

Prise en charge

Les enfants migrants au cabinet médical des pédiatres

Dr méd. Mario Gehri^a, Dr méd. Sabine Heiniger^b, Dr méd. Sarah Depallens^a, Dr méd. Yvon Heller^c,
Dr méd. Noémie Wagner^d, Dr méd. Fabienne Jaeger^e: pour le Groupe Migrants de la Société Suisse de Pédiatrie

^a Hôpital de l'Enfance, Département femme-mère-enfant, CHUV, Lausanne; ^b Cabinet de pédiatrie, Bolligen; ^c Cabinet de pédiatrie, Nyon;
^d Service d'infectiologie pédiatrique, HUG, Genève; ^e Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH), Basel



La prise en charge des familles migrantes et de leurs enfants représente une part importante de l'activité quotidienne d'un médecin, que ce soit en cabinet privé ou dans un centre d'urgences hospitalier. Le médecin de cabinet est la personne-clé pour ces familles.



Mario Gehri

Introduction

Parmi la population migrante générale, très nombreuse en Suisse (fig.1, [1]), un enfant de moins de 6 ans sur 2 environ en est issu dans les 5 plus grandes villes de Suisse. Douze pour cent de la population est composée de jeunes âgés de 15 à 25 ans; et dans ce groupe, près de la moitié d'entre eux sont issus des populations migrantes.

Les médecins de famille et les pédiatres jouent un rôle primordial dans notre système de santé; ces enfants les consultent régulièrement et ils ont la confiance des familles migrantes pour lesquelles ils représentent une personne «importante et à laquelle on se réfère». Les autres structures de soins, comme les services d'urgences, sont également très sollicités (fig. 2).

Les questions de santé des enfants migrants relèvent à la fois du soin, de la prévention, de l'éducation en santé et du respect absolu de leurs droits, au sens le plus large du terme. Défendre leurs «droits en santé» et leur permettre une intégration réussie dans la société en tant que futurs adultes est une plaidoirie fondamentale du médecin de famille et du pédiatre.

La majorité des enfants migrants se porte bien, pour autant que leur «processus d'intégration» [2], période de vie cruciale pour les enfants et les familles migrantes soit satisfaisant. Ils sont intégrés au système de soins et social suisse; les mêmes facteurs de risque pour la santé que ceux de la population autochtone doivent être ciblés. Le pédiatre pratiquera pour eux une médecine holistique centrée sur le patient et sa famille et non sur la «migration».

Certains enfants et leurs familles nécessiteront pourtant une attention particulière (tab. 1). Ce sont en général les familles vivant dans les conditions sociales les plus précaires, et chez qui le type de permis et ses implications quant à la couverture sanitaire (tab. 2) jouent un rôle important. La majorité des migrants arrivés ces dernières années en Suisse proviennent de Syrie, Afghanistan, Irak, Ethiopie et Somalie (ceux-ci ayant presque tous transité par la Libye et traversé la Mer Méditerranée en bateau).

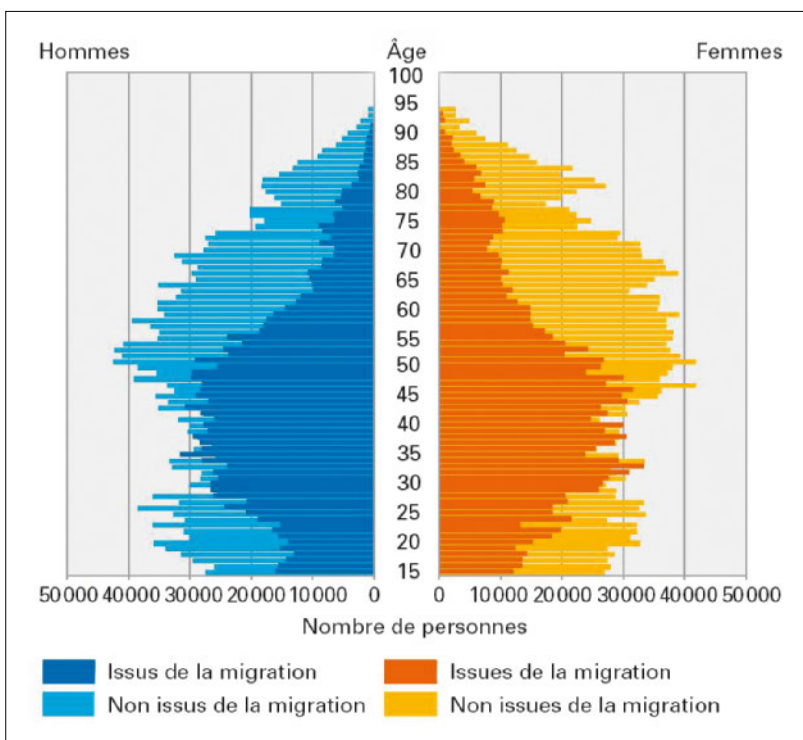


Figure 1: Population migrante et autochtone en Suisse: structure par âge (OFS, 2015; [1]).

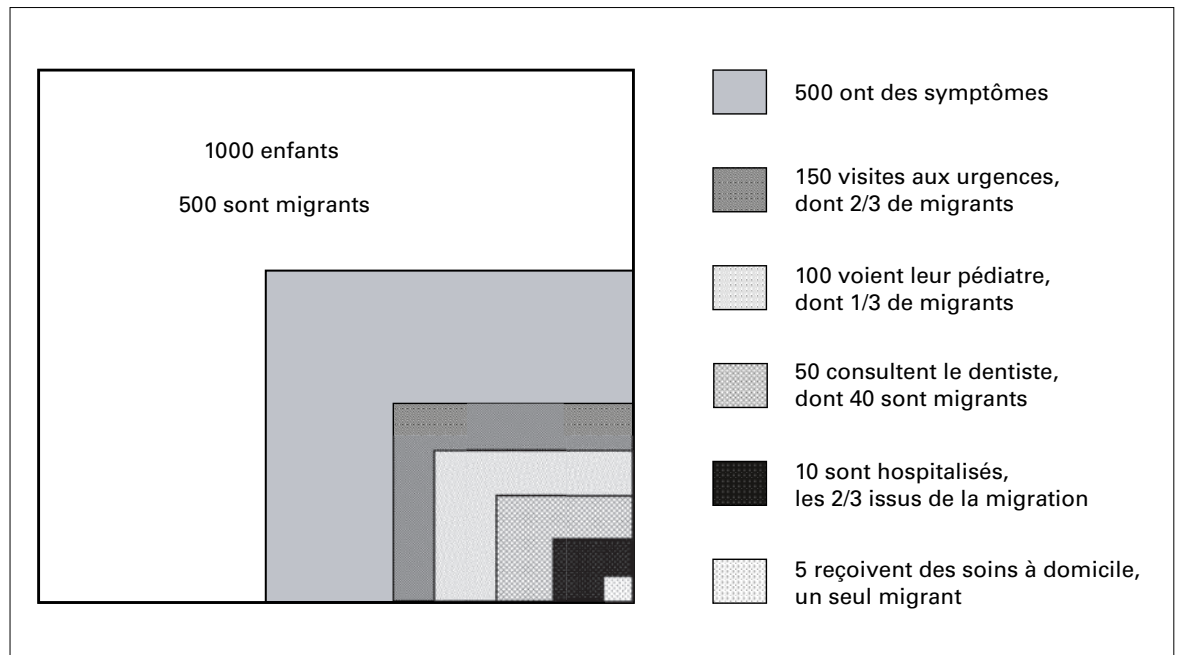


Figure 2: Carré de K. L. White (1961) modifié selon L. A. Green (2001), Bodenmann (2010) et adapté (M. Gehri) pour y introduire la proportion mensuelle estimée dans les villes suisses de patients enfants (autochtones et migrants) amenés à consulter un médecin de premier recours et pour quel motif (pour 1000 enfants).

L'acquisition de diverses compétences en santé est indispensable pour effectuer correctement le travail médical, en particulier les Compétences transculturelles (CTT). En résumé, celles-ci sont [3] un ensemble d'attitudes, connaissances et savoir-faire qui permettent, sans préjugés (les généralisations gratuites sont préju-

diciables dans la mesure où elles masquent les véritables problèmes de santé), à un soignant de prodiguer des soins de qualité à des patients d'origines diverses. L'une des compétences prioritaires est bien sûr de savoir travailler «à 3» avec un traducteur-médiateur culturel formé. Les CTT contribuent ainsi à identifier des problèmes propres aux enfants migrants et à leur famille, et à agir de manière adéquate.

Le but de cet article est double:

1. Résumer les points essentiels concernant les problèmes de santé et psychosociaux pouvant affecter les enfants migrants;
2. Permettre ainsi au médecin de cabinet de défendre les droits à ce que chaque enfant, en particulier les plus précarisés, ait accès à des soins de qualité ainsi qu'à une place bienveillante dans la société.

Focus sur quelques problématiques pédiatriques

Bilan dit «d'arrivée», maladies infectieuses et vaccinations

Ces sujets viennent d'être largement revus en Suisse [4, 5]. Le tableau 3 propose le bilan que l'on peut proposer rapidement après l'arrivée en Suisse.

Certains enfants – surtout originaires de pays pauvres, en guerre ou tropicaux – sont à plus haut risque de développer des maladies infectieuses peu fréquentes en Suisse (typiquement une malaria à laquelle il faut pen-

Tableau 1: Enfants migrants et types de risque pour la santé.

Enfants à plus haut risque pour la santé

Enfants arrivant des pays en voie de développement (PVD), de pays en guerre, ou après une catastrophe humanitaire

Enfants seuls (enfants mineurs non accompagnés [MNA], les «enfants invisibles», «enfants séparés» suivant les terminologies)

Nouveau-nés et petits nourrissons (de même que les femmes enceintes, voir chapitre spécifique, mais le médecin de famille est concerné!)

Enfants issus de l'immigration et vivant en Suisse dans des conditions de grande précarité (familles Rom, exclus sociaux, «illégaux», ...)

Enfants dont le ou les parents sont malades, voire un frère ou une sœur

Enfants atteints dans leur santé par une maladie chronique (ex.: drépanocytose, asthme, trouble du développement psychomoteur, enfants handicapés, ...)

Types de risques

«Aigu» à l'arrivée, touchant soit à la santé mentale, soit à la santé somatique avec, évidemment, des répercussions possibles d'une catégorie sur l'autre (ex. «female genital mutilation» [FGM], syndrome de stress post-traumatique [PTSS], tuberculose, hépatite B, ...)

Sur le moyen et long terme, en particulier le développement des maladies de la société occidentale («métaboliques», obésité, conduites à risques, ...) et la bonne prise en charge de maladies fréquentes telles que: en vrac, l'asthme, l'épilepsie, les retards scolaires, le diabète, la drépanocytose, etc., qui posent des défis parfois plus complexes que pour les populations autochtones

Risque d'acquisition de maladies infectieuses (malaria, hépatites, tuberculose, ...) lors d'un séjour dans le pays d'origine

Tableau 2: Statut, type de permis et conséquences sociales (assurance) (adapté de [4]).

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 ou 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 minimale comprenant une possibilité d'accès à des soins de santé. Permis F
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 risque de dénonciation. Pas de permis
Sans-papiers	... de nationalité étrangère vivant illégalement en Suisse, soit 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 perdu une autorisation de séjour.	Aucune assurance maladie mais peut s'y affilier et obtenir une subvention partielle des primes sans risque de dénonciation. Pas de permis
MNA (= Mineur non-accompagné)	... âgé de moins de 18 ans séparé de ses parents et qui n'est pas pris en charge par un ou des adultes autorisés par la loi.	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

ser en cas d'état fébrile après une arrivée récente et pratiquer un Test de Dépistage Rapide [TDR®] le jour même). Les programmes vaccinaux, globalement bien appliqués sur la planète, comportent pourtant des exceptions notoires pour les pays en guerre où les systèmes de santé sont détruits. La couverture vaccinale y est ainsi déficiente; plusieurs rapports l'ont bien montré pour le tétanos, la coqueluche et les hépatites lors des récentes arrivées de Syrie, par exemple. Un schéma dit de «rattrapage» est proposé après quelques semaines et réception des résultats du bilan d'arrivée (sérologies vaccinales entre autres).

Santé mentale

La migration est souvent associée à une dislocation de la famille traditionnelle et une adaptation à la société d'accueil; c'est un défi (parmi tous ceux que les migrants doivent affronter) très important, d'autant plus que ce processus s'accompagne de discriminations fréquentes vis-à-vis des nouveaux arrivants.

La migration n'étant pas de prime abord un facteur prédictif de soucis de comportement ou émotionnels, plusieurs études ont néanmoins montré plus de dépression et/ou d'anxiété chez les enfants migrants [6]. Les facteurs prédictifs de type socio-économiques ont cependant bien plus d'influence que les origines; Lors des premiers contacts, il est important de détecter les facteurs à la fois protecteurs, mais aussi de risque (tab. 4), ceci permettant de mieux cibler les enfants nécessitant une prise en charge psychologique plus intense (syndrome de stress post-traumatique [PTSS], anxiété, dépression, ...). La moitié des enfants nécessitant un tel suivi n'étant pas détectés lors de leur arrivée (ou lors des premières semaines suivant celle-ci), une première prise en charge et évaluation familiale («systémique») est donc recommandée. Plus les facteurs de risques sont nombreux et plus les soucis de santé mentale sont prévisibles.

Les recours possibles sont de différents ordres:

- individuel (psychiatre ou psychologue);

Tableau 3: Proposition d'attitude à adopter face à un enfant (sain ou malade) («bilan d'arrivée»): calendrier indicatif (selon [4]).

Enfant cliniquement sain	
1 ^{ère} consultation	Anamnèse et examen clinique détaillé Exclusion d'un problème nécessitant des mesures immédiates d'isolement ou de protection Synthèse, explication, calendrier des consultations
Quelques jours plus tard (J1)	Test de Mantoux Compléter les vaccinations selon âge, antécédents, provenance, ... Déparasitage (ou examen des selles)
J 3	Lecture et interprétation du Test de Mantoux
Après 6 semaines	FSS, ferritine, sérologies (tétanos, hépatite B et autre en fonction de la provenance géographique de l'enfant et des circonstances anamnestiques [HIV, hépatite, hémoglobinopathies, vit D])
Après 8 semaines	Compléter examen du développement, audition, vision, etc. ... Discuter des résultats d'examens sanguins Vaccinations à compléter selon dosage de la «réponse vaccinale»
Enfant cliniquement malade	
Rechercher avec grande attention les pathologies d'importation graves et relativement fréquentes, selon la provenance géographique de l'enfant migrant, par exemple:	
<ul style="list-style-type: none"> – En cas de provenance d'une zone d'endémie palustre: exclure une malaria si fièvre objectivée ou retrouvée à l'anamnèse (test rapide) – En cas d'état fébrile et selon le contexte clinique et géographique, exclure également: fièvre typhoïde, Dengue, méningite à méningocoque, amibiase, hépatite, Bilharziose, ... 	
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 4: Facteurs de risque de problème de santé mentale, besoins essentiels et interventions possibles (adapté de [6]).

Facteurs de risque	
En phase pré-migratoire et migratoire	Séparation des parents
	Exposition directe à de la violence (sexuelles, mariages forcés, ...)
	Famine, accès insuffisant à l'eau et aux aliments
	Décès d'un parent
	Destruction de l'habitat et déplacement forcé
En phase postmigration	Camp de réfugiés
	Parent sans emploi, sans activité (longue période, plusieurs mois)
	Incapacité des parents à gérer le stress de la situation familiale
	Maladie psychique ou somatique des parents
	Difficultés persistantes de langue
	Troubles de l'apprentissage, difficultés scolaires et désinsertion des structures de formation
	Difficultés «culturelles» à l'intégration
	Difficultés socio-économiques
Violence raciale, domestique	
Besoins essentiels de base nécessaires et interventions possibles	
Services s'occupant du regroupement familial (Croix-Rouge Suisse par ex.)	
Logement	
Sécurité	
Alimentation saine	
Relative indépendance financière	
Travail (occupation) pour au moins l'un des parents	
Accès aux services de santé	
Accès à la formation dans le postobligatoire et aux places d'apprentissage pour les adolescents	
Facilités d'accès aux pratiques religieuses	
Accès aux ressources communautaires	

- dans le cadre des structures scolaires (psychologues);
- dans les foyers d'accueil (éducateurs);
- voire dans les familles et les communautés (média-teurs culturels);
- l'ordre de priorité étant déterminé par la situation individuelle et l'approche «communautaire et éducative» souvent privilégiée, tout au moins en première intention.

Alimentation et mouvement, obésité

La prévalence de l'obésité est massivement augmentée («crise d'obésité»), et souvent dès les premiers mois suivant l'arrivée en Suisse. S'y associe une diminution importante de l'activité physique, du mouvement, combinée à des comportements sédentaires («écrans») dès le plus jeune âge... avec des conséquences négatives sur le développement psychomoteur (risque d'accident plus élevé, moins d'agilité,... plus marqué chez les filles) et aussi sociales (plus de mise à l'écart, moins de sports ou d'activités en équipe,...). Les boissons sucrées représentent un véritable fléau, encore majoré dans les populations migrantes et précarisées. Certaines carences peuvent aussi être observées plus fréquemment chez les enfants migrants (et leurs mères), comme celle en vitamine D retrouvée chez les enfants à peau foncée et peu exposés au soleil. Il faut y penser en cas de signes d'appel (fatigue, douleurs ostéo-articulaires). Il en est de même pour l'anémie ferriprive qui devrait être recherchée en présence de facteurs de risque ou signes d'appel (pâleur, fatigue), même si plusieurs études, y compris en Suisse [6], ont montré que les enfants migrants n'étaient globalement pas plus anémiés que les enfants autochtones, contrairement à l'«opinion» que nous pouvons en avoir. Les facteurs plus décisifs ont plutôt trait à l'introduction tardive ou non d'une alimentation diversifiée, en particulier des céréales, et non aux facteurs «ethniques».

Les mesures proposées sont:

- suivi staturo-pondéral systématique, y compris courbe pédiatrique de BMI;
- promotion activité physique «dès la naissance» [7];
- travail sur «l'image corporelle» dans certaines sociétés;
- cibler les filles > garçons... et les parents (!);
- penser aux carences (anémie, rachitisme) si enfants à risque ou signes d'appel.

Suivi de croissance et développement psychomoteur et pubertaire

Les enfants migrants, comme tout enfant en Suisse, et quels que soient leur âge et leur condition, doivent bénéficier d'un suivi régulier.

Le suivi de la croissance staturo-pondérale (cf. point «Alimentation et mouvement, obésité» ci-dessus), mais également du suivi pubertaire (stades de Tanner) est fondamental. Des observations de plus en plus nombreuses [8] ont constaté le développement de pubertés précoces chez des filles de bas niveau socio-économique, souvent associé à certains groupes ethniques et également corrélé à la «crise d'adiposité»; une puberté précoce se manifeste par une accélération de la croissance, un changement d'odeur corporelle, qu'il faut détecter précocement. La conséquence finale peut être une petite taille à l'âge adulte. Des mesures de prévention (commencer par l'évoquer avec les parents) mais également thérapeutiques (allant rarement jusqu'au «freinage» de la puberté, toujours préconisé par un médecin spécialiste) peuvent être proposées; De même, un suivi attentif et précoce du développement psychomoteur est impératif [9]. L'évaluation est rendue difficile par le manque d'outils de dépistage et d'évaluation du développement chez les enfants issus d'autres contextes culturels ou géographiques. Des retards en rapport avec des conditions sociales, d'hébergement ou de sous-stimulation, liés par exemple à une santé mentale maternelle précaire, s'instituent tôt et peuvent être relativement facilement corrigés par des mesures d'accompagnement (puéricultrices, psychomotriciennes au domicile ou dans les maisons de quartiers, ...). En cas de doute important ou de difficulté persistante, un avis chez un spécialiste du neuro-développement est évidemment recommandé.

Adolescents

Conduites à risques chez les adolescents:

L'adolescence est une période où se développe l'identité propre de l'individu; c'est également une période sensible et de susceptibilité à développer des comportements «à risque» (tabac, alcool, drogues, addictions, violence, ...). En Europe et en Suisse, ces conduites sont globalement moins fréquentes [10] chez les adolescents issus de la migration que chez les autochtones (sauf pour les mineurs non accompagnés [MNA], voir plus loin); la deuxième génération, elle, ressemble beaucoup à la population autochtone; ce sont alors surtout les conditions socio-économiques et familiales qui sont décisives. Les données restent cependant globales, peu probantes et variables. Relevons cependant les quelques points suivants en insistant sur le fait qu'il faut s'abstenir de généraliser, les préjugés étant tenaces, y compris chez les soignants:

- Consommation d'alcool: plutôt moins fréquente.
- Temps dévolu aux smartphones, écrans, ...: plutôt plus important.

- Conduites sexuelles à risque: plus fréquentes, avec de nombreuses grossesses non désirées.
- Violence: plus prépondérante surtout chez les jeunes sans activité, diminuée chez ceux ayant eu accès à l'éducation scolaire, apprentissage ou aux études. Mais les adolescents sont avant tout des victimes de violences, en particulier de violences intrafamiliales!
- La scolarisation est partout relevée comme un facteur d'intégration et de protection très efficace de même que le «climat familial»; le pédiatre doit donc connaître également les parents de l'adolescent;
- Les mesures de prévention sont essentielles et leur accès doit être facilité;
- La notion fondamentale de la *confidentialité* doit être protégée à tout prix, y compris dans les situations complexes touchant aux conditions légales et de santé.

Mineurs non accompagnés [11]

- Arrivées très importantes d'adolescents de plus en plus jeunes, aux parcours traumatiques, accueillis dans des structures en principe dédiées, mais souvent insuffisamment dotées en éducateurs et personnel d'encadrement nécessaires.
- S'y associent les caractéristiques de l'adolescence ET les épreuves infligées par les conditions liées à leur migration (incluant les conditions dans leur pays, sur le parcours et à l'arrivée).
- PTSD: toujours présent. Une évaluation rapide effectuée par des personnes compétentes est nécessaire au vu des données les plus récentes.
- Incidences de maladies somatiques aiguës (tuberculose en particulier) et chroniques fréquentes (asthme, diabète par ex. sans qu'on puisse bien l'expliquer). Penser aux maladies sexuellement transmissibles (MST) et au HIV également (nombreux abus, viols, ... sur le parcours migratoire).
- État vaccinal incomplet: appliquer les recommandations suisses, plutôt incisives [3], mais pleinement justifiées chez les MNA.
- Détermination de l'âge [13]: le médecin ne devrait jamais participer à cette démarche pour des raisons éthiques. Ce sont par principe des enfants et/ou des adolescents, et aucun moyen paraclinique ne permet de déterminer l'âge d'un jeune individu de manière précise (+/-18 mois dans les évaluations les plus complètes qui comprennent un avis médical clinique, des radiographies des os, un status dentaire, tout en rappelant qu'il n'est pas recommandé d'irradier inutilement des enfants pour des raisons administratives et légales). En cas de doute, ils doivent d'abord être considérés comme des mineurs vulnérables qu'il faut protéger.

- La période de «transition» vers l'âge adulte est une période de fragilité importante que le médecin de famille doit pouvoir suivre avec attention (socialisation, apprentissage, possibilité de suivre une scolarité postobligatoire,...); cela implique de bien connaître les réseaux sociaux, juridiques, médicaux, et de formation.
- Finalement, la tentative (via les services de la Croix-Rouge par ex.) de retrouver, puis si possible regrouper les familles dispersées, est essentielle.

Divers

Problèmes dentaires

La carie de la petite enfance (anciennement «carie du biberon») affecte la dentition primaire avant l'éruption des dents permanentes. La prévalence de l'état carieux chez les enfants de moins de 5 ans en Suisse (1 enfant sur 4) est inquiétante (14, 15). Cet état est en relation (mais pas seulement, d'autres facteurs intervenant) avec la prise répétée et prolongée d'un biberon contenant trop de sucres (sirop, thé froid). La carie de la petite enfance n'est pas uniquement une maladie dentaire affectant la dentition permanente; c'est aussi un marqueur fiable d'inégalités sociales: il désavantage les migrants et les situations de précarité (parfois les 2). Des mesures de prévention ciblées sont nécessaires, ainsi qu'un dépistage précoce des premières lésions, chaque enfant ayant «droit au sourire»:

Le médecin de famille a un rôle important:

- de dépistage des situations à plus haut risque de familles qu'il connaît mieux que quiconque dans le système de soins;
- de détection des premières lésions visibles chez les enfants d'âge préscolaire (fig. 3).

Moyennant un apprentissage court, il peut apprendre à reconnaître les lésions carieuses ([16] et fig. 3). Une structure de référence doit être à disposition de ce même médecin (médecins dentistes et collaborateurs

formés à l'accueil de l'enfant, y compris aux techniques de préparation des enfants et d'analgésie – Protoxyde d'azote [Meopa®] par ex.).

Par cette double action de prévention, il peut ainsi participer à une baisse significative de la prévalence de la carie. C'est lui, par exemple, qui pourra insister sur l'institution du brossage des dents avec un dentifrice approprié fluoré: 1 fois/jour dès l'âge d'un an, 2 fois au deuxième anniversaire et 3 fois à partir la troisième année.

Enfants handicapés et spécificités pour les familles migrantes

On estime à près de 10% [17] les personnes réfugiées porteuses d'une certaine forme de handicap. Aucune donnée précise et à fortiori pédiatrique n'est vraiment disponible. Les conditions de transit lors du parcours migratoire peuvent par ailleurs péjorer encore fortement une condition de handicap préexistante, rendant l'arrivée au pays d'accueil particulièrement problématique. Les points-clés de la prise en charge «globale» par le médecin de premier recours pour tout enfant porteur de handicap, qu'il soit migrant ou non, sont rapportés dans le tableau 5. Les points les plus caractéristiques des familles migrantes ayant un enfant handicapé [18] sont les suivants:

- En cas de handicap majeur découvert à l'arrivée en Suisse, et quel que soit leur statut légal, ces enfants doivent être rapidement dirigés vers une structure sanitaire forte pouvant évaluer la situation de manière globale (par exemple une policlinique ou un service d'hospitalisation pédiatrique général qui travaillera rapidement avec des services spécialisés).
- Pour les autres situations, une prise en charge par étape se développera comme pour tout enfant. Les points plus spécifiques pouvant être mentionnés sont les suivants:
 - Causes et vécu du handicap: les étiologies sont vécues différemment par les uns et les autres: traditionnelles (par les familles) et médicales (par les

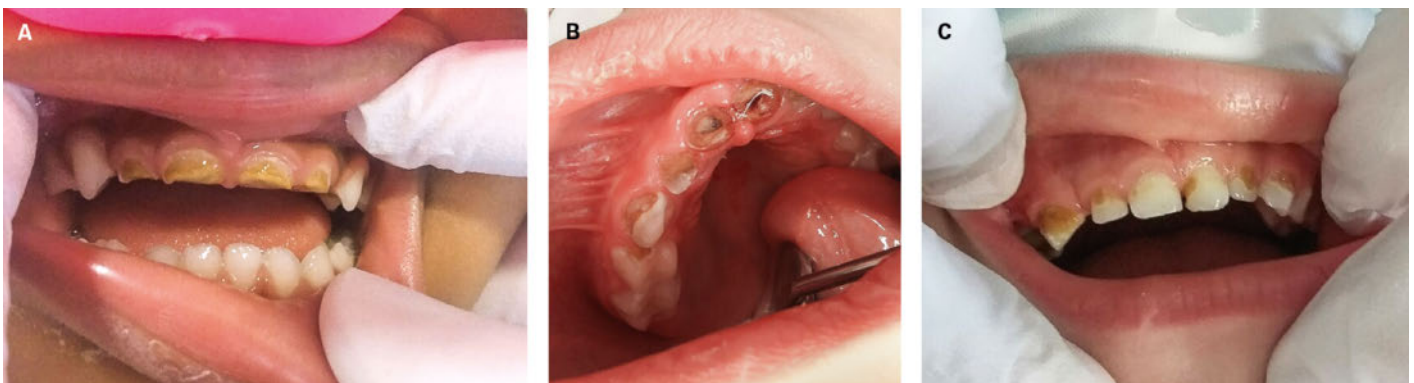


Figure 3: Carie des dents de lait: lésions précoces à détecter sur la dentition primaire ... et leurs conséquences non traitées et/ou dépistées.

Tableau 5: Enfant handicapé et besoins essentiels en santé (adapté de [17]).

Évaluation, anamnèse, examen clinique et synthèse diagnostique avec la famille

Aborder les notions de retard de développement, difficultés d'apprentissage, et expliquer des notions telles que déficience, handicap (et sa sévérité – léger, modéré, sévère et profond –, de même que son mode – lent, «en plateau», régressif), invalidité, incapacité, et les restrictions que cela va induire pour l'enfant et sa famille

Aspect «génétique» ou acquis de la pathologie, aborder les problèmes plus spécifiques du handicap (langage, audition, vision, problèmes orthopédiques, ...) de manière holistique, le recours aux spécialistes du domaine étant bien entendu permanent

Proposer un Carnet de Santé spécifique aux enfants avec pathologies chroniques et handicap

Soutien psychologique, accompagnement familial

Soutien social et financier

soignants). Les premières vont parfois (souvent?) se référer au surnaturel, aux croyances, au destin,... et les secondes à un gène défectueux, un manque d'oxygène à la naissance,... Ces visions «opposées» peuvent amener à des interprétations et des représentations différentes du handicap de la part des familles migrantes et des professionnels. Le soutien et l'apport d'un médiateur culturel peut grandement aider à une meilleure compréhension réciproque.

- De nombreuses familles migrantes (à l'instar d'ailleurs de familles autochtones) ont du mal à se séparer de leur enfant handicapé, en le plaçant en centre éducatif par exemple. Pourtant, l'accès à ces structures apporte dans nos contextes un bénéfice certain dans la prise en charge d'un enfant handicapé.
- Les familles migrantes ayant des enfants en situation de handicap doivent non seulement faire face aux défis liés à ce handicap mais elles doivent de surcroît composer avec les exigences administratives, matérielles, économiques et culturelles liées à leur migration. L'aide des services sociaux (et leur lien avec le médecin de famille) est essentielle.

Traditions néfastes à la santé – mutilations génitales féminines [19, 20]

Les MGF sont pratiquées en âge pédiatrique (parfois chez des nourrissons), se retrouvent dans certains pays du monde avec une prévalence très élevée et justifient une attention systématique chez les filles et les femmes originaires de ces pays (p. ex: Egypte, Somalie, Indonésie, Erythrée, certaines régions Kurdes, Afrique de l'Ouest...). L'identification des différentes formes de MGF peut être difficile à reconnaître pour une per-

sonne inexpérimentée. Les conséquences pour la santé des filles sont:

- immédiates (hémorragies, infections, changement de comportement, ...);
- à plus long terme:
 - gynécologiques (infections urinaires, chéloïdes, problèmes menstruels, fonction sexuelle, ...);
 - obstétriques: impacts négatifs sur l'accouchement évidents dans les pays du Sud, mais confirmés à moindre échelle dans les pays développés;
 - infectieuses (Hépatite B, HIV par ex);
 - psychologiques.

Les interventions proposées sont:

- une prévention active:
 - Si origine d'un pays à haute prévalence de MGF, en s'informant auprès de la communauté (médiateur culturel par ex.) et de la famille si cette pratique existe de même que l'intention de la pratiquer;
 - En provoquant des discussions de prévention (rappel des connaissances médicales et légales – pratique interdite en Suisse, y compris d'appliquer cette pratique lors d'un voyage au pays d'origine (art 124. Lésions corporelles / Mutilations d'organes génitaux féminins): écouter les raisons invoquées par ces familles pour expliquer la pratique et les craintes éprouvées s'ils l'abandonnent afin de leur fournir des arguments utiles;
 - Potentiellement en demandant la levée du secret médical en cas de MGF jugée imminente.
- Prise en charge:
 - rarement découverte de MGF lors de complication aiguë de la pratique de l'excision, mais plus fréquemment lors de symptômes liés à une MGF, ou dans le cadre d'évaluations demandées par les services sociaux («mauvais traitements»). Il est alors important d'évaluer l'enfant concerné, mais également les autres filles de la famille et la maman;
 - Examen clinique général et génital (ne l'effectuer que si le médecin possède cette expertise);
 - Proposition de prise en charge spécialisée (y compris et rarement chirurgicale, mais jamais proposée avant l'adolescence) et psychosociale (associations de soutien);
 - Ne jamais s'occuper seul de ces situations mais les signaler aux services de protection de l'enfance, les législations différant d'un canton à un autre.

Une attention particulière doit être portée aux petits enfants accompagnés d'un seul adulte homme: de nombreux rapports parlant d'enfants orphelins, rapidement abandonnés par l'adulte censé être le père et révélant soit des trafics, soit des motivations particulières à la migration (y compris Djihadisme). Ce sont des situations très rares (la majorité de ces petits en-

fants accompagnés de leur papa ont perdu leur maman et parfois leurs frères et sœurs) mais suffisamment inquiétantes pour en dire quelques mots.

En guise de conclusion

Une famille migrante et ses enfants vont relever de multiples défis très complexes en arrivant, puis en vivant en Suisse. La cellule familiale, pour autant qu'elle soit regroupée et non éclatée, devra faire face à l'instabilité de la situation légale, aux soucis financiers et de logement. Au fil du temps, des réussites, et des épreuves, les familles seront confrontées à l'interculturalité, vécue très différemment par les différents

Le médecin de famille aura un rôle important de guidance et de prévention afin d'éviter ce que J.C. Métraux appelle la «double marginalisation».

membres de la famille (que ce soient les adultes ou les enfants). Source d'enrichissement, mais aussi de tensions parfois cruelles pour tous, le médecin de famille aura un rôle important de guidance et de prévention afin d'éviter ce que J.C. Métraux appelle la «double mar-

ginalisation» [21]: l'enfant ou l'adolescent tiraillés entre deux mondes parfois difficilement compatibles. Une écoute empreinte d'une immense compréhension et du respect des valeurs de chacun au sein de la famille, surtout des parents, est indispensable.

Postulat 1: pour les enfants migrants

Ils doivent avoir accès:

- à des services de promotion et d'information sur la santé, en plus de structures de soins pensées «migrants»;
- à l'école et à une formation professionnelle, en particulier dans l'école postobligatoire;
- à un carnet de santé dès la naissance ou à leur arrivée en Suisse; celui-ci doit être «bien rempli», incluant des courbes de croissances (y compris BMI) et de développement pubertaire complétées et expliquées; les enfants présentant des maladies chroniques doivent disposer des carnets de santé spécifiques (voir les «sources d'informations utiles»).

Postulat 2: pour tous les professionnels de santé, en particulier les médecins de famille et les pédiatres

Ils doivent avoir accès:

- à des (sources de) formations et des connaissances en soins spécifiques (y compris CTT);
- à un réseau de référents (médicaux, soignants, administratifs, sociaux) clairement définis et organisés (services dentaires spécialisés, spécialistes en maladies infectieuses et en vaccinologie, gynécologues, «ethno»-psychologues et -psychiatres, tous facilement disponibles, services d'état bien identifiés pour les questions «migrations»).

Postulat 3: pour les soignants et les familles migrantes

L'Interprétariat communautaire (y compris téléphonique) doit être disponible et intégré dans la prise en charge financière. C'est une priorité absolue; elle permet par ailleurs en grande partie la réussite du postulat 1.

Postulat 4: plus globalement

Une recherche et une (bonne) exploitation des connaissances et des données centrées sur les réalités de la médecine ambulatoire des «migrants» est impérative. Elle commence par une mise à disposition et un accès à une banque de données scientifiques rigoureuses, le tout dans le respect absolu des principes éthiques.

L'essentiel pour la pratique

- Près de la moitié des enfants vivant dans les villes suisses sont issus des populations migrantes; leur (bonne) intégration à la société est un défi positif à relever, d'autant plus que les flux migratoires vont encore s'intensifier dans les années à venir;
- Le terme «migrant» recouvre des réalités nombreuses et complexes. Il est nécessaire de connaître leurs définitions, les bases légales des différents statuts des personnes d'origine étrangère en Suisse;
- La prise en charge des familles migrantes et de leurs enfants représente une part importante de l'activité quotidienne d'un médecin, que ce soit en cabinet privé ou dans un centre d'urgences hospitalier. Le médecin de cabinet est la personne-clé pour ces familles;
- La santé des enfants migrants, pour une minorité «significative» d'entre eux, est moins bonne que celle des Suisses (à l'arrivée, mais également sur le plus long terme). La plupart se portant très bien, il est important de repérer ceux qui nécessiteront une attention particulière;
- Des problématiques médicales spécifiques (rattrapage vaccinal, pathologies infectieuses, soucis d'alimentation, de sédentarité et leurs conséquences, santé mentale, conduites à risque chez certains adolescents, ...) aux enfants et familles migrantes doivent être enseignées et progressivement intégrées et pratiquées par les médecins de famille.
- L'acquisition de Compétences Transculturelles et en particulier le «travail à 3» avec un interprète – médiateur culturel est nécessaire pour tout médecin recevant des familles migrantes.

Sources d'informations utiles

Mémento pour le diagnostic et la prévention des maladies infectieuses et la mise à jour des vaccinations auprès d'enfants adolescents migrants en Suisse:

<http://www.pigs.ch/pigs/frames/documentsframe.html>

Primary care for the migrant population in Switzerland: a paediatric focus (http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica_special_primary_care_for_the_migrant_population_in_ch_a_paediatric_focus_0.pdf)

Mémento de référence en Suisse pour la médecine des voyageurs; site professionnel (inscription) et tout public: www.safetravel.ch

Un guide pour les professionnels de la santé travaillant avec les enfants et les jeunes immigrants et réfugiés, rédigé par la Société Canadienne de Pédiatrie: www.kidsnewtocanada.ca

Caritas Suisse peut aider à trouver des personnes ressources dans le domaine de la prévention et des soins des MGF: <https://www.caritas.ch/fr/ce-que-nous-faisons/en-suisse/asile-et-migration.html>

Croix-Rouge Suisse: <https://www.redcross.ch/fr/en-faveur-des-populations-migrantes>

Carnet de Santé Vaudois pour enfants et maladie chronique: www.chuv.ch/pediatrie/dmcp-carnet-sante.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- Office Fédéral de la statistique, Confédération helvétique, Neuchâtel, 2017. Rapport statistique sur l'intégration de la population issue de la migration
- Berry JW, Phinney JS, Sam DL, Vedder P. Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Appl Psychol*. 2006 ;55(3):303–32.
- Althaus F, Hudelson P, Domenic D, Green AR, Bodenmann P. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact? *Forum Med Suisse*. 2010;10(5):79–83.
- Prise en charge clinique de la population migrante: focus pédiatrique et Memento pour le diagnostic et la prévention des maladies infectieuses et la mise à jour des vaccinations auprès d'enfants et d'adolescents migrants en Suisse, asymptomatiques. Par le Groupe Suisse d'Infectiologie Pédiatrique (PIGS). *Paediatrica*; 27, numéro spécial II, 2016.
- Notter J, Tarr P, et coll. Infections chez les réfugiés. Vaccinations chez les réfugiés adultes. *Forum Medical Suisse*. 2016; 16(4950):1067-74.
- Kouider EB, Koglin U, Petermann F. Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:373–91. doi: 10.1007/s00787-013-0485-8.
- Verga ME, Widmeier-Pasche V, Beck-Popovic M, Pauchard JY, Gehri M. Iron deficiency in infancy: is an immigrant more at risk? *Swiss Med Wkly*. 2014 Dec 23;144:w14065. doi: 10.4414/smw.2014.14065.
- Hepa.ch: Activité physique et santé du nourrisson, du tout-petit et de l'enfant d'âge préscolaire. Recommandations pour la Suisse.
- Ken K Ong. What triggers puberty? *Arch Dis Child*. doi:10.1136/archdischild-2016-312000.
- Kroening AL, Moore JA, Welch TR, Halterman JS, Hyman SL. Developmental Screening of Refugees: A Qualitative Study. *Pediatrics*. 2016;138(3). doi: 10.1542/peds.2016-0234.
- Campisi L, Suris JC et coll. Risk behaviors among natives and immigrant youths in Switzerland: a cross-sectional study. *SMW*. 2017, accepté pour publication.
- Caring for unaccompanied minors: an experience from Lausanne]. Depallens Villanueva S, Ambresin AE. *Rev Med Suisse*. 2010;6(253):1248–50, 1252.
- Messelken D, Crouse J, Winkler DT. When childhood ends: estimating the age of young people. *BMJ*. 2015;351. doi: 10.1136/bmj.h6699.
- Madrid C, Abarca M, Bouferrache K, Gehri M, Bodenmann P, Pop S. The impact of childhood caries. *Rev Med Suisse*. 2012;8(335):764–8. French.
- Baggio S, Abarca M, Bodenmann P, Gehri M, Madrid C Early childhood caries in Switzerland: a marker of social inequalities. *BMC Oral Health*. 2015;15:82. doi: 10.1186/s12903-015-0066-y.
- Lewis CW. Fluoride and Dental Caries Prevention in Children. *Pediatr Rev*. 2014;35(1):3-15.
- Smith D. Developmental problems and the child with special needs. In: Lissauer T, Clayden G: *Illustrated Textbook of Paediatrics*, fourth ed. 2012:49–66.
- Piérart G. Handicap, migration et famille. Enjeux et ressources pour l'intervention interculturelle. Genève, IES, coll. «Le social dans la cité», 2013, 224, ISBN: 978-2-88224-126-9.
- Jaeger F, Caflisch M, Hohlfeld P. Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *Eur J Pediatr*. 2009;168(1):27–33. doi: 10.1007/s00431-008-0702-5.
- Villani M, Bodenmann P. FGM in Switzerland: between legality and loyalty in the transmission of a traditional practice. *Health Sociology Review* 2016. doi: org/10.1080/14461242.2016.1254058.
- Métraux JC. Les liens familiaux à l'épreuve de la migration. *Paediatrica*; 27, numéro spécial II, 2016.

Correspondance:
Dr méd. Mario Gehri
Hôpital de l'Enfance
Département femme-mère-
enfant
CHUV
Ch. de Montétan 16
CH-1004 Lausanne
[mario.gehri\[at\]chuv.ch](mailto:mario.gehri[at]chuv.ch)