

# État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013

## Global health of unaccompanied refugee minors in Gironde (France) between 2011 and 2013

O. Monpierre · P. Baudino · P. Rio-René · S. Maurice · D. Malvy · M.-C. Receveur

Reçu le 3 septembre 2015 ; accepté le 5 janvier 2016  
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2016

**Résumé** L'absence de recommandations médicales spécifiques pour la prise en charge des mineurs isolés étrangers (MIE) entraîne de grandes disparités selon les départements d'accueil. En étudiant leur état de santé global nous souhaitons aider à promouvoir l'idée d'un guide de bonnes pratiques pour leur prise en charge sanitaire. Notre étude décrit des données obtenues à partir d'un bilan médical systématique proposé aux MIE accueillis en Gironde entre janvier 2011 et décembre 2013. 235 MIE ont été inclus, dont 143 ont des dossiers complets. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées, et/ou les plus graves, étaient les parasitoses digestives, les bilharzioses, les filarioses, l'hépatite B, la carence martiale, le déficit en G6PD et les caries dentaires. Sur le plan psychiatrique 45 % des MIE présentaient un tableau clinique compatible avec un état de stress post traumatique. Les MIE cumulent les risques sanitaires des populations vulnérables que sont les adolescents et les réfugiés clandestins. Ils requièrent donc une attention particulière et adaptée dès leur entrée sur le territoire.

**Mots clés** Mineurs isolés étrangers · Mineurs non accompagnés · Santé des migrants · Réfugiés · Parasitose · Stress post traumatique · Gironde · France

**Abstract** The lack of clinical practice recommendations for the care of the Unaccompanied Refugee Minors (URM) cau-

ses significant disparities depending on which department they arrive. By studying their global health we're willing to promote a standard of care for them.

**Methods:** Data descriptive study from a systematic medical procedure proposed to URM who came in Gironde between January, 2011 and December, 2013.

**Results:** 235 URM were included, from Africa (71%), Asia (21%) and from Eastern Europe (8%). Among them, 143 medical files were complete. The most frequently diagnosed diseases, and/or the most serious, were digestive parasitoses (50%), schistosomiasis (7%), filariasis (6%), hepatitis B (chronic 6%, seroprevalence 28%), iron deficiency (26%, 4 % with anaemia), G6PD deficiency (8%) and tooth decays (29%). About mental disorders, 45% of the URM had a clinical presentation compatible with post-traumatic stress disorder, 4% had suicidal thoughts.

**Conclusion:** URM accumulate the health risks of teenagers and those of illegal immigrants. Consequently they require an oriented and particular care.

**Keywords** Unaccompanied foreign minors · Unaccompanied minor refugees · Refugee health · Parasitosis · Post-traumatic stress · Gironde · France

## Introduction

Le terme de mineur isolé étranger (MIE) désigne selon la définition du Parlement européen « un mineur qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui, de par le droit ou la pratique en vigueur dans l'État membre concerné, et tant qu'il n'est pas effectivement pris en charge par une telle personne ; cette expression couvre aussi le mineur qui a été laissé seul après être entré sur le territoire des États membres » [7]. Cela recouvre en réalité des situations très différentes selon leur parcours de vie et de migration. 7600 MIE étaient recensés en France en 2014.

O. Monpierre (✉) · P. Baudino · S. Maurice · D. Malvy · M.-C. Receveur  
Centre hospitalier universitaire, Place Amélie Raba-Léon,  
33000 Bordeaux, France  
e-mail : olivier.mtppier@wanadoo.fr

P. Rio-René  
Centre départemental de l'enfance et de la famille,  
21 avenue de l'hippodrome, 33326 Eysines cedex, France

S. Maurice  
Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement,  
146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux cedex, France

Sur le plan sanitaire, les MIE relèvent de l'arrêté du 11 janvier 2006 [14], et devraient donc bénéficier d'un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration, à leur arrivée. Or leur clandestinité et leur statut de mineur les écartent des circuits classiques d'immigration légale. En pratique ce sont donc les services de protection de l'enfance du département d'accueil qui prennent l'initiative du bilan médical initial, ce qui est source de disparité territoriale.

Le Conseil général de Gironde et le tribunal de grande instance de Bordeaux ont mis en place en 2009 un protocole spécifique visant à structurer l'accueil en urgence des MIE se trouvant sur le département, le dispositif de recueil et d'observation des mineurs isolés Étrangers (DROMIE).

À l'heure où l'Inspection générale des services judiciaires, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'administration publient ensemble [11] leur rapport sur l'instauration d'un dispositif national de protection, d'évaluation et d'orientation des MIE, il nous semble utile de publier notre constat, presque inédit, sur les bilans de santé effectués pendant trois années chez ces jeunes accueillis en Gironde, où un protocole de prise en charge sanitaire systématique a été élaboré.

Notre objectif [3] est de décrire l'état de santé global des MIE accueillis en Gironde sur 3 ans. La connaissance des principaux risques sanitaires auxquels sont exposés les MIE, individuellement et collectivement, permettra d'analyser objectivement la pertinence du protocole de prise en charge sanitaire instauré par le DROMIE et d'évaluer l'intérêt potentiel de la généralisation de ces procédures.

## Patients et méthodes

Selon le protocole mis en place, les MIE ont bénéficié d'un accueil infirmier, d'une consultation médicale, puis généralement d'un bilan biologique et d'une radiographie pulmo-

naire. Lors d'une deuxième consultation la synthèse des informations incluant les résultats des examens complémentaires était faite et un éventuel suivi planifié.

L'étude descriptive présentée ici rassemble des données socio-administratives (âge, sexe, origine, contexte de migration...), cliniques, paracliniques et psychologiques, collectées pour les MIE accueillis par les infirmiers et médecins du DROMIE entre 2011 et 2013, ainsi que celles, de ces mêmes MIE, figurant dans les dossiers médicaux du Centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) de Gironde et du CHU de Bordeaux. Les éléments paracliniques recueillis figurent dans le Tableau 1.

Ont été inclus dans l'analyse tous les MIE accueillis par le DROMIE entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2013, et pour lesquels un dossier a été créé, comprenant au moins les données du bilan infirmier.

Ont été exclus les sujets déclarés majeurs au terme de la période d'évaluation et ceux n'étant pas en situation d'isolement familial.

Un grand nombre de fugues, quelques refus, des hospitalisations en urgence ou des réorientations précoces vers d'autres départements expliquent les données manquantes de certains dossiers.

Nous les avons classés en 2 catégories :

- **Complets** : dossiers contenant au moins les éléments suivants :
  - Hémogramme, CRP, glycémie, transaminases, gamma-GT, fer sérique, ferritinémie, urémie, créatininémie, sérologies VIH, hépatites B et C, syphilis et radiographie pulmonaire ;
  - Et contenant également les examens suivants en cas de prescription : EPS, électrophorèse de l'hémoglobine, activité G6PD, sérologies hépatite A, bilharziose, filarirose, rougeole et rubéole.
- **Incomplets** : lorsqu'une partie des examens complémentaires manquaient.

<b>Tableau 1</b> Bilan paraclinique initial / <i>Biological statement</i> .	
<b>Systématique</b>	<b>Selon origine du MIE ou contexte clinique</b>
Hémogramme, numération plaquettaire	G6PD (Glucose 6 Phosphate Déshydrogénase)
CRP (Protéine C Réactive)	Électrophorèse de l'hémoglobine
Triglycérides, Cholestérol total, Glycémie	Sérologie Hépatite A
Transaminases, gamma-GT	Sérologie Bilharziose, Filarirose
Urée, créatinine	Sérologie Rougeole, Rubéole
Fer sérique, ferritine	Sérologie Toxoplasmose, CMV
Sérologie VIH 1 et 2	Bêta HCG
Sérologie Hépatite B, C	Frottis, Goutte épaisse
Sérologie Syphilis	EPS (Examen Parasitologique des Selles)
Radiographie Pulmonaire	

Les résultats ont été analysés sous Microsoft Excel 2007®, grâce aux outils de gestion des listes et aux tableaux croisés dynamiques.

Les données socio-administratives ont été évaluées sur l'ensemble des dossiers inclus.

Les zones géographiques ont été distribuées selon une répartition géopolitique inspirée de celle utilisée par le Comité médical pour les exilés (COMEDE) [5].

Concernant les données médicales, la prévalence des maladies étudiées a généralement été exprimée sur l'ensemble des dossiers complets. Les données issues des dossiers incomplets ont également été citées lorsqu'elles étaient pertinentes.

## Résultats

### Effectifs

De 2011 à 2013, 434 migrants ont été accueillis par le DROMIE, mais tous n'ont pas été inclus dans l'analyse des données, comme explicité dans la Figure 1.

### Démographie et origine géographique

L'âge moyen à l'entrée était de 16 ans et 50 jours avec un écart-type (ET) de 327,5 jours. Le sujet le plus jeune avait 13 ans et 3 jours, le plus âgé 17 ans et 323 jours.

La répartition des MIE par origine géographique est décrite dans le Tableau 2.

Le ratio garçons/filles était de 8,79/1. Parmi les 24 filles, 11 étaient originaires de République démocratique du Congo (RDC). La proportion de dossiers complets était nettement plus faible parmi ceux venant de la zone Afrique du Nord que pour l'ensemble des autres régions (28 % vs 72 %).

La moitié des MIE parlaient français plus ou moins couramment au début de leur prise en charge.

### Motifs d'immigration

Les raisons à l'origine du départ de leur pays d'origine étaient très variées, il s'agissait essentiellement de fuir la précarité sociale ou économique, la maltraitance ou l'insécurité (conflit géopolitique ou menaces) ; cependant il y avait également quelques MIE envoyés par des réseaux de prostitution, « d'esclavage moderne » ou de manière plus anecdotique pour devenir joueur de football professionnel.

### Pathologies diagnostiquées et prises en charge

Le nombre de consultations réalisées a été de 609, avec une médiane de 3 consultations par MIE. Au moins 72 MIE ont bénéficié d'une consultation spécialisée et/ou paramédicale.

Les principales pathologies somatiques retrouvées figurent dans le Tableau 3.

### Infections parasitaires

Des EPS ont été prescrits chez 128 MIE.

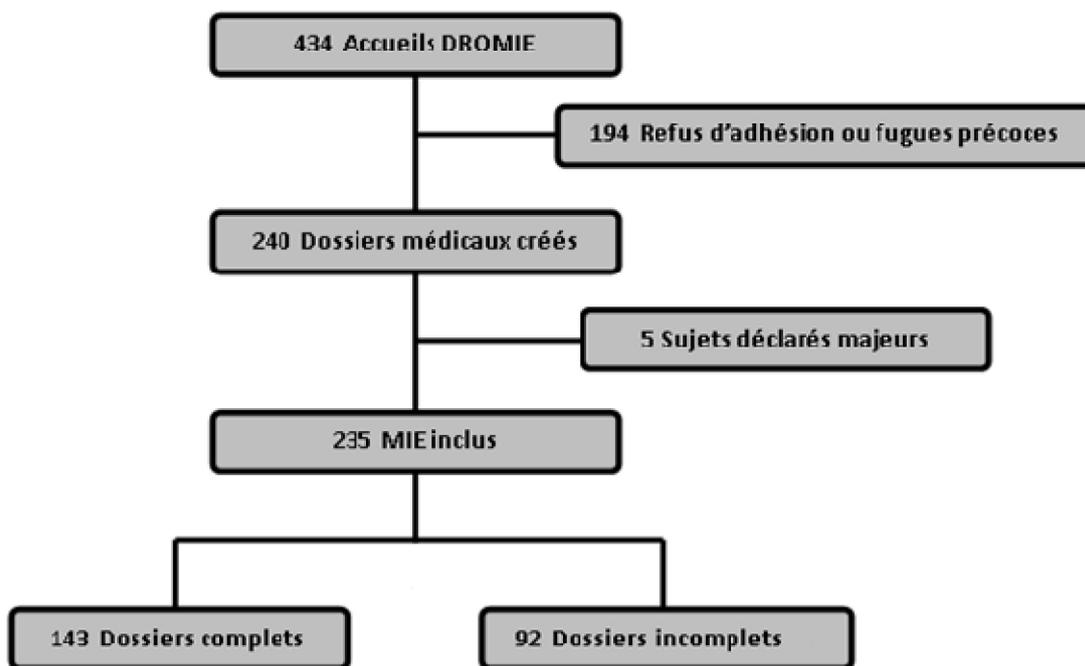


Fig. 1 Diagramme de flux / Flowchart

<b>Tableau 2</b> Origine géographique / <i>Geographical origin.</i>					
	<b>Total (n=235)</b>	<b>♂ (n=211)</b>	<b>♀ (n=24)</b>	<b>Dossiers complets (n=143)</b>	<b>Dossiers complets (%)</b>
AFRIQUE	166	147	19	94	57
Afrique Centrale	62	47	15	45	73
Afrique du Nord	61	61	0	17	28
Afrique de l'Ouest	42	39	3	31	74
Afrique de l'Est	1	0	1	1	100
ASIE	50	48	3	37	74
Asie du Sud	39	39	0	31	79
Asie Centrale	8	7	1	5	63
Asie de l'Est	1	0	1	0	0
Moyen-orient	2	2	1	1	50
EUROPE	19	17	2	12	63
Europe de l'Est	19	17	2	12	63

Afrique centrale = Cameroun, RDC, Congo, Angola, Centrafrique, Tchad, Gabon ; Afrique du nord = Maroc, Algérie, Tunisie, Lybie, Egypte ; Afrique de l'ouest = Mali, Guinée, Côte d'Ivoire, Nigeria, Ghana, Mauritanie, Sénégal ; Afrique de l'est = Ethiopie ; Asie du sud = Pakistan, Bangladesh, Inde, Sri Lanka ; Asie centrale = Afghanistan, Mongolie ; Asie de l'est = Chine ; Moyen-Orient = Palestine, Iran ; Europe de l'est = Albanie, Kosovo.

Au moins un parasite était retrouvé à l'EPS chez 63 % des MIE. En incluant les diagnostics cliniques et sérologiques, 64 % des MIE présentaient au moins une parasitose. Certaines sérologies parasitaires ont pu être demandées selon le contexte notamment en cas d'hyperéosinophilie ou de prurit.

Dix MIE étaient porteurs d'une bilharziose intestinale, mais aucune bilharziose urinaire n'a été retrouvée.

### Pathologies infectieuses non parasitaires

Un diagnostic de tuberculose pulmonaire active a été posé début 2011, chez un MIE marocain devant l'existence d'une cavité de l'apex pulmonaire droit, associée à une perte de poids déclarée de 8 kg. De plus, sept autres MIE présentaient soit des séquelles de tuberculose pulmonaire à la radiographie, soit des images suspectes à investiguer.

Un MIE présentait des bronchectasies séquellaires d'une tuberculose pulmonaire guérie, entraînant régulièrement des surinfections bronchiques.

Deux cas de sinusite chronique ont justifié la réalisation de TDM des sinus, mettant en évidence une déviation de la cloison nasale pour l'un et un foyer infectieux dentaire pour l'autre.

Un cas de séropositivité au VIH-1 a été diagnostiqué chez une patiente de 16 ans, originaire de RDC, qui disait avoir été mariée de force à un homme polygame. Lors du diagnostic, elle présentait une charge virale positive à 60000 U/mm<sup>3</sup> et un taux de lymphocytes T CD4 à 221/mm<sup>3</sup>. 8 MIE étaient porteurs d'une hépatite B chronique. Le cas de syphilis

secondaire concernait un jeune Ivoirien de 16 ans qui déclarait avoir été victime d'abus sexuel de la part d'un passeur.

### Hématologie

Un trait drépanocytaire S était retrouvé chez 15 MIE. Tous étaient originaires d'Afrique subsaharienne. Un MIE ghanéen présentait un trait drépanocytaire C.

Quelques cas d' $\alpha$ -thalassémies ou de  $\beta$ -thalassémies mineures ont également été diagnostiqués.

Onze garçons sur 127 dépistés présentaient un déficit en G6PD.

La carence martiale est parfois un facteur de confusion interférant dans la microcytose avec le déficit en G6PD ou la thalassémie mineure. Elle a été retrouvée dans 4 % des cas. Parmi eux, un MIE souffrait d'une ankylostomose associée, un autre d'ulcère gastroduodéal hémorragique confirmé par fibroscopie oeso-gastro-duodénale.

### Autres pathologies organiques

Un diabète de type 1 a été diagnostiqué chez un Bangladais de 16 ans. Il était arrivé à Marseille en bateau depuis l'Inde, caché dans un container, puis avait pris le train jusqu'à Bordeaux. À son arrivée, il présentait un syndrome polyuropolydipsique avec amaigrissement.

Un MIE marocain de 15 ans présentait une dénutrition sévère avec un IMC à 13,05 kg/m<sup>2</sup>. Cette dénutrition s'intégrait dans le cadre d'un trouble grave du comportement, en lien avec une maltraitance sévère et une carence affective.

<b>Tableau 3</b> Pathologies somatiques / <i>Somatic pathologies</i> .				
Diagnostique résultant d'un examen clinique et/ou biologique	Dossiers complets (n=143) (%)		Dossiers Incomplets (n=92)	Tous dossiers (n=235)
<b>Infections parasitaires</b>				
Protozoaire digestif non pathogène (au moins 1) *	71	49,7	6	77
Dont :				
<i>Blastocystis hominis</i>	55	38,5	6	61
<i>Dientamoeba fragilis</i>	4	2,8		4
Giardiose	11	7,7	1	12
Bilharzioses	10	7	1	11
Trichocéphalose	9	6,3		9
Filarioses	8	5,6		8
Ankylostomose	7	4,9		7
Amébose ( <i>Entamoeba histolytica/dispar</i> )	6	4,2	1	7
Gale	6	4,2		6
Hyménoélépirose	2	1,4	1	3
Ascarirose	2	1,4		2
Suspicion de paludisme viscéral	2	1,4		2
Toxocarose	2	1,4		2
Trichinose	1	0,7		1
<b>Pathologies infectieuses non parasitaires</b>				
Infection Tuberculeuse Latente (ITL) †	68	47,5	22	90
Hépatite B Chronique	8	5,6		8
Syphilis active	1	0,7		1
VIH	1	0,7		1
Tuberculose pulmonaire active (TB)	0	0	1	1
<b>Hématologie</b>				
Carence Martiale ‡	37	25,8	6	43
Drépanocytose hétérozygote	15	10,5		15
Déficit en G6-PD	11	7,7		11
Anémie par Carence Martiale	6	4,2	1	7
Alpha-thalassémie mineure	4	2,8		4
Beta-thalassémie mineure	4	2,8		4
Thrombopénie auto-immune	1	0,7		1
<b>Autres Pathologies Organiques</b>				
Caries	42	29,4	28	70
Asthme	5	3,5	3	8
Pathologie herniaire	4	2,8	1	5
Abcès dentaire	3	2,1	2	5
Perforation tympanique	2	1,4	2	4
Cardiomyopathie hypertrophique obstructive	1	0,7		1
Diabète de Type 1	1	0,7	1	2
Cholestéatome	1	0,7		1
Glomérulonéphrite post-infectieuse avec IRC sévère	1	0,7		1
Tubulopathie (Syndrome de Gitelman)	1	0,7		1
Ulcère gastroduodéal hémorragique	1	0,7		1
* <i>Entamoeba coli</i> , <i>Entamoeba hartmanni</i> , <i>Sarcocystis hominis</i> , <i>Endolimax nanus</i> , <i>Iodamoeba butschlii</i> ; † ITL (IDR ≥ 10 mm et (QTF +) ou QTF + seul, et Pas d'antécédent personnel de TB) ; ‡ Ferritine < 30 µg/L ; † ITL (IDR ≥ 10 mm and (QTF +) or only QTF+, without personal history of TB ; ‡ Ferritine < 30 µg/L.				

<b>Tableau 4</b> Pathologies psychiatriques / <i>Psychiatric pathologies.</i>					
<b>Diagnostiques résultant d'une évaluation clinique et/ ou de consultations transculturelles pluridisciplinaires</b>		<b>Dossiers complets (n=143) (%)</b>		<b>Dossiers Incomplets (n=97)</b>	<b>Tous dossiers (n=235)</b>
<i>Psychiatrie</i>					
Symptômes anxieux					
	Sévères	12	8,4	4	16
	Modérés	36	25,2	7	43
Symptômes dépressifs					
	Trouble dépressif modéré à sévère	17	11,9	10	27
	Idées suicidaires	5	3,5	3	8
	Tentative de suicide (dont ATCD récent)	1	0,7	2	3
Syndrome de stress post-traumatique					
	Sévère	5	3,5	1	6
	Probable	52	36,4	9	61
Trouble bipolaire					
		1	0,7		1
Troubles des conduites					
	Trouble des conduites, agressivité	7	4,9	12	19
	Personnalité borderline, antisociale	0	0	2	2
Troubles du sommeil					
		59	41,3		73
Troubles d'ordre psychotique					
		3	2,1	1	4

Deux cas de néphropathie ont été diagnostiqués : un cas de glomérulonéphrite probablement d'origine post-infectieuse, avec insuffisance rénale sévère puis terminale, chez un Malien de 15 ans et un cas de tubulopathie congénitale de type syndrome de Gitelman chez un MIE originaire du Cameroun. Il présentait une hypokaliémie à 2,4 mmol/l avec fuite urinaire de potassium et hypomagnésémie.

Un cas de cardiomyopathie hypertrophique obstructive a été diagnostiqué chez un jeune albanais de 15 ans, suite à la découverte d'un souffle systolique lors de son examen clinique.

Cinq adolescents présentaient un asthme intermittent léger.

Au moins 30 MIE présentaient des cicatrices d'allure traumatique parfois évocatrices d'automutilation, 3 étaient des cicatrices de brûlures et 2 des cicatrices de coups de couteaux.

Seize MIE se plaignaient de douleurs abdominales récurrentes dont le jeune souffrant d'un ulcère gastroduodéal hémorragique avec tableau de méléna et rectorragies survenues dans un contexte de douleurs épigastriques chroniques qu'il tentait d'atténuer par une géophagie.

Sept MIE avaient une sérologie *Helicobacter pylori* positive, sur les 8 réalisées devant des douleurs épigastriques.

L'examen ophtalmologique a permis de diagnostiquer 6 cas de conjonctivite et 1 orgelet.

La pathologie cutanée était également présente, avec 4 cas de pityriasis versicolor et 1 dermatophytie, ainsi que 2 cas d'eczéma, 1 urticaire et 1 panaris.

### Pathologies psychiatriques

Les troubles d'ordre psychiatrique (Tableau 4) ont été recensés à partir des symptômes et événements décrits dans les dossiers médicaux. Aucun questionnaire ou échelle validé n'a été utilisé de façon systématique. La barrière de la langue et les éléments culturels pouvaient compliquer l'analyse nosologique. La durée des troubles était rarement renseignée, les suivis étaient souvent trop courts et les consultations pas assez nombreuses pour permettre de poser un diagnostic certain.

Par conséquent les troubles décrits correspondent à des tableaux cliniques dont la compatibilité avec les critères du DSM-IV ou de la CIM-10 a été pondérée subjectivement en termes d'intensité et de probabilité diagnostique.

La plupart des MIE (n=75/143) relataient avoir vécu des événements psychologiquement traumatisants, soit 48 % des garçons et 87 % des filles. De tels événements étaient explicitement décrits dans les dossiers de 81 % des cas d'état de

stress post-traumatique (ESPT). Il pouvait s'agir par exemple de cas de maltraitance familiale ( $n=27$ ), d'abus sexuels ( $n=5$ ), de prostitution forcée ( $n=3$ ), de travail forcé ( $n=5$ ), de harcèlement avec menaces ( $n=7$ ). Certains MIE déclaraient avoir assisté à l'assassinat de proches par des groupes armés ( $n=5$ ), parfois associé au viol de leur mère/sœur ( $n=2$ ), tandis que d'autres disaient avoir été témoins d'une mort accidentelle ( $n=4$ ).

L'ESPT était associé à des comorbidités à type de troubles de l'humeur d'ordre dépressif dans 52 % des cas et de troubles anxieux dans 42 % des cas.

À l'examen initial, 15 MIE déclaraient consommer du tabac, 3 du cannabis, 2 de l'alcool. Un autre MIE a été pris en charge secondairement en addictologie pour une cocaïnomanie.

Un diagnostic de schizophrénie a été posé chez un MIE pakistanais de 17 ans, avec un recul de plus d'un an. Il avait présenté, durant son accueil par le DROMIE, des idées délirantes, des idées de persécution, des hallucinations auditives, avec auto et hétéro-agressivité, et un pica.

Un autre MIE pakistanais a présenté des éléments psychotiques dans un contexte anxio-dépressif lourd.

Un jeune marocain a décrit des hallucinations visuelles comportant principalement la vision de djinns et semblant correspondre au mode d'expression transculturel d'un ESPT. La forte composante ethnologique des symptômes évoquait la catégorie des syndromes propres à une culture (SPC), introduite dans l'annexe I du DSM-IV.

## Discussion

Les études sur le sujet sont rares. Quelques articles médicaux abordent à la fois les problèmes de santé mentale et somatique spécifiques aux MIE [2,10,12], dont un en 1997 [12] qui traite de problèmes de santé propres à l'adolescence, de maladies tropicales, de vulnérabilité face à la délinquance et aux drogues, de difficultés d'accès aux soins, de psychotraumatismes et de spécificités de la prise en charge culturelle des MIE. La prévalence des maladies présentées par les MIE n'y est cependant pas détaillée.

L'essentiel de la littérature médicale spécifique aux MIE aborde les champs juridiques et socio-administratifs avec deux thèmes principaux :

- Les méthodes médicales de détermination de l'âge des migrants [1,9].
- La santé mentale des MIE, domaine dans lequel les données médicales sont les plus fournies.

Sur le premier de ces deux points, les méthodes de détermination de l'âge des migrants ont une marge d'erreur d'un an environ, rendant « arbitraire » la décision judiciaire confiant le jeune aux services de l'Aide sociale à l'enfance

(ASE). Si le jeune est déclaré majeur, son parcours ne sera pas guidé par les services de l'ASE, mais ses frais de santé pourront être couverts par l'Aide médicale d'État s'il en fait la demande et qu'il en remplit les conditions.

Parmi les autres études sur les MIE, le bilan d'activité 2011 de la Croix Rouge française sur les MIE [7] est une des publications les plus riches : il précise la prise en charge sanitaire proposée dans les centres tenus par l'association, ainsi que les consultations spécialisées effectuées.

Le COMEDE insiste régulièrement sur les facteurs de vulnérabilité des MIE et recommande la réalisation d'un bilan de santé systématique [5,6]. Cependant les statistiques du COMEDE ne distinguent pas mineurs isolés et mineurs accompagnés.

L'Agence française de l'adoption recommande la réalisation systématique d'EPS à l'arrivée d'enfants adoptés à l'étranger [4]. Le COMEDE le propose aux migrants originaires d'Afrique (sauf Maghreb), d'Asie du Sud et de l'Est et des Antilles, ou à défaut leur délivre un traitement présomptif par albendazole [5]. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommandent soit la réalisation d'EPS, soit l'administration d'un traitement antiparasitaire présomptif (albendazole +/- ivermectine +/- praziquantel), chez tous les réfugiés n'ayant pas reçu ce traitement avant leur départ [8]. Cette stratégie a pour inconvénient de ne pas couvrir le risque d'amébose [15]. L'Association médicale canadienne (AMC) recommande quant à elle pour les réfugiés, un dépistage sérologique ciblé de l'anguillulose et de la bilharziose, sans EPS systématique [13].

Compte tenu de la forte prévalence des parasitoses digestives, qui a été retrouvée dans notre population, il nous semble nécessaire d'inclure systématiquement un EPS dans le bilan médical initial, quel que soit l'origine du MIE. Par ailleurs, les sérologies filariose et bilharziose devraient être proposées quand l'origine géographique du jeune le justifie et celles de l'hépatite B, du VIH et de la syphilis selon le contexte. La recherche d'une hémoglobinopathie est justifiée pendant ce temps d'accueil en raison du retentissement personnel et génétique que cela peut avoir si le diagnostic n'est pas posé.

Enfin, une évaluation médico-psychologique paraît indispensable au vu des résultats ci-dessus, qui pourrait se baser sur des échelles et questionnaires validés pour que les résultats soient comparables à d'autres études.

S'il semble coercitif de soumettre les MIE à des examens de santé systématiques, il est nécessaire de noter que certains examens comme la radiographie thoracique constituent une obligation légale, et que les examens supplémentaires que nous recommandons sont sans danger et permettent d'assurer la bonne santé du MIE, et de son entourage dans le cas où il est porteur d'une maladie transmissible.

## Conclusion

Une prise en charge précoce, visant à dépister les maladies les plus fréquentes et les plus graves rencontrées chez les MIE est impérative pour permettre à ces jeunes d'envisager un avenir stable. Des recommandations dans ce sens existent pour les enfants adoptés à l'étranger et même pour les migrants au sens large. Elles doivent aussi être respectées pour cette population jeune et fragile qui pourrait à ce stade être prise en charge précocement pour nombre de pathologies curables, notamment parasitaires et infectieuses, et qui sinon risque d'être rapidement perdue de vue par le système de soins pendant de longues années.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

## Références

- Adamsbaum C, Chaumoitre K, Panuel M (2008) La détermination de l'âge osseux à des fins médico-légales, que faire? *J Radiol* 89(4):455–6
- Ambresin A-E, Depallens Villanueva S (2010) Soins aux mineurs non accompagnés (MNA): l'expérience lausannoise. *Rev Méd Suisse* 6(253):1248–52
- Baudino P (2015) État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. Thèse de doctorat en médecine, UFR des sciences médicales, Bordeaux, 98 pp [<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01157256/document>]
- Chalvignac C, Marchou B, Mas E (2010) Bilan médical initial des enfants adoptés à l'étranger. *Rev Prat* 60(9):1199–203
- Comité Médical pour les Exilés (2008) Guide pratique 2008 - Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. INPES, Saint-Denis
- Comité Médical pour les Exilés (2014) Rapport 2014 du COMEDE. Le Kremlin Bicêtre, 131 pp
- Croix-Rouge française (2013). Bilan d'activité 2011 - Mineurs isolés étrangers. Croix-Rouge française, Paris, 50 pp
- Division of Global Migration and Quarantine (2013) Guidelines: Domestic Medical Exam Newly Arriving Refugees. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, DeKalb County
- Haut Conseil de la santé publique (2014) Avis relatif à l'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé. Paris, 9 pp
- Lynch MA (2001) Providing health care for refugee children and unaccompanied minors. *Med Confl Surviv* 17(2):125–30
- Ministère de la Justice, Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Mission Mineurs Isolés Etrangers (2014) Rapport d'activité du dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés étrangers. Paris, 16 pp
- Nadeau K, Hannibal K, Sirkin S, Nightingale EO (1997) Immigrating unaccompanied minors – a neglected minority? *West J Med* 166(3):221–22
- Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al (2011) Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* 183(12):E824–925
- République française. Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France. JO du 24 janvier 2006, Paris
- Swanson SJ, Phares CR, Mamo B, et al (2012) Albendazole Therapy and Enteric Parasites in United States-Bound Refugees. *N Engl J Med* 366(16):1498–507