

16^E CONGRÈS
MÉDECINE
GÉNÉRALE
FRANCE




Organisé par COLLEGE
de la MÉDECINE
GÉNÉRALE 

VOYAGEZ DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE



congresmg.fr
f t in y #CMGF2023

En partenariat avec le generaliste



La prise en charge des enfants migrants: place des médecins de soins primaires

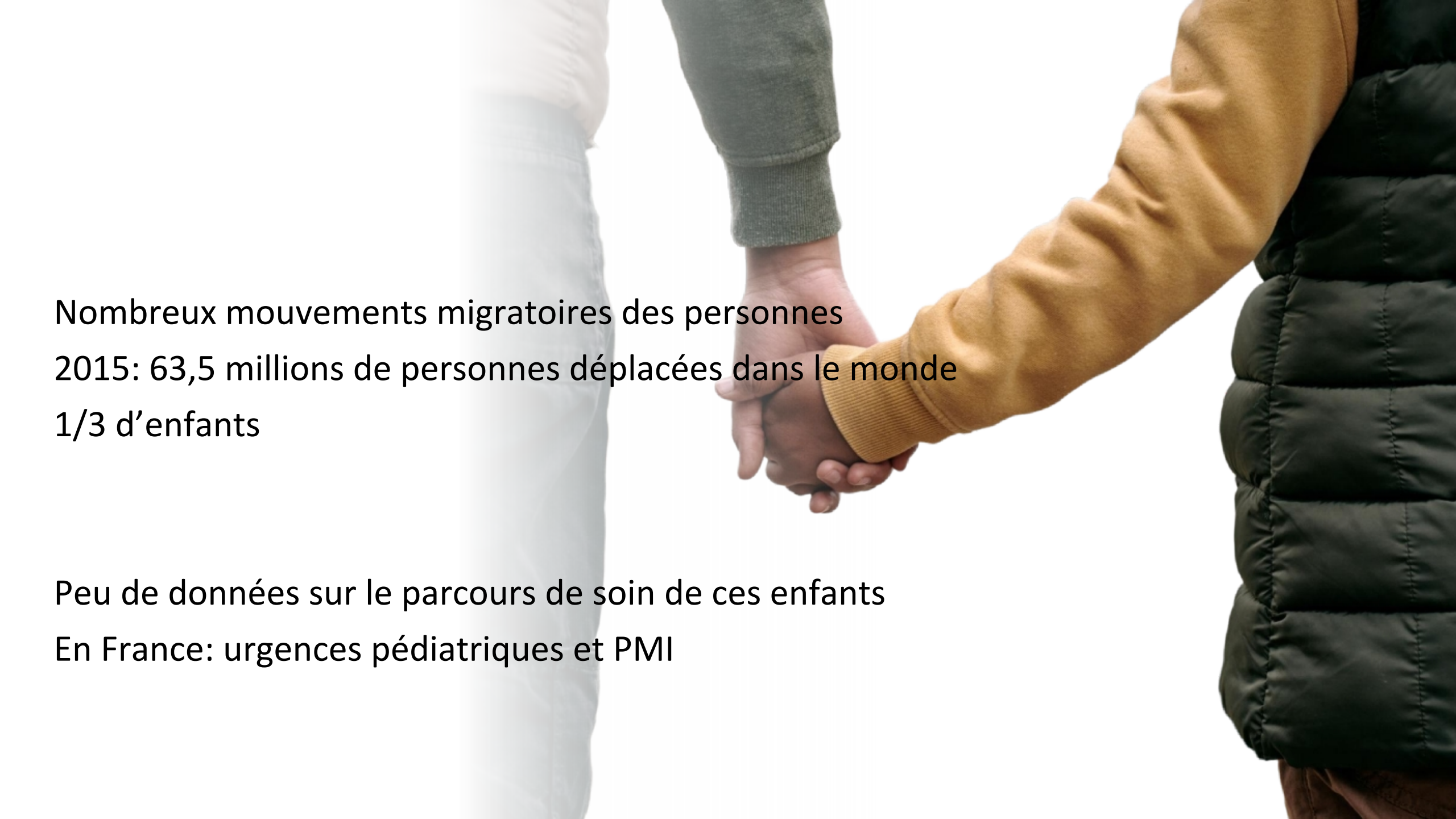


Aucun lien d'intérêt

Elodie Million

Estelle Wurzt et Sonia Rousseau





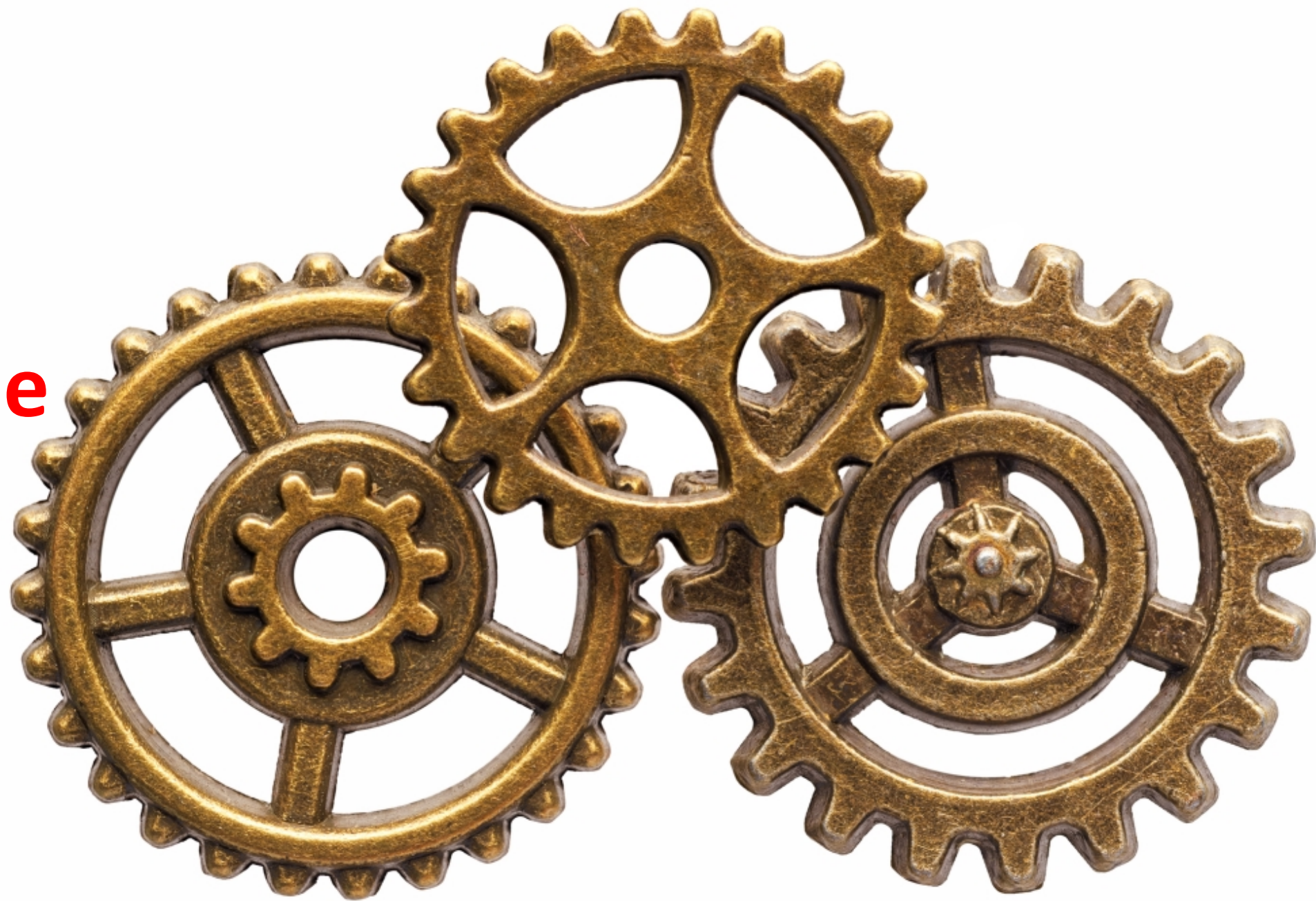
Nombreux mouvements migratoires des personnes
2015: 63,5 millions de personnes déplacées dans le monde
1/3 d'enfants

Peu de données sur le parcours de soin de ces enfants
En France: urgences pédiatriques et PMI



Explorer l'expérience vécue
de l'accueil des enfants
migrants de plus de 6 ans par
les médecins de premier
recours

Méthode



Etude **qualitative**

Entretiens semi-dirigés avec guide d'entretien

Saturation des données

Analyse **issue de la Théorisation Ancrée**

Triangulation de l'analyse par 3 chercheurs

Résultats



16 entretiens

27 À 60 minutes (moyenne 40 min)

25-60 ans

14 femmes et 2 hommes

10 recrutements directs et 6 par boule de neige

3 catégories conceptuelles



Les médecins de premier recours élaborent des définitions variables de la condition d'enfant migrant, à travers leurs expériences personnelles et leurs rencontres avec ces enfants qui accèdent à leurs consultations via divers adressages.

La prise en charge de ces enfants est complexe:

La santé globale de l'enfant est secondaire face aux pathologies infantiles aiguës.

La priorité de la prise en charge est donnée par les familles à la sécurité matérielle et au traumatisme subi par l'enfant lors de sa migration.

L'accueil de ces enfants par le médecin nécessite une adaptabilité sur le plan médical théorique et dans l'organisation pratique de la consultation.

L'impact du parcours migratoire et les troubles psychologiques

La prise en charge des enfants migrants doit intégrer son vécu psychologique lors du parcours migratoire jusqu'à son installation en France

E5 « Surtout sur les camps, je pense qu'il y a beaucoup de violences sexuelles »

E5 « Faire accepter à des parents, qu'il y a quand même des souffrances (...) il y a des fois de la casse chez les gamins »

Adaptations de la consultation et du cabinet

Temps plus long

Communication directe avec la famille par mail

Aide d'un assistant médical

Consultations avec contenu plus spécifique

E16 : « c'est un choix qu'on a fait nous dans notre cabinet de salarier quelqu'un à qui on confie l'organisation du parcours complexe pour nos patients qui n'y arrivent pas tout seul. »

Les enfants migrants ont des spécificités administratives et médicales : pas de documents médicaux antérieurs, moins de vaccination, une santé physique et psychique précaire.

Pour ces enfants, la prévention, pourtant indispensable, est compliquée par le contexte culturel.

Les médecins doivent s'adapter à ces spécificités : réorganisation des consultations, prise en compte de la relation médecin – patient particulière, du soutien insuffisant des instances administratives sans enfermer l'enfant dans un statut unique d'enfant migrant.

Les médecins sont partagés entre attachement particulier à ces enfants et lassitude liée à la complexité de la prise en charge.

Les enfants migrants sont en moins bonne santé

Maladies infectieuses et parasitaires

Déficit vaccinal

Troubles du neurodéveloppement

Troubles psychologiques

E12 : « les migrants sont précaires et à ce titre ont une santé qui est probablement moins bonne que la santé des gens non précaires »

La langue : une barrière dans la relation médecin-patient

Interprétariat

Langue commune: l'anglais

Téléphone portable et applications

E7 “arriver à trouver un temps pour pouvoir les accueillir et prendre en considération leur demande, malgré la barrière de la langue”

E16 : « faire demander à une jeune fille si elle a ses règles, par l'intermédiaire [...] d'un interprète homme dans une culture où on ne parle pas de ce genre de choses entre hommes et femmes par exemple, c'est compliqué ».

La consultation de l'enfant migrant en soins primaires: entre lassitude et enrichissement

Des consultations complexes mal valorisées

Lassitude des médecins voir renoncement à la prise en charge

Une relation gratifiante et privilégiée avec les enfants migrants et leur famille

E5 : “Et en parlant des enfants c'est une urgence [...] de les prendre en charge, de les réconforter, même qu'ils aient 12 ans, qu'ils aient 14 ans, qu'ils aient 15 ans, de leur tracer un chemin, d'écouter leurs souhaits et leurs rêves”

Le rôle des médecins de premier recours est transversal dans la prise en charge médico-sociale des enfants migrants : dépistage, prévention, accompagnement des familles et coordination avec les divers intervenants du parcours de l'enfant.

Les médecins de premier recours se sentent isolés et parfois peu compétents face à un manque de relais lors de situations de soin et de vie compliquées.

Le système de santé est inadapté aux enfants migrants, par une carence d'information et une lourdeur administrative qui pénalisent l'entrée des enfants dans un parcours de soin classique.

Pour améliorer la prise en charge des enfants migrants, les médecins proposent de s'inspirer de différents systèmes existants afin d'élaborer un schéma de consultation initiale donnant accès à un parcours de soin plus lisible, gratuit et coordonné d'acteurs pluridisciplinaire.

Rôle du médecin dans la prévention et dans la santé globale de l'enfant migrant

Devoir d'éducation à la santé avec les parents

Compétences organisationnelles et relationnelles:

Disponibilité et souplesse organisationnelle,

Tolérance ou non-jugement,

Capacité de réassurance,

Interrogatoire et examen clinique le plus doux et progressif possible,

Capacité à prendre plus de temps que pour d'autres consultations.

E5 «Accepter, garder la porte ouverte... tu sais pas à quel moment une situation difficile va arriver »

E9 : “De la patience... Les qualités qu'il faudrait avoir en temps normal, de l'empathie, de la bienveillance, être disponible”

Vers une proposition de parcours de soin optimisé pour les enfants migrants













Optimisation proposée du parcours de soin des enfants migrants:

- Parcours prédéfini pluridisciplinaire** entièrement pris en charge
- Systeme spécifique de **partage d'informations** entre les acteurs médico-sociaux
- Proposition de **recommandation professionnelle** de prise en charge claire
- Canevas spécifique de consultation** de premier recours
- Réseau médico-social spécifique** et bien identifié **pluridisciplinaire**: médecin de soins primaires, CH/CHU, psychologues/psychiatres, structures d'accueil sur les territoires



Discussion

Table 2 Summary of the recommendations

1		Make sure the migrant child is accompanied by at least one parent or a responsible caregiver.
2		Make sure the parent/caregiver can communicate competently; access professional interpreter services if limited language proficiency is suspected.
3		Ask about health problems that the parent/caregiver and the children themselves identify.
4		Ask about growth and development and perform a physical evaluation including of weight-for-age and height-for-age, development and vital parameters. Be alert for signs of congenital anomalies (i.e. heart defects), non-communicable (developmental delay and tumours) and infectious diseases (hepatosplenomegaly and lymphadenopathy).
5		Ask for vision and hearing problems; perform a routine vision and hearing screen.
6		Examine the entire skin and oral cavity and be alert for signs of anaemia, scabies, impetigo, malnutrition, tooth decay and scars.
7		Check immunisation status and - if unknown or incomplete - start catch-up immunisations according to national recommendations as soon as possible.
8		Take a blood sample to measure a) haemoglobin to check for anaemia and treat iron deficiency if present b) HBV-antibodies (Hbs-Ag, anti-Hbs and anti-HBc)
		ADD a) if risk factors or signs for nutritional rickets: Vitamin D b) if from sub-Saharan Africa: Schistosomiasis* serology and CCA urine test c) if from sub-Saharan Africa or known risk: HIV serology or PCR d) if febrile: Malaria screen e) if immunosuppression known or foreseen: Strongyloides serology f) if sexually active or abused: Syphilis serology OPTIONAL g) HCV-antibodies
9		Perform a tuberculosis screening for latent infection (tuberculin skin test/ interferon-gamma release assays) followed by chest x-ray if either test is positive in: a) all migrant children < 5 years of age b) migrant children from a high-endemic country including but not limited to sub-Saharan-African region, Afghanistan, Somalia/Eritrea
10		Treat empirically for intestinal parasites with albendazole in children > 2 years and > 10 kg.
11		Schedule a follow-up appointment for catch-up immunisations, screen for mental health risk factors and symptoms, female genital mutilation and coordinate ongoing care needs the child may have.
12		Provide the parent/caregiver with a document of the health assessment and interventions and store a copy of this in your records. If available and compliant with data protection law of your country, also store health care related information in encrypted digital form enabling both migrants and healthcare institutions to have fast and secure access.

Schrier L et al. Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments. Eur J Pediatr. 2019 Sep;178(9):1449-1467.



Perspectives

NFS, réticulocytes, Ferritinémie,
électrophorèse de l'hémoglobine, dosage
G6PD

TP, TCA, fibrinogène

Fonction rénale (urée, créatinine),
ionogramme sanguin, 1-25 OH vitamine D

Bilan hépatique (ASAT, ALAT, GGT, PAL),
glycémie à jeun

Bilan thyroïdien TSH, T3, T4

Sérologie VIH, VHA, VHB, VHC, syphilis

Recherche tuberculose (radiographie de
thorax, IDR +/- test interféron)

Fournir un **carnet de santé**

Accessibilité du programme de **vaccination**
de chaque pays sur le site internet de l'OMS

Proposer **les vaccinations non obligatoires**
(méningite B, rotavirus)

Sérologies vaccinales en cas de doute sur les
vaccinations antérieures : tétanos,
poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole

Contrôle sérologie varicelle chez > 12 ans
(Afrique sub-saharienne, Asie du sud-est,
Amérique centrale et du sud)

*Vaccination des patients drépanocytaires contre le
pneumocoque et la grippe*

*Vacciner contre le méningocoque A, C, Y, W-135 en cas de
pèlerinage à la Mecque*

*Vacciner contre l'hépatite A, l'hépatite B, la fièvre jaune en cas
de retour au Pays*

*Vacciner l'entourage familial d'un sujet atteint d'hépatite B et
d'hépatite A*

Allonger le **temps** de consultation

Faciliter les modalités de **prise de rendez-vous**

Disposer d'une **traduction**

Proposer un **suivi personnalisé**

Actions de **dépistage et de prévention**

Savoir **réadresser à l'aide d'un réseau coordonné**

S'appuyer sur les **travailleurs sociaux et les
médiateurs en santé**

Connaître les structures de soin de proximité

Se former ou s'informer

(DU précarité/infectiologie/médecine tropicale)

Adopter des **compétences** d'écoute, de
disponibilité, d'adaptabilité et de tolérance

Merci

