

babilité plus de 3,5 fois augmentée d'être en situation de précarité alimentaire.

Les femmes immigrées d'Afrique du Nord et de Turquie étaient particulièrement susceptibles de souffrir de dépression, tandis que les femmes d'Afrique subsaharienne de déclarer une mauvaise santé, y compris après la prise en compte de leur situation sociale et économique.

L'étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe) [10], représentative des enfants nés en France en 2011, permet d'explorer l'état de santé des femmes immigrées de manière plus générale puisqu'elles représentent 13 % des 18 000 femmes incluses. Une des recherches menées a montré que les femmes immigrées non naturalisées françaises étaient plus susceptibles de souffrir de dépression post-partum et plus susceptibles de déclarer être en mauvaise santé perçue que la population majoritaire, deux mois après l'accouchement.

Conclusion

Il est également possible de souligner certains indicateurs plus favorables pour les femmes immigrées, comparativement aux natives, tels un meilleur taux d'allaitement maternel, une moindre assuétude tabagique et plus généralement une moindre consommation de toxiques. Nous souhaitons surtout attirer ici l'attention des lecteurs sur le fait que certains champs de la santé et les effets des politiques d'austérité et migratoires restent trop peu explorés concernant la santé des femmes immigrées en France et leurs recours aux soins, comme l'étude des maladies chroniques, des pathologies métaboliques et leur vulnérabilité face aux cancers. Dans une perspective d'analyse critique, ces études pourraient documenter le plus largement possible tant leur état de santé en France que la dégradation post-migratoire de ce dernier. 📌

La santé des enfants étrangers, isolés ou non

Les enfants sont une population particulièrement vulnérable parmi les migrants. En 2018, l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra) dénombrait en France 21 888 mineurs « accompagnant » leurs parents et 3 000 mineures protégées contre le risque de mutilation sexuelle [48]. Le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) a considérablement augmenté ces dernières années et il est probablement sous-estimé. Il était de 17 022 personnes en 2018. En 2018, selon le ministère de la Justice, 40 000 jeunes sont entrés sur le territoire français et seuls ces 17 022 jeunes ont été reconnus mineurs non accompagnés par les départements et placés auprès de l'aide sociale à l'enfance [38].

Une population sous-évaluée et des conditions de vie difficiles

Parmi eux, le nombre des enfants de moins de 15 ans n'est pas connu précisément. Ils sont au sein des mineurs non accompagnés particulièrement fragiles. Ils bénéficient le plus souvent d'une protection par l'aide sociale à l'enfance d'emblée à la suite de l'évaluation par le dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers (Demie). Peu d'études décrivent leur état de santé. Malgré un meilleur accès aux soins en comparaison aux mineurs non accompagnés, leur grande précarité est associée à un état de santé préoccupant.

Une étude a comparé les motifs de consultations d'environ 15 000 migrants dans des centres de Médecins du monde, dont 9,8 % d'enfants de moins de 14 ans, à ceux de 19 000 patients en médecine de ville, dont 16,9 % d'enfants. Les infections étaient plus fréquemment diagnostiquées chez les migrants. La survenue des infections aiguës hivernales des voies

respiratoires supérieures, les bronchites et bronchiolites ainsi que les hépatites virales étaient plus fréquentes. Les problèmes digestifs, cutanés, notamment les dermatophytoses ou la gale, et les atteintes respiratoires, comme l'asthme, étaient aussi plus nombreux. Bien que l'état de santé des enfants n'ait pas été décrit spécifiquement par rapport à celui des adultes, les tableaux cliniques étaient comparables à ceux observés chez les personnes sans domicile fixe. L'absence ou les mauvaises conditions de logement des familles, associant promiscuité, insalubrité, absence de chauffage et humidité, ainsi que les difficultés d'accès à une alimentation riche et variée rendent les enfants particulièrement vulnérables [27].

D'autres études soulignent la fréquence importante de carences nutritionnelles chez les enfants migrants. La fréquence de l'anémie a été évaluée chez plus de 600 enfants sans domicile fixe en région parisienne, âgés de 6 mois à 12 ans, pour lesquels plus de 80 % des mères étaient d'origine étrangère. 40 % étaient nés à l'étranger. Respectivement, 40 % et 22 % de ces enfants souffraient d'une anémie modérée ou sévère avec pour facteur de risque principal l'insécurité alimentaire [5].

Plus inquiétant, les difficultés neuro-développementales ont été analysées à 2 ans en France chez les enfants nés de mères migrantes de première génération, en comparaison avec les enfants de mères non migrantes ou migrantes de deuxième génération. Les troubles précoces du neuro-développement sont plus fréquents chez ces enfants en comparaison aux autres groupes [51].

Les difficultés d'hébergement des familles de ces enfants aggravent leur vulnérabilité. Ces difficultés sont croissantes depuis quelques années. Elles peuvent nuire au bon développement de l'enfant, à sa scolarisation,

Albert Faye

Pédiatrie générale et maladies infectieuses, hôpital Robert-Debré, et université de Paris

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.



et remettent en question les droits fondamentaux des enfants.

Une enquête réalisée en 2013 par le Samu social a montré que les familles dont 94 % des adultes étaient nés à l'étranger constituaient 35 % à 40 % des sans domicile en Ile-de-France. Les enfants de moins de 13 ans représentaient un quart de la population sans logement. 20 % de ces familles étaient passées par une période « sans abri ». La non-scolarisation des enfants de 6 à 12 ans était dix fois supérieure à celle de la population générale, et était particulièrement importante chez les enfants hébergés à l'hôtel. Les difficultés de scolarisation liées à la vulnérabilité résidentielle concernent un quart des enfants de plus de 8 ans [18]. La situation des adolescents de 11 à 18 ans vivant en hôtel, qui sont en très grande majorité des migrants, a aussi été décrite par le Samu social au travers d'une enquête qualitative. Elle a mis en évidence des obstacles majeurs à la socialisation de ces enfants liés à l'insécurité résidentielle [61].

Un état de santé dégradé et des obstacles à l'accès aux soins

Sur le plan médical, le ressenti d'un mauvais état de santé de ces familles atteint 48 %. Un des points majeurs d'inquiétude est celui de l'insécurité alimentaire, qui touche deux enfants sur trois. Cette insécurité est associée à des risques de carences nutritionnelles, mais aussi de surpoids, qui touche près d'un quart des enfants. Enfin de nombreux obstacles sont rencontrés dans l'accès aux soins avec un recours plus important à l'hôpital et au centre de santé, et plus rarement au médecin généraliste et au pédiatre. Pour l'enfant de moins de 6 ans, le recours exclusif à la PMI est très important, allant jusqu'à un enfant sur cinq, et souvent dans un contexte curatif, ce qui n'est pas la vocation de la PMI. Dans cette situation de grande précarité, la dépression maternelle, fréquente, a un impact évident sur la survenue de troubles comportementaux, en particulier émotionnels, des enfants, qui peuvent être touchés dans 50 % des cas [18].

Concernant les mineurs non accompagnés, une étude observationnelle rétrospective a été réalisée à l'hôpital universitaire Robert-Debré, à Paris, dans le cadre d'une consultation pour enfants migrants, entre septembre 2017 et 2018. Parmi les 128 patients venus, 107 ont été inclus. L'âge médian était de 15 ans, le sexe ratio (M/F) était de 95/12, la majorité venait d'Afrique subsaharienne (62 %), 46 % avaient traversé la Libye avec un surrisque de violences (69 %, $p = 0,046$), d'emprisonnement (56 %, $p = 0,03$) et de travail forcé (48 %, $p = 0,02$). Le délai médian de consultation était de deux mois (IQR 0-5, 0-12 mois). Il n'y avait pas d'association entre le délai et le risque de pathologie. 87 % avaient un problème de santé, 52 % des infec-

tions : bilharziose (22 %), tuberculose latente (22 %), parasitoses digestives (16 %) et hépatites virales B (8 %). L'état de stress post-traumatique (ESPT) était fréquent (35 %). Les mineurs non accompagnés venant du Maghreb étaient plus dénutris (38 %, $p = 0,04$). 66 % des mineurs non accompagnés ont eu un traitement, mais 40 % ont été perdus de vue.

Cette étude montrait que la fréquence des pathologies rend nécessaire un bilan de dépistage systématique chez les mineurs non accompagnés. Un renforcement du suivi psychiatrique serait important devant la prévalence des états de stress post-traumatique. Cela renforce la nécessité d'un premier bilan de santé des mineurs non accompagnés rapidement après leur arrivée sur le territoire, et de l'organisation de la continuité de ce suivi parfois difficile étant donné les changements de lieu d'hébergement répétés de cette population [24].

Une situation préoccupante

En résumé, la situation des enfants migrants en France, qu'ils soient accompagnés ou non, est particulièrement préoccupante. Cette situation touche la santé des enfants dans toutes ses dimensions, allant de l'état nutritionnel et de la fréquence des pathologies courantes de l'enfant jusqu'aux difficultés de socialisation en lien avec l'insécurité scolaire, et aux troubles du neuro-développement associés ou non à des pathologies dépressives parentales. Ces observations, issues pour la plupart d'études scientifiques, montrent de manière évidente que la situation des enfants migrants en France va à l'encontre de l'intérêt supérieur de l'enfant.

En conclusion, afin d'améliorer l'état de santé des enfants migrants, plusieurs axes d'action devraient être mis en place en priorité :

- l'évaluation précoce de l'état de santé de ces enfants, dès leur arrivée sur le territoire français, incluant les aspects nutritionnels, le dépistage des maladies infectieuses et des maladies chroniques, la prévention vaccinale, l'examen du neuro-développement et les aspects psychologiques ;
- la sécurisation nutritionnelle, qui préviendra non seulement les carences mais aussi les pathologies en lien avec un surpoids. La complémentation en vitamine D peut être bénéfique en période de pandémie de Covid-19 [2] ;
- la sécurisation rapide de l'hébergement de ces enfants et de leur famille sur le long terme, qui permettra d'assurer une scolarisation et une socialisation normale de ces enfants, dont l'absence constitue un risque majeur de troubles du neuro-développement ;
- une approche globale de prise en charge de l'état de santé de la famille pour les enfants accompagnants, qui est nécessaire à la sécurisation de leur environnement ;
- une promotion de la recherche médicale et en sciences humaines dans le domaine de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi des enfants migrants. 🗨️