

Prise en charge clinique de la population migrante: focus pédiatrique

Gehri Malick^{a)}, Jäger Fabienne^{b)}, Wagner Noémie^{c)}, Gehri Mario^{d)}

Introduction

La population helvétique s'élevait à 8,2 millions d'habitants en 2014 (Office Fédéral de la Statistique (OFS)). Parmi ceux-ci, on compte un nombre relativement élevé d'étrangers (2,1 millions, soit 24,3%). La tendance est la même pour la population mineure (tranche d'âge 0-18 ans) ne possédant pas la nationalité suisse (20,2%). Les requérants d'asile sont environ 80 000 (dont 21 000 arrivés en 2013 et 40 000 en 2015) et les «sans-papiers» ou clandestins entre 100 et 300 000! La «question

de la migration» est donc centrale, notamment du point de vue sanitaire, les migrants étant souvent considérés comme étant en moins bonne santé que la population autochtone.

Au travers de ces lignes, nous tenterons de proposer un guide pratique pour le praticien rencontrant un enfant migrant et sa famille; cette situation, loin d'être inhabituelle, est jugée compliquée par bon nombre de soignants qui se sentent «démunis» et parfois impuissants¹⁾. A leur décharge, la littérature médicale sur le sujet, en particulier pédi-

atrique²⁾, est limitée et peu de recommandations sont disponibles. Signalons pourtant deux travaux récents effectués au Canada; on y trouve un certain nombre de points dédiés aux enfants (maladies infectieuses, vaccinations, maltraitance, santé dentaire, ...) ^{3), 4)}. Les enfants migrants ont des besoins en santé en grande partie comparables à ceux des enfants autochtones; néanmoins, certaines spécificités requièrent une approche «ciblée».

Après avoir abordé quelques notions générales, nous nous focaliserons sur des propositions globales (et familiales) de prise en charge de situations souvent bien complexes, par exemple lors des premiers contacts d'un patient migrant avec notre système de santé (quel bilan «d'arrivée»? par où et par quoi commencer?). Notons que par «habitude» le médecin a tendance à fortement médicaliser la situation, en particulier au début de la prise en charge, et souvent de manière excessive. Les enfants migrants, malgré leur histoire personnelle chargée surtout sur le plan psychologique, sont globalement plutôt en bonne santé. Par contre, celle-ci se dégrade progressivement au fil des années passées en Suisse (émergence de maladies chroniques – obésité, syndrome métabolique, hypertension, ... et de conduites «à risque» -alcool, tabac, drogues)! Une bonne intégration sociale ainsi que l'accès à la «prévention» sont donc deux piliers essentiels que le pédiatre et/ou le médecin de famille doivent pouvoir proposer, passé la première étape du «dépistage» soit somatique, soit de souci psychosocial. Finalement, réaliser que différentes «barrières d'accès aux soins» (barrières liées au patient, au soignant et au système de santé suisse) sont présentes est nécessaire à une approche professionnelle.

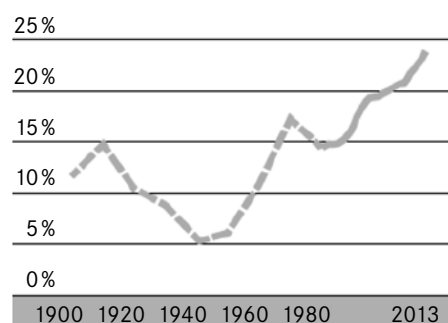
Généralités

Définitions, caractéristiques et statuts juridiques

Nous retiendrons les définitions suivantes (UNESCO et IOM – International Organisation for Migration⁵⁾):

- a) Etudiant en maîtrise, Institut de Santé Globale, Université de Genève, Genève
- b) Pédiatre FMH, Prévention et Santé publique FMH, Service de Pédiatrie, Hôpital du Jura, Site de Delémont, Delémont, Suisse, Institut Tropical et de Santé publique Suisse, Bâle, Université de Bâle, Bâle, Suisse
- c) Paediatric Infectious Disease Unit, Department of Paediatrics, Geneva University Hospital
- d) Pédiatre FMH, PD, médecin-chef, Hôpital de l'Enfance – Département médico-chirurgical de pédiatrie CHUV, Lausanne

Pourcentage de la population résidente permanente de nationalité étrangère



Population résidente permanente et non permanente de nationalité étrangère, selon l'autorisation de résidence, en 2013 en milliers

Total	2 020,1
Autorisation de séjour (livret B)	616,5
Autorisation d'établis. (livret C)	1 227,9
Fonctionnaires internationaux et diplomates	28,9
Autorisation de séjour de courte durée (livret L)	97,1
Requérants d'asile (livret N)	21,3
Autorisation de séjour provisoire (livret F)	22,1
Pas attribué	6,3

Population résidente permanente de nationalité étrangère, selon la nationalité, en 2013 en %

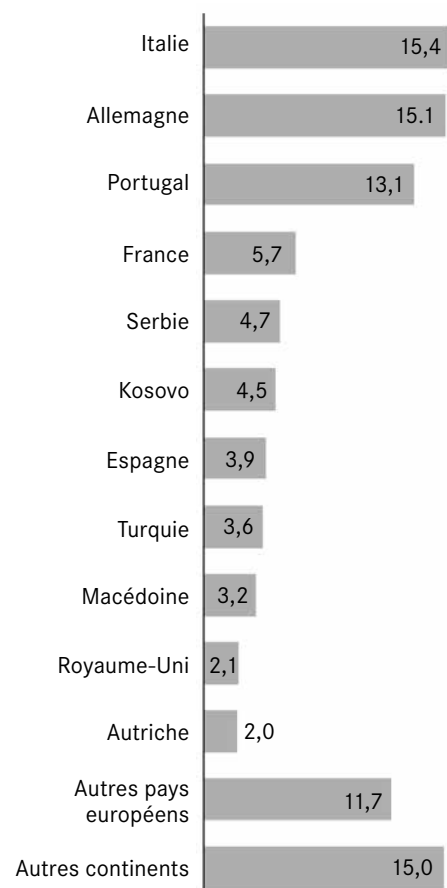


Tableau 1: Population étrangère résidente en Suisse

- Migrant: sujet étranger, né hors du territoire d'accueil, qui y séjourne, y vit et y travaille. L'individu est censé y développer d'importants liens sociaux (métier, école, ...).
- Enfant migrant (de la naissance à 18 ans révolus): regroupe les enfants accompagnés ou non de leurs parents, ceux sans documents, dits «de la seconde génération», réfugiés ou requérants d'asile.
- Mineur-non accompagné (MNA): jeune de moins de 18 ans
 - Demandeur d'asile
 - Non accompagné d'un parent ou d'un représentant légal
 - Forcé de s'exiler: guerre, maltraitance, viol, mariage forcé ou arrangé, décès des parents, voire raison économique

Ils sont 460 à être arrivés en Suisse en 2012 et 2736 en 2015 (dont 120 âgés de moins de 12 ans). 80% sont de garçons et 85% proviennent d'Afrique (Erythrée, Ethiopie), d'Af-

ghanisten et de Syrie. Ils vivent principalement à St Gall et Lausanne.

Dans l'immense majorité des cas, l'individu migrant provient d'un pays de l'Union Européenne et principalement des pays voisins, l'Allemagne et l'Italie en tête (*tableau 1*). Le facteur culturel se manifeste dès lors d'avantage par une différence linguistique que par une différence d'attitude, de comportement social lié à la culture.

D'un point de vue juridique, être migrant n'a pas de réelle signification. Il convient dès lors d'établir les différents statuts auxquels peut être soumise une personne migrante d'autant plus que l'accès à une assurance maladie en dépend directement. Les notions les plus importantes en la matière sont répertoriées dans le *tableau 2* (adapté avec type de permis en général accordé⁶); les étrangers avec autorisation de résidence ou d'établissement n'y sont pas mentionnés

(titulaires de permis B ou C). Les permis N et F sont caractérisés par leur aspect provisoire; ils doivent être constamment renouvelés, engendrant une insécurité importante pour leurs détenteurs.

Etat de santé des migrants en Suisse, en particulier des enfants

On retrouve au sein de la population migrante des différences sociales et économiques importantes. Deux groupes peuvent être schématiquement distingués (les catégories intermédiaires existant certainement également):

- un premier constitué **d'immigrés à faible risque pour la santé**: diplomates, intellectuels, étudiants, cadres supérieurs, professions libérales ou encore hommes politiques et leurs enfants.
- un deuxième groupe étant constitué **d'immigrés (y.c. famille et enfants) à risque élevé pour la santé**: ouvriers, professionnels à revenu faible, requérants d'asile,

Statut	Toute personne ...	Droit à l'assurance maladie, type de permis
Requérant d'asile	Qui demande formellement la protection de la Suisse, indépendamment de la réponse qui lui sera donnée; elle souhaite être reconnue comme réfugiée et pouvoir bénéficier de la protection juridique et de l'assistance matérielle que ce statut implique.	Bénéficie d'une assurance maladie de base mais les cantons sont libres de limiter le choix de l'assureur et du prestataire de choix. Permis N
Réfugié	Qui est reconnue comme étant exposée, dans son Etat d'origine ou dans son Etat de dernière résidence, à de sérieux préjudices ou craint à juste titre de l'être en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social déterminé ou de ses opinions publiques.	Bénéficie du même système que les Suisses en matière d'assurance maladie. Permis F, N, S, parfois B
Non entrée en matière (NEM)	Dont la demande d'asile, pour des raisons formelles (non-collaboration, absence de documents valides, etc...) ne connaîtra pas un traitement plus approfondi; la personne concernée doit en règle générale quitter immédiatement la Suisse.	Possibilité de bénéficier d'une aide d'urgence minimum, comprenant une possibilité d'accès à des soins de santé. Pas de permis
Cas Dublin	Dont la demande d'asile n'est en principe pas examinée en raison d'une procédure en cours ou terminée dans un autre pays de l'espace Schengen, et quel que soit le résultat de cette procédure. Personne renvoyée activement vers le pays en question.	Possibilité de bénéficier d'une aide d'urgence minimale, comprenant une possibilité d'accès à des soins de santé. Pas de permis
Débouté d'asile	Ayant eu précédemment le statut de requérant d'asile et ayant reçu une réponse négative définitive à sa demande d'asile au terme de la procédure conduite par l'Office fédéral des migrations et, le cas échéant, des procédures de recours fédérales.	Aucune assurance maladie mais peut s'y affilier et obtenir une subvention partielle des primes sans risquer de dénonciation. Pas de permis
Sans-papiers	De nationalité étrangère qui soit vit illégalement en Suisse, au-delà du temps d'un séjour touristique ou d'un autre séjour autorisé, soit arrive au terme d'une procédure d'asile avec une réponse négative et qui n'a pas requis, ou n'a pas obtenu, ou a perdu une autorisation de séjour.	Aucune assurance maladie mais peut s'y affilier et obtenir une subvention partielle des primes sans risquer de dénonciation. Pas de permis

Tableau 2: Statut, type de permis et conséquences sociales (assurance), adapté de⁶

Remarque: La Convention relative aux Droits de l'enfant prévoit qu'un MNA bénéficie d'une protection particulière. Le but est de leur donner des bases leur permettant de grandir en sécurité et de développer des perspectives d'avenir, soit en retournant dans leur pays d'origine si cela est possible, soit en trouvant une solution durable en Suisse (ou dans un pays tiers)

clandestins. Les femmes et les enfants constituent en soi des «groupes à risque» nécessitant des approches dédiées. Les récents populations arrivées de Syrie et d'Erythrée appartiennent toutes à ce 2^{ème} groupe.

C'est essentiellement à cette seconde catégorie, souvent fortement précarisée que nous ferons référence.

La santé mentale des migrants, en comparaison de la population helvétique, est fragile^{7), 8)}. Chez les familles avec enfants, elle se traduit par une fréquentation importante des psychologues scolaires. S'il convient de nommer des «pathologies», les enfants migrants seraient plus sensibles aux troubles «fonctionnels» (douleurs abdominales chroniques, énurésie, douleurs thoraciques, sentiments de dyspnée, voire crises d'hyperventilation, troubles du sommeil, cauchemars,...), aux états dépressifs, aux troubles anxieux. Ils sont surtout marqués par les traumatismes vécus dans leurs pays d'origine ou lors de leur parcours migratoire (si l'on pense aux récents exemples des populations issues de Syrie ou venant de la Corne de l'Afrique). La violence côtoyée, parfois reproduite dans la famille, provoque des souffrances psychiques graves chez les enfants et leurs parents. Un état psychique perturbé aura bien souvent des répercussions sur les «comportements à risque», comme la survenue d'accidents de toutes sortes. La frontière avec la «maltraitance» est souvent difficile à situer, mais nécessite une attention particulière. Une revue de littérature systématique canadienne³⁾ a souligné que les enfants issus des minorités ethniques et les requérants d'asile en particulier sont sur-dépistés (8.7x les enfants autochtones), et sur-déclarés (4x) «maltraités»; les dénonciations excessives aux services de protection de l'enfant, engendrant des ruptures familiales et sociales aux conséquences graves pour la santé globale des enfants et de leurs familles, sont pointées dans cette revue effectuée dans un contexte sensiblement différent du nôtre. Leurs recommandations concluent à une nécessité d'appliquer un professionnalisme extrême dans ce domaine très sensible où le suivi clinique empathique est de mise. L'utilité ou non d'une consultation précoce avec un psychologue afin de dépister des troubles significatifs (type PTSD) est débattue⁹⁾. Une attention particulière du pédiatre lors des premiers mois reste impérative.

Les «pathologies somatiques» découvertes à l'arrivée des enfants migrants, sont dominées par une forte présence de maladies infectieuses. La première à signaler, même si elle n'est pas uniquement infectieuse, est la carie dite du «bibéron», présente chez près de 50% des enfants migrants de moins de 5 ans (contre 20% environ chez les suisses, chiffres fournis par Madrid et coll et confirmés à la suite d'une étude effectuée à Lausanne¹⁰⁾. Elle est mal connue des soignants et sa prise en

charge insuffisante. Etant donné leur origine ou leur parcours migratoire, les enfants peuvent être affectés par des maladies considérées comme «exotiques»: hépatites B (certains enfants ne sont pas vaccinés et viennent de pays à haute endémie), VIH, bilharziose, malaria ou encore tuberculose (risque majoré lors de transit par des prisons et/ou des camps de réfugiés, surtout en Afrique). Le statut vaccinal de certains enfants reste parfois précaire, même si globalement la couverture vaccinale mondiale – en particulier dans les pays du Sud – s'est fortement améliorée ces 10 dernières années. Les parasitoses digestives sont fréquentes; certains proposent un dépistage généralisé, d'autres, plus pragmatiquement un traitement systématique. Les femmes peuvent avoir subi des mutilations génitales, fréquentes dans bon nombre de pays, surtout africains (Afrique de l'Est, Egypte,...)¹¹⁾.

Il convient donc d'appliquer une médecine «géographique» et probabiliste permettant d'orienter le plus logiquement possible le bilan de dépistage. Par exemple, devant une anémie (soit clinique, soit découverte au laboratoire) ou une origine de la famille, on évoquera et recherchera une drépanocytose. Certains dérèglements, notamment hormonaux encore inexplicables, ont été constatés chez les filles provoquant l'apparition d'une puberté précoce¹²⁾ dans les mois qui suivent l'arrivée de l'enfant en Suisse. Un suivi anthropométrique régulier est essentiel, de même que l'information à une maman atten-

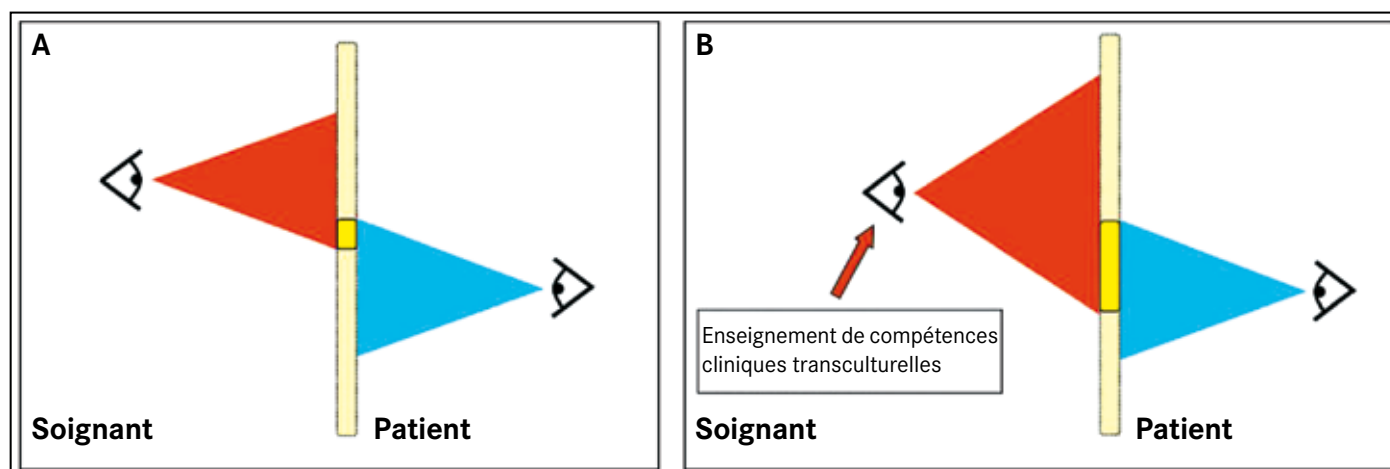


Figure 1: Qu'attendre de l'acquisition de compétences cliniques transculturelles?²⁰⁾

A. Représentation schématique de la perception d'une situation clinique (en termes de connaissances médicales, représentations de la maladie, compétences linguistiques, attentes et valeurs). Point de vue entre soignant et patient.

B. Le point de vue commun s'est élargi grâce à l'amélioration des compétences cliniques transculturelles du soignant (amélioration des connaissances médicales, compréhension des représentations de la maladie, aide d'un traducteur/interprète, exploration des attentes, meilleur partage de valeurs).

tive qui consultera au moindre signe d'apparition de développement pubertaire. Une consultation rapide spécialisée est alors impérative.

L'alimentation est un sujet de santé central. Les différentes études sur le sujet ont démontré avant tout des carences: manque de fer, de vitamines (D, A) surtout. Les attitudes de prise en charge varient: du dosage sanguin quasi systématique au dosage réservé en présence de facteurs de risque ET de symptômes cliniques pour la vitamine D¹²⁾. Par manque de moyens financiers, de connaissances de leur nouveau milieu social ou par habitude (alimentation trop grasse dans les populations sud-américaines par exemple), de nombreux migrants se nourrissent de façon déséquilibrée. On constate rapidement un taux d'obésité bien supérieur à celui de la population autochtone^{13), 14), 15)}, résultat combiné d'une mauvaise diététique et d'un manque flagrant de mouvement. Un important travail de sensibilisation et d'éducation s'avère indispensable; l'intérêt d'un médiateur capable de les rediriger vers des aliments locaux

comportant les mêmes ressources est utile. Beaucoup d'institutions ont désormais recours à des interprètes- médiateurs culturels (IMC) reconnus et certifiés; ils interagissent avec les patients migrants en faisant un travail de prévention, jouant également un rôle central dans la prise en charge des maladies chroniques (asthme, diabète, drépanocytose) où l'éducation thérapeutique est essentielle.

Le déficit général de prévention auquel fait face la population migrante est patent. Le manque d'informations concernant les connaissances en santé sexuelle, lacunaires aussi bien chez les filles que chez les garçons¹⁴⁾, est important. Les conséquences au moment de la puberté sont une prévalence élevée de grossesses non désirées, d'infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi qu'une découverte non harmonieuse de la vie sexuelle avec ses conséquences psychologiques. La prévention du tabagisme et de l'alcoolisme nécessite également une plus grande attention; les adultes migrants sont encore plus touchés par ces fléaux que la population helvétique. Une information au-

près des plus jeunes générations s'avère indispensable (voir par exemple la brochure éditée par la Croix-Rouge à l'intention des migrants).

Soulignons encore l'attention que le soignant doit porter à une famille migrante lors d'un voyage au pays d'origine et lors du retour de celui-ci. Le risque potentiel d'exposition à des maladies infectieuses en particulier est important (ex. type: malaria, fièvre typhoïde, hépatite, IST, ...). Une information ciblée avant le départ (type «consultation de médecine des voyages») ainsi qu'une attention particulière au retour du voyage (notamment lors d'état fébrile) est de mise¹⁵⁾.

De manière générale, la transmission de «l'information en santé» n'est pas faite de façon adéquate auprès des migrants. En pédiatrie, un nombre plus élevé d'hospitalisations, d'admissions en soins intensifs ainsi qu'une mortalité plus importante que celle de la population suisse ont été démontrés chez les enfants migrants en Suisse²⁾. Soulignons également l'exemple malheureux

Exemples des savoir-être, savoirs et savoir-faire à acquérir lors d'un enseignement des compétences cliniques transculturelles

Savoir-être

Acceptation de la responsabilité du clinicien à identifier et prendre en compte les aspects sociaux et culturels de la prise en charge

Savoirs

Connaissance de l'influence des facteurs socioculturels sur les croyances et comportements en matière de santé

Connaissance des barrières sociales, économiques et culturelles à l'accès aux soins, à l'adhérence thérapeutique

Connaissance des sources fréquentes de malentendus entre patient et clinicien

Reconnaissance de ses propres biais et préjugés à propos des patients et leur impact sur les soins

Connaissances spécifiques dans le domaine de la migration (démographie, épidémiologie, lois, types de permis, ressources disponibles pour les patients migrants, etc.)

Savoir-faire

Capacité à travailler efficacement avec un interprète

Capacité à identifier et explorer les facteurs socioculturels qui pourraient influencer la prise en charge du patient

Capacité à proposer un plan de traitement qui prend en compte le contexte socioculturel du patient et capacité à négocier avec le patient en cas de désaccord à propos du plan proposé

Tableau 3: Compétences Cliniques Transculturelles, l'essentiel²⁰⁾

Facteurs sociaux	Facteurs psychologiques	Facteurs médicaux
• Absence ou mauvaise couverture sociale • Précarité de la situation légale • Qualité de l'intégration des parents dans le pays d'immigration • Mineur non-accompagné (MNA) • Problème de langue (communication)	• Exposition à la violence, torture, désastre écologique avant d'arriver • Différences prononcées culturelles et de langue	• Incubation de maladie «exotique» • Passage dans des camps, prisons, hôpitaux • Différences dans le mode d'alimentation • Epidémie dans le pays de provenance, zone d'endémie palustre, ... • Calendrier vaccinal du pays de provenance

Tableau 4: «Drapeaux rouges» définissant les orientations prioritaires de la prise en charge en fonction des données sociales, psychologiques et médicales lors d'une première consultation

des enfants décédés de mort subite et inexplicable du nourrisson prédomine chez les migrants.

Afin de privilégier une approche systémique, une attention complémentaire devrait être portée aux mamans; certaines sont malades, carencées et psychologiquement fragiles. Leur niveau d'éducation scolaire est parfois minimal, voire inexistant. La sous-stimulation qui en découle pour leur progéniture (en particulier en foyer d'accueil) entraîne alors des retards d'acquisition psychomotrice insuffisamment étudiés et donc peu connus des professionnels de santé et des autorités politiques. Lorsque ces femmes accouchent en Suisse, c'est toute la puériculture qui peut être questionnée: les habitudes de couchage, d'alimentation, de soins aux nourrissons nous interpellent souvent. La prévention ciblée est encore une fois de mise. Quant aux pères, leur parcours migratoire et leur état de santé, souvent très précaire, ont également des répercussions sur la santé «familiale».

«Barrières d'accès aux soins»

1. Difficultés rencontrées par le personnel soignant face aux populations migrantes

La tâche n'est pas aisée pour le professionnel de la santé confronté à un patient migrant et néophyte en ce qui concerne le système de santé suisse. Un récent travail¹⁶⁾ l'a bien démontré. Trois difficultés majeures sont mises

en évidence: le **contexte linguistique**, la **différence de système référentiel** entre le médecin et le patient ainsi que le **profil particulier du patient**. Le professionnel de la santé ne peut à lui seul répondre à tous ces défis!

Beaucoup trop de consultations médicales se passent dans l'incompréhension totale soigné-soignant¹⁷⁾. Pour y remédier, il est possible de faire appel à des IMC, trop peu sollicités, qui se heurtent, au manque d'initiativités du médecin («perte de temps», «compliqué»), à la difficulté de financement de leurs prestations ainsi que, rarement, au refus du patient. «Le patient refuse le traducteur parce qu'il a peur de tomber sur quelqu'un de la communauté, et comme c'est une maladie taboue, il ne veut pas que ce (quelqu'un de la communauté) connaisse le diagnostic»¹⁶⁾. Un membre de la famille servira alors d'interprète, ce qui rend la discussion de certains sujets inutilement compliquée, telles que la dynamique familiale, les questions touchant à la santé sexuelle, mais aussi à la maladie en général, surtout si elle est psychique. Pourtant, l'apport d'un IMC formé est bien démontré (qualité, «économique», pertinence^{18), 19)}.

A la dimension linguistique s'ajoute la dimension culturelle. Le décalage entre le système helvétique et le système d'origine que ce soit en matière de politique, de santé ou d'un point de vue social est flagrant. Acquérir des «Compétences Cliniques Transculturelles» (CCT) 20 (= ensemble d'attitudes, de connais-

sances et de savoir-faire permettant à un professionnel de santé de prodiguer des soins de qualité à des patients d'origines diverses) est utile. Le *tableau 3* décrit ce qu'il est nécessaire de maîtriser et la *figure 1*, de manière schématique, le gain qu'on peut en attendre; des formations ciblées sont disponibles.

2. Profil du patient migrant face au système de santé

L'enquête menée par la Confédération suisse en 2010 a montré que les migrants (les enfants ne sont pas spécifiquement pris en compte dans ce travail) fréquentaient davantage les services de santé que la population autochtone⁷⁾, en privilégiant les services d'urgences; en cause le plus souvent un manque de confiance et/ou un déficit d'information sur le fonctionnement du système de santé suisse ainsi que les barrières linguistiques avec la plupart des médecins installés en pratique privée qui ne disposent pas de services d'interprétariat.

Le patient migrant manifeste une attitude parfois «défensive» en particulier lors de certaines situations médicales «type»: syndrome de stress post-traumatique-PTSD, maladie type VIH, IST, etc. Le soignant doit apprendre à les décrypter. L'alliance thérapeutique soigné/soignant en dépendra directement. Les raisons peuvent être:

- Manque de connaissances et d'informations sur le système de santé et référence à son propre système souvent différent

Infectieux	Nutritionnel	Santé mentale, Stress post-traumatique	Problèmes généraux d'intégration	Etats morbides observés
Parasitoses digestives	Anémies carencielles (martiale)	Vécu des systèmes d'humiliation	Prévention toxicomanie, alcoolisme, tabagisme,	Difficulté d'avoir un âge précis de l'enfant
Hépatite B	Malnutrition	Vécu des guerres, violences	Infections sexuellement transmissibles	Problèmes dentaires («carie du biberon»)
Malaria (en cas de fièvre)	Obésité	Vécu de l'éclatement familial		Retard de développement
Tuberculose, VIH	Rachitisme*			Puberté précoce
Dermatologique: • gale • leishmaniose • mycose				Problèmes auditifs et de vision
				Problème de santé motivant la venue en CH: (cardiopathie, paralysie cérébrale, etc.)

Tableau 5: Problèmes de santé les plus courants chez les enfants migrants («avoir en tête»)

*Signes et symptômes évoquant un déficit en vit D:

- Nourrissons: convulsions, tétanie, cardiomyopathie
- Enfants: douleurs, myopathie entraînant un retard de l'acquisition de la marche, rachitisme clinique
- Adolescent: douleurs, faiblesse musculaire, signes cliniques de rachitisme ou d'ostéomalacie, y-c radiologiques évoqués lors de pathologie traumatique (fracture aux urgences)

- Manque de confiance dans le système de santé parfois en lien avec des expériences antérieures douloureuses
- Difficultés financières
- Pression de l'employeur
- Peur de la dénonciation
- Manque d'éducation en santé
- Propre vision de la maladie, différente de celle habituellement (re)connue en CH

Recommandations pour la consultation d'arrivée (= 1^{er} contact avec le système de santé)

I. Les 4 points suivants orientent les priorités:

1. Prendre en compte les données sociales, psychologiques et médicales les plus importantes (*tableau 4*)
2. Cerner les problèmes de santé les plus fréquents posés par les enfants migrants (*tableau 5*); il faut savoir les rechercher (anamnestiquement et/ou lors de l'examen clinique). Une réflexion par «tranche d'âge» est utile (*tableau 6*)
3. Proposer un bilan d'arrivée pertinent (*tableau 7*)
4. Proposer un suivi cohérent de l'enfant et de sa famille

II. Pour un enfant, parfois une famille avec plusieurs enfants se présentant en consultation, il est nécessaire de pouvoir détecter rapidement si:

1. L'enfant ou un membre de sa famille présente un problème de santé pour la collectivité (rare, mais vu qu'il n'y a plus d'«examen de frontière», il faut penser à la tuberculose, à certaines épidémies actives dans le pays d'origine: Fièvre, Ebola en 2014-2015, une rougeole clinique ...)

2. L'enfant présente un problème de santé aigu dont il faut s'occuper immédiatement, comme pour tout autre enfant, et **sans** la moindre restriction liée à son statut juridique! Il faut avoir à l'esprit un certain nombre de pathologies dites d'importation et les périodes d'incubation de certaines maladies¹⁵⁾
3. L'enfant présente à l'évidence un problème de santé mentale et ou de risque psychosocial nécessitant des mesures de protection et d'encadrement immédiates. Nous pensons en particulier aux MNA

Ces conditions, si elles sont présentes, vont influencer le «calendrier» de la prise en charge (*tableau 4*) puisqu'il faudra s'en occuper de manière prioritaire (nécessité d'hospitalisation, de mesures d'isolement» pour l'enfant et/ou sa famille, etc.).

III. Dans la grande majorité des situations cependant, l'enfant migrant, quel que soit son âge, paraît être en parfaite santé physique. Les buts d'une première consultation seront alors:

1. **Créer des conditions de confiance** par une anamnèse et un examen clinique complet, effectués en famille et avec un médiateur culturel formé (en particulier si la communication est sommaire). Une prise de sang n'est pas immédiatement nécessaire.
2. **L'examen clinique complet et dirigé** respectera certains points prioritaires (*tableau 2 et 4* à récapituler avant chaque consultation).
3. **Décider du bilan d'arrivée et l'expliquer!** Ces «bilans» peuvent être vécus comme invasifs et très stigmatisants (recherche de VIH, drépanocytose, hépatite B, voire simplement le fait de «prendre du sang»)

4. Planifier les consultations suivantes:

- Si test de Mantoux : 48-72 heures après l'avoir effectué: le lire et l'interpréter
- Une prise de sang sera effectuée après quelques semaines, et ses résultats seront expliqués
- Examen détaillé du **développement psychomoteur**. Suivi attentif des données anthropométriques.
- Examen détaillé des organes des sens, en particulier la vision (orienter vers un médecin spécialiste au besoin)
- **Examen dentaire** (par un médecin-dentiste si doute quelconque)
- Evaluation de **l'état psychologique** de l'enfant et sa famille afin de décider ou non d'une orientation spécialisée. Les troubles psychosomatiques sont très fréquents et ne doivent pas être inutilement médicalisés (douleurs abdominales chroniques (DAC), énurésie en particulier)
- Evaluer après quelques mois la qualité de **l'intégration scolaire** de(s) l'enfant(s) et de **l'intégration sociale** de la famille
- Un certain nombre de consultations de suivi peuvent être logiquement regroupées (par un personnel administratif formé et sensibilisé à ces questions) afin de faciliter la vie des familles migrantes et celle des structures de santé par exemple:
 - Evaluation du développement et de la vision/audition
 - Consultation du médecin dentiste
 - Prestation sociale/et de prévention – conseillère en santé sexuelle par exemple
- 5. S'assurer que **l'information** (au besoin avec des documents écrits, traduits) **sur le système de santé**, les attitudes à adopter en cas de souci de santé (téléphones,

Nouveau-né	Enfant d'âge pré- scolaire	Enfant d'âge scolaire et adolescent
• Rechercher une contamination maternelle (hépatites, VIH, syphilis) • Chagas si provenance d'Amérique latine (Bolivie surtout) • Données anthropométriques	• Signes cliniques de malnutrition, de carences (phanères, peau, yeux), de rachitisme • Examen de la dentition (lactéale et permanente) • Hépatomégalie et/ou splénomégalie • Anémie (paume des mains, conjonctive) • Ictère • Cicatrice de BCG • Données anthropométriques	• Rechercher des séquelles de RAA (souffle cardiaque) • Rechercher des signes d'imprégnation tuberculeuse (toux chronique ou amaigrissement) • Hépat/splénomégalie • Rechercher une pathologie psychosomatique • Rechercher une pathologie psychiatrique – conduites à risque (enfant des «rues», consommation de substances, alcool, ...) • Préciser la situation scolaire de l'enfant dans son pays d'origine • Données anthropométriques • Stades pubertaires

Tableau 6: Quelques repères anamnestiques et cliniques en fonction des tranches d'âges des enfants

structure de recours), y.c. lors de problèmes courants (fièvre, accident et traumatisme) a été délivrée. Elle peut être complétée aussi bien par le personnel infirmier, que social, que par un médiateur culturel... Les rôles des uns et des autres doivent être complémentaires et répartis de façon harmonieuse. Chaque région bénéficie de ses propres ressources qu'il faut connaître et savoir proposer activement. Les ressources internet sont immenses, mais nécessitent une «sélection»!

6. Remplir le Carnet de santé, avec un accent particulier sur les données anthropométriques (poids, taille, IMC, développement pubertaire, dentition)

Le recours à des médecins spécialistes pédiatriques est souvent nécessaire. La concertation et le «pilotage» de la santé des enfants par le médecin de famille est essentiel. Pour les MNA, suivis par des pédiatres ou des médecins généralistes, le recours à une consultation spécialisée de médecine de l'adolescence est souvent utile, mais pas exclusive.

Une circulation de l'information médicale, des décisions partagées entre médecins de premier recours et spécialistes, la participation des uns et des autres aux réseaux organisés, toujours en présence de médiateurs culturels,

desivent être une règle de travail respectée par tous. Les informations de santé devant parfois être transmises aux autorités politiques, le médecin de famille doit être le partenaire prioritaire de celles-ci, dans le respect absolu de la confidentialité médicale.

Conclusion

Nous avons tenté de dresser un bilan de l'état de santé des enfants migrants en Suisse et des recommandations générales de prise en charge médicale des enfants et famille migrantes. Deux éléments principaux sont à retenir: premièrement, l'état de santé des enfants migrants a tendance à se dégrader une fois l'individu et la famille établis en Suisse. Il apparaît donc prioritaire d'améliorer leur intégration au système de santé helvétique. Il ne s'agit pas là de pousser les gens à consulter davantage mais bien à «mieux» consulter et de leur garantir une meilleure «éducation en santé» et leur permettre de «mieux» consulter. Deuxièmement, si l'on veut leur permettre d'atteindre cet objectif, il est tout aussi évident qu'il faut renforcer les compétences médicales et les recommandations de bonne pratique pour l'ensemble des soignants²¹). Le médecin ne peut pas répondre seul à un tel enjeu. Il s'agit d'un travail de santé publique au sens le plus noble du terme.

Aujourd'hui, notre mode de vie globalisé nous donne l'opportunité de côtoyer d'autres cultures mais ce n'est pas pour autant que nous les connaissons réellement. Nous devons donc nous référer à des spécialistes du domaine et mettre progressivement en place des cursus de formation d'«experts communautaires» ainsi que des programmes concertés de recherche dans le domaine. L'accueil empathique, bienveillant et attentif reste cependant de la responsabilité de chacun.

Liens internet utiles

www.elearning-iq.ch

formation continue online, proposé par l'OFSP.

www.migesplus.ch/migesexpert

Informations pour médecins, centrées sur les questions en lien avec la migration, par la Croix-Rouge suisse.

Références

- 1) Ofri D. Tornement. N Engl J Med 2004; 350: 2227.
- 2) Jaeger FN and coll. The Health of migrant children in Switzerland Int J Public Health (2012) 57: 659–71.
- 3) Pottie K and coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ 2011. DOI:10.1503/cmaj.090313.
- 4) Barrozino T and Hui C editors. Caring for Kids New to Canada/Les soins aux enfants neo-canadiens. 1st ed. Canadian Paediatric Society; 2013. Available from: www.enfantsneocanadiens.ca et www.kidsnewtocanada.ca.

Enfant cliniquement sain	Enfant cliniquement malade
1ère consultation: - Anamnèse et examen clinique détaillés - Exclusion d'un problème nécessitant des mesures immédiates d'isolement ou de protection - Synthèse, explication, calendrier des consultations Quelques jours plus tard (= J 1) - Test de Mantoux si indiqué - Compléter les vaccinations selon âge, antécédents, provenance, ... - Déparasitage ou examen de selles si indiqué J 3: - Lecture et interprétation du test de Mantoux Après 4–6 semaines: - FSS, ferritine, sérologies (tétanos, hépatite B et autres en fonction de la provenance géographique de l'enfant et des circonstances anamnestiques (VIH, hépatite, hémoglobinopathies, vit D)) ... Après 8 semaines: - Compléter examen du développement, audition, vision, etc ... - Discuter des résultats d'examen sanguins - Vaccinations à compléter selon dosage de la «réponse vaccinale»	- Rechercher avec grande attention les pathologies d'importation graves et relativement fréquentes, selon la provenance géographique de l'enfant migrant, par exemple: - En cas de provenance d'une zone d'endémie palustre: exclure une malaria si fièvre objectivée ou retrouvée à l'anamnèse (test rapide et frottis sanguin) - En cas d'état fébrile et selon le contexte clinique et géographique, exclure - également - Fièvre typhoïde - Dengue - Méningite à méningocoque, - Amibiase, - Hépatite (...) - Exclure une tuberculose pulmonaire en cas de toux chronique, mauvais état général - Planifier la suite du bilan d'arrivée en Suisse (cf. enfant cliniquement sain)

Tableau 7: Proposition d'attitude à adopter face à un enfant (sain ou malade) («bilan d'arrivée»): calendrier indicatif

Pour le dépistage des maladies infectieuses, se référer à l'article «Memento pour le diagnostic et la prévention des maladies infectieuses et la mise à jour des vaccinations au près d'enfants et adolescents migrants en Suisse, asymptomatiques, Paediatrica N° spécial sur les migrants 2016

- 5) Guerreiro AIF and coauthors. Ensuring the Right of Migrant Children to Health Care: the Response of Hospitals and Health Services. City International Organisation for Migration (IOM) Regional Liaison and Coordination Office to the European region; 2006.
- 6) Althaus F, Paroz S, Renteria S-C, Rossi I, Gehri M, Bodenmann P. La santé des étrangers en Suisse: Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire? Forum Med Suisse 2010; 10(4); 59.
- 7) Office fédéral de la Santé Publique (OFSP), Santé des migrants et des migrants en Suisse: Principaux résultats du deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse, 2010.
- 8) Gabadinho A, Wanner P, Dahinden J. La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM, Swiss forum for migration and population studies, 2007.
- 9) Peltonen K, Palosaari E. Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: a literature review. Aggressive behavior 2010 vol 36: 95-116.
- 10) Jaeger F, Hohlfield P. Comment agir concrètement contre l'excision des filles en Suisse. Forum Med Suisse 2009; 9: 433-39.
- 11) Madrid C et coll. Carie du biberon : un caillou dans la chaussure de la santé. RMS, 2012; 8: 764-8.
- 12) Virdis R et coll. Precocious puberty in girls adopted from developing countries. Arch Dis Child 1998; 78: 152-4.
- 13) www.gov.uk/government/publications/vitamin-d-advice-on-supplements-for-at-risk-groups
www.healthystart.nhs.uk. <http://bpabg.co.uk/position-statements/vitamin-d-and-fractures>.
- 14) Depallens SD, Puelma MJ, Krähenbühl JD, Gehri M. The health status of children without resident permit consulting the Children's Hospital of Lausanne. Swiss Med Wkly 2010 Jul 15; 140: 13048.
- 15) Thomas G, Fox, John J, Manaloor, John C, Christenson. Travel-Related Infections in Children. Pediatr Clin N Am 60 (2013) 507-27.
- 16) M. F. Spigariol, Précarité dans un service d'urgence: utilité d'un outil de dépistage, travail de master 2011, UNIL-CHUV.
- 17) Miauton A. Formation postgraduée en compétences cliniques transculturelles: Intégration d'une perspective transculturelle au sein de l'enseignement de 4 spécialités médicales, Mémoire de Maîtrise en médecine, 2013, UNIL- CHUV.
- 18) Léanza YR. Exercer la pédiatrie en contexte multiculturel. Georg ed, 2011.
- 19) Office fédéral de la Santé Publique (OFSP), Des ponts linguistiques pour mieux guérir: L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse, 2011.
- 20) Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green AD, Bodenmann P. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale : Quels besoins, quels outils, quel impact? Forum Med Suisse 2010; 10 (5): 79.
- 21) Jaeger F N, Kiss L, Hossain M, Zimmerman C. Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective-improving hospital care for migrant children. BMC Health Services Research 2013; 13: 389.

Remerciements

Pierre-Alex Crisinel
Sharon Ratnam
S. Mustapha Mazouni

Correspondance

Dr Mario Gehri, PD
Médecin-chef
Hôpital de l'Enfance
Ch. de Montétan 14
1000 Lausanne 7
mario.gehri@chuv.ch

Les auteurs certifient qu'aucun soutien financier ou autre conflit d'intérêt n'est lié à cet article.