

PRISE EN CHARGE des ENFANTS MIGRANTS

*Cinquième journée pédiatrique d'Ariège
15 octobre 2019*



Introduction

- Augmentation du flux migratoire vers l'Europe depuis 2015 ^{1,2,3}
[annexe 1]
- Peu de données sur la santé des migrants, en particulier des enfants
- Enjeux politiques, socio-économiques et sanitaires, affectant les populations migrantes et les populations résidentes
- Nombreuses idées reçues
- Méconnaissance des dispositifs médico-sociaux existants

Terminologie

« migrant », « réfugié », « demandeur d'asile », « exilé » ... ?

Définition proposée par *l'International Society for Social Pediatrics and Child Health* ¹ :

« the term “migrant children” refers to children and adolescents less than 18 years of age who are or were on the move and who experience unfavourable conditions »

Population considérée : migrants primo-arrivants

Les enfants migrants en Europe

Données UNICEF, UNHCR, OIM, OMS :

- 1 migrant/4 est un enfant, sur la période de Janvier-Juin 2019 ⁴
- 1 demandeur d'asile/3 est un enfant ^{5,6,7}
- 72 600 enfants en demande d'asile ont été recensés entre Janvier et Mai 2019 en Europe ⁴
- 1 enfant/5 est non accompagné ^{3,7,8,9}

[annexe 2]

La santé des migrants en Europe

Un état de santé qui se dégrade (source IRDES 2018 ¹⁰)

- Les migrants ont des problèmes de santé semblables à la population générale, avec certaines spécificités ^{2,11}
- Ils sont les 1^{ères} victimes de leur migration
 - Ils ne constituent pas un risque important pour les populations résidentes ^{2,3,7,12}
 - Ils n'importent pas d'infections exotiques ^{2,12}
- Vulnérabilité à chaque étape de leur parcours de migration (y compris après leur arrivée dans le pays d'accueil)

La santé des enfants migrants en Europe

Les enfants migrants sont hautement vulnérables ^{1,3,6,9,11,12}
(en particulier les mineurs non accompagnés ^{1,3,5,7})

- Risques différents selon leur pays d'origine, les conditions de leur périple et les modalités d'accueil ^{1,2,3,6,9,10}
- Risque élevé de :
 - **Psychotraumatismes**
 - **Malnutrition**
 - **Infections**
- En France ¹³:
 - surmortalité des enfants migrants
 - surmortalité maternelle
 - fréquence plus élevée de fausses-couches, prématurité, hypotrophie

Droits de l'Enfant

Convention Internationale des Droits de l'Enfant (1989)

Sur 197 États signataires, seuls les États-Unis ne l'ont pas ratifiée

« Chaque enfant a droit à un niveau de vie suffisant et à
jouir du meilleur état de santé possible. »

(articles 2, 3, 6, 9, 20, 22, 24, 26, 27, 30, 39)

Tout enfant migrant, quel que soit le statut juridique de ses
parents, doit pouvoir bénéficier de soins optimaux tels qu'ils sont
délivrés à la population résidente ⇒ **Prise en charge médicale,
psychologique et sociale**

De nombreux États de l'UE/EEE accueillant des enfants migrants, y
compris la France, ne respectent pas ces droits ^{3,4,7,9}

Législation française concernant les mineurs ¹¹

Prise en charge des frais de santé dès l'arrivée sur le territoire sauf à Mayotte

Mineurs non accompagnés et autorité parentale pour les soins ?

« En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, **si le mineur est accompagné par un majeur de son choix**, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des **actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention** s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle. »

« Concernant la domiciliation, en accord avec la note d'information du 5 mars 2018 relative à l'instruction DGCS/SD1B/2016/188 du 10 juin 2016, **les organismes domiciliaires peuvent établir une attestation d'élection de domicile au bénéfice de mineurs** ayant des besoins propres en matière d'accès aux droits, de couverture maladie ou d'autres prestations sociales. »

Droits de l'Enfant à Mayotte

A Mayotte, les Droits de l'Enfant sont bafoués, malgré la modification du code de la santé publique en 2012.

Rapport du Défenseur des Droits (septembre 2015) :

« la modification, introduite par l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 (article L 6416-5) a constitué un progrès dans la mesure où les soins destinés aux mineurs et ceux destinés à préserver la santé des enfants à naître sont totalement pris en charge sans qu'aucune condition d'urgence et de gravité ne puisse être opposée. Or, il s'avère que celle-ci n'est pas systématiquement appliquée en raison d'absence d'instructions émanant des autorités compétentes et pour des raisons budgétaires (...)

Le Défenseur des droits a exigé que soient prises les décisions pour permettre l'application des dispositions de l'ordonnance n°2012-785 du 31 mai 2012. »

- ↳ ni CMU
- ↳ ni AME
- ↳ ni affiliation directe à la Sécurité Sociale

Écueils dans l'accès et le recours aux soins ^{1,3,6,8,9,10,11,13}

- Méconnaissance des droits et du système de soins, par les populations migrantes et par les professionnels
- Difficultés d'accès à la médecine de ville, aux spécialistes, aux soins de prévention
- Barrière de la langue
- Précarité socio-économique, exposant les migrants après leur arrivée dans le pays d'accueil
- Moindre accès à la complémentaire santé
- Moindre intégration sociale, discrimination
- Différences culturelles

Quelles recommandations ?

Recommandations de la Commission Européenne

Manuel pour l'établissement d'un bilan de santé de réfugiés et migrants dans l'UE/EEE ²

Recommandations du Ministère des Solidarités et de la Santé ¹¹

Parcours de santé des migrants [annexe 3] qui prévoit un « Rendez-vous santé » gratuit pour les primo-arrivants, au sein de structures pivot telles que les **PASS** (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) [annexe 4] en coordination avec les autres structures médicales [annexe 5]

Pas de recommandations spécifiques pour les enfants migrants, bien qu'il s'agisse d'une population des plus vulnérables

« Rendez-vous Santé » pour les primo-arrivants

Entretien initiant le parcours de santé des migrants primo-arrivants

- ⇒ **Délivrance d'une information approfondie** sur les principes de la santé en France, les règles de fonctionnement du service public et du système de soins, la prise en charge des soins, la santé des femmes, la santé et la protection des mineurs
- ⇒ **Examen clinique général**
- ⇒ **Evaluation et mise à jour du statut vaccinal**
- ⇒ **Dépistage de la tuberculose** pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité (OMS : Afrique, Amérique du Sud et Amérique Centrale, Asie y compris Moyen-Orient, Europe de l'Est hors UE)
- ⇒ **Proposition systématique de dépistage du VIH, VHB, VHC**
- ⇒ **Autres examens** en fonction des résultats de l'examen clinique, facteurs de risque (BU, hémoglobinopathies, diabète, saturnisme, examen des selles)
- ⇒ **Evaluation des besoins en santé mentale**

Quelles recommandations pour les enfants ?

Seuls 8/31 États européens (UE/EEE) membres de l'European Academy of Paediatrics (EAP) disposaient de recommandations en 2017.

Publication en Juin 2019 d'un document validé par l'EAP :
Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments ⁶

↳ 12 recommandations pratiques (générales et médicales),
concernant les visites initiale et de suivi.

issues des directives nationales et recommandations des sociétés pédiatriques de 31 États européens et des recommandations Canadiennes, Américaines et Australiennes.

Elles concernent tous les médecins, en complément et suite du « RDV Santé » s'il a eu lieu.

*Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments*⁶

RECOMMANDATION n°1

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

Si l'enfant est seul, il est conseillé de reporter le RDV

S'il s'agit d'un enfant non accompagné, solliciter les Services de protection de l'enfance

*Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments*⁶

RECOMMANDATION n°2

S'assurer de l'absence de difficultés de communication
Avoir recours à un interprète professionnel si besoin (grade C)

Interprétariat physique au mieux, par téléphone ou vidéo sinon

En l'absence de traducteur, préférer différer le RDV, la barrière de la langue étant l'un des principaux écueils à la prise en charge des migrants

Favoriser l'interprétariat professionnel

Intégrer les aspects culturels dans la relation avec les familles

Possibilité de recours à des outils de communication tels que des pictogrammes ou des photos

Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments⁶

RECOMMANDATION n°3

Interroger l'enfant et ses parents sur les problèmes de santé qu'ils ont eux-mêmes identifiés (grade D)

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

Questionnaire « HEALTH » [annexe 6]

*Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments*⁶

RECOMMANDATION n°4

Evaluer la croissance, le développement psychomoteur, les constantes vitales

Rechercher des signes évocateurs de malformations congénitales, d'un retard de développement, de tumeurs, de pathologies infectieuses (grades C et D)

Prévalence accrue de troubles de la croissance, en particulier retard de croissance staturo-pondéral

Les infections, aiguës ou chroniques, sont les pathologies les plus courantes chez les enfants migrants, affectant 60% d'entre eux

*Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments*⁶

RECOMMANDATION n°5

Rechercher des problèmes visuels et auditifs par l'interrogatoire et par un examen de dépistage (grade D)

Peu d'informations quant à la fréquence des troubles visuels et auditifs chez les enfants migrants

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

*Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments*⁶

RECOMMANDATION n°6

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

Les infections cutanées et des tissus mous sont parmi les plus fréquentes chez les migrants, en raison de mauvaises conditions d'hygiène durant leur parcours

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

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

*Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments*⁶

RECOMMANDATION n°7

Evaluer et mettre à jour le statut vaccinal

La couverture vaccinale est très variable parmi les enfants migrants

Il est recommandé d'effectuer un rattrapage selon le calendrier vaccinal de chaque pays

Les sérologies vaccinales ne sont pas recommandées

*Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments*⁶

RECOMMANDATION n°8

Bilan sanguin systématique :

- NFP (grade B)
- AgHBs, Anti-HBs, Anti-HBc (grade B)

Bilan complémentaire : (grades C et D)

- Vitamine D : peau sombre, vêtements couvrants, signes de rachitisme
- Sérologie bilharziose et Ag urinaire : Afrique sub-saharienne
- Sérologie VIH ou PCR : Afrique sub-saharienne ou facteurs de risque
- Paludisme : fièvre
- Sérologie strongyloïdose : immunosuppression connue ou suspectée
- Sérologie syphilis : activité sexuelle ou abus sexuels
- Sérologie VHC : controversé

Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments⁶

Anémie

Carence martiale = 1^{ère} cause d'anémie dans le monde et chez les enfants migrants

Moindre prévalence de la thalassémie, la drépanocytose, le déficit en G6PD

Parasitoses

Hépatite B

Hépatite B = 1^{ère} cause d'hépatite dans le monde, avec un risque de chronicisation jusqu'à 50% chez les enfants de < 5 ans, et 90% chez les nouveau-nés

La prévalence de l'infection par le VHB est très variable parmi les enfants migrants (jusqu'à 10%)

Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments⁶

Déficit en Vitamine D et rachitisme

Dosage 25(OH)D < 25 nmol/l

Peu d'études concernant les enfants migrants

Dépistage à orienter selon les facteurs de risque et la clinique

Bilharziose

Espèces les plus fréquentes : *S.mansoni* (B.intestinale et hépatosplénique)
et *S.haematobium* (B.urogénitale)

Prévalence variant de 9 à 60% chez les enfants en provenance de l'Afrique
sub-saharienne

Hématurie, troubles digestifs dont diarrhée sanglante, anémie

Sérologie : test le plus sensible

Ag circulants urinaires : test rapide et peu coûteux

Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments⁶

VIH

En Europe, entre 1999 et 2006, plus de la moitié des personnes VIH+ étaient des migrants, majoritairement d'Afrique sub-saharienne. Risque de transmission maternelle chez les enfants provenant de zones d'endémie

Sérologie : enfants > 18 mois

PCR : enfants < 18 mois

Paludisme

Frottis et goutte épaisse : en cas de symptômes uniquement (fièvre, céphalées, troubles digestifs, ictère, HSMG...)

Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments⁶

Strongyloïdose (Anguillulose)

Prévalence jusqu'à 25% des enfants migrants, souvent paucisymptomatique, mais pouvant disséminer même après des dizaines d'années, en cas d'immunodépression

Syphilis

En dehors de la syphilis congénitale, la contamination est essentiellement sexuelle, et l'infection souvent asymptomatique chez l'enfant.

Sérologie (VDRL, TPHA) à réaliser en cas d'abus sexuels suspectés

Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments⁶

Hépatite C

Prévalence de l'hépatite C chez les migrants en Europe : entre 1 et 7%.

Peu de données chez les enfants, mais risque de chronicisation estimé à 80% chez les nouveau-nés infectés.

Sérologie : enfants > 18 mois

PCR : enfants < 18 mois

Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments ⁶

RECOMMANDATION n°9

Dépistage de la tuberculose latente : IDR ou Quantiféron®(IFN γ)

Les enfants migrants sont particulièrement exposés et vulnérables, avec un risque majoré d'évoluer vers une tuberculose maladie.

Quantiféron® à privilégier si vaccination antérieure par le BCG, mais risque de faux négatifs chez les jeunes enfants < 5 ans

En cas d'ITL ou de tuberculose maladie :
appliquer les recommandations nationales

Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments⁶

RECOMMANDATION n° 10

Réaliser un traitement empirique des parasitoses intestinales chez tous les enfants > 2 ans et > 10kg

⇒ 1 dose unique de 400mg d'Albendazole (ZENTEL®)

Traitement efficace contre le Helminthes, intermédiaire contre *S.stercoralis*, inefficace contre *G.lambliia*

$\frac{1}{2}$ dose de 200mg discutée entre 1 et 2 ans

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

*Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments*⁶

RECOMMANDATION n° 11

Programmer les visites médicales de suivi :

- Mise à jour des vaccinations
- Synthèse des résultats
- Dépistage des troubles psychiques
- Dépistage des mutilations génitales féminines
- Coordination du suivi médical

L'appréciation de l'état psychique, de troubles émotionnels ou comportementaux, est primordial, en particulier chez les enfants non accompagnés.

Questionnaires de santé mentale en 60 langues : <http://www.sdqinfo.com/>

*Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments*⁶

RECOMMANDATION n°12

Délivrer aux parents/représentant légal de l'enfant un compte-rendu de l'évaluation et de la prise en charge (copie à conserver)

Cette recommandation vise à assurer une meilleure coordination des différents intervenants, en tenant compte de possibles déplacements ultérieurs

Il peut être conseillé aux parents de photographier les principaux documents de santé concernant leur enfant (ex: carnet de vaccinations...)

En pratique en Ariège [annexes 7,8,9,10]

- Les migrants sont généralement hébergés en structure d'accueil
 - CADA, CAO, foyers inter-générationnels...
 - Existence de partenariats avec des médecins généralistes libéraux, des psychologues et des services d'interprétariat pour faciliter l'accès aux soins
- 3 PASS médico-sociales : CHIVA ⇨ Foix et Lavelanet , CHAC ⇨ St-Girons
 - PEC des migrants primo-arrivants par l'unité de Santé Publique à Foix : PASS, Centre de Vaccination, CeGIDD, CLAT (31) (peu d'ETP médical et IDE dédiés sur la PASS)
 - sur site ou hors les murs
 - avec interprétariat téléphonique
 - dépistage, vaccination, PEC des problèmes de santé (lien avec les spécialités hospitalières : pédiatrie du CHIVA)
 - PEC multidisciplinaire +++/ Assistante Sociale : accès aux droits, à la dignité
- Relais par le secteur libéral (manque de généralistes et pédiatres / interprétariat?), les PMI, les hôpitaux, les CMP et CMPP (besoins en santé mentale sous-estimés et prise en charge psychologique/psychiatrique insuffisante)
- Accès difficile aux soins dentaires
- ⇨ importance du suivi par un médecin référent

Conclusion

- Nécessité de **recommandations pédiatriques actualisées**
- **Meilleure coordination** des intervenants médico-sociaux
- Disponibilité facilitée à l'**interprétariat linguistique**
- **Meilleure prise en charge de la souffrance psychologique**
- Intégration dans le **suivi pédiatrique classique**
- **Non-participation à la détermination de l'âge**
- **Accès aux mêmes droits pour les enfants migrants à Mayotte**

Annexe 1 : Les migrants en Europe

Rapport OMS 2018 ⁸

En Europe : augmentation des migrants arrivant depuis 2015

- > 90 millions de migrants en 2017 (35% des migrants internationaux)
- presque 10% de la population totale en Europe

"No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH"

Source Insee 2019 ¹⁴

En France :

- 6,5 millions d'immigrés en 2018 dont 4,1 millions d'étrangers
- 9,7% de la population totale en France, avec 6,1% d'étrangers

Annexe 2 : Les enfants migrants en Europe

Situation pour l'année 2018 (source UNICEF, UNHCR, OIM ⁵) :



In **2018**, European countries* recorded some **602,920 new asylum seekers**. Nearly **a third of them (32%) were children (191,360)**. This included 20,325 UASC (Unaccompanied And Separated Children)

In 2018, nearly half of all child asylum seekers were from the Syrian Arab Republic (28%), Iraq (10%) and Afghanistan (9%), with an increased number of child asylum seekers from Eritrea (4%), Turkey (4%), Venezuela (3%), Nigeria (3%) and Iran (3%).

As in previous years, **Germany** remained the top destination for refugee and migrant children, registering **43%** of all child asylum applications in 2018 (78,270 children). Other countries that recorded large numbers of child asylum seekers include **France** (24,145 children, **13%**), **Greece** (21,770 children, **11%**), Spain (11,035 children, 6%), the United Kingdom (8,975 children, 4%) and Italy (8,535 children 4%).

Greece remains the country with the highest number of first-time applicants relative to the population.

Annexe 3 : Parcours de santé des migrants

Instruction du 8 juin 2018 du Ministère des solidarités et de la santé relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants ¹¹/Avis HCSP du 6 mai 2015

Objectifs :

- 1- Faciliter l'accès à la prévention et aux soins, par une meilleure information des populations concernées et des professionnels
- 2- Organiser une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires de droit commun, y compris la médecine de ville; améliorer le parcours en santé mentale et l'accès à l'interprétariat professionnel
- 3- Développer une coordination renforcée au niveau national et un pilotage régional du parcours de santé des migrants au sein des PRAPS 2018-2022 (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins)

Annexe 4 : Organisation du « Rendez-vous Santé »

Il concerne les migrants en attente d'une prise en charge des frais de santé.

Il est réalisé par des structures médicales pivot, intégrant les aspects **sanitaires, sociaux, psychologiques/psychiatriques et informationnels** :

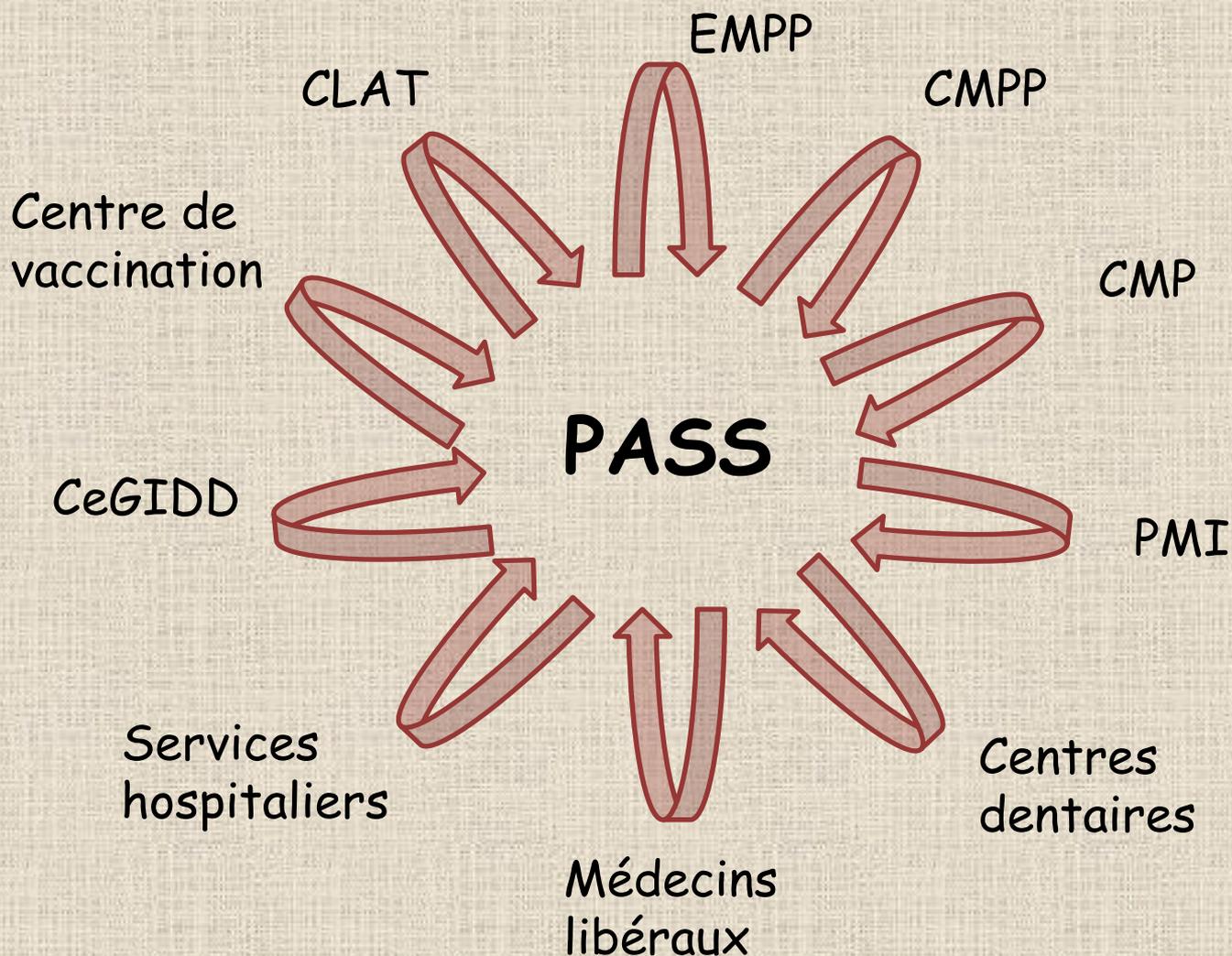
- **PASS** (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)
- Centres de Santé
- Maisons pluri professionnelles ...

↪ binôme médecin généraliste + psychiatre/psychologue, ou médecin généraliste formé

↪ partenariat avec les autres structures médico-sociales

↪ orientation et insertion dans le système de soins de droit commun dès couverture par la CMU ou l'AME

Annexe 5 : Coordination des structures de Santé



Annexe 6 : « HEALTH »

acronym summarising key questions for practitioners providing health care to asylum-seeking patients

<u>Category :</u>	<u>Questions :</u>
Home	Country of birth and/or country of origin? Did (s)he receive health care (including screening/prevention) before leaving home?
Escape	Escape route? Total duration of escape?
Arrival	Date of arrival in host country?
Language	Languages spoken? Preferred language including dialect? Need of an interpreter? Preference male/female interpreter?
Transition countries	Did (s)he stop for a longer time in another country? Did (s)he become ill in a transition country? Did (s)he receive health care (including screening/prevention)?
Host country	Did the (s)he become ill in the host country? Did (s)he receive health care (including screening/prevention)? Does (s)he have an allocated primary care physician?

Annexe 7 : Accueil des enfants migrants en Ariège

Diverses structures d'accueil :

CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile)

CAO (Centre d'Accueil et d'Orientation)

CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale)

CHU (Centre d'Hébergement d'Urgence)

Foyers (accueil des Mineurs Isolés Étrangers)

Différents communes :

- Carla-Bayle (ADOMA)
- Foix (France Horizon)
- Pamiers (Hérisson Bellor)
- Saverdun (Institut Protestant)
- Mazères
- Lavelanet
- Prat-Bonrepaux
- Fabas

Annexe 8 : Unité de Santé Publique en Ariège

➤ **PASS** (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)

3 sites en Ariège, dont 1 concentre la prise en charge des migrants

⇒ **Saint-Jean-de-Verges**

↳ 1 médecin, 1 IDE, 1 AS : $\frac{1}{2}$ j / semaine
pas de psychologue

→ Lavelanet

→ Saint-Lizier

CHIVA

CHAC

➤ **CLAT** (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse)

↳ 2 IDE : temps partiel, (médecin coordonnateur 31)

➤ **Centre de vaccination**

↳ 1 médecin : $\frac{1}{2}$ j / semaine, IDE

➤ **CeGIDD**

Annexe 9 : Santé de droit commun en Ariège

➤ Secteur Libéral :

- Diminution du nombre de médecins généralistes et manque de spécialistes (dont 4 pédiatres) et dentistes
- Absence d'interprétariat (coût +++)

➤ Structures hospitalières :

- < 7 ETP pédiatres, 0 pédopsychiatre, 0 ophtalmologiste
- CHIVA : interprétariat téléphonique 24 h/24
- CHAC : interprétariat téléphonique ou physique, avec RDV

➤ PMI :

- 4 médecins
- interprétariat ponctuel, via une demande au Conseil Départemental

➤ CMP et CMPP :

- manque de médecins, délais de prise en charge et difficultés de suivi
- interprétariat ponctuel, avec RDV

Annexe 10 : Interprétariat linguistique

↪ Interprétariat professionnel

- ISM Interprétariat, Paris : 01 53 26 52 50, www.ism-interpretariat.com
- COFRIMI, Toulouse : 05 34 60 12 71 , <http://www.cofrimi.com>
- TradLibre, Toulouse : <https://www.tradlibre.fr/>

↪ Associations locales d'interprètes

↪ Ressources internes des établissements

Outils de communication :

Livrets de santé bilingues. <http://www.comede.org/livret-de-sante/>

Icones. <http://iconforrefugees.com>. <http://medipicto.aphp.fr/#/>

Application vocale. <http://www.traducmed.fr/>

Références

1. ISSOP Migration Working Group. ISSOP position statement on migrant child health. *Child Care Health Dev.* 2017;1-10. <https://doi.org/10.1111/cch.12485>
2. Manuel pour l'établissement de bilans de santé de réfugiés et migrants dans l'UE/l'EEE
3. 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 Paediatrics Open* 2019;3:e000364. doi:10.1136/bmjpo-2018-000364
4. UNICEF (April-June 2019) : Refugee and Migrant Response in Europe. Humanitarian Situation. Report # 32
5. UNICEF, UNHCR and IOM . <https://www.unicef.org/eca/emergencies/latest-statistics-and-graphics-refugee-and-migrant-children>
6. Schrier, L., Wyder, C., del Torso, S. et al. Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments. *Eur J Pediatr* (2019) 178: 1449. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03405-9>
7. Hjern A, Stubbe Østergaard L, Nørredam M-L. Health examinations of child migrants in Europe: screening or assessment of healthcare needs? *BMJ Paediatrics Open* 2019;3:e000411. doi:10.1136/bmjpo-2018-000411
8. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH (2018)
9. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/388361/tc-health-children-eng.pdf
10. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>
11. INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants
12. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>
13. http://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/01/IRSP-n%C2%B034.web_.pdf
14. Insee 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

MERCI



Enfants ~~réfugiés~~

Enfants ~~migrants~~

© UNICEF/UNI200268/Nybo

unicef  pour chaque enfant