

Prise en charge des mineurs étrangers non accompagnés en Ile-de-France

Medical care of unaccompanied foreign minors in Ile-De-France

Luu-Ly Pham
Nathalie Garcia
Loïc de Pontual

AP-HP, CHU Jean-Verdier, Département des urgences pédiatriques, Consultation enfant-migrant, Centre pédiatrique de Vaccinations internationales, 93140 Bondy, France
<luu-ly.pham@aphp.fr>

Résumé. La prise en charge des enfants migrants étrangers primo-arrivants peut être difficile tant sur le plan social que médical. Un des phénomènes migratoires récents en Europe depuis les années 1990 et qui s'est amplifié depuis une décennie, est l'arrivée de mineurs étrangers « isolés », dit « non accompagnés » (MNA), sans parents sur le territoire. En France, les départements d'Ile-de-France, en premier lieu Paris (75) et la Seine-Saint-Denis (93), sont les plus concernés par ces flux migratoires. Un dispositif national spécifique a été instauré en 2013 pour la mise à l'abri, l'évaluation et l'orientation des mineurs étrangers non accompagnés. Ces derniers relèvent d'un processus juridique spécifique (ordonnance de placement provisoire par le procureur) et d'une protection sociale relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) qui a pour missions de mettre en place les mesures de protections administratives, sociales et médicales. Les principales pathologies rencontrées chez ces enfants primo-arrivants sont d'origine infectieuse (primo-infection latente tuberculeuse, tuberculose-maladie, schistosomiase, parasitoses digestives, hépatite B). Beaucoup d'adolescents mineurs non accompagnés, originaires d'Afrique subsaharienne, ont vécu un périple traumatique par la Libye (tortures, maltraitements physiques) et par la traversée de la Méditerranée (témoins de nombreux décès). Certains d'entre eux présentent un syndrome de stress post-traumatique à leur arrivée. Une prise en charge multidisciplinaire (médicale, psychologique et sociale), s'inscrivant dans un parcours de soin coordonné, est nécessaire et représente un enjeu de santé publique certain.

Mots clés : mineur étranger non accompagné, maladies infectieuses, syndrome de stress-post-traumatique

Abstract. The medical care and the social care of newly arrived foreign migrant children can both be challenging. One of the recent migratory phenomena in Europe since the 1990s, which has grown over the past decade, is the arrival of "unaccompanied foreign minors" (UFM) who come without their parents in France. Ile-De-France area and the departments of Paris (75) and Seine-Saint-Denis (93) are the most concerned by these migratory flows. A specific national scheme was introduced in 2013 to shelter, assess and guide unaccompanied foreign minors. These are part of a specific legal process (temporary placement order by the public prosecutor) and social protection under the Social Childhood Assistance (ESA) whose mission is to put in place administrative, social and medical protection measures. The main pathologies encountered in these newly arrived children are infectious diseases (latent primary tuberculous infection, tuberculosis-disease, schistosomiasis, digestive parasitosis, hepatitis B). Many unaccompanied minors, from sub-Saharan Africa, experienced a traumatic journey through Libya (torture, physical abuse) and while crossing the Mediterranean (witnessing numerous drownings). Some of them have post-traumatic stress disorder upon arrival. A multi-disciplinary medical, psychological and social care, part of a coordinated care path, is necessary and represents a definite public health issue.

Key words: unaccompanied foreign minor, infectious diseases, post-traumatic stress disorder

Abréviations : ASE, Aide sociale à l'enfance ; CMU, Couverture médicale universelle ; DEMIE, Dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers ; EPS, Examen parasitologique des selles ; EPU, Examen parasitologique des urines ; IDR, Intra-dermo-réaction ; HCR, Haut commissariat aux réfugiés ; HCSP, Haut conseil de santé publique ; MECS, Maison de l'enfance à caractère social ; MNA, Mineur non accompagné ; MST, Maladie sexuellement transmissible ; OPP, Ordonnance de placement provisoire ; PASS, Permanence d'accès aux soins de santé ; PEMIE, Pôle d'évaluation des mineurs isolés étrangers ; VHA, Virus de l'hépatite A ; VHB, Virus de l'hépatite B ; VHC, Virus de l'hépatite C

mtp

Tirés à part : L.-L. Pham

Contexte

Les phénomènes migratoires existent depuis le début de l'humanité.

L'Agence des Nations unies pour les réfugiés (le Haut-Commissariat aux réfugiés ou HCR), qui comptabilise depuis 1951, dans chaque pays du monde, les demandeurs d'asile, ceux ayant obtenu le statut de réfugié, les déplacés intérieurs ou encore les apatrides, fait état d'une augmentation progressive sur la seconde moitié du XX^e siècle et d'une accélération fulgurante au XXI^e siècle depuis 2005 avec 19,4 millions de réfugiés dans le monde.

En 2015, on dénombrait plus 52,9 millions personnes en exil (réfugiés internationaux ou apatrides), avec une très forte augmentation résultant de la multiplication des conflits à travers le globe sur la dernière décennie.

Les flux migratoires liés aux tensions économiques, aux crises politiques, aux guerres, ou aux catastrophes naturelles, restent une des préoccupations majeures des pays occidentaux et notamment au sein de l'Union européenne [1].

Données démographiques

En France et en Europe

En France, l'origine des populations immigrées a beaucoup évolué. Avant 1970, la plupart venait de pays européens (Italie, Espagne, Portugal, Pologne). Actuellement, une grande partie de la population immigrée vient des pays de l'Afrique du Nord et subsaharienne et du Moyen-Orient.

Un des phénomènes migratoires récents est l'arrivée de mineurs étrangers « isolés », dit « non accompagnés », sans parents sur le territoire français, et qui s'est amplifié depuis les années 1990 notamment : à Paris, en Seine-Saint-Denis, dans le Nord-Pas-de-Calais, les Bouches-du-Rhône et l'agglomération de Lyon.

En Europe, le nombre de mineurs non accompagnés demandeurs d'asile est en forte augmentation avec 24 075 mineurs en 2014 (soit 4 % du nombre total de demandeurs d'asile). 70 % de ces mineurs se trouvent dans les pays suivants : la Suède (29 %), l'Allemagne (18 %), l'Italie (10 %), l'Autriche (8 %) et le Royaume-Uni (8 %), selon des données européennes récentes (Eurostat).

En France, le nombre de mineurs non accompagnés entrés sur le territoire en 2017 est en très forte augmentation avec près de 14 908 jeunes d'après la mission MNA du ministère de la Justice.

En raison des divers problèmes posés par cette augmentation des flux migratoires de mineurs non accompagnés étrangers dans les années 2000 (saturation des structures d'accueil, disparité de prise en charge entre les départements), un rapport parlementaire présenté en mai 2010 a abouti à la création d'une plateforme interministérielle dédiée aux mineurs non accompagnés [2].

Un dispositif national spécifique a été instauré en 2013 pour la mise à l'abri, l'évaluation et l'orientation des mineurs non accompagnés [3].

D'après des données récentes d'un rapport de 2017 de la Cellule nationale des MNA (mineurs non accompagnés), il existe une hausse des chiffres : 8 054 MNA recensés sur le territoire français pour l'année 2016, contre 5 990 en 2015 et 2 555 en 2013.

En Île-De-France et en Seine-Saint-Denis

Le département de la Seine-Saint-Denis est l'un des départements les plus concernés par ce phénomène avec une augmentation croissante de l'arrivée des mineurs étrangers non accompagnés depuis une dizaine d'années.

En 2003, les deux départements de Paris et de la Seine-Saint-Denis comptaient 50 % des mineurs non accompagnés étrangers se trouvant sur le territoire national (respectivement 30 et 20 %) et avec une augmentation de 250 % entre 2007 et 2008 pour le seul département du 93.

Les mineurs non accompagnés sont majoritairement des garçons (96 %) avec un âge moyen de 16 ans. Les filles restent minoritaires car isolées, elles s'exposent à un parcours migratoire très à risque de sévices sexuels. Une cellule de l'ASE spécifique dédiée aux mineurs étrangers non accompagnés est ouverte depuis septembre 2018 dans le département du 93.

Parcours migratoires

Causes de l'exil

Les trajectoires sont très diverses mais on retrouve cependant des motifs d'exil récurrents et similaires pour l'ensemble des mineurs étrangers non accompagnés :

- Exil d'une région en guerre ou en conflit.
- Mineur dont le départ est souhaité et aidé par les parents ou la proche famille, afin de faire des études ou de trouver un travail et d'aider la famille restant au pays.
- Mineurs exploités dans trafics humains (drogues, prostitution).
- Mineurs fuyant leur famille (maltraitance) ou des conditions socio-économiques extrêmes (pauvreté).
- Mineurs censés rejoindre un parent ou membre de la famille en France et qui est accompagné par un passeur mais qui n'arrivent pas à rejoindre le-dit parent ou refus de celui-ci de l'accueillir.

Pays d'origine, pays traversés

Il existe une grande diversité des origines géographiques, avec plus d'une soixantaine de nationalités identifiées chez les mineurs étrangers non accompagnés entrés depuis juin 2013 sur le territoire et avec une évolution des nationalités les plus fréquemment représentées : d'origine roumaine et chinoise dans les années 2000 et actuellement originaire d'Afrique subsaharienne

(Guinée, Mali, Côte d'Ivoire), d'Asie du Sud (Bangladesh), et également d'Afghanistan et de Syrie.

Les parcours migratoires diffèrent selon les nationalités. Les personnes originaires de la Corne de l'Afrique (Érythrée, Éthiopie) et du Soudan transitent quasiment systématiquement par la Libye, puis l'Italie et enfin la France. Les Égyptiens prennent très souvent le bateau à Alexandrie à destination de la Grèce ou l'Italie. Les personnes originaires du Proche et du Moyen-Orient (Syrie, Irak, Iran), ainsi que d'Afghanistan et du Pakistan, transitent généralement par la Turquie, puis rejoignent l'Union européenne par la Grèce puis l'Italie ou la Bulgarie pour rejoindre ensuite l'ouest de l'Europe [4].

Ces parcours migratoires sont souvent longs, épuisants et ponctués d'obstacles. Les exilés ont parfois passé des mois dans des camps de transit, en Italie, en Grèce ou dans les Balkans

Protection juridique et sociale

Cadre juridique

Les mineurs étrangers non accompagnés ont une protection juridique dans les pays ayant signé la Convention de La Haye.

Tout mineur non accompagné étranger se trouvant sur le territoire français relève d'un processus juridique spécifique (ordonnance de placement provisoire par le procureur) et d'une protection sociale relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Processus d'évaluation

Chaque jeune primo-arrivant isolé doit être signalé au Procureur de la République pour une demande de protection. L'Aide Sociale à l'Enfance est la structure compétente qui va être chargée de veiller sur le mineur non accompagné et de mettre en place les mesures de protection administrative (inscription dans établissement scolaire public, activités pour le bien du mineur, soins médicaux courants, etc.).

Une mise à l'abri initiale, dès le repérage d'un mineur étranger non accompagné, est organisée par le conseil général du département où se présente le mineur, via l'ASE.

Certaines structures sont spécifiquement dédiées à l'évaluation des mineurs primo-arrivants.

Ainsi, dans le département du 93, la Croix-Rouge et le PEMIE du 93 à Bobigny se sont vus confier le primo-accueil et hébergement provisoire des mineurs non accompagnés durant la période d'évaluation.

L'évaluation de la minorité et de l'isolement est réalisée par le DEMIE (dispositif d'évaluation des mineurs étrangers isolés) et par l'ASE du département où le mineur se trouve.

Cette mission vise à déterminer si l'individu relève du dispositif de protection en tant que mineur, non accompagné, et en situation de danger. L'évaluation comporte un

entretien détaillé et des critères d'évaluation de la minorité. La minorité du jeune (moins de 18 ans) constitue un critère déterminant pour qualifier ses droits.

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a émis en 2014 des recommandations pour la détermination de l'âge d'un jeune étranger isolé sur le territoire national [5].

Dans le cadre d'une requête judiciaire, si une demande médicale intervient pour déterminer la minorité d'un jeune, une combinaison de méthodes s'impose aux médecins, dans le cadre d'une unité hospitalière de médecine légale.

En effet, la détermination de l'âge d'un individu lorsqu'il est adolescent ou adulte jeune est imprécise et complexe. La maturation d'un individu a des variations physiologiques en fonction du sexe, de l'origine ethnique ou géographique, de l'état nutritionnel ou du statut socio-économique. Il existe aussi des variations pathologiques en cas de maladie chronique.

L'estimation d'un âge osseux ne permet pas de déterminer l'âge exact d'un jeune lorsqu'il est proche de la majorité légale. La détermination d'un âge physiologique sur le seul cliché radiologique est à proscrire.

L'évaluation de la minorité basée sur les entretiens avec le jeune et sur les documents administratifs pouvant être fournis reste un problème dans le processus d'évaluation.

Au terme de cette évaluation, le Procureur de la République est saisi et prononce une ordonnance de placement provisoire qui est une mesure temporaire d'urgence en attendant un placement définitif décidé par le juge des enfants.

Certains de ces jeunes se présentant comme mineurs peuvent être récusés de la minorité et ne relèveront donc pas de protection par l'Aide Sociale à l'Enfance.

Mesures de protection sociale à l'enfance : placement ASE

La décision du placement du mineur et le choix du département appartient au Procureur de la République ou au Juge pour enfants.

L'ASE est chargée d'assurer les accès aux besoins primordiaux des mineurs étrangers non accompagnés : nourriture, santé (CMU), vêtements et logement.

Un éducateur référent est désigné au sein de l'ASE. Son rôle est d'assister le mineur non accompagné dans ses démarches éducatives et d'insertion, de le préparer à une autonomie matérielle quand sa prise en charge prendra fin, en veillant à sa situation sociale, administrative, et sanitaire.

Mesures d'hébergement

Il existe des structures d'hébergement d'accueil spécifiques aux mineurs étrangers non accompagnés : les foyers d'accueil d'urgence et au long cours.

Les accueils pérennes sont des foyers départementaux, des maisons d'enfants à caractère social (MECS), des

structures associatives ou des familles d'accueil (moins fréquemment).

Les mineurs plus âgés (entre 16 et 18 ans) peuvent être logés dans des foyers pour jeunes travailleurs ou des appartements partagés, avec un objectif d'apprentissage de l'autonomisation.

Les centres d'accueil peuvent apporter aux mineurs un accompagnement socio-éducatif et un suivi médical si besoin.

Cependant, le nombre et la capacité d'accueil de ces structures diffèrent selon les départements et sont très fréquemment saturées.

De nombreux mineurs non accompagnés se retrouvent hébergés en hôtel par le 115 et sont les plus vulnérables avec un accompagnement et un accès aux soins et à l'éducation souvent manquants ou plus difficiles comparativement à ceux qui sont placés dans des structures.

Prise en charge médico-sociale

L'accès aux soins médicaux sera facilité à partir du moment où la CMU est mise en place, c'est-à-dire lorsque le mineur est confié à l'ASE. Les mineurs pris en charge par l'ASE disposent de l'accès de santé aux droits communs.

En l'absence de couverture maladie ou lorsque les droits n'ont pas été obtenus, les mineurs peuvent se rendre dans les consultations PASS (permanences d'accès aux soins) existant dans différents hôpitaux du service public, où médecins et assistances sociales peuvent accompagner le mineur.

Prise en charge médicale

De nombreuses études européennes (Allemagne, Royaume-Uni) et dans le monde (États-Unis, Canada, Australie) montrent que les enfants migrants primo-arrivants sont une population vulnérable à risque de pathologies carencielles, infectieuses et psychologiques [6].

Dans le département de Seine-Saint-Denis (93), une consultation spécialisée dédiée aux enfants-migrants a été ouverte depuis 2016 à l'hôpital Jean-Verdier de Bondy.

Principales pathologies rencontrées

Pathologies infectieuses et somatiques

Les principales pathologies rencontrées sont de cause infectieuse (primo-infection latente tuberculeuse ou tuberculose-maladie, hépatites, parasitoses digestives, schistosomiasis urinaires, dermatoses cutanées à type de gale ou dermatophyties).

Une étude suédoise de 2015 sur 2 936 mineurs demandeurs d'asile retrouvait 6,8 % de primo-infections latentes tuberculeuses et 0,5 % de tuberculoses-maladies chez les mineurs originaires d'Afghanistan et 26-32 % de primo-infections latentes tuberculeuses et 3,4-3,5 %

de tuberculoses-maladies parmi les mineurs originaires d'Érythrée, d'Éthiopie et de Somalie [7].

Les mineurs migrants présentent également fréquemment des signes de malnutrition et/ou carenciels ainsi que des pathologies ophtalmiques ou dentaires.

Une étude australienne de 2012 [8] rapportait les pathologies de 1 026 enfants migrants de 30 pays d'origine différents et retrouvait notamment 39 % de carences vitaminiques, 22 % de carences martiales, 16 % de schistosomiasis.

Une étude canadienne [9, 10] sur 1 063 réfugiés canadiens (entre 2011 et 2014) originaires de 87 pays différents, retrouvait 11 % d'anémies chez les enfants de moins de 15 ans. Le taux d'infections HIV était 2 % et la prévalence de l'hépatite C était de < 1 %. La prévalence d'infections hépatite B était de 4 %, avec un taux plus élevé chez les réfugiés asiatiques (12 %, $P < 0,001$). 39 % des réfugiés étaient immunisés contre le VHB. Les parasites intestinaux étaient identifiés chez 16 % des patients dépistés, avec 3 % d'anguilluloses. Les schistosomiasis étaient retrouvées chez 15 % des patients originaires d'Afrique.

Une étude américaine de 2007 menée entre 1996 et 2001 chez 10 358 réfugiés retrouvait 19 % de parasites intestinaux pathogènes (tricrocéphalose (7 %), giardiase (6 %), ascaris et ankylostomiasis), avec un taux de parasitoses un peu plus élevé chez les enfants (25 %) [11].

Troubles psychiques et psychologiques

De nombreuses études publiées de psychiatrie transculturelle [12, 13] font état des différents troubles psychologiques ou psychiatriques de ces populations vulnérables (troubles anxieux ou dépressifs, syndrome de stress post-traumatiques pour les plus sévères) mais aussi de la capacité de résilience de cette population.

De nombreux adolescents migrants dont la quasi-totalité de ceux ayant traversés la Libye, présentent des stigmates ou des séquelles physiques de maltraitance physique ainsi que des troubles psychiques allant des troubles anxieux simples au syndrome de stress post-traumatique, pour lesquels une prise en charge spécialisée par des pédo-psychiatres est requise (CASITA à l'hôpital Avicenne, pour le département du 93).

Une majorité des adolescents migrants suivis rapportent avoir été emprisonnés et séquestrés en Libye. Les maltraitements physiques rapportés par les patients sont à type de torture pour les plus sévères (frappés quotidiennement, obligation de fixer un point fixe lumineux intense, absence de repas donné, confinement et séquestration, demande de rançons, travaux forcés, sévices physiques et sexuels...).

Nombre d'entre eux ont été témoins de décès au cours de leur périple migratoire (en Libye, ou lors de la traversée en Méditerranée) ou ont eux-mêmes parfois frôlé la mort et font le récit de leur parcours traumatique.

Tableau 1. Examens complémentaires de dépistage.

Examens systématiques	<ul style="list-style-type: none"> – NFS-plaquettes – Ionogramme sanguin, urée, créatinine, transaminases, glycémie, ferritinémie – Sérologie VIH 1 et 2, VHB, VHC – Sérologie anti-tétanique (réponse vaccinale 6 semaines après injection vaccin) – Intra-dermo-réaction à la tuberculine (IDR) – Test IGRA (Quantiféron) – Bandelette urinaire (BU) – Examen parasitologique des urines sur 24 h (EPU pour recherche schistosomiase urinaire) – Examen parasitologique des selles (EPS sur selles fraîches, 3 jours de suite) – Radiographie de thorax de face
Selon l'origine ou le contexte clinique	<ul style="list-style-type: none"> – Électrophorèse de l'hémoglobine – Dosage G6PD – Frottis sanguin-goutte épaisse – Sérologie VHA, bilharziose, sérologies parasitaires – Sérologie syphilis, PCR gonocoque, chlamydia (bilan MST) – Prélèvement cutané (recherche dermatophytes) – Autres (en fonction du contexte)

Dépistage des maladies : enjeu de santé publique

L'intérêt d'une prise en charge médicale précoce de ces mineurs étrangers non accompagnés, lorsqu'ils sont repérés comme tels, est entre autres de diminuer la transmission et/ou l'aggravation de maladies infectieuses, et de les accompagner sur le plan psychologique et psychique.

Beaucoup d'études insistent sur l'importance du dépistage des maladies infectieuses dans la population migrante, afin de pouvoir fournir des traitements préventifs et curatifs au plus tôt. Les différentes études épidémiologiques et données existantes permettent d'adapter les stratégies de dépistage notamment en pédiatrie.

Un dépistage systématique de la tuberculose est réalisé à l'arrivée (par IDR, quantiféron, radiographie de thorax), associé à une *anamnèse* et à un *examen clinique complet*.

La recherche des maladies sexuellement transmissibles (VIH, VHC, VHB, recherche de gonococcie, chlamydia, syphilis) ainsi que des pathologies parasitaires les plus fréquentes (examen direct parasitologique des selles et des urines) est réalisée (*tableau 1*).

Mise à jour vaccinale

Dans la quasi-totalité des cas, on ne connaît pas les vaccinations réalisées antérieurement chez ces adolescents migrants, qui n'ont pour la majorité aucun document

de santé. Une mise à jour et un rattrapage vaccinal sont réalisés (pour la diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche) avec étude de la réponse vaccinale anti-tétanique un mois après et poursuite du schéma vaccinal en fonction du titre d'anticorps (recommandations INFOVAC). Les vaccinations anti-rougeoleuse, anti-méningococcique et anti-VHB sont également mises à jour.

Spécificités et difficultés liées à la prise en charge des mineurs non accompagnés

La prise en charge médicale s'inscrit dans une prise en charge globale de l'adolescent pouvant être complexe.

Une des premières difficultés est liée à leur statut de mineurs étrangers non accompagnés. Ils s'inscrivent dans une très grande précarité et grande vulnérabilité (sans domicile fixe, ou hébergé en hôtel, en foyer d'accueil d'urgence ou au long cours, plus rarement en famille d'accueil). Leur situation sociale peut être changeante très rapidement (changement d'un département à un autre, atteinte de l'âge de la majorité), nécessitant une prise en charge médicale optimisée dès leur arrivée sur leur territoire et en coordination avec les différents acteurs impliqués (éducateurs, médecin de l'ASE, PEMIE, assistantes sociales).

Points à retenir

- Il existe actuellement près de 15 000 mineurs non accompagnés étrangers sur le territoire national en France en 2017. Les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis sont les plus concernés par ce phénomène migratoire récent.
- Un dispositif national spécifique pour la mise à l'abri, l'évaluation et l'orientation des mineurs non accompagnés a été instauré en 2013, mais la prise en charge médicale et sociale de cette population vulnérable à risque, reste complexe.
- Elle nécessite une bonne connaissance du cadre juridico-social et des spécificités des mineurs non accompagnés, ainsi qu'une excellente coordination des différents acteurs impliqués (médecins, éducateurs, ASE, PEMIE, assistantes sociales...).
- Le dépistage et la prise en charge précoce des pathologies les plus fréquemment rencontrées chez ces mineurs étrangers non accompagnés (pathologies infectieuses, tuberculose, syndrome de stress post-traumatique) sont primordiaux et restent un enjeu de santé publique pour les prochaines décennies.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

1. Collectif. *Atlas des migrations*. Hors-Série Le Monde. 2009.
2. Debré I. *Mineurs isolés étrangers en France*. Rapport Parlementaire 2010.
3. Ministère de la Justice. Dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation. Circulaire du 31 mai 2013.
4. Nathalie Garcia. *Les mineurs étrangers primo-arrivants en France*. Mémoire de Diplôme Universitaire « Santé des migrants », 2017.
5. Haut Conseil de Santé Publique. *Avis relatif à l'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé*. 2014.
6. Marquardt L, Krämer A, Fischer F, Prüfer-Krämer L. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: Cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health* 2016; 21(2): 210-8.
7. Bennet R, Eriksson M. Tuberculosis infection and disease in the 2015 cohort of unaccompanied minors seeking asylum in Northern Stockholm, Sweden. *Infect Dis Lond Engl* 2017; 49(7): 501-6.
8. Mutch RC, Cherian S, Nemba K, et al. Tertiary paediatric refugee health clinic in Western Australia : analysis of the first 1 026 children. *J Paediatr Child Health* 2012; 48(7): 582-7.
9. Redditt VJ, Graziano D, Janakiram P, Rashid M. Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont : Part 2 : chronic diseases. *Can Fam Physician* 2015; 61(7): e310-315.
10. Redditt VJ, Janakiram P, Graziano D, Rashid M. Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont : Part 1 : infectious diseases. *Can Fam Physician* 2015; 61(7): e303-309.
11. Varkey P, Jerath AU, Bagniewski S, Lesnick T. Intestinal parasitic infection among new refugees to Minnesota, 1996-2001. *Travel Med Infect Dis* 2007; 5(4): 223-9.
12. Bronstein I, Montgomery P, Ott E. Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: Results from a large-scale cross-sectional study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22(5): 285-94.
13. Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Heir T. Validity of screening for psychiatric disorders in unaccompanied minor asylum seekers : Use of computer-based assessment. *Transcult Psychiatry* 2017; 54(5-6): 611-25.