

Vivre en famille en séjour précaire : quels effets sur la santé des jeunes enfants ?

Perrine Humblet, sociologue de la santé, professeure honoraire ULB, membre de l'AG du RIEPP

Janvier 2026

La période de l'enfance revêt une importance cruciale tant pour les « êtres dans le présent » que sont les enfants, que pour les adultes qu'ils et elles deviendront. La prime enfance se caractérise par des besoins sur les plans physique, émotionnel, social et cognitif, besoins qui doivent être rencontrés impérativement aux stades précoces de la vie. Le développement du langage, de la vision, de l'audition est en jeu mais également les fonctions cognitives, les compétences sociales et relationnelles. Aussi, lorsqu'on s'interroge sur la santé du jeune enfant, c'est de sa santé au sens large qu'il s'agit, et non pas tant de maladie ou de décès comme on le fait pour les adultes.

D'une façon générale, les enfants vivant en famille en séjour précaire¹ disposent d'un atout, celui précisément de vivre en famille. Cependant, il faut s'inquiéter de la grande vulnérabilité socio-économique dans laquelle ils et elles vivent avec leurs familles, et des processus d'exclusion potentiels dont font l'objet ceux et celles qui ne disposent pas de permis de séjour.

Pourquoi s'inquiéter ? Parce que les études convergent depuis plus d'un siècle pour constater que l'état de santé d'une population fluctue selon des déterminants relatifs à l'environnement de vie et au contexte politique, économique et social, et que les sociétés sont traversées par des 'inégalités sociales de santé'. Ainsi, la catégorie socio-économique la plus favorisée se caractérise par des indicateurs de santé plus favorables que ceux de la catégorie immédiatement inférieure, et ainsi de suite. Ce constat se vérifie, quelle que soit la mesure de santé utilisée, pour les adultes comme pour les enfants.

Or, les familles migrantes en séjour irrégulier représentent un groupe particulièrement marginal et désavantagé. Il faut donc évaluer les conséquences que cela peut avoir au niveau de la santé et du développement de leurs enfants.

¹ Familles avec un titre de séjour précaire ou sans titre de séjour légal

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), ratifiée par la Belgique en 1991, énonce les droits fondamentaux de l'enfant et vise à assurer son bien-être et à garantir qu'il ou elle soit traité·e avec dignité, indépendamment de son origine ou de son statut. Elle doit s'appliquer de manière irréfragable à tou·te·s les enfants, y compris à ceux et celles qui vivent en situation irrégulière.

Cependant, outre certains droits individuels comme le droit de vivre en famille, d'établir un lien familial et d'avoir accès à une aide juridique gratuite, la Belgique assure surtout pour les enfants le droit à l'éducation depuis l'âge de 5 ans et jusqu'à l'âge de 18 ans, complété par un accès sous condition aux soins curatifs pour les personnes en séjour irrégulier, par les programmes de santé préventive avant l'âge de 6 ans, et la couverture par les services de promotion de la santé à l'école (SPSE) et les centres psycho-médico-sociaux (CPMS) associés aux écoles pour les enfants scolarisé·e·s. Enfin, une protection contre la violence leur est assurée, les enfants en situation irrégulière pouvant bénéficier de tous les services d'aide aux mineur·e·s en difficulté ou en situation de vulnérabilité.

Que sait-on de la santé de ce groupe particulier de jeunes enfants ? Qu'en disent les enquêtes scientifiques ?

Nous nous basons ici sur les quelques études réalisées en Belgique, puis, dans un but de généralisation, sur des revues de la littérature scientifique² publiée à ce sujet dans les pays européens.

Commençons par la santé à la naissance des enfants né·e·s en Belgique.

Une étude portant sur le total des naissances uniques (les naissances gémellaires ayant été exclues) en Belgique entre 2010 et 2016 (n = 871.283)³ a permis de comparer les indicateurs classiques de santé périnatale basés sur les certificats de naissance et de décès avant l'âge d'un an en fonction de l'inscription (98,1%) ou non (1,9%) de la mère dans le registre national (incluant les résident·e·s légaux et légales et les demandeurs et demandeuses d'asile). Tous les indicateurs défavorables (prématurité, faible poids à la naissance, mortalité, faible score APGAR, césarienne non programmée et anomalie congénitale) étaient supérieurs en cas d'absence de statut de résidence, par rapport aux résidentes statutaires. Dans le cas des mères de nationalité non-européenne, le risque de décès périnatal chez les mères non inscrites était supérieur à celui des résidentes légales de même nationalité et à caractéristiques sociodémographiques comparables. Un résultat semblable est observé pour la prématurité. La situation d'irrégularité représente donc un risque en soi.

² C'est-à-dire des articles qui réalisent l'analyse critique et synthétique des articles scientifiques publiés sur un sujet spécifique pendant une période donnée.

³ Schoenborn, C., De Spiegelaere, M. & Racape, J. (2021). Measuring the invisible: perinatal health outcomes of unregistered women giving birth in Belgium, a population-based study. BMC Pregnancy Childbirth 21, 733 <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04183-9>

On pourrait imputer ces différences de santé périnatale à un accès inadéquat aux soins de santé maternelle et infantile. Aussi, la revue des études réalisées dans les pays de l'OCDE sur les facteurs favorables et sur les obstacles rencontrés par les migrantes sans papiers pour l'accès aux soins de santé maternelle et infantile est-elle très instructive⁴. Elle met en évidence différents facteurs de frein : la criminalisation des migrantes et la complexité des procédures administratives, les obstacles financiers et les connaissances insuffisantes des migrantes au niveau linguistique et à propos de l'offre des services de soins du pays 'refuge'. Il en résulte non seulement des défauts de prise en charge obstétrique adéquate mais également un impact sur le développement précoce de l'enfant et sur la santé mentale de la mère et de l'enfant. Cet article plaide pour une politique de santé publique qui soit inclusive par rapport aux migrant·e·s sans papiers, et qui soit complétée par des initiatives locales favorables. L'exemple donné est celui de centres dédiés aux personnes en migration, avec ou sans papiers, qui visent à soutenir le sentiment d'identité des patient·e·s, à assurer la continuité des soins et à familiariser ces personnes avec le système de santé et la société au sens large. L'association Aquarelle⁵ à Bruxelles, qui accompagne spécifiquement les femmes enceintes précaires et issues de l'immigration, est un exemple qui se situe dans cette catégorie.

Par-delà la période périnatale, que savons-nous de leur santé et leur développement global ?

Les revues de littérature consultées sur la santé des jeunes enfants réfugié·e·s, sans papiers et en séjour précaire font bien entendu état des inégalités sociales de santé qui les touchent spécifiquement du fait de leurs conditions de vie. Mais elles décrivent également de nombreuses lacunes de connaissances et des limitations méthodologiques qu'il est important et intéressant de souligner ici.

Tout d'abord, une limitation géographique. Les études sur ces enfants émanent moins souvent des pays européens que des pays d'Amérique du Nord et d'Australie⁶. Ensuite, le manque de standardisation du vocabulaire (les mots-clés) pour désigner cette catégorie d'enfants représente une difficulté pour repérer les articles pertinents. Sur le plan méthodologique, des difficultés sont souvent rencontrées pour mener des enquêtes fiables sur une population qui tient à rester 'sous le radar'⁷. Les outils d'évaluation en santé mentale semblent également peu appropriés pour les jeunes enfants réfugié·e·s qui forment un

4 Montagnoli, C., Neeser, N. B., Elger, B. S., & Wangmo, T. (2025). Facilitators and barriers of maternal and infant healthcare access for undocumented migrants in the first 1000 days of life: a systematic review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 1–30. <https://doi.org/10.1080/26410397.2025.2560189>

5 <https://www.aquarelle-bru.be/> Au sein du CHU Saint Pierre, Aquarelle propose un accompagnement médico-social à des femmes enceintes ou ayant accouché, issues de l'immigration, n'ayant pas de sécurité sociale et vivant dans une grande précarité.

6 Kadir A, Battersby A, Spencer N, Hjern A. Children on the move in Europe: a narrative review of the evidence on the health risks, health needs and health policy for asylum seeking, refugee and undocumented children. *BMJ Paediatrics Open*. 2019;3:bmjpo-2018-000364.

7 Woodward A, Howard N, Wolffers I, (2014) Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review, *Health Policy Plan.*, 29, 7: 818–830.

groupe très hétérogène, ce qui limite la possibilité d'effectuer des enquêtes pertinentes sur leurs besoins⁸.

En conséquence, les auteurs et autrices de ces revues de littérature mettent l'accent sur la nécessité de développer des approches innovantes. En effet, la problématique est trop récemment reconnue et étudiée pour bien comprendre et identifier les facteurs de risques et de vulnérabilité spécifiques. Ces connaissances devraient tenir compte de la variété des politiques mises en place dans les pays dits d'accueil pour identifier les modèles de prise en charge efficaces des enfants et de leurs familles, dont les origines culturelles et sociales sont par ailleurs très variables. Pour en améliorer la pertinence il est recommandé de passer par une approche participative avec les familles et les enfants, tant dans la recherche qu'au niveau des prestations de services⁹.

Regrettant le manque de connaissances de qualité sur les migrant·e·s sans papiers, une autre publication suggère même de commencer par sensibiliser les professionnel·le·s du secteur, les scientifiques et les décideurs et décideuses politiques à propos des droits et obligations en matière de santé pour atténuer leurs craintes lors de la prise de contact avec les migrant·e·s sans papiers¹⁰.

Enfin, une revue de littérature sur les systèmes de santé des pays européens considère que la plupart des constats sur les limites méthodologiques et le manque de connaissances appropriées énoncés ci-dessus sont liés au caractère discriminatoire, raciste ou xénophobe des politiques nationales¹¹.

Sur le plan des résultats proprement dits, les études ^{12 13 14 15} mettent en évidence la morbidité très spécifique liée aux conditions de la migration, à savoir blessures, trauma, manque d'hygiène, déficits alimentaires, défaut de soins, etc., qui nécessitent une prise en charge curative à court et moyen terme. Une autre catégorie de problèmes de santé

8 Gadeberg A.K., Montgomery E., Frederiksen H.W, Norredam M (2017) Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools, *European J. Public Health*, 27, 3:439–446, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx034>

9 Frounfelker R L., Miconi D, Farrar J, Brooks MA, Rousseau C., Betancourt TS (2020). Mental Health of Refugee Children and Youth: Epidemiology, Interventions, and Future Directions. *Annu. Rev. Public Health*, 41:159-76

10 Woodward et al, op. cit.

11 Stevens A, Boukari Y, English S, Kadir A, Kumar B, Devakumar D. (2024) Discriminatory, racist and xenophobic policies and practice against child refugees, asylum seekers and undocumented migrants in European health systems, *The Lancet Regional Health – Europe*, Vol 41, June. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100834>

12 Kadir A, et al, op.cit.

13 Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, Jank R, Klerings I, Szelag M, Kerschner B, Brattström P, Gartlehner G. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Oct;28(10):1295-1310. doi: 10.1007/s00787-018-1215-z

14 Hodes, M. and Vostanis, P. (2019), Practitioner Review: Mental health problems of refugee children and adolescents and their management. *J Child Psychol Psychiatr*, 60: 716-731.

15 Fazel M, Betancourt TS (2018) Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings, *The Lancet Child & Adolescent Health*, Volume 2, 2, 121 - 132
[http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30147-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30147-5)

distingue les enfants réfugié·e·s et demandeurs ou demandeuses d'asile d'une part, et ceux et celles qui ne connaissent pas ces situations d'autre part. Il s'agit des différences de santé mentale et de bien-être : ces études de synthèse constatent des prévalences élevées, quoique variables selon les études, de troubles de stress post-traumatique - PTSD (de 19 à 52%), de dépressions (de 10 à 32%), de problèmes émotionnels et comportementaux (de 19 à 35%) et d'anxiété (de 8 à 31%)¹⁶. Les résultats sont accentués dans le cas des enfants ayant été exposés à des expériences de guerre.

La nécessité de prendre en considération quatre types d'expériences déterminantes pour les enfants est également soulignée. Celles-ci sont relatives 1- aux circonstances de départ du pays d'origine, 2- aux circonstances du parcours migratoire vers un pays refuge, 3- aux circonstances de régularisation, 4- aux circonstances de vie dans le pays refuge.

Les deux premiers types de circonstances, dans le pays d'origine et lors du voyage de migration ne sont pas examinés ici. Par contre, celles qui tiennent compte des circonstances de la régularisation et des circonstances de vie dans le pays refuge ne sont pas sans importance.

Sur ce plan, une observation très singulière et extrême a occupé pendant quelques années la Suède. Dans ce pays, et uniquement là¹⁷, un syndrome alarmant a été observé chez des enfants et jeunes demandeurs et demandeuses d'asile. D'abord identifié comme une sorte d'apathie morbide, puis nommé 'syndrome de résignation' par le Ministère de la santé suédois, ce syndrome se caractérise par l'absence d'activité psychomotrice et de réactivité à l'environnement, un mutisme et l'absence de réponse aux stimuli extérieurs. Dans un cas sur trois¹⁸ « *[les enfants] étaient également muets et couchés. Ils ne bougeaient pas du tout, étaient hypotoniques et totalement coupés de leur environnement, sans aucun contact formel ou émotionnel avec les personnes de leur entourage. Leurs yeux étaient fermés en permanence. Les enfants ne réagissaient pas au toucher, au son, à la douleur ou au froid. La plupart souffraient d'énurésie et d'encoprésie* ». Ce syndrome pouvait perdurer plusieurs mois, voire deux à trois ans, avant éventuellement un retour à une vie quasi normale. Il se développe le plus souvent chez les enfants peu de temps après l'annonce d'un refus de régularisation et ne concerne que certaines nationalités de demandeurs et demandeuses (pays de l'ex-URSS, pays des Balkans par exemple). Après le premier cas en 1998, environ 1700 cas ont été identifiés entre 2000 et 2022. Cette pathologie a suscité de très nombreuses interrogations et hypothèses explicatives¹⁹ mais sa spécificité suédoise a imposé de tenir compte d'éléments strictement locaux, et indubitablement relatifs au parcours des demandeurs et demandeuses de protection internationale de ce pays. Le nombre de

16 Kien C et al, op. cit.

17 Quelques cas ont néanmoins été documentés pour l'Australie mais largement moins nombreux

18 von Knorring AL, Hultcrantz E (2020) Asylum-seeking children with resignation syndrome: catatonia or traumatic withdrawal syndrome? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29:1103–1109

<https://doi.org/10.1007/s00787-019-01427-0>:

Traduit avec www.DeepL.com/Translator (version gratuite)

19 Sallin K, Lagercrantz H, Evers K, Engström I, Hjern A, and Petrovic P (2016) Resignation Syndrome: Catatonia? Culture-Bound? *Front. Behav. Neurosci.* 10:7. doi: 10.3389/fnbeh.2016.00007

nouveaux cas a en effet décru rapidement lorsque le syndrome n'a plus constitué une circonstance en lien avec l'octroi de l'asile²⁰.

Quelles que soient les hypothèses explicatives, qu'il s'agisse de simulation ou d'un état pathologique spécifique, les souffrances qui sont à la base de cette manifestation psychosomatique extrême montrent qu'il est nécessaire d'élaborer des réponses globales qui n'entraînent pas chez les enfants ce type de renoncement ultime au monde.

Pour le quatrième type d'expériences, celles liées aux circonstances de vie dans le pays refuge, les analyses disponibles mettent en avant une multiplicité de facteurs, avec en particulier l'accès à l'école, les ressources relationnelles et les réseaux de solidarité de la personne, les aspects légaux de l'immigration, l'adaptation culturelle.

À cet égard, une étude réalisée en Région flamande est instructive quoique limitée sur le plan de sa représentativité²¹. Elle a comparé les enfants migrant·e·s réfugié·e·s et non réfugié·e·s parmi 120 enfants migrant·e·s scolarisé·e·s âgés de 8 à 12 ans dans trois écoles accueillant un grand nombre d'enfants migrant·e·s. On en retiendra l'importance semblable des problèmes de stress rapportés par les enfants des deux groupes, et surtout le fait que 70% d'entre eux et elles perçoivent le climat de la classe comme étant peu sécurisant ou angoissant. L'article met en évidence l'importance de mettre la priorité sur les interventions au sein de l'école. Sur le climat scolaire, une étude menée au Canada indique que le climat scolaire, le soutien des adultes de l'école et l'appartenance à un groupe de pair·e·s sont chacun liés à une meilleure qualité de la santé émotionnelle des enfants réfugié·e·s. Les auteurs et autrices invitent à développer des programmes visant à promouvoir un climat scolaire positif pour offrir un soutien efficace aux enfants nouvellement arrivé·e·s, ainsi qu'à leurs familles²².

Les problèmes de santé mentale rencontrés par les familles réfugiées et leurs enfants sont multiformes et nécessitent par conséquent, des domaines d'intervention multiples. Les connaissances manquent pour mieux comprendre dans quelles circonstances il est indiqué d'élargir les objectifs des programmes existants pour rencontrer des besoins propres à ces familles²³. Il s'agit-là d'un défi important, non seulement pour les enfants réfugié·e·s mêmes, mais aussi pour la population dans son ensemble, du fait de l'amélioration de la portée et de la qualité des dispositifs de prise en charge et de prévention de la santé mentale que cela impliquerait²⁴.

20 Sallin K Looking Back at Resignation Syndrome: The Rise and Fall of a Culture-Bound Endemic. Preprint 2025/01/21 DOI: 10.31219/osf.io/dk695

21 Kevers R, Spaas C, Colpin H, et al. Mental health problems in refugee and immigrant primary school children in Flanders, Belgium. Clin. Child Psychol. Psychiatry. 2022;27(4):938-952. doi:10.1177/13591045221105199

22 Emerson, S.D., Gagné Petteni, M., Guhn, M. et al. (2022). Social context factors and refugee children's emotional health. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 57, 829–841 <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02173-y>

23 Fazel et al, 2018, op. cit.

24 Voir : Cultures & Santé asbl Dossier thématique n°13 : Migrations, vulnérabilités et santé mentale <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/migrations-vulnerabilites-et-sante-mentale-n13/>

Conclusion

Pour conclure ce bref tour d'horizon sur la santé et le développement des enfants réfugié·e·s, en situation régulière ou non, on retiendra que ceux-ci et celles-ci ont des besoins de soins spécifiques sur le plan physique et de santé mentale, liés vraisemblablement aux conditions de la migration, mais surtout aux conditions souvent extrêmement précaires de leur séjour dans le pays où ils et elles se sont établi·e·s. Le caractère multidimensionnel et collectif des problèmes auxquels ces enfants et leurs familles font face nécessite la mise en place d'interventions curatives et psychosociales intégrées qui soient placées dans une perspective respectant les droits humains.

Vous avez lu cette analyse ? Votre avis nous intéresse !

Merci d'avoir pris le temps de lire cette analyse. Nous sommes très intéressées à recueillir votre avis et de vous inviter à un atelier de discussion autour des questions développées dans cette analyse.

Pouvez-vous prendre le temps (maximum 5 minutes) de compléter ce formulaire ?

<https://framaforms.org/votre-avis-sur-les-analyses-du-riepp-1755876764>



Tout dans ce texte peut être cité ou mentionné librement, à condition d'en citer la source de la façon suivante :

HUMBLET, Perrine, Vivre en famille en séjour précaire : quels effets sur la santé des jeunes enfants ?, *Analyse n°2/2026 du RIEPP*.

Ce texte est téléchargeable gratuitement sur www.riepp.be

Illustrations Papiers-Pierres-Ciseaux par © Kat dems

RIEPP asbl

Avenue de l'Espinette, 2A 1348 Louvain-la-Neuve Belgique
contact@riepp.be Tél. & Fax +32 (0)10 86 18 00 www.riepp.be
BE50 5230 8032 0018 (TRIOBEBB) BE52 7320 1742 6709 (CREGBEBB) BCE n° 0810.791.326