : vaccin contre les infections à papillomavirus humains / VPC13-PPP23 : vaccin pneumococcique conjugué 13-valent- vaccin pneumococcique non conjugué 23-valent

En l'absence de preuve antérieure de vaccination, 2 approches sont possibles en fonction des conditions et circonstances de rattrapage :

a) un rattrapage simplifié : visant à assurer un rattrapage vaccinal immédiat optimal et réalisable sur un laps de temps court

Ce rattrapage sera privilégié pour les personnes susceptibles de ne pas pouvoir être revues et/ou lorsque le professionnel exerce dans des conditions ne permettant pas une approche avancée.

- Dans ce cadre, il est recommandé **d'administrer les vaccins indiqués selon l'âge, en privilégiant les vaccins protégeant contre les maladies invasives et/ou nécessitant plusieurs injections**, en un temps, dans des sites d'injection différents, et sans limiter le nombre d'injections et d'antigènes dans la limite de l'acceptabilité de la personne (en pratique jusqu'à 4 injections).

- Pour mémoire, il est préconisé de réaliser une **sérologie prévaccinale hépatite B complète (AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)** associée, quand cela est indiqué, au dépistage du VIH et du VHC. Pour les personnes migrantes, ce bilan sérologique s'intègre dans un « **bilan de santé migrants** » élargi aux autres pathologies prévalentes. Quand la sérologie ne peut être pratiquée, la réalisation d'un Trod AgHBs (et VIH et VHC si indiqués) avant vaccination est préconisée.

b) un rattrapage avancé : visant à assurer un rattrapage plus complet, au plus près de l'immunité réelle et mise en œuvre sur plusieurs consultations.

- Dans ce cadre, il est recommandé de débiter par l'administration des vaccins indiqués en fonction de l'âge, en privilégiant les vaccins protégeant contre les maladies invasives et/ou nécessitant plusieurs injections, dans des sites d'injections différents et, sans limiter le nombre d'injections et d'antigènes dans la limite de l'acceptabilité de la personne à vacciner.

- Pour mémoire, il est préconisé de réaliser une **sérologie prévaccinale de l'hépatite B complète (AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)** associée, quand cela est indiqué, au dépistage du VIH et du VHC. Pour les personnes migrantes, ce bilan sérologique s'intègre dans un « **bilan de santé migrants** ».

- Après avoir débuté le rattrapage, il est ensuite préconisé :

- **d'adapter la poursuite de la vaccination anti-tétanique (si indiquée) au titre des anticorps antitétaniques** mesuré 4 à 8 semaines après une dose de DTcaP ± HibHep B / dTcaP / ou dTP. La mise en évidence d'une réponse anamnétique (≥ 1 UI/ml) permettra d'affirmer une vaccination antérieure correcte et d'éviter des injections supplémentaires inutiles ;

- **d'adapter la poursuite de la vaccination contre l'hépatite B (si indiquée) au titre des anticorps anti-HBs** mesuré 4 à 8 semaines après une dose de vaccin contre l'hépatite B. La mise en évidence d'une réponse anamnétique (≥ 100 UI/L) permettra d'affirmer une vaccination antérieure correcte et d'éviter des injections supplémentaires inutiles ;

- de compléter le schéma de primovaccination des autres vaccins débutés (ROR, ...) sans sérologie préalable ;

- de procéder au rattrapage des vaccinations qui n'ont pas pu être entreprises jusqu'à présent ;

- puis de reprendre le calendrier vaccinal selon l'âge, en respectant les intervalles minimaux entre les rappels.

Annexe 10 – Formations diplômantes et professionnelles qualifiantes : liste non exhaustive

Parmi les formations existantes, le diplôme d'infirmier puériculteur semble le plus approprié mais suppose une formation complémentaire. Cet enseignement comprend déjà des modules touchant à la prévention, à l'éducation à la santé, à la santé sexuelle, au dépistage et aux premiers soins des troubles psychiques et des addictions des enfants et adolescents, faisant défaut à la formation initiale d'infirmier. Ces enseignements seraient toutefois à renforcer. En outre, un enseignement complémentaire, juridique par exemple, pourra s'avérer indispensable.

Des compétences complémentaires pourraient être acquises via des diplômes universitaires / interuniversitaires de médecine tropicale, santé humanitaire ou santé des migrants (par exemple <https://smbh.univ-paris13.fr/fr/formations/autres-formations/du-diu/item/191-diu-sant%C3%A9-des-migrants.html>) ou par validation des acquis de l'expérience (VAE).

À notre connaissance, il n'existe aujourd'hui aucun diplôme sur la santé des migrants doté d'un module relatif à la santé des adolescents. On s'inspirera aussi du contenu du CAS (*Certificate of Advanced Studies*) ou Certificat de formation continue « Santé mentale, migration et culture : évaluer et soigner » proposé par le Centre pour la formation continue et à distance de l'Université de Genève. Cette formation diplômante offre aux professionnels des soins une approche interculturelle de la santé mentale des migrants. Le volume horaire de cette formation (330 heures sur un an, dont 150 heures en présentiel) est important et vise à l'acquisition d'un catalogue de compétences étendues comprenant entre autres : une compréhension en profondeur des facteurs migratoires, sociaux et culturels, affectant la santé et les soins ; une attention aux systèmes de soins et aux pratiques traditionnelles ; l'acquisition de savoir-faire permettant d'accueillir des récits d'épisodes traumatiques liés à la violence de masse ; une réflexion sur le rapport de la société d'accueil avec l'altérité culturelle et son impact sur le travail clinique ; et une formation aux techniques permettant un travail plus efficace avec les interprètes, aux rapports entre migration et périnatalité, migration et adolescence.

D'autres diplômes universitaires sur la santé des migrants sont disponibles ; il faut y ajouter les formations à la médiation inter culturelle, comme celle dispensée par AHUEFA Internationale France (<https://ahuefa.org>) soutenue par l'ARS Île-de-France et les collectivités locales.

Une formation de ce type devrait être dispensée quel que soit le cadre, public ou privé, dans lequel se place l'intervention du professionnel de santé. Elle devra, si elle est faite par une formation universitaire, être proposée au titre de la formation continue et budgétée par l'employeur.

ANNEXE 11. LIVRET DE SANTÉ

Les précautions d'hygiène pour les personnes primo-arrivantes et leur entourage sont identiques à celles de la population générale :

Pour éviter la transmission de maladies contagieuses

- se laver le corps chaque jour
- se brosser les dents matin et soir pendant 2 minutes
- changer ses sous-vêtements (caleçon, slip, culotte, chaussettes) tous les jours.
- changer de vêtements et les laver au savon tous les 2 ou 3 jours.
- laver ses draps, serviettes et gants de toilettes toutes les semaines.
- ne pas échanger ses vêtements, sa serviette, son gant de toilette et ses affaires de toilettes (rasoir, brosse à dent, maquillage).
- utiliser des préservatifs pour toute relation sexuelle. En parler avec un médecin pour arrêter (avoir des relations stables et exclusives dont les partenaires ont reçu des conseils sur les IST et leur dépistage).

Seul un médecin peut prescrire des précautions d'hygiène complémentaires (isolement). Le médecin informe toujours le patient sur son état, son traitement et les conseils de prévention adaptés.

Lorsqu'il permet la sortie d'un patient, il s'assure que les risques de contagion sont comparables à la population générale, ne présentant pas de risque spécifique connu pour son entourage dans des conditions usuelles d'hébergement.

Rendez-Vous Santé Primo-Arrivant Livret personnel

Données médicales confidentielles

1 – Structure ayant remis ce livret à cette personne

Tampon

Professionnel contact :

2 – Identité (date de recueil : __/__/____)

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : _____

Naissance : Date __/__/____ ; Pays

francophonie ☐ Non ☐ Oui, langue/s parlée/s :

Contact : Téléphone : _____

Hébergement _____

Couverture sociale effective

☐ PUMa	☐ AME		☐ Autre :												
☐ CMU-c															
N° Secu															
☐ Aucun droit effectif = orientation vers Action sociale															

Condition particulière (déclarative)

Si femme, grossesse : Non / Oui

Si mineur, scolarisation :

Maladie chronique pouvant nécessiter des gestes d'urgence

		<u>Statut administratif déclaratif</u>	
Personne Mineure Son représentant légal est :			
☐ Présent :	Nom, prénom :		
	Nom, prénom :		
☐ Absent = Mineur Non Accompagné	☐ En attente / en cours d'évaluation, éducateur référent :		
	☐ OPP prononcée, éducateur référent :		
	☐ En recours		
☐ Personne majeure (ou représentant légal du mineur)			
☐ Nationalité française	☐ Titre de séjour valide (statut de réfugié, protection subsidiaire, carte de séjour vie privée et familiale, salarié, travailleur temporaire...)		☐ Etudiant
☐ Européen inactif	☐ Demande de titre de séjour déposée	☐ Aucune demande de titre de séjour déposée	☐ Non reconnu « Mineur Non Accompagné », recours épuisés (« mijeur »)

Personne de confiance (optionnelle) : _____

son contact : _____

désignée par écrit, qui peut être changée par le détenteur du livret santé. Celle-ci peut accompagner la personne dans son parcours de soins, a un devoir de confidentialité (loi du 4/03/2002), toutefois ne peut de se substituer à un représentant légal pour un mineur.

3 – Orientation dans le rendez-vous santé primo-arrivant

Bilan infirmier d'orientation (avec interprétariat si nécessaire)	
Informations sur le Rendez-vous santé, ses objectifs et son organisation Dépistage des besoins spécifiques	
Intervenant/Lieu :	
	
	Sans RDV / Sur RDV, le : __ / __ / ____ à __ : __
	Plan
fait par :	
 Tampon	
le : __ / __ / ____	
Consentement du patient (ou son représentant légal) à débiter un RDV santé primo-arrivant : ☐ Oui / ☐ Non	



Les orientations en urgence sont hors de ce parcours et relèvent des services d'urgences.

Orientations systématique :

Bilan médico-psychologique
 Education à la santé
 Dépistage de la tuberculose
 Dépistages biologiques complémentaires
 Rattrapage vaccinal

Prioritaire

☐
☐
☐
☐
☐

Orientations complémentaires :

Action sociale : _ _ _ _

☐

Spécialité médicale : _ _ _ _

☐

Spécialité médicale : _ _ _ _

☐

Soutien Psychologique

☐

Soins dentaires

☐

Autre : _ _ _ _ _

☐

Autre : _ _ _ _ _

☐

Orientation vers : ☐ Bilan médico-psychologique	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoction : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : ☐ Education à la santé	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoction : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : ☐ Dépistage tuberculeux	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoque : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : ☐ Dépistages biologiques complémentaires	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoque : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : ☐ Mise à jour du statut vaccinal	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoction : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Vaccination DTCP (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite)			
Date	Vaccin	Lot	Tampon, signature

Vaccination méningocoque C conjugué			
Date	Vaccin	Lot	Tampon
Vaccination ROR (rougeole, oreillons, rubéole)			
Date	Vaccin	Lot	Tampon

Vaccination contre l'hépatite B			
Date	Vaccin	Lot	Tampon

--	--	--	--

Autres vaccinations			
Date	Vaccin	Lot	Tampon

Orientation vers : ☐ Action sociale	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : __ _____ ____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoque : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : ☐ Spécialité médicale :	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoction : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : ☐ Spécialité médicale :	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoque : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : ☐ Soutien psychologique	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoction : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : ☐ Soins dentaires	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoque : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : _____	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoction : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

Orientation vers : _____	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
Résultats en attente ou reconvoction : ☐ Non / ☐ Oui le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu ; le : __ / __ / ____ à __ : __ Vu / Non vu	

Bilan du rendez-vous santé Primo-arrivant	
Convocation le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	Réalisé Tampon le : __ / __ / ____
☐ Les résultats d'examens et orientations sont connus et compris par le patient (<i>avec courrier de liaison et éventuels documents</i>) ☐ Il bénéficie d'une couverture sociale ☐ Une structure de soin peut prendre le relai (<i>incluant les situations d'allophonie</i>) <i>En cas de difficulté lors du relai de suivi, la personne ayant réalisé le bilan de ce rendez-vous santé se tient à disposition des professionnels de santé.</i>	
Les examens systématiques permettent de dépister précocement et prévenir un grand nombre de maladies. Un enfant doit consulter un médecin avant 8 jours de vie, une fois par mois jusqu'à 6 mois, à 9 mois, 12 mois, 13 mois, 18 mois, à 2 ans, deux fois par an jusqu'à 6 ans, puis une fois par an jusqu'à l'âge adulte. Un adulte doit aussi consulter un médecin au moins une fois par an.	
Relai à une structure de soins de droit commun de proximité Rendez-vous le : __ / __ / ____ à __ : __ Intervenant/Lieu : _____	

4 – Autres lieux de soins

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

5 – Autres lieux d'accompagnement social ou administratif

Nom - logo :



Sur RDV / Sans RDV

Plan

ANNEXE 12. FORMULAIRE NATIONAL- Document de synthèse

Un formulaire national devra être établi pour la transmission de données anonymisées ou agrégées renseignant pour chaque département :

Nombre de MNA inscrits en mise à l'abri

Nombre d'ouverture des droits (par type de couverture sociale)

Conditions de mise à l'abri (foyers, hôtels, ...)

Nombre de refus documenté de bilan de santé

Nombre d'entretien incomplet / perdus de vue

Nombre d'orientations de MNA définies en fonction de l'importance des pathologies relevées, selon cinq degrés :

1) Absence d'urgence et / ou de pathologie(s) sévère(s) : orientation vers le circuit médical standard

2) Pathologies avérées justifiant un avis médical rapide ; orientation médicale spécialisée (dentaire, hépato-gastro-entérologie, maladies infectieuses, traumatologie/orthopédie, psychiatrie, ophtalmologie, gynécologie, urologie, dermatologie, addictologie)

3) Pathologies sévères justifiant l'envoi de l'enfant aux urgences hospitalières

4) Hospitalisation

5) Obstacle médical temporaire / définitif à la conduite d'entretien d'évaluation socio-éducative

Le contenu est celui décrit à l'annexe 8.

Rapport départemental annuel d'activité à transmettre à l'ARS :

Nombre mensuel/annuel

Répartition par âge/sexe

Nombre d'orientations médicales spécialisées demandées (dentaire, hépato-gastro-entérologie, maladies infectieuses, traumatologie/orthopédie, gynéco-urologie, dermatologie, pédiatrie, psychiatrie, ophtalmologie, hospitalisation, ...)

Nombre de rattrapages vaccinaux

Nombre de MNA ayant une maladie chronique ayant bénéficié d'une orientation spécifique

Avis produit par le Haut Conseil de la santé publique

Le 7 novembre 2019

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr