



CROSSRAIL PLACE

VIA ADAMS PLAZA BRIDGE

ETAT DE SANTE DES MIGRANTS MINEURS NON ACCOMPAGNES

DIU SANTE DES MIGRANTS

UNIVERSITE PARIS NORD— MAI 2021

INTRODUCTION

Le rapport 2020 de l'IOM (International Organisation for Migration, 129) fait état de 38 millions de migrants de moins de 20 ans à travers le monde en 2019, soit 14% du total des migrants. Des conditions de leur pays de départ à celui qui les hébergera *in fine*, des risques encourus dans leur pays d'origine aux risques encourus au cours de leur parcours migratoire, de nombreuses variables rentrent en ligne de compte qui influent l'état de santé de ces mineurs quand ils arrivent dans le pays d'accueil.

Le présent mémoire s'attache à dresser un bilan de santé des Mineurs Non Accompagnés (MNA) en France, et s'appuie également sur une revue de la littérature internationale récente (2016 et au-delà) sur l'état de santé des MNA en Europe.



statut de réfugié ou le statut de protection subsidiaire, et qui ne demande pas explicitement un autre type de protection, en dehors du champ d'application de la présente directive, qui peut être demandé séparément. Cette définition vise tous ceux qui demandent une protection à titre individuel, qu'ils déposent leur demande à leur arrivée à l'aéroport ou à la frontière terrestre, ou de l'intérieur du pays, et qu'ils soient entrés légalement sur le territoire (par exemple, en tant que touriste) ou illégalement (3).

Littérature internationale

Les termes les plus souvent rencontrés et qui rejoignent la définition de MNA sont :

- Unaccompanied children (UAC)
- Unaccompanied separated children (UASC)

Les demandeurs d'asile sont identifiés par :

- Unaccompanied asylum-seeking adolescents (UASA)
- Asylum-seeking children (ASC)

BREF RAPPEL DU CADRE JURIDIQUE ET DE SES EVOLUTIONS RECENTES

Les droits de l'enfance et en particulier ceux des MNA sont définis dans leurs principes dans de nombreux textes législatifs internationaux, communautaires et déclinés en droit national, qui lui-même à ses particularités. Le site de référence en France pour trouver l'information la plus exhaustive sur les MNA est infoMIE (<http://www.infomie.net/>, consulté le 13 avril 2021). Nous ne citerons ici que les textes nationaux récents ayant un impact sur les MNA.

Mission mineurs non accompagnés (MMNA)

Depuis la loi du 14 mars 2016 réformant la protection de l'enfance (4), lorsqu'un jeune est reconnu mineur isolé et que l'autorité judiciaire -procureur de la République, juge des enfants, cour d'appel - souhaite le confier à un service d'aide sociale à l'enfance (ASE), celle-ci saisit la cellule nationale, placée au sein du Ministère de la justice, Mission mineurs non accompagnés (5).

La MMNA lui propose alors en réponse une orientation :

- soumise au respect de l'intérêt supérieur de l'enfant ¹
- et prenant en compte la clé de répartition des prises en charge entre les départements, calculée selon les modalités définies par arrêté et réactualisées chaque année ².

Fichier AEM

Un décret autorisant la création d'un fichier d'Appui à l'Evaluation de Minorité (AEM) a été publié au JO le 31 janvier 2019. Déployé sur le territoire national au printemps 2019, il est destiné à centraliser les informations détenues sur chaque mineur.

Impact de la pandémie

Les personnes se présentant comme MNA doivent bénéficier d'un accueil physique, d'une mise à l'abri, ainsi que d'une évaluation de leur minorité et de leur isolement, conformément à l'article R.221-11 du code de l'action sociale et des familles (6) et à l'arrêté du 20 novembre 2019 correspondant (7).

Le dispositif de répartition géographique équilibrée des mineurs non accompagnés sur le territoire demeure pleinement applicable.

La réactivation de l'état d'urgence sanitaire depuis le 16 octobre 2020 interdit... de mettre fin aux mesures d'aide sociale à l'enfance pour les jeunes majeurs ou devenus majeurs depuis cette date (en application de l'article 18 de la loi n°2020-290 du 23 mars 2020 (8)). Cette mesure est valable jusqu'au 31 juin 2021.

¹. Ce qui est écrit dans les textes. Les conséquences délétères de cette pratique ont été soulignées dans le rapport annuel 2020 de la Fundamental Right Agency « *CHILDREN IN MIGRATION IN 2019* ».

². La clé de répartition alloue à chaque département français la prise en charge d'une proportion des MNA qui font l'objet d'une décision de justice. D'où un nombre non négligeable de « réallocations » vers les départements qui n'ont pas atteint leur quota à partir de ceux qui l'ont rempli.

La durée de validité des documents de séjour (visas de long séjour, titres de séjour, autorisations provisoires de séjour, récépissés de demandes de titres de séjour) arrivés à expiration entre le 16 mars et le 15 juin 2020, a été prolongée de 180 jours ;

La durée de validité des attestations de demande d'asile, arrivées à expiration entre le 16 mars et le 15 juin 2020, a été prolongée de 90 jours. (9)

Refonte du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

Un nouveau CESEDA est entré en vigueur à compter du 1er mai 2021. Pour la majorité des changements, il s'agit d'une renumérotation des articles de la précédente version. La nouvelle codification est effectuée à droit constant. Deux articles doivent être soulignés :

L'Ordonnance n°2020-1733 du 16 décembre 2020 (10) introduit, dans la partie relative à la demande d'asile, un nouvel article (art. L 521-8) : « le mineur non accompagné mentionné aux articles L. 521-9 à L.521-12 s'entend du mineur privé temporairement ou définitivement de la protection de ses représentants légaux».

L'Ordonnance n°2020-1733 du 16 décembre 2020 introduit une nouvelle rédaction de l'article L 313-11-2°bis à l'article L 423-22 (nouveau CESEDA):

« Dans l'année qui suit son dix-huitième anniversaire ou s'il entre dans les prévisions de l'article L. 421-35, l'étranger qui a été confié au service de l'aide sociale à l'enfance au plus tard le dernier jour de sa quinzième année se voit délivrer une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » d'une durée d'un an, sans que soit opposable la condition prévue à l'article L. 412-1.

[NB : avec la réserve, appréciable, de « cette carte est délivrée sous réserve du caractère réel et sérieux du suivi de la formation qui lui a été prescrite, de la nature des liens de l'étranger avec sa famille restée dans son pays d'origine et de l'avis de la structure d'accueil sur son insertion dans la société française »]

Cette nouvelle rédaction apporte une modification substantielle puisque le dernier jour de la quinzième année d'un individu correspond *au jour du 15e anniversaire*. Ceci n'était pas le sens de l'article L 313-11-2°bis rédigé dans les termes suivants « A l'étranger dans l'année qui suit son dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3, qui a été confié, depuis qu'il a atteint *au plus l'âge de seize ans*, au service de l'aide sociale à l'enfance ».

Cas particuliers

La circulaire du 8 février 2021 (relative au schéma de procédure pour la prise en charge de MNA (11)) donne instruction aux juridictions de suivre le schéma de procédure arrêté lors d'une réunion interministérielle franco-marocaine le 11 octobre 2019 et évoqué dans la déclaration signée le 7 décembre 2020 à Rabat. Ce schéma de procédure prévoit la possibilité pour le procureur de la République de *requérir le concours de la force publique à l'égard des mineurs qui refuseraient d'embarquer vers le Maroc* sur le fondement de l'article 375-3 du code de procédure civile³.

La Cour nationale du droit d'asile (CNDA) a rendu publique deux décisions datant du 19 novembre et



³ Or, l'article L. 521-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dispose que : « L'étranger mineur de dix-huit ans ne peut faire l'objet d'une mesure d'expulsion. »

mettant fin à la jurisprudence dite « Kaboul », en vigueur depuis 2018. Celle-ci permettait jusque-là à la CNDA d'accorder une protection quasi systématique aux demandeurs d'asile afghans (CNDA (GF) 19 novembre 2020 M. N. n° 19009476 R (12) et CNDA (GF) 19 novembre 2020 M. M. n° 18054661 R (13)). Elle a fait une exception à cette décision pour les ressortissants afghans de la province de Nangarhar CNDA 18 décembre 2020 M. K. n°19058980 C (14)).

La loi du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie (15) prévoit un mécanisme d'orientation régionale des demandeurs d'asile, en orientant mensuellement des demandeurs d'asile depuis l'Ile-de-France vers les autres régions. Le calendrier arrêté par le schéma national d'accueil prévoit un déploiement progressif de l'orientation régionale à partir du début de l'année 2021.

Age osseux

La détermination de l'âge osseux reste l'outil légal pour déterminer l'âge des MNA, quoique contestée depuis 2005 (Avis CCNE n°88 du 23 juin 2005 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques) et de nombreuses fois par la suite (16, 17, 18, 19, 20).

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (4) rappelle que : « Les examens radiologiques osseux aux fins de détermination de l'âge, en l'absence de documents d'identité valables et lorsque l'âge allégué n'est pas vraisemblable, ne peuvent être réalisés que sur décision de l'autorité judiciaire. »

De nombreuses cours d'appel ont établi une jurisprudence en la matière (21).

Néanmoins la problématique majeure du débat sur les MNA est la question de la détermination de la minorité. La plupart des groupes parlementaires s'accordent en faveur des tests osseux, comme seul moyen à ce jour pour déterminer l'âge des personnes se déclarant MNA et protéger le système de protection de l'enfance, à l'exception du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et Écologiste (CRCE) [débat sur les mineurs non accompagnés (MNA) le 9 février 2021 en séance publique au Sénat à l'initiative du groupe Les Républicains] (22).

Manquements rapportés

L'Agence (européenne) des droits fondamentaux (Fundamental Right Agency, FRA) rapporte dans son rapport 2019 (23), les manquements observés sur les territoires nationaux européens, dont la France :

- Capacités d'accueil insuffisantes pour accueillir l'ensemble des demandeurs d'asile ;
- Pauvreté des conditions d'accueil adaptées à l'âge, en violation de l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme (24, 25) ;
- Evaluation de l'âge : la durée de l'évaluation prolonge la durée de la procédure et dans certain cas soulève la question des droits fondamentaux ;
- Augmentation de la détention des enfants et augmentation de la durée de détention (de 1 à 13 jours), en particulier pour faciliter leur retour ou leur transfert (26, 27) ;
- Conditions de détention, en particulier au centre du Mesnil-Amelot (Seine-et-Marne, 28) ;
- Retour des MNA (15).

DEMOGRAPHIES

Les sources de données dénombrant les MNA sont nombreuses. Les plus fiables sont celles du ministère de la justice. D'autres chiffres sont avancés dans la littérature « grise », rapports divers le plus souvent incomplets et basés sur des données non vérifiables. Il en résulte l'impossibilité d'avoir le nombre exact de MNA résidant sur le sol français.

Le ministère de la justice, par le biais de la MMNA (5) recense les mineurs placés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) sur décision de justice, et répercute dans les statistiques européennes (EUROSTATS (29)) les demandeurs d'asile et les migrants de pays tiers (au sens de l'UE), en situation illégale.

Les statistiques descriptives de rapports de la littérature grise (Comede, MDM...) sont faites à partir des consultations de MNA « tout-venant » non placés à l'ASE, en attente de leur évaluation ou de la décision du juge sur leur statut (30) Il s'agit de :

- jeunes dont la minorité et/ou l'isolement ont été remis en cause à l'issu d'évaluations administrative ou judiciaire;
- jeunes en errance qui rencontrent des obstacles dans l'accès aux soins et aux droits à la santé : refus de soins (en raison de l'absence de référent parental pour autoriser des soins), méconnaissance des droits, méconnaissance des structures, complexité des démarches, difficultés de repérages spatiaux, barrière de la langue, besoin d'être rassurés...

Mineurs non accompagnés placés sur décision de justice

Le tableau ci-dessous répertorie depuis 2015 les « personnes déclarées mineures non accompagnées » portées à la connaissance de la MMNA. Les données 2020 sont partielles à ce jour (29 avr 2021).

Tranche d'âge (N)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Moins de 10 ans		21	46	28	20	-
10-12 ans		129	113	95	117	-
13-14 ans		1105	1669	1808	1526	-
15 ans		2074	4171	5561	5178	-
16 ans		3575	6662	7495	7647	-
17 ans		1150	2247	2035	2242	-
TOTAL	5950	8054	14908	17022	16730	9524

(Source Rapports MMNA 2015 à 2019. En 2020 statistiques partielles. Pour 2019 le total indiqué dans le rapport est 16760)

La répartition par genre est la suivante :

Répartition par genre (N)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Garçons	5593	7643	14296	16624	16009	-
Filles	357	411	612	758	751	-
Total	5950	8054	14908	17382	16760	9524

Source rapports MMNA 2015 à 2020

La répartition par pays d'origine est la suivante

Répartition par pays d'origine (%)	2017	2018	2019
Guinée	29	30,71	24,67
Mali	16	20,14	23,29
Côte d'Ivoire	17	16,25	13,16
Bengladesh	4	2,26	4,83
Algérie	3	3,64	4,11
Pakistan	2	2,23	3,32
Maroc	2	1,98	3,27
Afghanistan	5	2,2	2,73
Albanie	4	2,17	2,58
Sénégal	4		2,39
Tunisie		3,88	3,19
Cameroun	4	2,3	
Autres	15		

Source rapports MMNA, pas de données par pays avant 2017

La littérature grise quant à elle fait état de chiffres variés :

« On peut estimer à 50 000 en 2017 le nombre d'enfants particulièrement vulnérables, dont une moitié est des mineurs isolés et l'autre des enfants relevant de la protection de l'Ofpra (office français de protection des réfugiés et apatrides) au titre de l'asile. En 2017, le Comede (comité pour la santé des exilés) a soigné et accompagné 447 enfants mineurs. Ces enfants exilés sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (69% CDS et 13% PT), d'Afrique du Nord (54% PT), d'Afrique centrale (11% CDS et 14% PT), et d'Asie du Sud (6% CDS). Les deux tiers des enfants reçus au Centre de santé étaient des mineurs isolés orientés par les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE 94) et les associations de soutien (Médecins du Monde). Très majoritairement des garçons (filles 14%), âgés de 15 ans en moyenne. En 2019, ils ne sont plus que 96 mentionnés, sans précisions. On n'a pas de données pour 2020 (31).

« Ces jeunes sont à 95 % des garçons, originaires à plus de 70 % d'Afrique. Selon Médecins Sans Frontières (MSF), leur nombre était estimé à 40 000 en 2018 en France, dont seulement 17 000 reconnus mineurs par les départements et placés auprès de l'ASE » (32).

« Les 295 jeunes rencontrés en 2015 dans le programme MIE étaient principalement des garçons (94,5 %), âgés en moyenne de 15 ans et 9 mois. Les 5 nationalités les plus représentées étaient : Mali, Côte d'Ivoire, Guinée, Afghanistan, Sénégal. Tous mineurs, ces jeunes étaient par définition en situation régulière sur le territoire français et étaient pour la plus grande partie primo-arrivants : 93,6 % étaient arrivés en France depuis moins d'un an (48 % depuis moins de 3 mois) au jour de notre première rencontre. » (30).

Le secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance, lors du débat sur les mineurs non accompagnés en séance publique au Sénat (9 février 2021) (22) :

- En 2010, la France comptait 4 000 MNA sur son territoire contre 40 000 aujourd'hui, avec une augmentation particulièrement forte entre 2017 et 2018 ;
- Sur la reconnaissance de la minorité... ce sont en moyenne 30 à 40% des personnes se déclarant mineures qui sont reconnues mineures.

En France, les seules données précises sont celles d'EUROSTATS, qui dénombre les enfants de pays tiers illégalement

présents sur le sol national :

Année	European Union - 27 countries (from 2020)	France
2012	33 035	3 210
2013	35 445	2 835
2014	79 140	5 170
2015	219 795	8 075
2016	152 535	10 835
2017	71 390	19 140
2018	55 430	9 815
2019	57 720	7 025
2020	-	-

From Eurostats (12 Apr 2021), Third country nationals found to be illegally present (< 18yrs)

Demandeurs d'asile dans la population des MNA

Les données d'EUROSTAT permettent une évaluation européenne (au sens de l'Union Européenne des 28, puis de 27 au 1^{er} janvier 2020), plus pays associés (GB, CH, LI NO, IS) et de son évolution. Les données concernant la France et les principaux pays où sont déposées/accordées des demandes d'asile sont résumées dans le tableau ci-dessous. La proportion de filles demandeur d'asile est plus importante que dans la population des MNA enregistrés par la MMNA.

Année	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	N	Garçons (%)	N	Garçons (%)								
European Union - 27 countries (from 2020)	91 955	91%	60 075	89%	29 195	89%	16 785	85%	14 115	85%	-	-
United Kingdom	3 255	91%	3 175	90%	2 205	89%	3 060	89%	3 775	89%	-	-
Greece	420	87%	2 350	87%	2 455	94%	2 640	93%	3 330	92%	2 800	93%
Germany	22 255	90%	35 935	89%	9 085	86%	4 085	80%	2 690	78%	2 230	78%
Belgium	2 545	91%	1 020	87%	735	82%	750	83%	1 220	87%	1 210	91%
Netherlands	3 855	82%	1 705	78%	1 180	83%	1 225	82%	1 045	86%	985	87%
Sweden	34 295	92%	2 160	80%	1 285	77%	900	73%	875	71%	500	68%
Austria	8 275	95%	3 900	94%	1 350	93%	390	85%	860	95%	1 370	96%
France	320	70%	475	76%	590	76%	740	76%	755	72%	-	-
Slovenia	40	100%	245	98%	390	99%	555	98%	670	99%	550	99%
Italy	4 070	97%	6 020	95%	10 005	93%	3 885	91%	660	86%	520	89%

From Eurostats (12 Apr 2021), Asylum applicants considered to be unaccompanied minors

La répartition par pays d'origine est très différente de celle de la France :

Année	2015	2016	2017	2018	2019
Total (N)	88300/9500/96500	66300	31400	19700	13795
< 14 ans (%)	13	10	6	7	11
Afghanistan (%)	51	38	17	16	30
Syrie (%)	16	19	6	7	10
Erythrée (%)	6	5	10	10	-
Pakistan (%)	-	3	6	7	10
Somalie (%)	4	4	-	-	5
Guinée (%)	-	-	7	6	5
Gambie (%)	2	4	8	-	-
Iraq (%)	5	7	-	6	5

From Eurostats (12 Apr 2021)

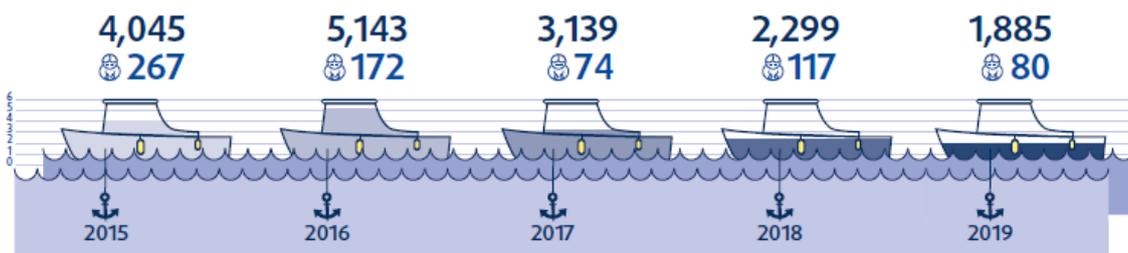
Ceux qu'on a perdu de vue

Au niveau européen, en 2016, l'estimation des MNA non répertoriés donne le chiffre de 10 000 enfants (32), potentiellement pour les raisons suivantes

- Absence de protection des voies migratoires ;
- Capacités d'accueil insuffisantes quantitativement et qualitativement ;
- Mesures prises pour empêcher les MNA d'atteindre leur pays de destination ;
- Obstacle au regroupement familial ;
- Vulnérabilité à l'exploitation domestique et sexuelle ;
- Manque d'information des MNA ;
- Manque de support et de conseil légaux ;
- Utilisation des méthodes d'évaluation de l'âge osseux.

Ceux qui n'arrivent pas...

Figure 2: Estimated deaths at sea 2015-2019: total number of persons/children



Source: International Organization for Migration, 2019

- L'IOM rapporte en 2019, 400 enfants interceptés et renvoyés en Lybie, contre 939 en 2018 (33) ;
- Le renforcement des contrôles frontaliers a augmenté les risques. A septembre 2019, au moins 34 enfants arrivés en Europe depuis 2015 sont morts dans leur parcours migratoire européen (noyade, voyage en

camion, voiture ou train (36)) ;

- *Save the Children* rapporte, 1230 enfants renvoyés dans la voie migratoire balkanique aux frontières croate, macédonienne, bulgare et hongroise. De tels rejets sont aussi notés en Grèce et en Serbie, parfois en utilisant la violence (37, 38);
- MSF (Médecins sans frontières), Amnesty international et l'ECRE (European Council on Refugees and Exiles) rapportent ces faits aux frontières française, espagnole et polonaise également (39, 40, 41).

BILAN DE SANTE

1. Méthodologie

Les sources françaises décrivant l'état de santé des MNA sont rares et en règle peu précises, nous n'avons pu répertorier que 2 études et 4 publications.

- La thèse de doctorat en médecine de Pierre Baudino (50) en Gironde, publiée dans Médecine humaine et pathologie en 2015 (99);
- Le mémoire du présent DU de Sonia Azib à l'hôpital de Pontoise en 2018 (46).
- La publication d'Anna Hourdet dans BEH en 2020 sur l'expérience de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu à Paris (77) ;
- L'article de Claire Leblanc « *imported schistosomiasis in Paris region of France : a multicenter study of prevalence and diagnostic methods* » en avril 2021 (87) ;
- L'article d'Albert Faye « la santé des enfants étrangers, isolés ou non » publié dans ADSP en 2020 (très probable communauté de patients avec C. Leblanc : mêmes dates, hôpital inclus dans l'étude (65)) ;
- L'article de Rahmeth Radjack de l'équipe de Marie-Rose Moro sur l'approche transculturelle (113).

La recherche des sources a été complétée par une recherche bibliographique dans la littérature anglophone pour la période [2016, 2021] en utilisant les mots-clé « Europe », [1-18] ans et :

- EMBASE, avec les mots-clé « unaccompanied minor » (82 références) « refugee » (91 références), « asylum-seeking » (80 références), « Covid » ([2019 – 2021], 14 références), « France » (11 références).

- PubMed avec les mots-clé « unaccompanied minor » (241 références).

Les doublons ont été éliminés et seuls les articles donnant des informations sur les MNA conservés, parfois incluses dans un ensemble de données dépassant les catégories d'âge [11-18] ans. D'autres articles ont été repérés au hasard. Seules les publications en accès libre et en anglais ou en français ont été analysées.

La plupart des données disponibles portent sur les maladies transmissibles et la santé mentale, il y a peu d'information sur les maladies non transmissibles.

2. Bilan de santé somatique

Les maladies transmissibles assez systématiquement recherchées sont bactériennes (tuberculose TB active et/ou latentes, syphilis, blennorrhagie, H. pylori), virales (hépatites B, parfois A et C, VIH) et parasitaires (schistosomiase, amébose, giardiase, lambliaose, paludisme, non pathogènes).

Les maladies non transmissibles sont plus rarement décrites, surtout état de santé dentaire et hémoglobinopathies (drépanocytose, thalassémies...). Certaines publications passent en revue des pathologies particulières (diabète, asthme, rhumatisme cardiaque), les autres maladies rapportées sont en règle des cas particuliers.

A. MALADIES TRANSMISSIBLES

Tuberculose : si la tuberculose maladie reste assez rare (0-5,3%), il y a une très grande variation, selon les séries, du taux de tuberculose latente (5,3-47,5%). Les plus grandes séries (65, 87) font état d'au moins 22% d'infections possible. L'objectif de la publication de Leblanc (87) étant différent, on a supposé que la maladie n'a pas été recherchée ou non rapportée dans la publication.

		P. Baudino n=143 MIE 2011-2013	S. Azib n=32 n=19 (bilans) 2016-2018	A. Hourdet n=301 Jan-Oct 2019	C. Leblanc n=114 (48 MNA) Juin [2017-18]	A. Faye* n=107 Sep [2017-18]
Diagnostic						
Pathologies parasitaires	infectieuses non					
Tuberculose pulmonaire active		0	1 (5,3%)	2 (0,7%)	6 (5,3%)	
Infection Tuberculose Latente		68 (47,5%)	1 (5,3%)			(22%)
Syphilis active		1 (0,7%)		3 (1%)	1 (0,9%)	
Gonocoques			1 (5,3%)			
Hépatite B active		8 (5,6%)	8 (42,1%)	39 (12%)	3 (2,6%)	(8%)
Hépatite A guérie		(79%)				
Hépatite B guérie		(22%)				
Hépatite C guérie		(1,4%)				
VIH		1 (0,7%)	1 (5,3%)	1 (0,3%)	3 (2,6%)	

*: très probable communauté de patients avec Leblanc: mêmes dates, hôpital inclus dans l'étude de Leblanc

Le taux d'**hépatite B** dans les études dont la taille de l'échantillon est suffisante, et ne comprend que des MNA est de (2,6%-12%), pour 22% d'hépatites guéries. 79% des enfants ont été exposés à l'HVA et 1.4% à l'HVC. Similairement, il y a peu d'infections par le **VIH** (0,3-0,7%) et peu de **syphilis** (0,7-1%).

Les **infections parasitaires** sont fréquentes (64%) surtout digestives (16-50%). Les taux les plus élevés se rapportent aux bilharziose, amébose, filarioses (population d'Afrique sub-saharienne) et ankylostomiase (population d'Asie du sud). L'étude de Claire Leblanc est consacrée aux schistosomias. Les enfants atteints ne sont pas tous symptomatiques. Les MNA sont plus infectés que les enfants plus jeunes (OR =3,09). Le diagnostic peut être difficile ce qui amène à combiner les méthodes de diagnostic (examen microscopique des urines et sérologie). Le cout associé peut être réduit en privilégiant certaines méthodes de détection (Immuno-chromatographie). L'auteur conseille le traitement systématique des MNA, voire même à l'aveugle.

	P. Baudino n=143 (MIE) 2011-2013	S. Azib n=32 2016-2018	n=19 (bilans)	C. Leblanc n=114 (48 MNA) Juin [2017-18]	A. Faye* n=107 Sep [2017-18]
Diagnostic					
Infections parasitaires	91 (63,6%)				
Parasites digestifs	(50%)				(16%)
Amébose (<i>Entamoeba histolytica/dispar</i>)	6 (4,2%)	7 (21,8%)	1 (5,3%)		
Giardiose	11 (7,7%)				
Protozoaire digestif non pathogène (au moins 1)	71 (49,7%)				
Dont : <i>Blastocystis hominis</i>	55 (38,5%)				
<i>Dientamoeba fragilis</i>	4 (2,8%)				
Schistosomiase	10 (7%)		3 (15,8%)	25 (21,9%)	(22%)
Filarioses	8 (5,6%)				
Hymenolepiose	2 (1,4%)				
Ankylostomose	7 (4,9%)				
Ascaridiose	2 (1,4%)				
Toxocarose	2 (1,4%)				
Trichocéphalose	9 (6,3%)				
Trichinose	1 (0,7%)				
Paludisme				17 (14,9%)	
Gale	6 (4,2%)				

*: très probable communauté de patients avec Leblanc: mêmes dates, hôpital inclus dans l'étude de Leblanc

B. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Le bilan des **maladies non transmissibles** n'existe que chez Baudino (50) avec un mauvais état dentaire avéré, des hémoglobinopathies (toutes hétérozygotes) et un taux élevé de carence martiales associées ou pas à une anémie. Elles sont à peu près également réparties entre Afrique (25% des africains de l'étude) et Asie du Sud (35% des asiatiques de l'étude).

	P. Baudino n=143 MIE 2011-2013	S. Azib n=32 2016-2018	n=19 (bilans)	C. Leblanc n=114 (48 MNA) Juin [2017-18]
Diagnostic				
Hématologie				
Drépanocytose hétérozygote	15 (10,5%)			5 (4,4%)
Alpha-thalassémie mineure	4 (2,8%)			
Beta-thalassémie mineure	4 (2,8%)			
Déficit en G6-PD	11 (7,7)			
Anémie par Carence Martiale	6 (4,2%)			

Carence Martiale ‡	37 (25,8%)	
Autres Pathologies Organiques		
Caries	42 (29,4%)	3 (9,4%)
Abcès dentaire	3 (2,1%)	
Asthme	5 (3,5%)	
Ulcère gastroduodéal hémorragique	1 (0,7%)	
*: très probable communauté de patients avec Leblanc: mêmes dates, hôpital inclus dans l'étude de Leblanc		

C. LITTERATURE EUROPEENNE

On a distingué dans la littérature en anglais deux types de profils : ceux dont les MNA viennent surtout de pays similaires aux MNA vus en France (Afrique subsaharienne, Asie du Sud) et ceux qui ont un profil « anglo-saxon » (Afghanistan, Syrie, Erythrée, Somalie, Iraq).

Infections bactériennes

La **tuberculose** est la plus étudiée, avec quelques grandes séries (Allemagne et Pays-Bas (53, 123)). Dans la population qui nous intéresse, le taux de tuberculose active (le plus souvent pulmonaire, un cas de mal de Pott est décrit (107)) est d'environ 1%. Le taux de tuberculose latente étant quant à lui très variable selon les études (3,9-30,9%). Cela peut tenir à 2 causes : la différence entre les pays d'origine et les politiques de santé du pays d'accueil : dépistage obligatoire ou pas, radio pulmonaire dépendant ou pas de l'âge du mineur, IDR et/ou IGRA (Quantiféron™), diamètre retenu de la réponse à l'IDR (5 ou 10mm).

Nature	N (cumul études)	Pays d'origine* proche des MNA français		
		Incidence (%)	Pays d'origine	Référence
Infections	102	Infections: >1 (58,8%); Afrique sub saharienne (87,0%), Afrique du nord (53,8%, Asie de l'Ouest (33,3%)	Asie du Sud (37,0%) Afrique subsaharienne (29,0%) Asie de l'Ouest (GE, SY, IQ) (15,0%) Afrique du Nord (13,0%)	93
TB active	102	1	Idem	93
TB latente	879	12	Afrique sub-saharienne: 18,5%, Afrique du Nord :51,6%, Asie du Sud : 20,4%	92
Syphilis	1033	0,4-2,4	Idem	86, 92
H. pylori	102	69,2% Afrique sub saharienne (90,6%)	Asie du Sud (37,0%) Afrique subsaharienne (29,0%) Asie de l'Ouest (GE, SY, IQ) (15,0%) Afrique du Nord (13,0%)	93

*: Afrique subsaharienne, Afrique du Nord, Asie du Sud

Deux études seulement se sont intéressées à la sérologie **syphilitique** avec des taux de contamination faibles (0.4-2.4%).

Une seule étude a recherché systématiquement la présence d'**H. pylori** (technique utilisée IEA), avec une forte incidence de contamination, surtout en Afrique Sub-saharienne.

Nature	Pays d'origine* proche des MNA anglo-saxons**				
	N (cumul études)	Incidence (%)	Principaux pays d'origine	Référence	
TB active	61841	Moyenne (non pondérée): 1,44% (0,90% si on exclut la valeur la plus forte) [0,08-4,1]	Afghanistan, Erythrée, Somalie, Ethiopie, Gambie, Pakistan, Syrie, Cameroun, Europe de l'Est	52, 53, 74, 82, 86, 107, 108, 119, 122, 123	
TB latente		Moyenne: 16,8% [3,9-30,9]	Idem	43, 52, 82, 85, 119, 122	
Syphilis	154	2,40%	Afghanistan, Erythrée, Somalie, Syrie	86	
Entérobactéries	multirésistantes	119	35,3% producteurs de β -lactamase (dont 7,6% résistants aussi aux fluoroquinolones)	Afghanistan, Erythrée, Somalie, Syrie	75

*: Afghanistan, Erythrée, Somalie, Syrie, Iraq
**: GB, DE, SE, NO

Infections virales

Il y a peu de données sur les **hépatites A**, une seule étude avec un taux d'anticorps de 92.8% (86).

Nature	Pays d'origine* proche des MNA français			
	N (cumul études)	Incidence (%)	Pays d'origine	Référence
Hépatite B	981	2,9-7,9	Risque élevé en Afrique SS et Bangladesh	92, 93

*: Afrique sub-saharienne, Afrique du Nord, Asie du Sud

L'incidence d'**hépatite B** active est de l'ordre de 2.6%, les populations ayant été au contact du virus ont un taux 3 fois plus élevé (7.7% (82)). Certains pays sont plus à risque (Afghanistan, Soudan) et dans d'autres, une politique vaccinale est mise en place (Syrie, Maroc), surtout chez les moins de 16 ans à l'époque de l'étude. A noter dans les études qui comprennent une majorité d'enfants plus jeunes, des taux plus bas de maladie ($\leq 1\%$, (108, 111)).

Il n'y a presque pas d'**hépatite C**, une seule étude sur en détecte (86, 92, 93, 119, 122).

Enfin, 3 études rapportent toutes 3 un taux d'infection par **VIH** inférieur à 0.5 %.

Nature	Pays d'origine* proche des MNA anglo-saxons**			
	N (cumul études)	Incidence (%)	Principaux pays d'origine	Référence
Hépatite A	154	Taux d'anticorps: 92,8%	Afghanistan, Erythrée, Somalie, Syrie	86
Hépatite B	2251	Moyenne: 2,55% [0-6]	Erythrée, Guinée, Afghanistan, Somalie, Soudan, Syrie, Albanie	43, 82, 84, 86, 90, 96, 97, 119, 122
Hépatite C	607	[0-0,8]	Afghanistan, Erythrée, Somalie, Syrie	86, 119, 122
VIH	1296	[0-0,4]	Erythrée, Guinée, Afghanistan, Somalie, Syrie, Albanie	82, 86, 122

*: Afghanistan, Erythrée, Somalie, Syrie, Iraq

** : GB, DE, SE, NO

Infections parasitaires

Après la tuberculose, c'est le profil parasitaire des MNA qui est le plus étudié.

		Pays d'origine* proche des MNA français			
Nature		N (cumul études)	Incidence (%)	Pays d'origine	Référence
Parasitoses	Schistosomiasis	102	18,2% (Afrique sub saharienne 100%)	Asie du Sud (37,0%) Afrique subsaharienne (29,0%) Asie de l'Ouest (GE, SY, IQ) (15,0%) Afrique du Nord (13,0%) dont Afghanistan: (18,6%) Guinée : (12,7%) Maroc: (9,8%)	93
	Lamblia	102	7,20%	Asie du Sud (37,0%) Afrique subsaharienne (29,0%) Asie de l'Ouest (GE, SY, IQ) (15,0%) Afrique du Nord (13,0%)	93
	Helminthes (divers)	102	7,60%	Idem	93

*: Afrique sub-saharienne, Afrique du Nord, Asie du Sud

La **schistosomiase** est rapportée à un taux de 18% semblable aux études françaises dans une population similaire (93), tous les africains sub-sahariens en étant atteints dans l'étude. Les pays d'Afrique sub-saharienne les plus à risque parmi ceux où l'émigration vers l'Europe est la plus élevée sont: Mali, Guinée, Somalie, Soudan, (Côte d'Ivoire), mais pas l'Erythrée (129).

La **Giardiase** est rapportée chez 7.4% des MNA, à un taux comparable aux **lamblia**s (7.2%), Il y a une contamination assez importante par des protozoaires non **pathogènes** (18-78.1%) surtout **Blastocystis hom.**

		Pays d'origine* proche des MNA anglo-saxons**			
Nature		N (cumul études)	Incidence (%)	Principaux pays d'origine	Référence
Parasitoses	Schistosomiasis	2104	Moyenne:8,42% [1,3-13]	Erythée, Guinée, Afghanistan, Somalie, Soudan, Syrie, Albanie	43, 82, 86, 90, 97, 122
	Giardiase	2003	Moyenne: 7,44% [5-11,4]	Erythée, Guinée, Afghanistan, Somalie, Albanie, Gambie, Soudan, Syrie	82, 86, 97, 122
	Protozoaires non pathogènes	707	18-78,1%		90, 97
	dont Blastocystis Hom.		6-48,1%		
	Helminthes (divers)	320	9-21%	Erythrée, Ethiopie, Soudan	43, 90

*: Afghanistan, Erythrée, Somalie, Syrie, Iraq

** : GB, DE, SE, NO

Immunsation et vaccination

La politique vaccinale de la France inscrit les MNA (et les autres migrants) dans le même schéma que les autres ressortissants habitant en France. Il n'y a pas d'information centralisée, ni dématérialisée qu'on puisse partager sur le territoire national à l'instar d'autres pays de l'UE. Vingt-huit pays de l'UE ont une politique vaccinale nationale, la majeure partie d'entre eux (27/28 analysés) offrent la même couverture vaccinale que les natifs. La façon dont l'information est enregistrée varie d'un pays à l'autre (revue, 71).

A titre informatif, deux études danoises (population de type « anglo-saxonne ») rapportent les taux d'immunsation contre la poliomyélite et la rougeole (78, 79) :

- Poliomyélite : le taux d'immunité des contre les 3 sérotypes des 10-20 ans est de 91%. Facteur de risque: être originaire de la corne de l'Afrique, homme. Politique vaccinale : Moyen Orient (Syrie, Liban, Iran, Iraq). Ce résultat est confirmé par les Suisses avec un historique vaccinal dans 64% des cas (67). Une dose de rappel semble donc suffisante dans cette population moyen-orientale.
- Rougeole : le taux d'immunité des 10-19 ans est de 80,9% (taux de couverture efficace 95%). Les migrants sont en grande majorité des Syriens.

L'interrogatoire des patients révèle souvent une vaccination incomplète (une seule dose reçue). Dans le groupe rougeole, 2/3 des non-immunisés dit avoir fait partie d'un programme de vaccination.

Les enfants migrants accueillis en Grèce reçoivent sur place, avant 5 ans des injections de vaccin DTCP, pneumocoque, haemophilus B, hépatite B et ROR entre 10 et 14 ans. Une étude grecque démontre la couverture vaccinale des jeunes à 50% au plus et la couverture ROR à 81% (95). Un essai gallois confirme le résultat pour la vaccination contre les oreillons (73.7%,) et le tétanos (73.5%) et le méningocoque (76%). La probabilité de ne pas avoir reçu de vaccination par rapport aux locaux est de OR= [2,4-3] (109).

Enfin compte tenu de la difficulté d'avoir une idée précise de l'historique vaccinale par l'interrogatoire, les tactiques vaccinales ont été étudiées chez des professionnels aguerris au Danemark. Ils se fient à l'interrogatoire, la connaissance des programmes de vaccination de l'OMS, leur expérience des programmes de vaccination dans le pays d'origine, et au contexte parental (103).

Malnutrition

Des retards de croissance et de poids sont rapportés dans 2 études où on note dans l'une chez les [10-18] ans un retard de croissance ou un petit poids chez 15,1% des enfants (72). Dans l'autre chez les [6-19] ans, 20,6% des enfants à -2SD des courbes de croissance, mais aussi 23,4% de surpoids (118).

Sante dentaire

Le bilan des **maladies non transmissibles** n'existe que chez Baudino (50) avec un état dentaire comportant 29.2% de caries et 3 abcès dentaires. Deux études en Italie et Allemagne concordent, avec dans la tranche d'âge une moyenne de 2,87-3,92 dents atteintes, mais les complications sont rares (12% des cas) (66, 42). Une étude allemande portant sur 890 MNA rapporte un état de santé dentaire déficient chez 2/3 des mineurs (82), ce fort taux est retrouvé dans une petite série anglaise (87.8%, 48), mais pas dans d'autres (environ 20%, (93, 108)). L'origine africaine laisse les migrants plus à risque que pour d'autres pays.

Hématologie

Une seule référence italienne (62) fait mention des raisons des consultations en urgence pour hémoglobinopathie, en règle dans les centres spécialisés dans les hémoglobinopathies. La population est de tous âges (N=67 dont 32 enfants). On compte 48 drépanocytaires homozygotes, 9 SC, 3 βS, 2 CC, 1 AS, 4 β-thalassémies.

Asthme et infections des voies aériennes

En Italie, le risque comparé d'hospitalisation pour asthme a été relevé entre 2001 et 2014 chez 1,3M enfants. Le risque relatif d'hospitalisation pour asthme chez les enfants migrants par rapport aux italiens est de 1,48 (95%CI 1,18-1,87) chez les filles, et de 1,26 chez les garçons (NS). Il est toujours supérieur chez les migrants, mais toujours NS : Afrique sub-saharienne (2,13), Asie (1,66) et Afrique du Nord (1,63) (56).

Par contre, les enfants de l'âge des MNA ([13-18] ans) ne sont pas particulièrement sujets aux infections des voies aériennes supérieures contrairement aux enfants plus jeunes (OR : 0,78-0,98) (100).

Diabète

Il n'y a qu'un seul diabétique chez Baudino. Une étude (112, AT, GE) revoit les diabétiques de 1995 à 2018 et compare les réfugiés (n=540, Moyen-Orient : 365, Afriques : 175) aux locaux (42597). Il s'agit d'une population jeune (âge moyen : 11.8-12.4 ans chez les réfugiés, diabète datant de 6-18 mois). L'HbA1c moyenne est de 8,8% (Moyen-orient, MO), 9,0% (Afriques, AFR), 8,2 % (locaux). Le risque d'hypoglycémie sévère est plus élevé chez les Africains (25,4%pts-années; versus 17,8% MO et 11,5% locaux), d'hypoglycémie avec coma chez les patients du MO (5,1%pts-années; versus 4,1% AFR et 2,6% locaux). Une micro-albuminurie est trouvée plus fréquemment chez les réfugiés (9,9% MO, 13,6 % AFR vs 6,5% locaux). Une rétinopathie est trouvée plus fréquemment chez les MO (2,1% MO vs 0,2% locaux). Le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les réfugiés (77,0%pts-années MO, 79,1% AFR vs 53,1% locaux). Il y a très peu de diabétiques de type 2 (N= 20) ou de formes génétiques (N=13).

Cardiopathies rhumatismales

Une étude italienne s'est intéressée au sujet (58), chez 624 MNA [13-18] ans (dont 29 adultes de moins de 26 ans). L'incidence de maladie rhumatismale avérée est de 17/653 (2,6%), les cas borderline: 122/659 (18,5%). Le prédicteur clinique est le murmure systolique (OR 4,3 [2,8-6,3]).

Plombémie

Une étude s'intéresse au risque de saturnisme (108), avec un risque important parmi les populations d'Asie du Sud et d'Afghanistan, surtout avant 5 ans mais pas uniquement.

3. Bilan de santé psychique

La santé mentale des migrants et des MNA en particulier a fait l'objet de nombreuses publications depuis 2016, incluant des revues (47, 60, 76, 85) des études antérieures (2007+). En dehors d'une étude allemande dont la population est assez semblable à celle des MNA en France (Afrique subsaharienne 29%, Afrique du Nord 13%, Asie du sud 37% dont 18% d'afghans), (93) toutes les autres ont un profil « anglo-saxon ».

L'état de santé des MNA en France et dans l'étude allemande est décrit dans le tableau suivant.

	P. Baudino n=143 MIE 2011-2013	S. Azib n=32 2016-2018	A. Faye* n=107 Sep [2017-18]	Marquardt n=102 2011-2014
Diagnostic				
Syndrome de stress post-traumatique		1(3,1%)	37 (34,6%)	4,9%
Sévère	5 (3,5%)			
Probable	52 (36,4%)			
Troubles du sommeil	59 (41,3%)			
Symptômes anxieux		8 (25%)		
Sévères	12 (8,4%)			
Modérés	36 (25,2%)			
Symptômes dépressifs				5,9%
Trouble dépressif modéré à sévère	17 (11,9%)			
Idées suicidaires	5 (3,5%)			
Tentative de suicide (dont ATCD récent)	1 (0,7%)			
Trouble bipolaire	1 (0,7%)			
Troubles des conduites				
Trouble des conduites, agressivité	7 (4,9%)			
Troubles d'ordre psychotique	3 (2,1%)			
Retard des apprentissages		1(3,1%)		

On a retrouvé aucune publication mentionnant la France, y compris dans les revues de littérature disponibles (47, 60, 76, 85). Les différences d'incidence relevées peuvent également tenir à la population et/ou à l'échelle de référence utilisée dans chaque étude. On ne trouve en règle pas de différence liée à l'âge ou au genre. Le nombre d'événements traumatiques subis (avant, pendant la migration) a un rôle important dans la survenue de troubles psychiatriques, surtout la PTSD (51, 63, 101, 102).

Globalement, des symptômes psychologiques existent chez 41-77% des MNA. Une seule étude les associe à leur origine –linguistique- (farsi, arabe, pachtoun) et à l'âge croissant (73). Un effet genre (garçon 58.9% garçons vs 48.4% filles) est mentionné une fois (73). Une grosse étude suédoise (6133 MNA vs 1,32M natifs) constate un taux significativement plus élevé d'hospitalisations, de soins ambulatoires et de prescriptions (OR 1,1-1,3) en particulier neuroleptiques (OR= 1,27), antidépresseurs (OR=1,58), sédatifs/anxiolytiques (OR 2,21) et hypnotiques (OR=3,25) que la population locale (45). Le recours aux services psychiatriques serait plus élevé chez les mineurs de plus de 16 ans et fonction du nombre de risques de stress associé (98).



Diagnostic	Taux (%)	Références
Troubles psychiques	41-77	59, 43, 73
Syndrome de stress post-traumatique	Moyen : 38% [16-65]	59, 76, 86, 91, 101, 102, 116
Symptômes dépressifs	Moyen : 40% [9,4-77]	76, 101, 102, 116
Suicidalité	8-47,8	43, 116
Symptômes anxieux	Moyen : 21% [9,6-38,2]	76, 101, 102
Troubles du sommeil	43,9	48
Troubles des conduites		
Intériorisation	31,9-33,8	101, 102, détaillé dans 124
Extériorisation	5,6-10,3	101, 102, détaillé dans 124
Agression/maltraitance sexuelle	0-52	43, 48, 49, 88, 106, 124
Troubles d'ordre psychotique		
Schizophrénie	66%> locaux	76, confirmé par une consommation plus élevée d'antipsychotiques que chez les locaux (OR=1,27, (45))

Le taux moyen rapporté de PTSD est de 38%. Il existe une corrélation du risque de survenue de PTSD au nombre d'événements traumatiques subis par l'enfant (101), à la disponibilité des ressources au quotidien, à l'obtention du statut de demandeur d'asile (DE), à l'existence d'une dépression concomitante, et au fait de pouvoir parler la langue du pays d'accueil. Une seule étude trouve une corrélation avec le genre, les filles étant plus à risque de faire une PTSD (OR=1,64) (98).

En ce qui concerne la dépression, le taux moyen rapporté est de 40%, avec tendance suicidaire de 8% (43) à 47.8% des cas (116). La dépression est améliorée ou guérie par le traitement dans 28-29% des cas (102, 116). Elle peut être corrélée au nombre d'événements traumatiques subis par l'enfant, à la disponibilité des ressources au quotidien, au fait de pouvoir parler la langue du pays d'accueil (101) et à la perception de la discrimination (83). De même, les niveaux de culture dans le pays d'origine et sur place ont un impact (105).

L'anxiété est rapportée chez 21% des mineurs, avec 21% d'amélioration par le traitement et les mêmes facteurs de risque que ci-dessus (nombre d'événements traumatiques, qualité du support social, temps passé depuis l'arrivée dans le pays) (101,102).

Les troubles du sommeil ont été finement analysés dans une étude anglaise chez des MNA afghans (54). Le temps de latence à l'endormissement est de 46-47 minutes, la durée totale du sommeil de 7.87h (en semaine) et 9.02 heures (week-end). Les patients ayant une PTSD ont un temps de latence plus long de 15-20minutes, un sommeil plus court (40-60 minutes) et se couchent plus tard (15-30 minutes). Si 64% des mineurs ont des cauchemars (dont 5.6% toutes les nuits), ceux-ci sont plus fréquents avec une PTSD.

Les troubles de l'intériorisation (32-34%) ou de l'extériorisation (6-10%) peuvent être traités avec un effet variable (21% vs 4% de normalisation à un an respectivement) (101,102).

La consommation d'alcool (8,8%), tabac (13,7%), cannabis (10,0%) est modérée (92) et plus faible que chez leurs pairs locaux (60).

Pour finir, si on rapporte en règle plus d'agressions sexuelles chez les filles que les garçons, globalement 10-50% (filles 38-50%) (43, 48, 49, 106), une étude rapporte 53% d'agressions chez les garçons (88). La Grèce est concernée par la prostitution des garçons mineurs de 16-18 ans, afghans en particulier, qui le font pour financer la suite de leur voyage migratoire (68).

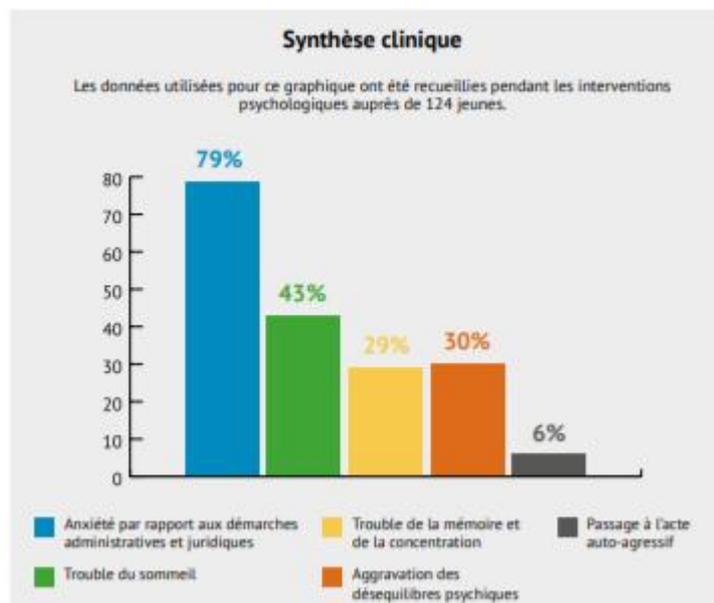
D. COVID-19

Le rapport de MSF Mission France (114) analyse l'état de santé de 124 MNA en région parisienne pendant la période du confinement). (voir histogramme ci-contre).

Autant la littérature internationale abonde de publications sur le sujet, autant les articles centrés sur les migrants sont peu fréquents et pour les MNA sont inexistant, sauf déclarations de santé publique. Lara Gautier (70) évoque l'importance des ONG et des associations dans l'organisation et le soutien aux MNA en région parisienne pendant le confinement (mars -mai 2020). En termes de santé, des statistiques de PCR

positives chez les migrants récemment arrivés (< 1mois) à Marseille : les SDF accueillis ont un taux d'infection de 9%, quel que soit leur âge (89). Le dernier article recense l'incidence de l'infection chez les immigrants vivant en, Norvège, tous âges confondus : les régions d'origine à risque sont Afrique, Asie et Amérique du Sud. Les plus forts taux d'infection, d'hospitalisation et de décès, sont rapportés chez les somaliens (8 fois le taux de la population locale, pakistanais (7 fois), iraqiens, afghans et iraniens. Les histogrammes de répartition par âge, suggèrent une incidence augmentée chez les mineurs, de l'ordre de 2, sans données chiffrées et sans analyse statistique (80).

Deux articles dans le Lancet du 24 avril 2021 lancent des appels pour éviter, soit la discrimination dans la fourniture du vaccin aux populations fragilisés (apatrides), soit la réticence éventuelle de celles-ci à la vaccination (55, 57).



Recommandations actuelles

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a émis le 7 novembre 2019 un avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés. Il s'inspire de ce qui est recueilli dans la thèse de Baudino et du bilan établi par les associations qui prennent en charge les migrants dont les MNA (MSF, MDM, Comede). Une liste de 27 recommandations ayant trait à l'harmonisation du traitement des MIE, au partage de l'information, à la formation du personnel compétent. Le parcours de santé opérationnel proposé est celui de MDM (125). En particulier en termes de :

- Tuberculose latente (Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance. Avis et rapports mai 2019) : surveiller ITL chez les migrants mineurs jusqu'à 18 ans ; pays d'origine : incidence > 40 /10⁵ ; le plus tôt possible après leur arrivée en France (pas utile 5 ans + après l'arrivée) ; de choisir le test (IDR ou IGRA) selon faisabilité, commodité et antécédents connus. (126)
- Recommandation vaccinale. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants. En cas de statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu. Décembre 2019. (127)

CONCLUSION : LES ENJEUX

Le présent mémoire passe en revue la littérature sur la santé physique et mentale des MNA en France et en Europe. En dehors de certaines maladies transmissibles (TB, hépatite B, parasitoses) et des politiques vaccinales, qui dépendent clairement du pays d'origine, on n'a pas vu de différences majeures dans les profils de santé rapportés. On ne dispose pas de données par voie migratoire ou par profil sociologique (catégories d'Etiemble, 64) qui pourraient influencer la santé mentale des jeunes et éventuellement leur traitement.

En termes de santé physique, les approches des différents groupes sont le plus souvent partielles. Les politiques de santé des pays d'accueil peuvent le « justifier » ; par exemple en Allemagne un bilan de santé des maladies transmissibles est obligatoire chez les demandeurs d'asile. On appelle à une unification des modes d'évaluation dans plusieurs articles (44, à titre indicatif un groupe de travail (RefuNET) sur les soins prodigués en urgence aux enfants réfugiés compte l'Angleterre, l'Allemagne, l'Espagne, avec un appel à contribution des autres pays (104)). Le HCSP couvre les points essentiels. Deux articles suggèrent des zones d'intervention non citées en particulier dans les recommandations françaises : la recherche systématique d'*H. pylori* et la recherche de cardiopathies rhumatismales. Un examen de l'audition semble aussi être de mise dans les populations qui ont subi des explosions (117). Reste également à vérifier que les recommandations sont appliquées (109, 115, 121).

En termes de santé mentale, on voit très peu de publications sur les approches transculturelles en dehors de ceux de l'équipe de M.R. Moro. (113) Cela pourrait être dû au fonctionnement réputé classique de l'école de psychiatrie française qui « parle plutôt qu'elle ne donne des médicaments », par rapport aux anglosaxons réputés faire le contraire. Une auteure italienne suggère un questionnaire d'évaluation de ce qui est dans le meilleur intérêt de l'enfant, afin d'éviter des décisions juridiques de retour dans le pays d'origine, qui auront plus d'impacts délétères que de le maintenir dans le pays d'accueil (120).

En termes de santé sexuelle, une revue de 44 articles (94) sur le sujet des jeunes migrants confirme la faible littéracie des jeunes migrants sur leur santé sexuelle et suggère que l'impression d'un plus faible taux d'agression chez les garçons sous-estime celles-ci et que leurs besoins spécifiques sont négligés.

En termes de politique publique, il est clair que les conditions d'accueil actuelles des MNA en France sont suboptimales. Ceci n'est pas l'objet du présent mémoire, mais a un impact évident sur leur santé et leur comportement. D'une part, les imbroglios administratifs et politiques ne facilitent pas la tâche aux arrivants. D'autre part, les structures d'accueil sont insuffisantes, aboutissant parfois à des drames (assassinat d'un jeune par un autre dans un hôtel d'hébergement dans les Hauts de Seine, 81), même si des mesures sont prises pour augmenter cette capacité (69). Enfin, en dehors de l'article de l'hôpital de l'Hôtel Dieu à Paris (77) et du groupe de Marie-Rose Moro, les seules structures qui rapportent des données de santé sur les MNA sont celles des ONG (MSF, MDM, Comede) et on peut se demander qui doit porter la politique publique, de l'état ou des structures qui en pallient les carences.

En termes de communication, une étude allemande s'est intéressée à l'image des MNA dans un échantillon représentatif de la population (110). Trente-neuf (38.6) % de la population estime que les MNA devraient être renvoyés chez eux, avec une différence selon les pays d'origine (35% pour les MNA originaires du Moyen-Orient versus 51 % des Africains et 62% des Balkans. En revanche, les étudiants ayant achevé une formation seraient acceptés comme résidents permanents. Les raisons qui expliquent ces différences sont liées à la pensée d'extrême droite, à l'islamophobie et à un rejet des demandeurs d'asile en général. D'une façon intéressante, **les femmes sont en règle 10% plus favorables que les hommes**. En termes d'affaires publiques, une sensibilisation à la cause des MNA pourrait donc passer par les journaux féminins grand public.

ABRÉVIATIONS

AEM : (fichier) d'Appui à l'Évaluation de la Minorité
ASC : Asylum-seeking children
ASE: Aide sociale à l'enfance
CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CI : Confidence Interval (intervalle de confiance)
CIDE : Convention internationale des droits de l'enfant
CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme
CNDA : Cour nationale du droit d'asile
COMEDE : Comité pour la santé des exilés
ECRE : European Council on Refugees and Exiles (conseil européen sur les réfugiés et exilés)
FRA : Fundamental Rights Agency (Agence (européenne) des droits fondamentaux)
G6-PD : Glucose-6-Phosphate Déshydrogénase
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
IOM : International organisation for Migration ; organisation internationale pour les migrations ()
MDM : Médecins du Monde
MIE : Mineurs isolés étrangers
MMNA : Mission mineurs non accompagnés
MNA : Mineurs non accompagnés
MSF : Médecins Sans Frontières
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OR : Odds Ratio (risque relatif)
Pays de l'Union Européenne : abréviations selon la norme ISO 3166.
PCR : Polymerase chain reaction
PTSD : Post traumatic Stress Disorders
ROR : Rougeole, Oreillons, Rubéole.
SD : Standard Deviation
SDF : Sans Domicile Fixe
UAC : Unaccompanied Children
UASA : Unaccompanied asylum-seeking adolescents
UASC : Unaccompanied separated children
UE : Union Européenne
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXE 1

BILAN DE SANTE PHYSIQUE

Auteur	Année	Pays	Etude	But de l'étude	Population étudiée (MNA sauf mention contraire)			Genre	Origine	Résultats
					Population étudiée (MNA sauf mention contraire)	Age				
Al-Ani	2021	DE	Transversal (Greifswald)	Santé dentaire	544 réfugiés 251 mineurs	110 enfants <8 ans 141 enfants [8-17] ans		Tous Syrie: 23,7% Afghanistan: 16,9% Iraq: 13,9%	Score global DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth): passe de 0,7 dents abimées chez les 8-11 ans à 2,87 chez les 13-17 ans (groupe allemand de référence à 12 ans: 0,44). 12% des 12 ans n'ont aucune carie vs 81,3% chez les enfants allemands. Dans le groupe 13-17 ans: 28% ont des dents saines; nombre moyen de dents cariées: 1,93; dents manquantes: 0,23, dents obturées: 0,72. Score PUFA (état de la pulpe dentaire, ulcération, fistule, abcès): dans le groupe 13-17 ans, 88% des enfants n'ont aucune complication, et si oui, en moyenne: 1,4.	
Armitage	2020	GB	Prospectif (Londres)	Etat de santé	101 UASC	Median: 16 ans [14-17]	84% garçons	Erythrée: 27% Ethiopie: 12% Soudan: 14%	Maladies infectieuses: 28/69 (41%) dont TB latente: 25% schistosomiase : 13% Autres helminthiases: 9% Hépatite B: 6%	
Banerjee	2019	GB	Retrospectif (Bedford)	Etat de santé	41 UASC			Afrique: 56,1% Moyen Orient: 29,3% Asie du Sud-Est: 14,6%	Caries dentaires: 87,8% Douleurs/blessures: 41,5%	
Bennet	2017	SE	Prospectif (Stockholm)	TB	2422			Afghanistan, Erythrée, Ethiopie, Somalie...	TB: 24/2422 (1,0%), dont Afghanistan (0,5%), Erythrée + Ethiopie + Somalie (3,4-3,5%) TB latente: 278/2422 (11,5%) dont Afghanistan (6,8%), Erythrée + Ethiopie + Somalie (26-32%)	
Bozorgmehr	2019	DE	Rétrospective (fédéral)	Active TB	119037 dont 24249 enfants <15 ans, 35390 "jeunes" de [15-24] ans	NA	85 % (de 119037)	Kosovo (17,1%) Syrie (14,4%) Iraq (8,4%) Afghanistan (6,2%) Gambie (5,9%) Macédoine (5,9%)	TB active par tranche d'âge < 15 ans: 4,1% 15-24 ans 35,7%. TB active par pays dans la population totale: Gambie (18,1%) Erythrée (9,2%) Pakistan (7,1%), Kosovo (7,1%) Syrie (5,1%), Cameroun (5,1%),Somalie (5,1%), Géorgie (5,1%), Russie (5,1%)	
Cacciani	2020	IT	Rétrospective	Risque relatif d'hospitalisation pour asthme sur la période 2001-2014	1256826 Italiens et émigrants dans 6 villes	moyen: 9,3 ans [2-17 ans]	NA	Pays à forte pression de migration Europe centrale: 41,3% Afrique SS: 7,3%	Risque relatif d'hospitalisation pour asthme chez les migrants par rapports aux italiens: 1,48 (95%CI 1,18-1,87) chez les filles, NS chez les garçons (1,26; 95%CI 0,96-1,71) Risque toujours supérieur chez les migrants sauf Europe centrale, mais toujours NS Afrique SS: 2,13 Asie: 1,66 Afrique du Nord 1,63	
Condemi	2019	IT	Prospectif (Rome)	Rhumatisme articulaire, atteinte cardiaque	624 MNA et 29 adultes <26ans	[13-18]	97,9% hommes 81,7% [16-18]	Egypte: 64,6% Erythrée: 6% Gambie: 5%	Incidence de maladie rhumatismale avérée: 17/653 (2,6%) Cas borderline: 122/659 (18,5%) Prédicteur clinique: murmure systolique (OR 4,3 [2,8-6,3])	
Del Franchesci	2018	IT	Rétrospectif	Hémoglobinopathies	67 réfugiés dont 32 enfants		81% garçons (enfants)	Nigeria: 32% (tous les patients) Gambie: 20,9% Mali: 7,5% Senegal, Ghana: 6% Guinée, Syrie: 4,5% Bengladesh: 3%	SS= 48, SC= 9, bS=3, CC=2, AS=1. 4 B-thalassémies. Causes de consultation: crise vaso-occlusive, anémie, fièvre, syndrome respiratoire aigu, pneumonie, douleur abdominale.	
Ferrazzano	2019	IT	Prospectif (Naples)	Santé dentaire	553 enfants dont 183 enfants de mère migrante	12-14 ans "Migrants": 12,85 ans	55,7% garçons		Score global (Decayed, Missing, Filled Teeth): 3,92 vs 3,29 (p=0,027) dents abimées chez les migrants versus non migrants. Dents cariées: 2,49 vs 1,16 (p=0,00) Dents manquantes: 0,88 vs 0,71 (NS) Dents obturées: 0,56 vs 1,38 (p=0,00)	

Auteur	Année	Pays	Etude	But de l'étude	Population étudiée (MNA sauf mention contraire)				Résultats
					Population étudiée (MNA sauf mention contraire)	Age	Genre	Origine	
Fougère	2019	CH (Lausanne)	Prospectif Tetanos dose unique	Vaccination Oct 2014-aout 2017	208 enfants	Moyen: 9 ans	52% garçons	Est méditerranée (OMS): 62%	Historique de vaccination: 63,9%; 208 enfants ont un titre \geq 1UI/ml avant injection Une dose unique est suffisante La provenance de Syrie et l'arrivée directe en Suisse est associée à des taux d'AC plus élevés
Gautier	2021	FR (Paris)	Commentaire	Politique publique					Importance des ONG et des associations dans l'organisation et le soutien aux MNA pendant le confinement (mars -mai 2020)
Grammatikopolou	2019	GR		Malnutrition	192 enfants	Moyen: 7,8 ans (1-18)	60,4% garçons		[1-4]: sous pondération: 3,1%; retard de croissance: 9,2%, émaciés: 4,6%; au moins l'un des trois: 12,3% [5-9]: sous pondération: 9,5%;retard de croissance: 5,4%; au moins l'un des trois: 12,2% [10-18]: sous pondération: 11,3%; retard de croissance: 7,5% ; au moins l'un des trois: 15,1%
Hertting	2021	SE	Retrospectif (Stockholm)	infections aiguës	5817 MNA demandeurs d'asile Resultats donnés sur 50 MNA infectés	[13-17]	86% garçons	Afrique de l'Est: 17/50 (4%) Asie du Sud : 30/50 (60%) dont 29 Afghans Afrique de l'ouest: 2/50 (0,4%)	Episodes infectieux: 56/5817 (1,0%), MNA: TB 33/50 (66%), paludisme 4/50 (8%), 1 borreliose, echinocoque.
Heudorf	2015	DE	Prospective (Francfort)	Enterobactéries multirésistantes	119			Afghanistan (67,2%), Syrie (6,4%) Erythée (5,9%) Somalie (5,9%)	42/119 (35,3%) producteurs de b-lactamase dont 9/119 (7,6%) multirésistants (fluoroquinolones)
Hvass	2019	DK (Aarhus)	Transversale	Immunité anté poliomyélite (2014-2016)	475 (184 mineurs, en famille)	Tous ages Moyen 25,8 ans	58,7% hommes	Syrie : 71,7% Erythée: 9,9% Congo: 5,9%	Immunité contre les 3 sérotypes: <10 ans 100%, 10-20 ans 91%. Le taux le plus bas est dans la tranche d'âge 20-30 ans (88%). Facteur de risque négatif : corne de l'Afrique, homme. Facteur de risque positif: Moyen Orient (Syrie, Liban, Iran, Iraq).
Hvass	2020	DK (Aarhus)	Transversale	Immunité Rougeole (2016-2018)	513 (239 mineurs)		49,7% hommes	Population mineure: Syrie: 56,5% Afghanistan: 10,9% Iran: 10,9% Erythée: 10,9% Somalie: 7,5%	Le taux de couverture efficace doit être de 95% Immunité : <10 ans 78,7%, 10-19 ans 80,9%
Janda	2020	DE (Ulm)	Transversale (2016-2017)	Infections	890 MNA	Moyen: 16,2 ans	94% garçons	Erythée: 155 (17,4%) , Guinée: 173 (19,4%) Somalie: 119 (12,4%); Afghanistan: 29 (3,2%), Soudan: 12 (1,3%), Ethiopie: 23 (2,6%) Gambie: 175 (19,7%), Maroc: 24 (2,7%), Lybie 11 (1,2%), Syrie: 12 (1,3%), Mali: 13 (1,5%), Senegal: 12 (1,3%), Sierra Leone: 24 (2,7%), Cote d'Ivoire: 39 (4,4%),	Nutrition: surpoids (14,3%) sous-pondération (2,8%) Problèmes dentaires: 65,8% Troubles mentaux: 24,6% TB (Rx >15ans, IGRA<15ans): TB pulmonaire: 15/874 (1,7%) TBLatente: 38/123 (30,9%) Hépatite B: HBsAg +: 60/776 (7,7%), Hbe Ag+: 6/776 (2,0%) VIH: 3/760 (0,4%) Parasitoses Eosinophilie: 164/871 (18,8%) Schistosomiase: 8/119 6,7% (intestin); 6/101 5,9% (urines) Giardiase: 6/119 (5%) Amoebiose: 1/11/ (0,8%) Vers : 2/11/ (1,6%) Gale: 14,2%

Auteur	Année	Pays	Etude	But de l'étude	Population étudiée (MNA sauf mention contraire)				Résultats
					Population étudiée (MNA sauf mention contraire)	Age	Genre	Origine	
Jurke	XXX	DE	Retropectif (Münster)	infections chez les demandeurs d'asile	NA	70% <30ans la plupart <16 ans			infections gastro intestinales : 36,3% TB: 25,1% Varicelle : 18,0% Hépatites A, B ,C : 14,8% Gale: 43/154 (27,9%) TB: 9/154 (5,8%) Pédiculose (poux): 8/154 (8/154 '5,2%) Bronchite: 3/124 (1,9%) Besoin de santé dentaire : 30/42 (71,4%) Leishmaniose cutanée 2/154 (1,3%) Hépatite A: (IgG) 77/83 (92,8%) Hépatite B: 65/113 non exposés, 39/113 (34,5%) immunisés Hépatite C: 1 VIH: 0 Syphilis (TPHA): 3/126 (2,4%) positifs TB suspectée: 9/124 (5,8%) TB latente : 6/154 (3,9%) Parasitoses: Giardia lamblia : 8/154 (5,2%) Schistosomes (S. mansoni) : 2/154 (1,3%)
Kloning	2018	DE	Rétrospective (Bavière)	Bilan infectieux	154	Médian: 16 ans (10-18)	93,5% garçons	Erythée: 15/72 (20,8%) Afghanistan: 14/72 (19,4%) Somalie: 20/72 (27,8%) Syrie: 10/72 (13,9%)	1. Schistosomiase Symptômes Urinaires (hématurie macro/microscopique: 23/114 (20,2%) Intestinaux: 17/114 (14,9%) Cas confirmés: 12/114 (10,5%) Cas suspects: 13/114 (11,4%) Pays d'origine Mali, Guinée (88%) dont MNA: 16/114 (64%) 2. Autres Paludisme: 17/114 (14,9%) Schistosomiase: 3/114 (2,6%) Drépanocytose: 5/114 (4,4%) TB active: 6/114 (5,3%) VIH: 3/114 (2,6%) Hépatite B: 3/114 (2,6%) Syphilis: 1/114 (0,9%)
Leblanc	2021	FR	Prospective multicentre (Paris)	Schistosomiase	114 enfants (48 MNA)	Moyen : 13,2 ans [3-18] MNA moyen: 15,5 ans	74,6% garçons	Afrique subsaharienne Migrants ou retour séjour en pays endémique	PCR SDF: 37/411 (9,0%) Conditions précaires : 0/58 Demandeurs d'asile: 0/77 Hépatite B active : 1,6% Infections bactériennes 20/155 (12,9%) Infections parasitaires (dont Giardia Duodenalis (20/175 (11,4%) Schistomomiase 13/173 (7,5%) Autre helminthiases 5/174 (21,9%) Protozoaires 125/160(78,1%) dont Blastocystis hom. (77/160(48,1%)
Ly	2021	FR (Marseille)	Transversale	COVID 19. PCR (4 hotels et 4 centre d'accueil)	716	Tous ages			
Maassen	2017	DE	Prospective (Hambourg)	Infection (hors TB)	219 screenés pour TB	Moyen 16-16,4 ans [13-18]	8-92 % selon pays		

Auteur	Année	Pays	Etude	But de l'étude	Population étudiée (MNA sauf mention contraire)	Age	Genre	Origine	Résultats
Magdalini	2018	CH	Rétrospective (Genève)	Etat de santé et besoins	228	Moyen: 16,4 ans	89,4% garçons	Erythée (41,2%) Afghanistan (29,2%) Somalie (11,1%) Syrie (5,3%)	Maladies transmissibles: 44% (parasitoses) Maladies non transmissibles: 38% (acné et maladies chroniques) Deficit nutritionnel: 43% (Vit D)
Marquardt	2016	DE	Prospective (Bielefeld, Westphalie)	Etat de santé et besoins	102	Moyen: 16,04 ans [12-18]	76,2% garçons	Asie du Sud (37,0%) Afrique subsaharienne (29,0%) Asie de l'Ouest (GE, SY, IQ) (15,0%) Afrique du Nord (13,0%) dont Afghanistan: 19/102 (18,6%) Guinée : 13/102 (12,7%) Maroc: 10/102 (9,8%)	Dénutrition: 6/102 (5,9%) Mauvais état dentaire: 21/102 (20,6%) surtout africains (nord et subsahariens) Anémie ferriprive: 17,6% (2F=M) Consommation alcool (8,8%), tabac (13,7%), cannabis (10,0%) Infections: ≥1 (58,8%), ≥2 (15,8%) ; prévalence Afrique sub saharienne (87,0%), Afrique du nord (53,8%, Asie de l'Ouest (33,3%) Parasitoses : 19,6% dont Schistosomiase: 18,2% Afrique sub saharienne 100% Lamblia: 7,2% Amibiase: 6,3% Helminthiases: 7,6% TB 1% Hépatite B chronique: 7,9% ; vaccination (14,9% syriens pour la plupart) H. pylori: 69,2% Afrique sub saharienne (90,6%)
Marrone	2020	IT	Prospectif (Rome)	infections	879	moyen: 16,5 ans [13-18]	97,6% garçons	Afrique subsaharienne: 18,5% Afrique du Nord :51,6% Asie du Sud : 20,4% Europe centrale: 9,6%	TB latente: 12%. Le risque est plus élevé pour Afrique SS (OR= 3,99, p=0,003). Il est perenne dans le temps Hépatite B: 22/879 (2,9%), Afrique SS: 12/162 (7,4%) Bangladesh: 7/179 (3,9%). Population vaccinée 112/615 (18,2%, surtout Afrique du Nord 23,9% et surtout <16 ans: 25%). La prevalence augmente avec la durée du séjour en IT. Hépatite C: 9/836 (1,1%, dont 6 égyptiens) Syphilis: 3/879 (0,4%)
Mellou	2018	GR	PHILOS	Vaccination avril 2017-avril 2018	3786 enfants	<15 ans	52,9% garçons	Afghanistan: 19,8% Syrie: 42,0% Iraq: 28,2%	Selon les recommandations du ministère de la santé: < 5 ans (DTCoque polio, pneumocoque, hemophilus b, hépatite b; 1-14 ans: ROR Taux de vaccination atteints ROR: 1 dose 81,2%, rappel 45% Dtcoque polio: 1 dose 46,3-46,7%, rappel 24,5% Pneumocoque: 1 dose 49,7%, rappel 17,7% Hemophilus b: 1 dose 46,2%, rappel 24,5% Hépatite B: 1 dose 48,6%, rappel 24,7%
Mendoza-Palomar	2019	ES	Rétrospective	Schistosomiase	43	Médian: 14 ans [11-16]	84% garçons	Guinée eq. 11 , Rep Guinée 7, Mali 7, Ghana 8, Ethiopie 9, Sénégal 12, Gambie 7, Mauritanie 5	Symptomatique: 33% (intestinale, urinaire) Diagnostic : 86% par microscopie Co infections 58 % (une hépatite B, autres parasitoses) Hépatite B : 0 Schistosomiase: 1,4% Parasitoses intestinales: 32% Giardia Duodenalis: 7% Blastocystis Sp: 12 % Protozoaires non pathogènes: 6 % (NB: nbreuses leishmanioses cutanées dans le groupe adulte)
Mockenhaupt	2016	GE	Analyse base de données (Géosentinel Berlin)	Infection	488	64% [16-17] ans	Syriens		
Muller (F)	2020	DE (Göttingen)	Trasversale	Infections voies aériennes supérieures	4289 Enfants 808 [13-18]			Moyen-Orient et Afrique du nord (63,2%) Asie du sud (37,2%)	[13-15]: 360 mineurs, 120 infectés; OR = 0,98 (0,71-1,36) [16-18]: 448 mineurs, 132 infectés; OR= 0,78 (0,58-1,07)

Auteur	Année	Pays	Etude	But de l'étude	Population étudiée (MNA sauf mention contraire)			Genre	Origine	Résultats
					Population étudiée (MNA sauf mention contraire)	Age				
Nakken	2018	DK (Copenhague)		Tactiques vaccinales chez les soignants	6 soignants	45-65 ans			- interrogatoire (avec interprète) - liste OMS de programme de vaccination - connaissance des existantes des programmes de vaccination locaux - Contexte parental - Prudence et revaccination	
Oxenham	2020	GB	Retrospectif (Londres)	Santé sexuelle/reproduction	46 UASC	Median: 16 ans	90% garçons	Afghanistan, Albanie, Erythrée, Ethiopie, Iran, Iraq, Soudan, Vietnam: 90% Afrique SS: 72%	MST: 4,5% Relations sexuelles non consenties: 24%	
Papan	2016	DE	un cas (Munich)	TB	1		16	100% Somalia	TB osseuse non diagnostiquée	
Pavlopoulou	2017	GR (Athènes)	prospectif	Bilan de santé obligatoire ds les 3 mois	300 enfants	Moyen 7,08 ans [1-14] ans		Afghanistan: 134 (44,7%) Bangladesh: 32 (10,7%) Inde: 25 (8,3%) Pakistan: 24 (8,0%) Albanie: 24 (8,0%) Egypte: 13 (4,3%)	Vaccination: Status vaccinal inconnu (79, %). Traces de BGC (87,3%) Problèmes dentaires (caries++) 21,3% Anémie: 13,7%, ferritine basse: 17,3% lié à l'âge croissant Eosinophilie: 22,7% Plombémie: 30,6% (Afghanistan, Pakistan, Bangladesh, Inde, surtout enfants de moins de 5 ans) IDR positive (>10mm): 8/300 (2,7%) (6 Afghanistan, 2 Congo, ces derniers confirmés par Quantiferon) Hépatite B: 0 (anti HBs 5,7, %; antiHBc: 0) Hépatite C: 0 (anti HBC: 0,6%)	
Perry	2020	GB (pays de Galle)		Vaccination (EU Vaccine action plan 2015-2020) Oreillons, tétanos, meningocoque	388 enfants	[5-16] ans			Couverture vaccinale: oreillons: 73,7%, risque de ne pas être vacciné par rapports aux enfants locaux: OR 3 tétanos: 73,5%; OR 3 ménongocoque: 76,0%; OR 2,4 Les enfants de 10-16 ans sont mieux couverts que les 5-9 ans Différence significative entre les centres	
Plener	2017	DE (Ulm)	Prospectif	Evaluer l'opinion publique envers les MNA	2524	>13 ans			Totalement favorable au retour immédiat dans le pays d'origine: tous MNA : 22,8%; Balkans: 62%; Afrique: 51%; Moyen-orient: 35,3%. Totalement favorable au maintien dans le pays si la scolarité est accomplie (36,2%), à noter les mêmes droits à l'éducation qu'aux allemands (31%). Différence Femme>homme (5-10%) Environ 17,7-27,2% des allemands pensent que le pays peut accueillir plus de réfugiés, surtout diplômés (38,4%) Facteurs de risque: attitude islamophobe, rejet des demandeurs d'asile > extrême droite.	
Pohl	2017	CH	Rétrospective (Bale)	Etat de santé	93 enfants (18 MNA)	Moyen: 5,7 (2,6-14,5)	59,1% garçons	Erythée (28%), Afghanistan (15,1%), Syrie (23,7%) Iraq (7,5%)	Infections voies aériennes (46,4) Cutanée 20,2% dont abcès 71%, staphylocoque 3,6%, gale 3,6%) Gastroentériques (11,9% dont 1 hépatite A et une hépatite B - screening non systématique) Urogénital (4,8%, schistosomiase) Sytémique (4,8% paludisme)	

Auteur	Année	Pays	Etude	But de l'étude	Population étudiée (MNA sauf mention contraire)				Résultats
					Population étudiée (MNA sauf mention contraire)	Age	Genre	Origine	
Prinz	2019	AT, DE	Rétrospectif	Diabète (1995-2018)	43137 mineurs (<21 ans) dont 540 réfugiés (365 Moyen Orient, 175 Afriques)	Moyen Moyen Orient: 11,8 Afrique: 12,4 Allemands: 15,6	58,1-58,3% garçons	Moyen Orient: Syrie, Afghanistan, Iran, Iraq Afrique dont SS: Erythrée (9%), Somalie (7,9%), Afrique du Nord: Maroc (25,4%), Egypte: (13,7%), Lybie (7,9%), Tunisie (5,3%)	HBA1c moyenne: 8,8% (MO),9,0% (AFR=, 8,2 % (locaux) Le risque d'hypoglycémies sévères est plus élevé chez les Africains (25,4%pts yrs; versus 17,8% MO et 11,5% locaux), d'hypoglycémies avec coma chez les patients du MO (5,1%pts yrs; versus 4,1% AFR et 2,6% locaux) Une microalbuminurie est trouvée plus fréquemment chez les réfugiés (9,9% MO, 13,6 % AFR vs 6,5% locaux) Une rétinopathie est trouvée plus fréquemment chez les MO (2,1% MO vs 0,2% locaux) Le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les réfugiés (77,0%pts yrs MO, 79,1% AFR vs 53,1% locaux) Il ya très peu de diabétiques de type 2 (N= 20) ou de formes génétiques (MODY, associés à une hémoglobinopathie 4, autres : 6).
Spiroski	2020	MC	Rétrospectif	Malnutrition	99 enfants	Moyen 35 [0-5]ans 64 [6-19]ans		Route des Balkans (Syrie, Iraq)	Retard de croissance: [0-5] ans 26,5%. "modérément décharné" 5,9% [6-19] ans -2SD des courbes de croissance: 20,6%. Surpoids (gros, obèses) [0-5] 0; [6-19]: 23,4
Thee	2019	DE	Prospective (Berlin)	TB	301/970 MNA non screenés pour TB	Moyen 16,8 ans (13,6-17,1)(970) Moyen: 16,8 (16-17,2)(40 positifs)	39/40 garçons	301 Afghanistan (41,5%), Syrie (22,9%) Iraq (4,7%) Liban (4,7%)	TB 42/301 dont 2 perdus de vue TB confirmée: 2/301 (0,7%) TB latente : 38 (12,6%) Hépatite B : 3/38 Hépatite C : 0
Van Os	2018	NL (Groningen)	Transversale	Guider les politiques nationales Evaluation de l'interet de l'enfant sur place ou en situation de retour	16 MNA	Moyen: 16,7 ans [15-18]	88% garçons	Afghanistan: 9 Iraq, Iran, Ethiopie, autres	BIC-Q: l'état de conditions pour le developpement de l'enfant est évalué nettement moins bon au retour au pays d'origine qu'avant la migration (score 13,5-> 5,9, échelle sur 42) SLE: 7,1 événement (dont 100% changement majeur dans la famille, décès, separation)
Williams	2020	GB	Retrospectif (Londres)	Etat de santé	252 demandeurs d'asile	médian: 17 [11-18]	88% garçons	Albanie (13,9%), Erythrée (20,2%) , Afghanistan (21,8%), Soudan (11,5%), Ethiopie (9,9%) Vietnam (9,1%)	TB: 3/238 (1,2%, Afghans) TB latente : 52/238 (21,8%) dont Erythrée (25%) , Afghanistan (28%), Soudan (29%), Ethiopie (32%) Hépatite B : 10/210 (4,7%) dont Afghanistan (12%), Soudan (15%) Hépatite C: 1/121 (0,8%) VIH: 0 Schistosomiase: 27/163 (16%) Parasitoses autres dont Giardiose 11/127 (8,6%) et vers solitaire 9/127 (7%), Strongyloides (2, erythréens)
Wolters	2019	NL	Rétrospectif (2013-2017)	TB (radiographie pulmonaire et dépistage des TB latentes)	34157 mineurs demandeurs d'asile (dont 12563 [12-17] ans)	402 [0-4] ans 14192 [5-11] ans 12563 [12-17] ans			TB pulmonaire (obligatoire en NL) 0 [0-4] ans 2 [5-11] ans (Somalie: 2) 19 [12-17] ans (Erythrée: 12, Somalie: 5, Kazhakstan et Tchad: 1 chaque) Recommandation de santé publique: réserver la radio aux enfants de plus de 11 ans; LTBI: IDR à tous et IGRA si TST≥5mm. Provenants de pays où la prévalence de la TB est >50/100000 et/ou étant passés par la Lybie

ANNEXE 2

BILAN DE SANTE MENTALE

Auteur	Année	Pays	Etu de	But de l'étude	Population étudiée (MNA sauf mention contraire)			Origine	Méthodes	Résultats
					N	Age	Genre			
Armitage	2020	GB	Prospectif (Londres)	Etat de santé	101 UASC	Median: 16 ans [14-17]	84% garçons	Erythée: 27% Ethiopie: 12% Soudan: 14%	Non décrit	Agression/maltraitance 66% dont torture 16% Agression/maltraitance sexuelles: 13% (filles: 38%); témoins de violences sexuelles (6%); suspicion d'exploitation/sexuelle (38% filles seulement) Santé mentale: 77% troubles (sommeil, traumatisme). Automutilation, suicidalité (8%)
Axelsson	2020 SE (Stockhom)		Retrospectif (2002-2011)	Soins mentaux (consultations et consommation de médicaments) des mineurs accompagnés ou nés en SE	1328397 nés en SE 6133 MNA 54326 Maccoupanés	Moyen: 15,7 ans (MNA)	80,0% garçons (MNA)	Somalie-Erythée-Ethiopie-Djibouti: 28,3% Asie centrale: 45,4% Iraq: 16,2%		Hopitalisation: 3,9%, HR=1,3 significatif par rapport aux enfants nés en SE Soins ambulatoires: 12,1%, HR=1,1 significatif par rapport aux enfants nés en SE Prescriptions: 21,8% (HR=1,1 significatif par rapport aux enfants nés en SE) dont ADHD: 0,2%, HR NS par rapport aux enfants nés en SE Tranquillisants (anxiolytiques): 10,9%, HR=2,21 significatif par rapport aux enfants nés en SE Neuroleptics: 1,5%, HR=1,27 significatif par rapport aux enfants nés en SE Antidépresseurs: 8,7%, HR=1,58 significatif par rapport aux enfants nés en SE Sédatifs (sédatifs/hypnotiques): 12,4%, HR=3,25 significatif par rapport aux enfants nés en SE Pas d'effet age ni genre
Banerjee	2019	GB	Retrospectif (Bedford)	Etat de santé	41 UASC			Afrique: 56,1% Moyen Orient: 29,3% Asie du Sud-Est: 14,6%	Non décrit	Troubles émotionnels: 73,2% Troubles du sommeil: 43,9% Abus sexuel: 9,75% (50% filles, 5,41% garçons)
Battersby	2019	GB	Retrospectif (Londres)	Etat de santé	165	[12-17]		Albanie, Erythée, Soudan, Vietnam	Non décrit	Maltraitance sexuelle: 18/165 (10,9%) Maltraitance physique: 82/165 (49,7%) Troubles mentaux: 90/165 (55%)
Begemann	2020	DE	prospectif	Environnement et risque comportemental	133 adultes nombreux MNA	Moyen 22,1+/- 3,4 ans (global)	80% hommes	Afghanistan (20,3%), Nigeria (17,3%), Syrie (9,0%), Iraq (8,3%)	Risques: traumatisme avant/pendant le trajet, urbanicité, maltraitance physique/sexuelle, alcool, cannabis GAF, PANSS, Hamilton, Montgomery, CGI score composite psy.	Corrélation entre le nombre de risques environnementaux (0, 1, 2, 3, ≥4) et 1 le niveau global de fonctionnement (GAF) 2. le risque psychopathologique (chacun des autres échelles).
Bronstein	2013	GB	Prospectif (Londres)	Sommeil (questionnaire) et PTSD (Reaction Adolescents Traumatic Stress)	222 UASC Afghans	Moyen: 16,3 ans [13-18]	100% garçons	Afghanistan 100%		Cauchemar: 64% (dont quotidiens 5,6%) PTSD: Heures de coucher et lever comparables aux cohortes locales mentionnées dans la discussion) Latence d'endormissement: 46-47 minutes (cohortes locales 25 minutes); Durée du sommeil: 7,87-9,02 h; Correlations PTSD-sommeil: incidence plus élevée de cauchemars (p=0,01), latence d'endormissement plus élevée (15-20 minutes de plus que les non PTSD), durée du sommeil plus courte (40-60 minutes de moins que les non PTSD), heure de coucher (15-30 minutes plus tard que les non PTSD)
Coyle	2017 GB (Kent)		Rétrospectif	Etat de santé	154	Médian: 16 ans (15,9-17,2)	94% garçons	Afghanistan: 16% Erythée: 41% Syrie: 13%		Symptomes psychologiques: 41% dont PTSD: 16%
Curtis	2018 GB (Sheffield)		Revue (47 articles)	Perspective de l'enfant		<19 ans				Enfants: < 18 ans, réfugiés, demandeurs d'asile, MNA... Pays d'accueil: AT, BE, DK, GE, IT, NO, PT, SP, SE, NL, GB Bien-être: Alcool, cannabis, tabac: plus faible consommation que les locaux (éducation, religion, faibles relations sociales) Drogues "illégalés": plus faible consommation que les locaux Nourriture: meilleur état à l'arrivée, se dégrade ensuite par "déculturation" ou pauvreté. Santé mentale: PTSD: 20-84%, lié aux nombre d'événements stressants, effet age et genre faible sauf dans une étude (plus âgés plus à risques) Anxiété et dépression: plus fréquents à l'arrivée. Filles> garçons Difficultés psychosociales: Filles: solitude et émotionnel Garçons: comportement Autres "stresseurs"; accueil du pays (statut, résidence, insécurité). Augmentent avec le temps L'intégration (ou la non intégration) influe notablement le bien-être psychosocial. Expérience des services de santé: pauvre, par réticence à parler de sa santé pour cause de stigmatisation, manque de compréhension des systèmes de santé et des droits d'accès, difficultés à avoir un RDV, barrière de langue,
Emedo	2018 GB (Londres)		Rétrospectif	Relation entre traumatisme et comportement	99	Médian: 16 ans (12-17)		Afghanistan: 39% Erythée: 35%	Strength Difficulties Questionnaire (comportemental)	Lieux d'agression: Lybie +++, BE, HU, BG SDQ anormal pour détresse émotionnelle (37%, corrélé aux traumas subis pendant le trajet), relation avec les pairs (17%), stress global (13%) Envoyé dans un service de santé mentale: 43%

Auteur	Année	Pays	Etude	But de l'étude	Population étudiée (MNA sauf mention contraire)				Méthodes	Résultats
					N	Age	Genre	Origine		
Hanewald	2020	DE (Giessen)	Prospectif	Profil de santé mental selon la langue/pays d'origine	523	Moyen: 17,7-17,9 ans	69,5% garçons	Farsi (Afghans ++): 208 (90,9% garçons) Arabe (Syrie, Iraq, Algérie, Maroc): 85 (87,1% garçons) Somalien: 73 (72,6% garçons) Tigrigna (Erythrée): 157 (47,1% garçons)	Refugee Health Screener (RHS-15)	RHS-15 "positif": 43,6% dont Farsi: 65,9% (lié à l'âge: d'autant plus de symptômes qu'agés, p=0,028) Arabe: 49,4% Somalien: 65,8% Tigrigna: 43,3% Effet genre: garçons 58,9% versus filles 48,4% (p=0,00)
Hodes	2018	INT (GB, TK, GR, SE, DE, NO)	Revue des politiques par pays étudié	demographies et politiques de santé mentale						<p>Turquie: 1,6M de mineurs syriens en Oct 2017. Nombreux iraqiens et Afghans (pas de données chiffrées). Il existe une loi de protection des enfants. L'accès à l'éducation est gratuite. Les enfants en demande d'asile ou en cours de demande de protection ont accès aux écoles turques. Les syriens ont aussi accès à des écoles temporaires. Le ministère de la famille et des politiques sociales est responsable des centres d'accueil avec la Croix Rouges et des ONG. Il y a des cliniques psychiatriques spécifiques. UN étude sur 136 enfants rapporte: PTSD: 43% (bombardement ou tirs chez 100%, parents ou amis blessés chez 76%), dépression (28%), eunurésie (10%) anxiété (9,6%, troubles de comportement (5%).</p> <p>Grèce: pays d'accueil depuis 1988. Pas de discrimination notable rapportée sauf depuis la crise économique. 1M de migrants de 1988 à 2004 Afflux d'illégaux depuis 2015 (Syriens, Afghans, Iraq, Iran, 35% d'enfants). De 2013-2017, 33677 mineurs sont réfugiés (dont 9136 [14-17] ans et 4669 demandeurs d'asiles). MNA: 2850 en 2017. de 2005-2014, le réfugiés auraient moins de diagnostic psychiatriques (ICD-10) que les immigrants. Il y a un comité national pour gérer les MNA et des programmes éducatifs mis en place pour les enfants par IOM et le ministère de l'éducation, la recherche et des affaires religieuses.</p> <p>Allemagne: gouverné par le droit d'asile. Il existe une clef de répartition par Land des demandeurs. De nouvelles réglementation ont été votée en 2015-2016 devant le débord des autorités du à l'afflux massif de 2015. Les MNA ont les mêmes droits que les autres enfants (éducatif, médical, psychosocial) qui est mieux suivi que les enfants accompagnés. Accueil en centre spécialisé et "flat sharing", plus familles d'accueil. L'exploitation n'est pas écartée. Le problème majeur est la barrière linguistique. Le traitement concerne donc surtout les urgences de santé mentale (maux de tête, sommeil, PTSD, dépression, drogues). Il existe des unités spécialisées (soignants volontaires) dans les centres psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent.</p>
Hodes (suite)										<p>Grande Bretagne: le ministère de l'intérieur est responsable de l'implémentation des politiques publiques concernat les migrants. On parle de demandeurs d'asile. Pays d'accueil depuis la seconde guerre mondiale. le pic d'immigrants est en 2002. le politique de restriction des entrées ont lissé le pic de 2015. En 2016, il y a un total de 8610 demandes d'asile en cours pour la plupart de mineurs (Afghan, Albanie, Erythrée), dont 3175 pour l'année 2016. Les demandeurs d'asile ont accès au NHS, avec des thérapeutes spécialisés et de interpretes. Certaines associations fournissent les mêmes services.</p>
Hodes (suite)										<p>Suède: premier pays à accorder un droit de séjour permanent aux réfugiés syriens. La politique d'accueil s'est restreinte depuis 2016 et adaptée aux standards de l'UE, avec contrôles d'identité frontaliers et entre SE et DK, restriction du droit de séjour permanent. Entre 2000 et 2016, 65649 MNA ont demandé asile (Afghan, 88% garçons). The risque de développer une schizophrénie chez les réfugiés (tous ages) est 66% supérieur aux locaux. Les MNA sont plus à risque d'hospitalisation psychiatrique que les mineurs accompagnés. Le conseil de migration gère le processus d'accueil et de réinstallation; les municipalités s'occupent du logement et des cours de suédois, et de cours d'orientation culturelle. Les services publics en charge de l'emploi coordonnent les programmes, orientent, et distribuent les bénéfices des sessions d'introduction.</p>
Hodes (suite)										<p>Norvège: des règles drastiques de diminution de l'immigration ont été introduites en 2015. 30535 MNA ont demandé asile en 2015, 1221 (Syrie) en 2016, les taux de maladies psychiatriques : PTSD (30,6%), dépression (9,4%), agoraphobie (4,4%), anxiété (3,8%), agression physique antérieure (78%)</p>
Jore	2020	NO (Oslo)	Prospectif	Facteurs responsables d'anxiété	557		82,4% garçons	Afghanistan: 29/68 (49,6%) Somalie: 12/68 (11,1%) Iraq: 5/68 (7,0%)	Social Anxiety Scale Adolescents revised Center Epidemiological Studies - Depression Youth Culture Competence Scale Traumatismes avant la migration (8)	Durée moyenne du séjour en NO: 4,6 ans Pas d'impact des traumas antérieurs (mais pas de cumul du nbre de traumas) Impact du niveau culturel (moins d'anxiété) de la discrimination perçue (augmente l'anxiété, de la dépression (latente, augmente l'anxiété)
Kloning	2018	DE	Rétrospective (Bavière)	Bilan infectieux	154	Médian: 16 ans (10-18)	93,5% garçons	Erythée: 15/72 (20,8%) Afghanistan: 14/72 (19,4%) Somalie: 20/72 (27,8%) Syrie: 10/72 (13,9%)	Echelle locale	PTSD (suspectée): 7/28 (25%)
Longobardi	2017	IT (Turin)		Etat de santé mentale	19	16-17	94,7% garçons	Egypte: 5, Albanie: 5, Senegal: 3, Bangladesh: 2, Gambie: 2, Maroc et Mali : 1	Strength Difficulties Questionnaire (comportemental) Trauma Symptoms Checklist Children Child Abuse Screenong Tool Child Institution Children Youth Resilience Measure	Résultats très détaillés dans la publication) SDQ: résultats comparables aux locaux TSCC: dissociation, PTStress, dépression, anxiété, hyperréponse> 1SD locaux. Sexe, colère et hyporéponse NS ICAST: 100% traumatismes et 52,6% agression sexuelle
Magdalini	2018	CH	Rétrospective (Genève)	Etat de santé et besoins	228	Moyen: 16,4 ans	89,4% garçons	Erythée (41,2%), Afghanistan (29,2%), Somalie (11,1%), Syrie (5,3%)	Non décrit	Troubles mentaux: 35% (PTSD)

Auteur	Année	Pays	Etude	But de l'étude	Population étudiée (MNA sauf mention contraire)				Méthodes	Résultats
					N	Age	Genre	Origine		
Marquardt	2016	DE	(Bielefeld)	Etat de santé et besoins	102	Moyen: 16,04 ans [12-18]	76,2% garçons	Asie du Sud (37,0%) Afrique subsaharienne (29,0%) Asie de l'Ouest (GE, SY, IQ) (15,0%) Afrique du Nord (13,0%) dont Afghanistan: 19/102 (18,6%) Guinée : 13/102 (12,7%) Maroc: 10/102 (9,8%)	Non décrit	Santé mentale: (2F=M) (Asie de l'ouest 20,0%; Afrique SS 10%; Asie du Sud: 15,8%; 7,7% Afrique du Nord) Dépression: 5,9% PTSD: 4,9% Les deux: 2,9% Consommation alcool(8,8%), tabac 13,7%, cannabis (10,0%)
MohWinkel	2018	DE (Bielefeld)	Revue (EU 1990-2017 =NL, NO, BE, GB)	Influence du genre sur la santé mentale						PTSD (6 études): Risque de développer un PTSD supérieur chez les filles (OR1,64, p=001) 3/5 études trouvent des scores plus élevés chez les filles Dépression (6 études) Une étude décrit un risque plus élevée chez les filles, les autres une tendance NS Anxiété (2études) (NS) Troubles comportementaux (2 études): NS Recours aux services "psy": facteurs de risques: age >16 ans, nombre de risques de stress associé=> score RATS (PTSD) et HSCL-37A
Muller	2019	DE (Eichstatt-Ingolsadt)	Prospectif	Profil de santé mental, suivi à un an	72 dont 47 MNA	Moyen : 17,3 ans (global)		Erythée: 9/72 (12,5%) Afghanistan: 36/72 (50%) Syrie: 8/72 (11,1%) Iraq: 7/72 (9,7%)	Child Adolescent Trauma Screen (PTSD) HSCL-37A (dépression, anxiété, capacité à intérioriser ou d'extérioriser) Everyday Resources Stressors Scales	PTSD: 41/72 (56,9%), normalisés: 30,6%, réactifs ou persistants: 37,5% Dépression: 28/72 (38,9%) normalisés: 29,2%, réactifs ou persistants: 16,7% Anxiété: 23/72 (31,9%) normalisés: 20,8%, réactifs ou persistants: 16,7% Intériorisation: 23/72 (31,9%) normalisés: 20,8%, réactifs ou persistants: 15,3% Extériorisation: 4/72 (5,6%) normalisés: 1,4%, réactifs ou persistants: 9,7% Facteurs prédictifs: Dépression (PTSD), obtention du statut de demandeur d'asile sur toutes les échelles (sauf ext.), temps passé depuis l'arrivée (anxiété).
Muller	2019	DE (Eichstatt-Ingolsadt)	Transversale	Profil de santé mental des mineurs accompagnés ou non	98 dont 68 MNA	Moyen: 16,8 ans (MNA)		Erythée: 11/68 (16,2%) Afghanistan: 29/68 (42,6%) Syrie: 12/68 (17,6%) Iraq: 5/68 (7,4%)	Child Adolescent Trauma Screen (PTSD) HSCL-37A (dépression, anxiété, capacité à intérioriser ou d'extérioriser) Everyday Resources Stressors Scales Liste de traumatismes (18)	PTSD: 44/68 (64,7%) facteurs de risque (sur les 98 participants): nombre d'événements traumatisants, ressources au quotidien, parler la langue du pays Dépression: 29/68 (42,6%) facteurs de risque: nombre d'événements traumatisants, ressources au quotidien, parler la langue du pays Anxiété: 26/68 (38,2%) facteurs de risque: nombre d'événements traumatisants, support social Intériorisation: 23/68 (33,8%) facteurs de risque: nombre d'événements traumatisants, ressources au quotidien, Extériorisation: 7/68 (10,3%) facteurs de risque: être non accompagné
Oppedal	2020	NO (Oslo)	Prospectif	Validation du YCCS	895 Réfugiés NA (vs control)	Moyen: 18,62 +/- 2,63 ans	81,9% garçons	Afghanistan: 50,8% Somalie: 12,1% Iraq: 7,1% Sri Lanka: 6,4%	Youth Culture Competence Scale (NB: comprend 2 versants heritage/majorité) Center Epidemiological Studies - Depression	Durée moyenne du séjour en NO: 3,44 ans Corrélation négative des deux niveaux de culture à la dépression L'étude conclut à la validation de l'échelle dans 3 populations: réfugiés NA, étudiants d'origine étrangère, étudiants US
Sarkadi	2018	SE (Uppsala)	Prospectif	Effet des techniques de récupération sur PTSD et dépression	46	Moyen = 16,1 ans	93,5% garçons		CRIS-8≥17 (PTSD) MADRS Mesure pré et post techniques (résultats 3 et 6 mois pas publiés ds l'article)	PTSD CRIS-8: 29,02 significativement amélioré par le traitement Guéris/améliorés: 13/46 (28,2%) Dépression : 82,6% MADRS: 29,27 significativement amélioré par le traitement Guéris/améliorés: 16/46 (37,8%) facteur de risque: idées suicidaires (OR 9,91) Idées suicidaires: 47,8%
Zijlstra	2020	NL (Groningen)		Violences subies	183	Moyen: 16,3 ans	66,7% garçons	Afghanistan, Somalie, Erthyrée parmi 37 pays	NIS-4 (maltraitance) Violence: echelle locale	Violence: 66,1% Agression physique: 10,9% Négligence physique: 12,6% Agression sexuelle: 0 Agression émotionnelle: 23,5% Négligence émotionnelle: 35,0% Négligence éducative: 13,7% Autoagression: 7,1% Violence institutionnelle: 43,7%

BIBLIOGRAPHIE

DEFINITIONS

1. Recommandation CM/Rec(2007) 9 du Comité des Ministres aux États membres sur les projets de vie en faveur des mineurs migrants non accompagnés en date du 12 juillet 2007. Journal du droit des jeunes, 2008/7 ; 277 : 47-50. <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2008-7-page-47.htm>
2. Résolution du Conseil du 26 juin 1997 concernant les mineurs non accompagnés ressortissants de pays tiers. OJ C 221, 19.7.1997, p. 23–27. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:31997Y0719\(02\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:31997Y0719(02))
3. Directive 2011/95/UE du parlement européen et du conseil du 13 décembre 2011 concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0095>.

JURIDIQUE

4. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/>
5. Ministère de la justice. Mission mineurs non accompagnés. <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/>
6. R.221-11 du code de l'action sociale et des familles. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038748455/
7. Arrêté du 20 novembre 2019 pris en application de l'article R. 221-11 du code de l'action sociale et des familles relatif aux modalités de l'évaluation des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039417594/>
8. LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000041746335
9. LOI n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042007074
10. Ordonnance n° 2020-1733 du 16 décembre 2020 portant partie législative du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000042830070/>
11. Circulaire relative au schéma de procédure pour la prise en charge de mineurs non accompagnés marocains. <http://www.justice.gouv.fr/bo/2021/20210331/JUSF2104189C.pdf>

12. CNDA (GF) 19 novembre 2020 M. N. n° 19009476 R.
http://www.cnda.fr/content/download/176962/1744010/version/1/file/CNDA%2019%20novembre%20%202020%20M.%20N.%20n%C2%B019009476%20R.pdf? sm_nck=1
13. CNDA (GF) 19 novembre 2020 M. M. n° 18054661 R.
<http://www.cnda.fr/content/download/179754/1761828/version/1/file/CNDA%209%20f%C3%A9vrier%202021%20M.%20B.%20n%C2%B019055182%20C.pdf>
14. CNDA 18 décembre 2020 M. K. n°19058980 C.
<http://www.cnda.fr/content/download/178129/1752179/version/1/file/CNDA%2018%20d%C3%A9cembre%202020%20M.%20K.%20n%C2%B019058980%20C.pdf>
15. LOI n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037381808?r=17iyHWQeOO>
16. [Rapport de l'Académie nationale de médecine sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés, 16 janvier 2007. http://www.infomie.net/spip.php?article474](http://www.infomie.net/spip.php?article474)
17. Recommandations du Comité des droits de l'enfant du 12 juin 2009 : «Avis du 9 août 2011 de Thomas Hammarberg, ancien Commissaire aux Droits de l'Homme de l'Union Européenne.
http://commissioner.cws.coe.int/tiki-view_blog_post.php?postId=117 (lien non fonctionnel).
18. Recommandation n° 3 du Défenseur des droits, décision n° MDE/ 2012-179 en date du 21 décembre 2012.
https://www.gisti.org/IMG/pdf/jur_defenseur-des-droits_2012-12-21_no2012-179.pdf
19. Avis du Haut Conseil de la Santé Publique en date du 23 janvier 2014.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=412>
20. Avis de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national du 26 juin 2014. <https://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-la-situation-des-mineurs-isoles-etrangers-presents-sur-le-territoire-national>
21. La procédure de détermination à défaut d'état civil : la détermination médico-légale de l'âge.
<http://www.infomie.net/spip.php?article1680&lang=fr>.
22. Débat sur les mineurs non accompagnés le 9 février 2021 en séance publique au Sénat à l'initiative du groupe Les Républicains. <http://www.senat.fr/seances/s202102/s20210209/s20210209016.html>
23. FRA (2019), Integration of young refugees in the EU: good practices and challenges, p. 32.
<https://fra.europa.eu/en/publication/2019/integration-young-refugees-eu-good-practices-and-challenges>
24. ECtHR, Kahn v. France, No. 12267/16, 28 February 2019. https://www.gisti.org/IMG/pdf/jur_cedh_2019-02-28_khan-c-france.pdf
25. Déclaration de fin de mission de la Rapporteuse spéciale sur le droit à un logement convenable présente ses observations préliminaires au terme de sa visite en République française du 2 au 11 avril 2019.
<https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24475&LangID=F>
26. La Cimade. France. Rapport 2018 sur les centres et locaux de rétention administrative, 2019.
<https://www.lacimade.org/publication/rapport-2018-centres-locaux-retention-administrative/>
27. Manfred Nowak, United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty, November 2019.
https://childrendeprivedofliberty.info/general-assembly-report-of-the-global-study-on-children-deprived-of-liberty/?mc_cid=19efd826d7&mc_eid=%5BUNIQID%5D

28. La Cimade (2019). France. Face à une situation intenable au CRA du Mesnil-Amelot, la Cimade se retire pour trois jours, 11 July 2019. <https://www.lacimade.org/presse/face-a-une-situation-intenable-au-cra-du-mesnil-amelot-la-cimade-se-retire-pour-trois-jours/>

DEMOGRAPHIES

29. EUROSTATS. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>
30. Médecins du Monde. Programme Mineurs Isolés Etrangers. Paris. Rapport d'activité 2015.
31. Comede. Rapports d'activité et d'observation. <https://www.comede.org/rapport-dactivite/>
32. Comede. <https://www.comede.org/maux-dexil-65-mineur%C2%B7e%C2%B7s-non-accompagne%C2%B7e%C2%B7s-enfance-en-danger/>
33. Unaccompanied migrant children in the EU; House of lords European Union Committee 2nd Report of Session 2016–17. <https://publications.parliament.uk/pa/ld201617/ldselect/ldeucom/34/34.pdf>
34. IOM, Libya update 16-31 December 2019. Data extracted 3 March 2020. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/biweekly_update_16-31_december_2019.pdf
35. UNHCR, UNICEF and IOM, Refugee and Migrant Children in Europe, Overview of Trends, January - December 2018. https://www.unhcr.org/cy/wp-content/uploads/sites/41/2020/06/UNHCR-UNICEF-and-IOM_Refugee-and-Migrant-children-in-Europe-2019.pdf
36. UNHCR (2019), Desperate Journeys - Refugee and Migrant Children arriving in Europe and how to Strengthen their Protection – January to September 2019, Nov 2019. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/72482>
37. Save the Children (2019), Reports about Push Backs and Violence against Children on the Move at the Western Balkans Borders. January– June 2019, 14 August 2019. <https://nwb.savethechildren.net/news/reports-about-push-backs-and-violence-against-children-move-western-balkans-borders-january>
38. Save the Children (2019), Reports about Push Backs and Violence against Children on the Move at the Western Balkans Borders. July–September 2019, 11 December 2019. <https://nwb.savethechildren.net/news/reports-about-push-backs-and-violence-against-children-western-balkans-borders-july-september>
39. Médecins Sans Frontières Les mineurs non accompagnés, symbole d'une politique maltraitante, Jul 2019. [file:///C:/Users/fr05382/Desktop/Downloads/report_unaccompanied-minors,-symbols-of-a-policy-of-mistreatment-\(in-french\).pdf](file:///C:/Users/fr05382/Desktop/Downloads/report_unaccompanied-minors,-symbols-of-a-policy-of-mistreatment-(in-french).pdf)
40. Spain: Rights of Asylum Seekers Deteriorating at Border with Morocco, 4 October 2019. <https://www.ecre.org/spain-rights-of-asylum-seekers-deteriorating-at-border-with-morocco/>
41. Amnesty International (2019), Der Schicksalszug in Richtung Polen, 26 March 2019. <https://www.amnesty.de/informieren/amnesty-journal/belarus-der-schicksalszug-richtung-polen>.

BILAN DE SANTE / ENJEUX

42. Al-Ani A., Takriti M., Schmoekkel J. et al . National oral health survey on refugees in Germany 2016/2017: caries and subsequent complications. Clin Oral Invest, 2021; 25: 4 (2399-405). <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-020-03563-3>
43. Armitage A., Cohen J., Eisen S. et al. Baseline characteristics and physical, sexual and emotional health needs of a cohort of unaccompanied asylum-seeking children presenting to a London borough. Arch Dis Child, 2020; 105 (Sup): A172. https://adc.bmj.com/content/105/Suppl_1/A172.1.abstract
44. Armitage AJ, Cohen J, Eisen S et al. Service description: an integrated pathway for unaccompanied asylum-seeking children. Arch Dis Child, 2020;105 (Sup 1): G166. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-rcpch.137>
45. Axelsson L., Bäärnhielm S., Dalman C. et al. Differences in psychiatric care utilisation among unaccompanied refugee minors, accompanied migrant minors, and Swedish-born minors. Social psychiatry and psychiat epidemiol, 2020; 55: 11 (1449-56). <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-020-01883-z>
46. Azib S. Accueil des mineurs non accompagnés en milieu hospitalier. Expérience du service de pédiatrie de l'hôpital de Pontoise. Mémoire DU migrants Paris Nord. 2018.
47. Baauw A, Kist-van Holthe J, Slattery B et al. Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: a systematic review and metaanalysis. BMJ Paediatrics Open 2019;3:e000516. doi:10.1136/bmjpo-2019-000516
48. Banerjee T., Ajmal S., Khan A. et al. Health needs of unaccompanied asylum seeker children-observations from initial health assessment in community paediatric clinic. Arch Dis Child, 2019; 104 (Sup): A212. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2019-rcpch.509>
49. Battersby A., French J., Brennan K. et al. Evaluation of the health needs of unaccompanied asylum-seeking children. Arch Dis Child, 2019; 104 (Sup): A116. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2019-rcpch.277>
50. Baudino P. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. Bordeaux 2015.
51. Begemann M, Seidela J, Poustkac L et al. Accumulated environmental risk in young refugees. A prospective evaluation. Eclin Med, 2020; 22: 100345. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264975/>
52. Bennet R, Eriksson M. Tuberculosis infection and disease in the 2015 cohort of unaccompanied minors seeking asylum in Northern Stockholm, Sweden. Infect Dis (London, England). 2017; 49 (7): 501-506. <http://dx.doi.org/10.1080/23744235.2017.1292540>
53. Bozorgmehr K, Preussler S, Wagner U et al. Using country of origin to inform targeted tuberculosis screening in asylum seekers: a modelling study of screening data in a German federal state, 2002-2015. BMC Infect Dis, 2019; 19(1): 304. <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-019-3902-x>
54. Bronstein I, Montgomery P. Sleeping Patterns of Afghan Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents: A Large Observational Study. PLOS One 2013, 8, 2, e56156. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0056156>
55. Burki T. Statelessness in the COVID-19 pandemic. Lancet, 2021; 397 (10284): 1529-30. DOI10.1016/s0140-6736(21)00901-6
56. Cacciani L, Canova C, Barbieri G et al. Potentially avoidable hospitalization for asthma in children and adolescents by migrant status: results from the Italian Network for Longitudinal Metropolitan Studies. BMC

- Public Health, 2020; 20(1): 1858. <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09930-9>
57. Commissioners of and collaborators with the International AIDS Society–Lancet Commission on Health and Human Rights. Human rights and fair access to COVID-19 vaccines: the International AIDS Society–Lancet Commission on Health and Human Rights. *Lancet*, 2021; 397 (10284): 1524-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33773117/>
 58. Condemi F, Rossi G, Lupiz M et al. Screening of asymptomatic rheumatic heart disease among refugee/migrant children and youths in Italy. *Pediatric Rheumatology*, 2019; 17: 12. <https://doi.org/10.1186/s12969-019-0314-9>
 59. Coyle R., Bowen S., Mullin S. et al. Physical and mental health needs of unaccompanied children seeking asylum: A descriptive analysis in Kent, UK. *Lancet*, 2016; 388 (sup 1): 40.
 60. Curtis P, Thompson J, Fairbrother H. Migrant children within Europe: a systematic review of children’s perspectives on their health experiences. *Publ. health* 2018, 158: 71-85. doi: 10.1016/j.puhe.2018.01.038
 61. Dalla Zuanna T, Del Manso M, Giambi C et al. Immunization Offer Targeting Migrants: Policies and Practices in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2018 ; 15 : 968. doi:10.3390/ijerph15050968
 62. De Franceschi L., Lux C., Piel F. et al. Access to emergency department and identification of subjects with sickle cell disease and other hemoglobinopathies in refugees. *HemaSphere*, 2018; 2 (Sup 2): 306-7. <http://dx.doi.org/10.1097/HS9.000000000000060>
 63. Emedo M., Habeeb S., Joyce M. et al. Adverse experiences of unaccompanied asylum seeking children and the impact on their emotional wellbeing and mental health needs. *Arch Dis Child*, 2018; 103 (Sup 1): A2. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-rcpch.4>
 64. Etiemble A, Zanna O. Des typologies pour faire connaissance avec les mineurs isolés étrangers et mieux les accompagner. Convention de recherche n°212.01.09.14. Topik/Mission de Recherche Droit et Justice. Juin 2013.
 65. Faye A. La santé des enfants étrangers, isolés ou non. *Actualités et dossiers en Santé Publique*, 2020 ; 111 : 25-6.
 66. Ferrazzano GF, Cantile T, Sangianantoni G et al. Oral health status and Unmet Restorative Treatment Needs (UTN) in disadvantaged migrant and not migrant children in Italy. *Eur J Paediatr Dent*. 2019 Mar; 20(1): 10-14. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2019.20.01.02>
 67. Fougère Y, El Houss S, Suris JC et al. Single doses of diphtheria-tetanus-pertussis and poliomyelitis vaccines are sufficient to generate a booster-type response to tetanus in most migrant children. *Vaccine* 37 (2019) 6441–6446. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31522805/>
 68. Freccero J, Biswas D, Whiting A et al. Sexual exploitation of unaccompanied migrant and refugee boys in Greece: approaches to prevention. *PLOS med*, 2017; 14 (11): e1002438. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002438>.
 69. Gaudin ML. Avis rendu par la commission d’appel à projet social ou médico-social institué auprès du président du conseil départemental des Hauts de seine réunie le 4 décembre 2020.
 70. Gautier L., Poveda J.-D., Nguengang Wakap S. et al. Adapting care provision and advocating for unprotected unaccompanied minors in Paris in the context of COVID-19. *Glob Health Promot*, 2021, 28(1): 75-78. <http://dx.doi.org/10.1177/1757975920984193>

71. Giambi C., Del Manso M., Marchetti G et al. Immunisation of migrants in EU/EEA countries: Policies and practices. *Vaccine*, 2019; s37: 36 (5439-5451). <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.068>
72. Grammatikopoulou M.G., Theodoridis X., Poulimeneas D.; et al. Malnutrition surveillance among refugee children living in reception centres in Greece: A pilot study. *Int Health*, 2019; 11: 1 (30-35). <http://dx.doi.org/10.1093/inthealth/ihy053>
73. Hanewald B.; Knipper M.; Fleck W. et al. Different Patterns of Mental Health Problems in Unaccompanied Refugee Minors (URM): A Sequential Mixed Method Study. *Front Psychiatry*, 2020; 11 Article Number: 324. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00324>
74. Hertting O.; Luthander J.; Giske C.G. et al. Acute infection as cause of hospitalization of asylum-seeking children and adolescents in Stockholm, Sweden 2015–2016. *Eur J Ped*, 2020; 180, 893–8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-020-03795-1>
75. Heudorf U., Krackhardt B., Karathana M. et al. Multidrug-resistant bacteria in unaccompanied refugee minors arriving in Frankfurt am Main, Germany, October to November 2015. *Euro surveil*, 2016; 21: 2. <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.2.30109>.
76. Hodes M, Mendoza Vasquez M, Anagnostopoulos D et al. Refugees in Europe: national overviews from key countries. with a special focus on child and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2018; 27: 389–99. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1094-8>
77. Hourdet C, Rénier M, Van de Steeg F et al. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs; enquête rétrospective au sein de la permanence d'accès aux soins de santé de l'Hotel-Dieu. *Bull Epidemiol Hebd* 2020; 27: 531-7. Faye A. La santé des enfants étrangers, isolés ou non. *Actualités dossiers en santé publique*. 2020; 111: 25-6.
78. Hvass A.M.F, Wejse C. High coverage of polio immunization program in refugees resettling in Denmark. A cross-sectional study of polio serology in newly arrived refugees. *Expert Rev Vaccines*, 2019; 18: 12 (1317-1322). <http://dx.doi.org/10.1080/14760584.2019.1698953>
79. Hvass A.M.F.; Norredam M.; Sodemann M et al. Are refugees arriving in Denmark an under-immunised group for measles? A cross-sectional serology study. *Vaccine*, 2020; 38: 13 (2788-2794). <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.02.025>
80. Indseth T, Grøslund M, Arnesen T et al. COVID-19 among immigrants in Norway, notified infections, related hospitalizations and associated mortality: A register-based study. *Scand J Public Health*, 2021; 49: 48–56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33406993/>
81. Inspection générale des affaires sociales. Contrôle de l'aide sociale à l'enfance du département des Hauts-de-Seine. Rapport définitif 2020-007R1. Décembre 2020
82. Janda A, Eder K, Fressle R et al. Comprehensive infectious disease screening in a cohort of unaccompanied refugee minors in Germany from 2016 to 2017: A cross-sectional study. *PLoS Med*, 2020; 17(3): e1003076. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32231358/>
83. Jore T, Oppedal B, Biele G. Social anxiety among unaccompanied minor refugees in Norway. The association with pre-migration trauma and post-migration acculturation related factors. *J Psychosom Res*. 2020 Sep; 136: 110175. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110175>
84. Jurke A, Thole S, Daniels-Haardt I. Snapshot on infection protection for asylum seekers in North Rhine-Westphalia *Eur J Epidemiol*, 2016; 31:S1–S239 (Abs 783). DOI 10.1007/s10654-016-0183-1

85. Kadir A, Battersby A, Spencer N et al. Children on the move in Europe: a narrative review of the evidence on the health risks, health needs and health policy for asylum seeking, refugee and undocumented children. *BMJ Paed Open* 2019; 3: e000364. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2018-000364>.
86. Klöning T., Nowotny T., Alberer M. et al. Morbidity profile and sociodemographic characteristics of unaccompanied refugee minors seen by paediatric practices between October 2014 and February 2016 in Bavaria, Germany. *BMC pub health*, 2018; 18: 1 (983). <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5878-7>
87. Leblanc C et al. Imported schistosomiasis in Paris region of France: A multicenter study of prevalence and diagnostic methods. *Travel Med Infect Dis.* 2021 ; 41: 102041. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33785455/>
88. Longobardi C., Veronesi T.G., Prino L.E. Abuses, resilience, behavioural problems and post-traumatic stress symptoms among unaccompanied migrant minors: An Italian cross-sectional exploratory study. *Psychiatria Psychol Klin*, 2017 ; 17: 2 (87-92). <http://dx.doi.org/10.15557/PiPK.2017.0009>.
89. Ly T.D.A., Nguyen N.N., Hoang V.T. et al. Screening of SARS-CoV-2 among homeless people, asylum-seekers and other people living in precarious conditions in Marseille, France, March–April 2020. *Int J Infect Dis*, 2021, 105 ; 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.026>
90. Maaßen W, Wiemer D, Frey C et al. *Military Medical Research* (2017) 4:13. <http://dx.doi.org/10.1186/s40779-017-0123-8>.
91. Magdalini, P, Narring, P, Chamay-Weber C. Health care needs for unaccompanied asylum-seeking adolescents. A retrospective study from an adolescent health unit in Switzerland. *J Adolesc Health*, 2018; 62: S37–S140.
92. Marrone R, Baglio G, Bruscano G et al. Prevalence of latent tuberculosis infection, hepatitis B, hepatitis C, and syphilis among newly arrived unaccompanied minors living in reception centers in Rome. *Int J Infect Dis.* 2020 Dec; 101: 126-130. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.09.020>
93. Marquardt L.; Krämer A.; Fischer F. et al; . Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Tropical Med Int Health*, 2016; 21: 2 (210-218). <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12649>
94. Mason-Jones AJ , Nicholson P. Structural violence and marginalisation. The sexual and reproductive health experiences of separated young people on the move. A rapid review with relevance to the European humanitarian crisis. *Public health*, 2018; 158: 156-62. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.009>
95. Mellou K, Silvestros C, Saranti-Papasaranti E et al. Increasing childhood vaccination coverage of the refugee and migrant population in Greece through the European programme PHILOS, April 2017 to April 2018. *Euro Surveill.* 2019;24(27):pii=1800326. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.27.1800326>
96. Mendoza-Palomar N, Sulleiro E, Perez-Garcia I et al. Schistosomiasis in children: review of 51 imported cases in Spain. *J Travel Med*, 2020; 27(1): taz099. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31821494/>
97. Mockenhaupt F, Barbre K, Jensenius M, et al. Profile of illness in Syrian refugees: A GeoSentinel analysis, 2013 to 2015. *Euro Surveill*, 2016; 21(10):pii=30160. <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.10.30160>
98. Mohwinkel LM, Nowak AC, Kasper A et al. Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: a systematic review. *BMJ Open*, 2018; 8: e022389. <http://doi:10.1136/bmjopen-2018-022389>.
99. Monpierre O.; Baudino P.; Rio-René P. et al État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2016; 109: 99–106. <http://dx.doi.org/10.1007/s13149-016-0476-3>

100. Müller F.; Hummers E.; Hillermann N et al. Factors influencing the frequency of airway infections in underage refugees: A retrospective, cross sectional study. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17: 6823. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17186823>
101. Müller L.R.F., Büter K.P., Rosner R. et al. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: A cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*, 2019; 13: 1 (8.). <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>
102. Müller L.R.F., Gossmann K., Hartmann F. et al. 1-year follow-up of the mental health and stress factors in asylum-seeking children and adolescents resettled in Germany. *BMC pub health*, 2019; 19: 1 (908). <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7263-6>
103. Nakken CS, Norredam M, Skovdal M. Tactics employed by healthcare providers in Denmark to determine the vaccination needs of asylum-seeking children: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 2018; 18: 859. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3661-1>
104. Nijman R.G., Krone J., Mintegi S. et al. Emergency care provided to refugee children in Europe: RefuNET: a cross-sectional survey study. *Emergency Med J*, 2021; 38:1 (5-13). <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2019-208699>
105. Oppedal B., Keles S., Cheah C. et al Culture competence and mental health across different immigrant and refugee groups. *BMC pub health*, 2020; 20: 1 (292). <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-8398-1>
106. Oxenham C., Tariq S.; Vanta P et al. Unaccompanied asylum-seeking children attending sexual and reproductive health services: An analysis of national surveillance data and clinical Prinz N., Konrad K., Brack C., et. Diabetes care in pediatric refugees from Africa or Middle East: Experiences from Germany and Austria based on real-world data from the DPV registry. *Eur J Endocrinol*, 2019; 181: 1 (31-38). <http://dx.doi.org/10.1530/EJE-18-0898>
107. Papan C, von Both U, Kappler M et al. *Thorax*, 2017; 72:282–3. <http://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209468>.
108. Pavlopoulou I.D.; Tanaka M.; Dikalioti S.; et al. Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Ped*, 2017; 17:1 (132). <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-017-0888-7>
109. Perry M, Townson M, Cottrell S et al. Inequalities in vaccination coverage and differences in follow-up procedures for asylum-seeking children arriving in Wales, UK. *Eur J Ped*, 2020; 179:171–5. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03485-7>
110. Plener P, Groschwitz R, Brähler E et al. Unaccompanied refugee minors in Germany: attitudes of the general population towards a vulnerable group. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2017; 26:733–42. DOI 10.1007/s00787-017-0943-9.
111. Pohl C, Mack I, Schmitz T. The spectrum of care for pediatric refugees and asylum seekers at a tertiary health care facility in Switzerland in 2015. *Eur J Pediatr* (2017) 176:1681–1687. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-017-3014-9>
112. Prinz N., Konrad K., Brack C., et. Diabetes care in pediatric refugees from Africa or Middle East: Experiences from Germany and Austria based on real-world data from the DPV registry. *Eur J Endocrinol*, 2019; 181:1 (31-38). <http://dx.doi.org/10.1530/EJE-18-0898>
113. Radjack R, Touhami F, Woestelandt L et al. Cultural Competence of Professionals Working with Unaccompanied Minors: Addressing Empathy by a Shared Narrative. *Front Psychiatry*, 2020; 11: Art 528. doi: 10.3389/fpsy.2020.00528

114. Rapport-de-plaidoyer. MSF-Mission-France. Vivre-le-confinement. [file:///C:/Users/fr05382/Desktop/Downloads/Rapport-de-plaidoyer-MSF-Mission-France_Vivre-le-confinement.-Les-MNA-en-recours-face-a-CC%80-le-CC%81pidemie-de-Covid-19_Avril-2021.%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fr05382/Desktop/Downloads/Rapport-de-plaidoyer-MSF-Mission-France_Vivre-le-confinement.-Les-MNA-en-recours-face-a-CC%80-le-CC%81pidemie-de-Covid-19_Avril-2021.%20(1).pdf)
115. Sadavarte V, Jainer R. Impact of unaccompanied asylum-seeking children (UASC) on the looked after service(LAC) in the UK. Should there be a unified approach in Europe? *Eur J Ped*, 2016; 175:1393–1880 (abs 281). DOI 10.1007/s00431-016-2785-8
116. Sarkadi A.; Ådahl K.; Stenvall E. et al. Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *Eur Child and Adolesc Psychiatry*, 2018; 27: 4 (467-479). <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-017-1093-9>
117. Schrier L, Wyder C, del Torso S4 et al. Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments. *European Journal of Pediatrics*, 2019;) 178:1449–67. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03405-9>
118. Spiroski I., Nikovska D.G. Prevalence of malnutrition among refugee children traveling on Balkan Route. *Proc Nut Soc*, 2020; 79: OCE2. <http://dx.doi.org/10.1017/S0029665120002384>
119. Thee S, Krüger R, von Bernuth H, et al . Screening and treatment for tuberculosis in a cohort of unaccompanied minor refugees in Berlin, Germany. *PLoS ONE*, 2019; 14(5): e0216234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216234>
120. van Os C, Zijlstra E, Knorth E, et al. Recently arrived refugee children: The quality and outcomes of Best Interests of the Child assessments. *Int J Law Psychiatry*, 2018; 59: 20–30. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.05.005>
121. Ward. J, Sadavarte V. infection screening in Asylum-seeking children, are we getting it right? *Eur J Ped*, 2019; 178:1613–1800 (abs 954). <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03466-w>
122. Williams B, Mary Boullier, Zoe Cricks et al. Screening for infection in unaccompanied asylum-seeking children and young people. *Arch Dis Child* 2020; 105: 530–532. doi: 10.1136/archdischild-2019-318077.
123. Wolters B.A., Akkerman O.W., Aartsma Y et al. Impact of radiographic screening of >34 000 asylum seeker children. *Eur Resp J*, 2019; 54: 3. <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00579-2019>
124. Zijlstra A.E., Menninga M.C., van Os E.C.C. et al. They ask for protection: An exploratory study into experiences with violence among unaccompanied refugee children in Dutch reception facilities. *Child Abuse Negl*, 2020; 103: 104442. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104442>.
125. Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 7 novembre 2019. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=753>.
126. Haut Conseil de la Santé Publique. Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance. Avis et rapports mai 2019. [file:///C:/Users/fr05382/Desktop/Downloads/hcspr20190510_infetubelatedecprisencharetsurv%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fr05382/Desktop/Downloads/hcspr20190510_infetubelatedecprisencharetsurv%20(1).pdf)
127. Haute Autorité de Santé. Recommandation vaccinale. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants. En cas de statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf
128. IOM. World migration report 2020. p 232. <https://worldmigrationreport.iom.int/>

129. Lai, Ying-Si, Biedermann P, Ekpo UF et al Spatial distribution of schistosomiasis and treatment needs in sub-Saharan Africa: a systematic review and geostatistical analysis. *Lancet Infect Dis*, 2015; 8927: 927- 40. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00066-3

Démographies



Démographies MNA placés sur décision de justice (MMNA) MNA demandeurs d'asile (EUROSTATS)



Source rapports MMNA 2015-2020

Démographies MNA placés sur décision de justice (MMNA) MNA demandeurs d'asile (EUROSTATS)



Source rapports MMNA 2015-2020

Bilan de santé physique



Bilan de santé physique (1) Tuberculose

- Active, le plus souvent pulmonaire: ~ 1%;
- Latente: 4-31%;
- Les méthodes de dépistage varient selon les pays
 - Age limite pour faire une radio pulmonaire de 10 à 15 ans;
 - IDR et/ou IGRA (Quantiferon®);
- HSCP (Infections tuberculeuses latentes, Détection, prise en charge et surveillance, Avis et rapports mai 2019)
 - Surveiller ITL chez les migrants mineurs jusqu'à 18 ans ;
 - Pays d'origine : incidence > 40 /10⁵ ;
 - Le plus tôt possible après leur arrivée en France (pas utile 5 ans + après l'arrivée) ;
 - De choisir le test (IDR ou IGRA) selon faisabilité, commodité et antécédents connus.

Bilan de santé physique (2) Hépatites, Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

- Hépatite B
 - Active, 3-12%;
 - Facteurs de risque: pays d'origine (Afrique sub-saharienne, Afghanistan, Bangladesh);
 - Politique vaccinale chez les jeunes: Syrie, Maroc;
- Hépatite A:
 - Contact: >73%
- Hépatite C
 - Presque jamais recherchée
- MST
 - VIH, Syphilis, Blennorragie: rares

Bilan de santé physique (3) Parasitoses

- Schistosomiases
 - Jusqu'à 100%
 - Pays migrants à risque élevé: Mali, Guinée, (Côte d'Ivoire), Somalie, Soudan, (PAS Erythrée);
 - Les MNA sont plus infectés que les enfants plus jeunes (OR =3.09);
 - Pas forcément symptomatiques
 - Recommandations (C. Leblanc)
 - Combinaison des méthodes diagnostic (examen microscopique des urines et sérologie);
 - Immunochromatographie en détection de masse;
 - Traitement systématique des MNA, voire même à l'aveugle;
- Les autres parasitoses sont moins étudiées
 - Amébose, Lambliase, Giardiase: ~7%;
 - Helminthes (divers): 9-21%;
 - Protozoaires digestifs/non pathogènes: fréquents (18-78%).

Bilan de santé physique (3) Parasitoses

- Schistosomiases
 - Jusqu'à 100%
 - Pays migrants à risque élevé: Mali, Guinée, (Côte d'Ivoire), Somalie, Soudan, (PAS Erythrée);
 - Les MNA sont plus infectés que les enfants plus jeunes (OR =3.09);
 - Pas forcément symptomatiques
 - Recommandations (C. Leblanc)
 - Combinaison des méthodes diagnostic (examen microscopique des urines et sérologie);
 - Immunochromatographie en détection de masse;
 - Traitement systématique des MNA, voire même à l'aveugle;
- Les autres parasitoses sont moins étudiées
 - Amébose, Lambliase, Giardiase: ~7%;
 - Helminthes (divers): 9-21%;
 - Protozoaires digestifs/non pathogènes: fréquents (18-78%).

Bilan de santé physique (5) Vaccinations

- Poliomyélite :
 - Immunité 3 sérotypes des 10-20 ans: 91%;
 - Facteur de risque: corne de l'Afrique, homme;
 - Politique vaccinale : Moyen Orient (un rappel suffirait);
- Rougeole:
 - Immunité 81% (Syrie);
- Grèce: les enfants migrants reçoivent
 - [<5] ans: DTCP;
 - [10-14] ans: ROR;
- Diagnostic et attitude vaccinale
 - Interrogatoire;
 - Connaissance des programmes de vaccination de l'OMS;
 - Expérience personnelle;
 - Dans le doute revacciner;
 - (Contexte parental);
- Recommandations HSCP
 - Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants. En cas de statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu (dec. 2019).

Bilan de santé mentale



Bilan de santé mentale

France

Incidence (%)	P. Baudino n=143 MIE	S. Azib n=32	A. Faye n=107	Marquardt n=102
PTSD	39,9	3,1	34,6	4,9
Troubles du sommeil	41,3			
Anxiété	33,6	25		
Trouble dépressif modéré à sévère	11,9			5,9
Idées suicidaires	3,5			
Tentative de suicide (dont récent)	0,7			
Trouble des conduites, agressivité	4,9			
Troubles d'ordre psychotique	2,1			
Trouble bipolaire	0,7			
Retard des apprentissages		3		

Anglo-saxons

Diagnostic	Taux (%)
Troubles psychiques	41-77
PTSD*	14-44
Troubles du sommeil**	45,9
Anxiété	9,4-38,2
Symptômes dépressifs	9,4-77
Suicidalité	8-47,8
Troubles des conduites	
Intériorisation	31,7-33,8
Exteriorisation	5,4-10,3
Agression/maltraitance sexuelle	0-52
Schizophrénie	44%+ locaux Anti psychotiques OR= 1,58 > locaux

*: risque de survenue lié au nombre de traumatismes vécus

** : les MNA avec PTSD ont un temps de latence plus long de 15-20minutes, un sommeil plus court (40-60 minutes), se couchent plus tard (15-30 minutes). 64% des mineurs ont des cauchemars (5,6% toutes les nuits), plus fréquents avec PTSD.

Conclusions

- Pas de différences majeures dans les profils de santé rapportés par les pays d'accueil (GR, IT, NO, SE, GB, DE, DK):
 - Hors incidence des maladies transmissibles (TB, hépatite B, parasitoses) dans le pays d'origine
 - Hors politique vaccinale dans le pays d'origine ou le pays de transit
- Faire une analyse supplémentaire des données disponibles pour :
 - Optimiser les politiques d'accueil dans l'UE
 - Optimiser les bilans et les traitements
- Faire appliquer les recommandations
- Améliorer l'image (des migrants et) des MNA
 - La femme est l'avenir du MNA?
- La France publie peu (et ça m'énerve...)



Questions ?