



**CHU
NANTES**

Journée d'Infectiologie Nantaise – 12 juin 2026

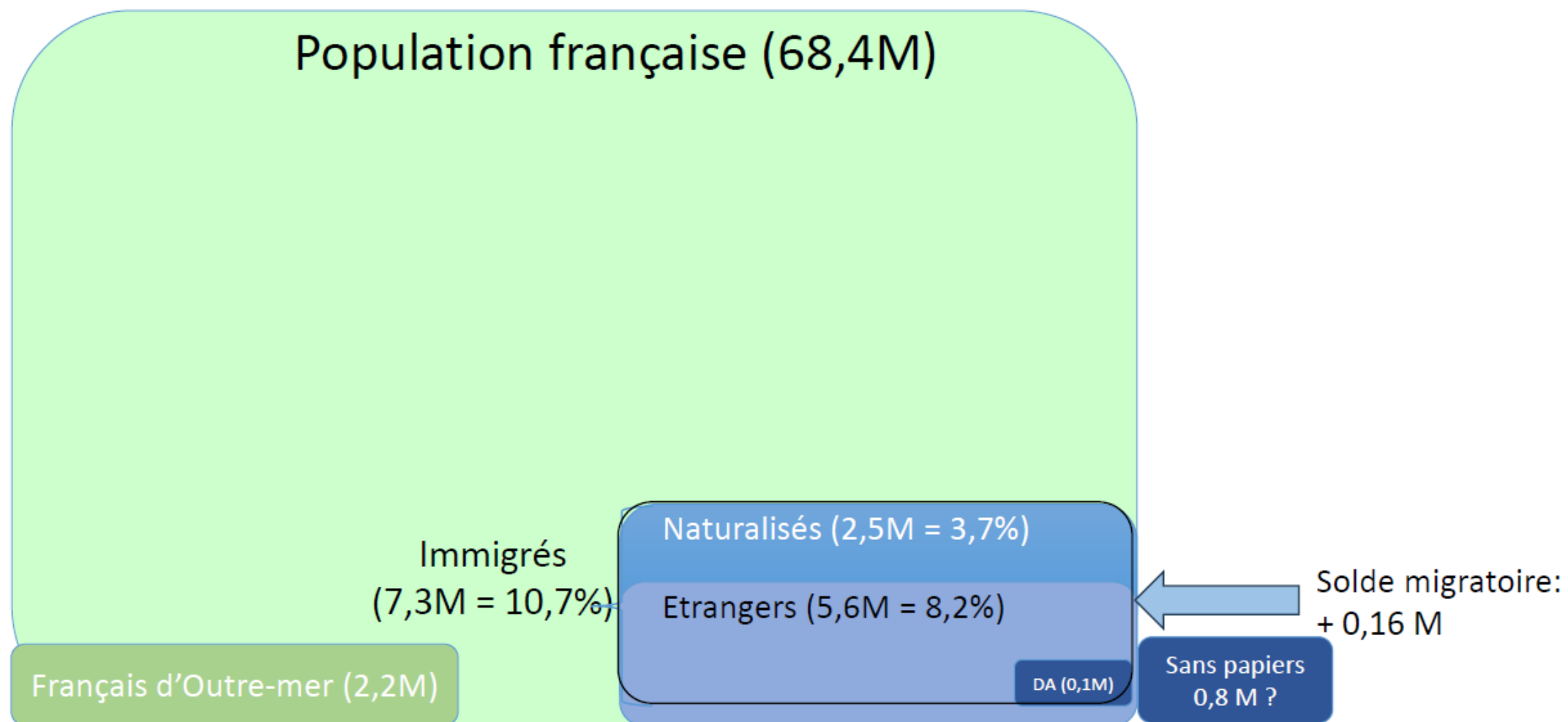
Bilan de santé personne migrante (adulte et enfant)

Dre Justine FRANCO (Pédiatrie CHU Nantes)

Dre Lio COLLIAS (Centre de prévention des maladies infectieuses et transmissibles
(CPMIT) CHU Nantes)



Population immigrée en France en 2023

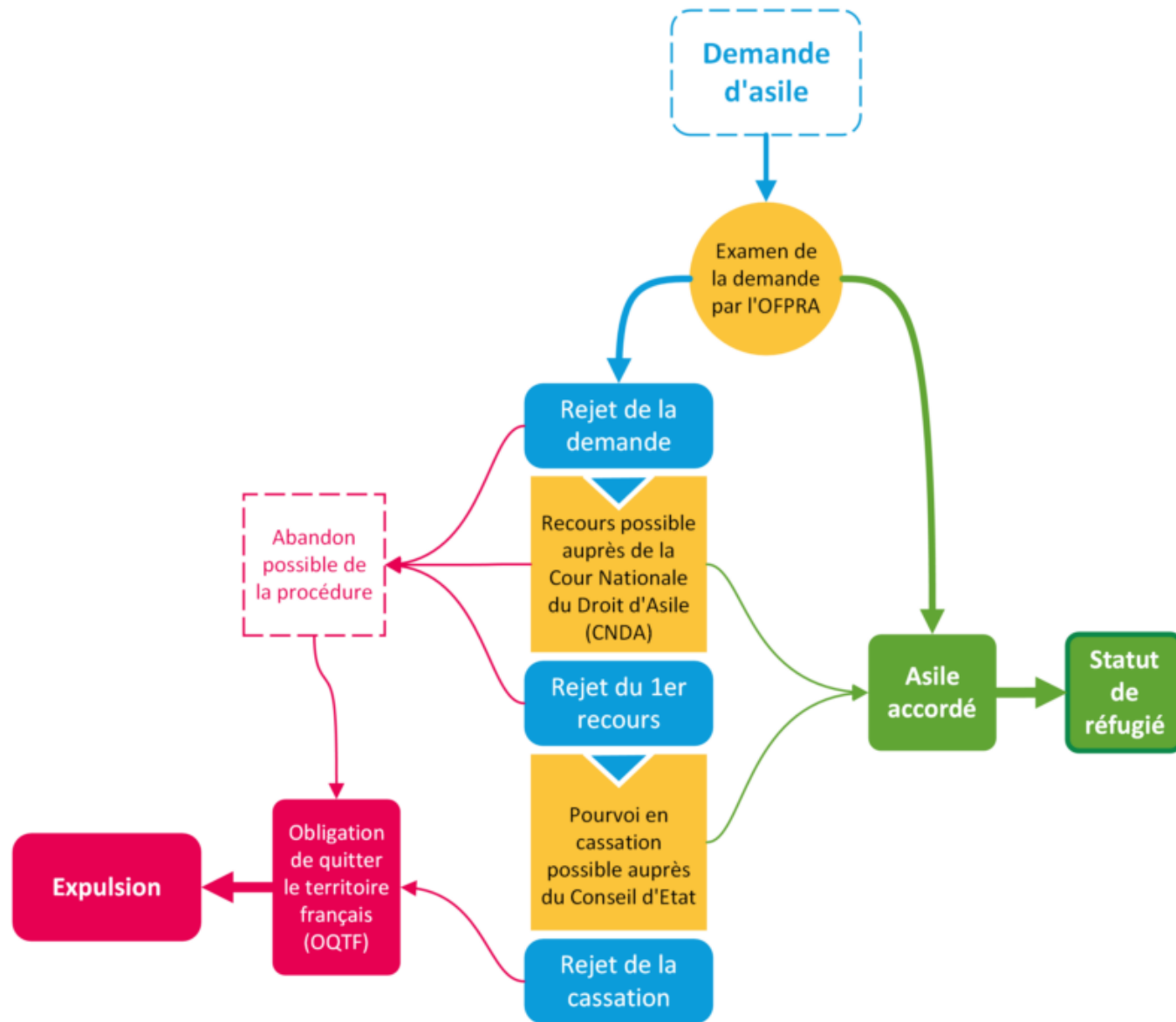


Définitions

- Une personne immigrée est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France

NB : personnes nées Françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas des immigrés. Certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Un individu continue à être immigré même s'il acquiert la nationalité française

BEH 2012 - État de santé et recours aux soins des
immigrés en France : une revue de
la littérature



<https://www.oxfamfrance.org/migrations/migrants-refugies-definitions-et-enjeux/>

Penser l'accueil sanitaire en 3 temps

1. Accès aux soins
2. Répondre à la demande de la personne
3. Prévention (bilan de santé pour les personnes migrantes)

Diapo empruntée à N. Vignier Gericco 2025

Accès aux soins

Personne sans couverture maladie

- Un lieu de soins ouvert

Accueil inconditionnel

Information et orientation (PASS)

- La délivrance de soins gratuits

Pass ambulatoire

Antenne CeGIDD/CVP/CSS – CFPD

- Ouverture des droits à la couverture maladie

Diapo empruntée à N. Vignier Gericco 2025

Accès aux soins

Accès aux soins des personnes en situation régulière

- **Protection universelle maladie (PUMa)**, qui couvre toutes les personnes travaillant ou résidant de manière stable et régulière en France. Depuis le 1er janvier 2020, l'accès est sous conditions de résidence d'au moins trois mois en France;
- **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)** pour couvrir la part restante des frais

Accès aux soins des personnes en situation irrégulière

- **Aide Médicale d'Etat (AME)** pour la prise en charge médicale personnes en situation irrégulière sous réserve de résider en France de manière ininterrompue depuis au moins trois mois et de respecter des conditions de ressources (revenus inférieurs au plafond d'attribution de la CSS)

Remboursement des soins est limité : pas de couverture en optique, soins prothétiques dentaires ni audioprothèses, ne couvre pas les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé, et les dépenses des médicaments remboursés à 15 %, ainsi que les frais liés à la procréation médicalement assistée et des cures thermales.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>

Actualité et dossier en santé publique - adsp n° 111 juin 2020

30/09/2026 - 7

Répondre à la demande de la personne

Souffrance psychique
Soutien psycho social

	Proportion par spécialités n (%) N=1 421 motifs déclarés*	Proportion par motif/pathologie** n (%) N=803 patients
Pathologies digestives	188 (13,2%)	Douleur abdominale : 77 (9,6%) Pathologie intestinale : 17 (2,1%) Pathologie gastroduodénale : 12 (1,5%) Hépatite B chronique : 26 (3,2%) Hépatite C chronique : 11 (1,4%) VIH : 7 (0,8%)
Maladies infectieuses	185 (13,0%)	Examen de dépistage d'IST : 37 (4,6%) Douleurs articulaires : 101 (12,6%) Arthrose : 18 (2,2%)
Pathologies musculo-squelettiques	171 (12,0%)	Anomalie des examens sanguins : 9 (1,1%)
Autres symptômes et pathologies	103 (7,2%)	Dépression et/ou anxiété : 46 (5,7%)
Pathologies psychiatriques	99 (7,0%)	Hypertrophie prostatique : 16 (2,0%)
Pathologies néphrologiques et urologiques	83 (5,8%)	Diabète (tous types confondus) : 48 (6,0%) Obésité : 10 (1,2%) Dyslipidémie : 3 (0,4%)
Pathologies endocriniennes	78 (5,5%)	Hypertension essentielle : 58 (7,2%) Phlébite : 1 (0,1%)
Pathologies vasculaires	76 (5,3%)	Épilepsie : 8 (1%) Asthme : 1 (0,1%) Maladie chronique pulmonaire : 1 (0,1%)
Pathologies neurologiques	69 (4,9%)	Traumatologie et plaies*** : 57 (7,1%)
Pathologies pulmonaires	65 (4,6%)	Examen et test de grossesse : 10 (1,2%) Interruption volontaire de grossesse : 3 (0,4%) Douleur thoracique : 29 (3,6%) Coronaropathie : 8 (1%) Anomalie du rythme cardiaque : 6 (0,7%)
Pathologies dermatologiques	61 (4,3%)	
Traumatologie	54 (3,8%)	
Grossesse	53 (3,7%)	
Pathologies cardiaques	34 (2,4%)	
Pathologies ophtalmologiques	29 (2,0%)	
Pathologies dentaires	26 (1,8%)	
Pathologies ORL	20 (1,4%)	
Pathologies tumorales	14 (1,0%)	
Pathologies hématologiques	12 (0,8%)	Anémie : 2 (0,2%) Drépanocytose : 1 (0,1%) Renouvellement d'ordonnance : 67 (8,3%) Vaccination antigrippale : 4 (0,5%) Autre vaccination : 1 (0,1%)
Autres		

* Plusieurs motifs possibles pour un même patient. La somme des pourcentages n'est donc pas nécessairement égale à 100.

** Liste non exhaustive de motifs/pathologies pertinentes vues en PASS.

*** Y compris des séquelles de traumatisme ancien.

Prévention auprès des personnes migrantes



- Détérioration de l'état de santé des immigré.e.s depuis les années 2000
- Inégalités de santé liées à la migration et disparités selon le pays d'origine
 - Difficultés de recours aux soins
 - Difficultés d'accès aux mesures de prévention
 - Situation économique et sociale plus défavorisée
- En raison de
 - Moindre accès à la complémentaire santé
 - Moindre intégration sociale

Que dépiste-on ?



- Certaines populations migrantes peuvent être originaires de pays où la **prévalence des maladies infectieuses est élevée et/ou peuvent avoir connu des parcours migratoires qui augmentent le risque d'infection.**

Risque accru de maladies infectieuses

Au sein de la population migrante

- 1/3 des PVVIH, près de 1/2 découvertes, dont 1/3 à 1/2 acquises en France
- 3/4 des PVVHB pris en charge
- 1/4 des PVVHC
- 77% des paludismes d'importation
- TB: incidence x 8
- Schistosomoses fréquentes
- Parasitoses digestives fréquentes
- Autres (Syphilis, Maladie de Chagas, Filariose, BMR, diphtérie cutanée, dermatophytose émergente, etc...)
- Formes plus graves car diagnostic tardif

Diapo empruntée à N. Vignier Gericco 2026

Prévention auprès des personnes migrantes



- Le ciblage des migrants nouvellement arrivés offre également une opportunité importante pour les interventions de santé publique et communautaires visant à **prévenir, détecter et traiter les principales maladies infectieuses**
- Prendre en compte les compétences sociales, cognitives et émotionnelles
- Prise en compte des différences culturelles et des obstacles linguistiques (faire intervenir un.e interprète si besoin)

Guide de santé publique sur le dépistage et la vaccination contre les maladies infectieuses chez les migrants nouvellement arrivés dans l'UE/EEE - ECDC 2018

Médecin de ville

Ces prises en charge sont possibles sous plusieurs conditions :

- professionnels de santé sensibles à cette problématique
- possibilité d'interprétariat professionnel (et non bricolage avec google trad) pour tous les acteurs de soin autour du patient

Interprétariat en ville – URML

<https://urml-paysdelaloire.org/2023/03/interpretariat-professionnel/>

- droits ouverts ou possibilité d'ouverture par l'aide d'un travailleur social
- implication d'un médiateur en santé pour explication du parcours de soin, aide dans la prise des rdv
- disponibilité du soignant pour revoir, au moins début, plusieurs fois la personne et faire des consultations longues quand nécessité d'interprétariat

Recommandations

- « Rendez-vous santé » < 4 mois
- **Dépistage**
 - violences/MGF/PTSD
 - Croissance/devPM/puberté - Grossesse
 - Dent/audition/vue - FdR CV (diabète TA)
- **Evaluation et mise à jour du statut vaccinal**
- **Dépistage de la tuberculose et ITL**
- **Dépistage des maladies infectieuses**
 - VIH, VHB, VHC, +/- syphilis +/- autres IST (selon reco nationales)
 - Bilharziose +/-anguillulose si migration après l'âge de la marche +/- autres sérologies parasitaires en fonction du pays d'origine
 - Maladies non transmissibles

Guide de santé publique sur le dépistage et la vaccination contre les maladies infectieuses chez les migrants nouvellement arrivés dans l'UE/EEE - ECDC 2018
Recommandations visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers - HCSP 2015 + circulaire « parcours santé migrants » 2018
Bilan de santé à réaliser chez les personnes migrantes primo arrivantes Recommandations SPILF SFLS SFP 2024



Recommandation de la Société française de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), de la Société française de pédiatrie (SFP) et de la Société française de lutte contre le sida (SFLS) sur le

Bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante (adulte et enfant)

Juin 2024

Concernant le rattrapage vaccinal : Q/R

1. On peut réaliser 4 vaccins le même jour sans risque d'interaction
2. Je ne réalise jamais de rattrapage vaccinal en contexte fébrile
3. En absence de carnet de vaccination, je dois faire des sérologies avant de vacciner
4. Fatou 4 ans a reçu 3 doses de DTP : la première à 3 mois, la 2^{ème} à 3 mois et demi et la 3^{ème} à 1 an. Son schéma vaccinal est donc complet
5. Après 12 ans, en absence d'ATCD un vaccin varicelle sera proposé à Fatou

Rattrapage vaccinal



- Reprendre les ATCD et les contre indications à la vaccination
- Recherche de traces écrites de vaccinations antérieures (cicatrice BCG)
- Recommandations HAS 2019
 - Pour les personnes d'origine étrangère ou vaccinées à l'étranger, les carnets de vaccination quand ils sont disponibles doivent être interprétés en tenant compte des calendriers vaccinaux des pays d'origine et des abréviations usuelles dans les pays anglophones ou hispanophones. Des sites internet comme ceux de l'OMS et de l'ECDC peuvent aider à cette interprétation.
 - Établir un programme de rattrapage : administrer les vaccinations manquantes ou compléter les schémas débutés en reprenant là où ils ont été arrêtés. Respecter les intervalles entre chaque dose. Débuter préférentiellement par les vaccins protégeant contre les maladies infectieuses invasives et/ou ceux nécessitant plusieurs doses. Respecter l'intervalle minimal entre chaque dose

Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants

En cas de statut vaccinal inconnu,
incomplet ou incomplètement connu

Décembre 2019



1. On peut réaliser 4 vaccins le même jour sans risque d'interaction – vrai

Possibilité de réaliser jusqu'à quatre injections au cours d'une séance de vaccination en accord avec la personne vaccinée.

Utiliser des sites différents lors d'injections multiples, espacés d'au moins 2,5 cm, en privilégiant les deltoïdes chez les grands enfants et les adultes et la face antérolatérale de la cuisse chez les nourrissons. Les injections dans la fesse sont à proscrire. Après une vaccination BCG, ne pas vacciner pendant 3 mois sur le même membre.

Tous les vaccins peuvent être administrés **le même jour ou à n'importe quel intervalle** à l'exception des vaccins vivants viraux qui doivent être administrés le même jour ou à 4 semaines d'intervalle. Toutefois, la coadministration entre un vaccin contre la fièvre jaune et un vaccin ROR doit être évitée et un délai minimum de 4 semaines est recommandé entre ces vaccins ;

2. Je ne réalise jamais de rattrapage vaccinal en contexte fébrile – faux

La présence d'une infection mineure ou d'une fièvre de faible intensité ne doit pas retarder le rattrapage vaccinal. L'existence d'une maladie fébrile ($> 38^{\circ}$) ou d'une infection aiguë modérée ou sévère ne contre-indique pas la vaccination mais peut conduire à la différer de quelques jours.

Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants

En cas de statut vaccinal inconnu,
incomplet ou incomplètement connu



Décembre 2019

3. En absence de carnet de vaccination, je dois faire des sérologies avant de vacciner – vrai

- Pré-vaccinal : Ag HBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc +/- hépatite A et VZV (> 12 ans et absence d'ATCD *Mais anamnèse peu fiable (VPP 88%, VPN 39%) (Christiansen D et al Vaccine 2004)* en plus de VIH et VHC (+/- syphilis)
- 4 à 8 semaines post-vaccinal : hépatite B et tétanos

Taux d'anticorps anti HBs	Conduite à tenir
Si Ac anti-HBs $\geq$ 100 UI/L	Réponse anamnétique. Pas de dose supplémentaire
Si Ac anti-HBs < 100 UI/L	Schéma complet à poursuivre : administrer une dose à 1 mois et 6 à 12 mois plus tard

Taux d'anticorps antitétanique	Conduite à tenir	Modalités de poursuite du calendrier vaccinal
$\geq$ 1 UI/ml	Réponse anamnétique. Pas de dose supplémentaire	Reprise du calendrier vaccinal selon l'âge avec un intervalle minimal de 2 ans pour la prochaine dose (DTCaP/dTcaP) pour les 6-13 ans et de 5 ans pour les 14 ans et plus. Chaque fois que possible, recaler sur le calendrier français en vigueur pour les doses ultérieures (2, 4, 11 mois, 6 ans, 11-13 ans, 25-45-65 ans puis tous les 10 ans)
0,1 à 1 UI/ml	Schéma antérieur possiblement incomplet. Refaire une dose 6 mois plus tard	
< 0,1 UI/ml	N'a probablement jamais été vacciné. Refaire une dose à 2 mois et à 8-12 mois après la 1 ^{re} dose	

AUCUNE AUTRE SEROLOGIE

- Il n'est pas dangereux d'administrer des vaccins à une personne éventuellement déjà immune vis-à-vis de cette maladie, et donc un rattrapage vaccinal est indiqué en cas de statut inconnu ;

Une réactogénicité accrue en cas d'administration de doses excédentaires de vaccins à base d'anatoxines tétaniques ou d'antigènes diphtériques est possible mais ces réactions restent peu fréquentes et n'entraînent pas de complications. Cependant, quand survient un œdème étendu du membre ou d'un phénomène de type Arthus, il convient d'interrompre la vaccination DTPCa/dTPca et de proposer un dosage des anticorps antitétaniques.

Conclusion – Sérologies utiles au rattrapage en contexte de migration

- **dépistage systématique de l'hépatite B (Ag HBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc)** en cas de provenance d'un pays de moyenne ou forte endémicité ou d'exposition à un risque ; à défaut, l'utilisation d'un Test rapide d'orientation diagnostic (Trod) Ag HBs (associé aux Trod VIH et VHC si indiqués) est recommandé ;
- **contrôle sérologique de l'immunité acquise contre la varicelle** pour les personnes migrantes âgées de 12 à 40 ans qui ne déclarent pas d'antécédents de varicelle et qui sont originaires d'un pays à faible séroprévalence pour la varicelle en particulier les pays tropicaux (Afrique sub-saharienne, Asie du sud-est, Amérique centrale et du sud) ;
- **contrôle sérologique de l'hépatite A** uniquement chez l'enfant à partir de 1 an et jusqu'à 18 ans pour ceux nés de famille dont l'un des membres est originaire d'un pays de forte endémicité ou sont susceptibles d'y séjourner plus d'un an ;
- **dépistage des infections à VIH** - même s'il n'est pas une condition préalable à l'administration de vaccins vivants - et VHC en cas d'expositions à risque ;
- **dosage des anticorps antitétaniques et/ou anti-HBs post vaccinal** si les conditions le permettent afin d'éviter des doses inutiles de vaccin.

Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants

En cas de statut vaccinal inconnu,
incomplet ou incomplètement connu

Décembre 2019



4. Fatou 4 ans a reçu 3 doses de DTP : la première à 3 mois, la 2^{ème} à 3 mois et demi et la 3^{ème} à 1 an. Son schéma vaccinal est donc complet – faux

Âge au moment du rattrapage	Vaccins	Nombre de doses nécessaires incluant les doses reçues antérieurement	Intervalle minimal entre la dose 1 et la dose 2	Intervalle minimal entre la dose 2 et la dose 3	Prochain rappel
1 an - 5 ans	DTCaP	3	2 mois	6 mois	À 6 ans (ou 11-13 ans si dernière injection à l'âge de 4 ans ou plus)

5. Après 12 ans, en absence d'ATCD un vaccin varicelle sera proposé à Fatou – vrai

- Les adolescents âgés de 12 à 18 ans n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle ou dont l'histoire est douteuse ; un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué dans ce cas ;

Enfants de 14 à 18 ans et adultes

J0	J3-J7	S4-S8	M2	M3	M8 à 12
dTcaP		± dosage Ac antitétaniques et S4-S8	± dTP (selon dosage Ac antitétaniques)		± dTP (selon dosage Ac antitétaniques)
ROR 1 (après IDR/IGRA si indiqué et réalisé d'emblée*)		ROR 2			
Men C si ≤ 24 ans					
HPV1 (filles âgées de 14 à 19 ans, HSH ≤ 26)			± HPV2 (filles âgées de 14-19 ans, HSH ≤ 26)		± HPV3 (filles âgées de 15-19 ans, HSH ≤ 26)
Sérologie VHB, VIH + « bilan de santé migrants »	Lecture des résultats ± HepB 1 (selon sérologie initiale)	± dosage Ac antiHBs S4-S8	± HepB 2 (selon dosage Ac antiHBs S4-S8)		± HepB 3 (selon dosage Ac antiHBs S4-S8)
± sérologie varicelle si pas d'ATCD et <40 ans ou femme en âge de procréer		± varicelle 1 (si pas d'ATCD, <40 ans et sérologie VZV négative)	± varicelle 2		
Recherche de tuberculose latente : IGRA ou IDR (enfants jusqu'à 17 ans révolus et adultes de moins de 40 ans dans des situations particulières)					

Dépistage et traitement de la tuberculose : Q/R

1. Il faut réaliser systématiquement une radiographie de thorax et une IDR aux patients venant de zone endémique
2. Les ITL doivent être systématiquement traitées et ce traitement doit être mis en place rapidement chez l'enfant
3. Le dépistage et le suivi du traitement peuvent être assuré par la CLAT même en absence de couverture maladie
4. Chez l'enfant l'ITL est à déclaration obligatoire
5. Le Quantiferon est remboursé en ville

1 . Il faut réaliser systématiquement une radiographie de thorax et une IDR aux patients venant de zone endémique – faux

DÉPISTAGE DE LA TB ET DE L'ITL CHEZ LES PERSONNES MIGRANTES PRIMO ARRIVANTES

Test (sert seulement au dépistage de l'ITL) = IDR ou IGRA;
Si IDR ne permet pas de conclure: possibilité de faire IGRA soit le jour de la lecture de l'IDR (72h), soit au moins 1 mois après
Suivi clinico-radiologique : examen clinique + radio de thorax de face

EN CAS DE SUSPICION DE TB OU D'ATCD CONNU DE TB OU D'INFECTION TUBERCULEUSE,
IL N'Y A PAS LIEU DE RÉALISER DE TEST PAR IDR OU IGRA

	< 12 ans et originaire pays de forte endémie (incidence TB > 100/10 ⁵ hab.)	12-17 ans et originaire pays de forte endémie (incidence TB > 100/10 ⁵ hab.)	≥ 18 ans et originaire pays de forte endémie (incidence TB > 100/10 ⁵ hab.)
Modalités de dépistage	- Clinique - Test (IGRA remboursé chez migrants < 15 ans à prioriser notamment chez enfants vaccinés par BCG)	- Clinique - RP - Test	- Clinique - RP +/- Test : indication optionnelle. A proposer dans certains cas seulement (1) et si intention de mise en place d'un traitement préventif en cas d'ITL

(1) D'après les Recommandation du HCSP mai 2019 : Indication au dépistage de l'ITL pour les jeunes migrants de 18 39 ans ET Incidence TB dans le pays d'origine est > 100/10⁵ , et le plus tôt possible après l'arrivée et pas après 5 ans de vie en France, ET uniquement dans les conditions suivantes (au choix) : Immunodépression sous jacente OU Vit avec enfants de de 18 ans OU Travail dans collectivités d'enfants OU Travail en milieu de soins.

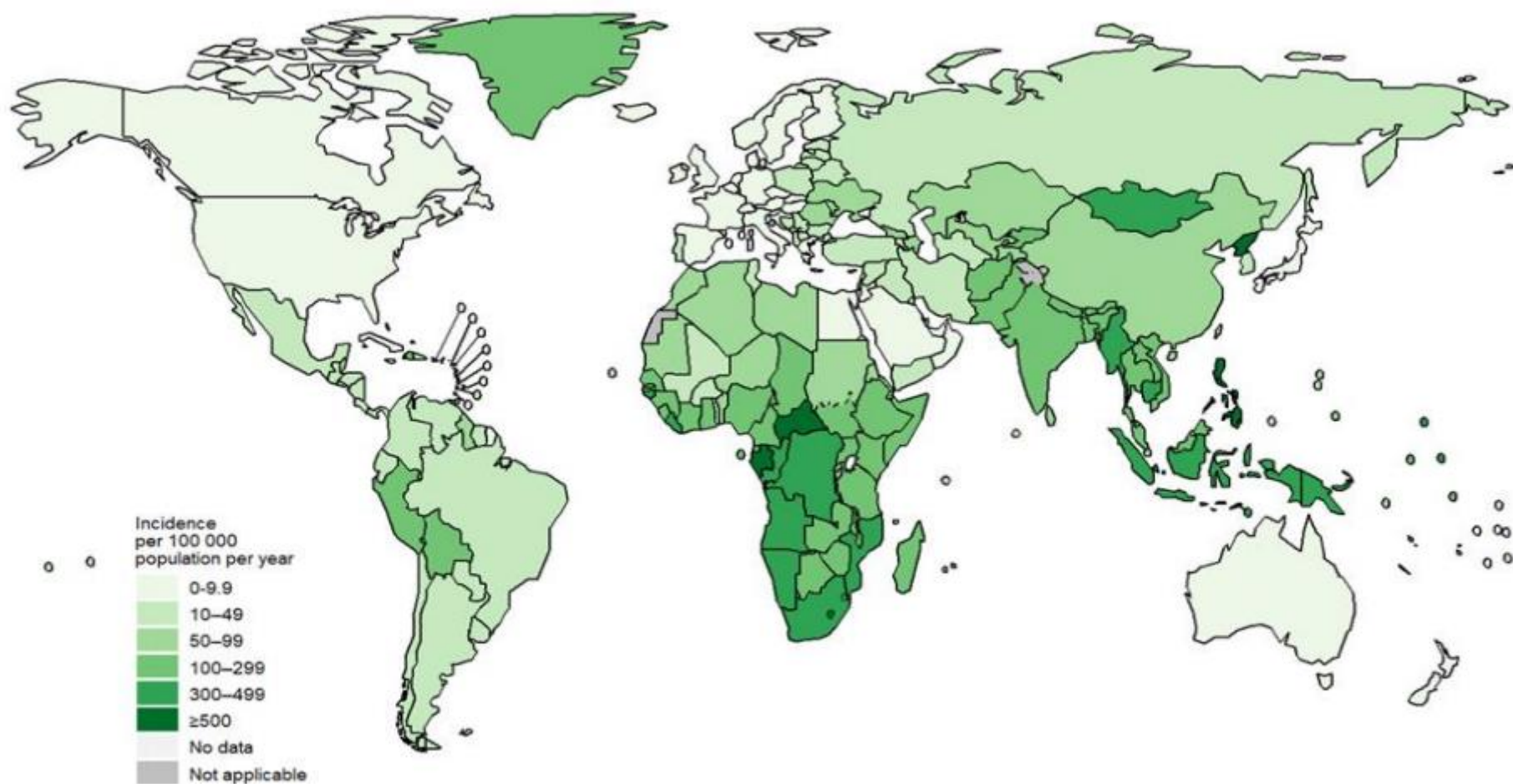


Figure 2 : Incidence (cas /100 000/an) de la tuberculose maladie dans le monde en 2022

Source : Rapport mondial sur la tuberculose 2023 (13)

INDICATIONS D'UNE CONSULTATION SPÉCIALISÉE AU CLAT

- **ATCD de tuberculose**, personnel ou entourage proche
- **Immunodépression** (pathologie ou thérapeutique)
- **Symptômes évocateurs de TB** (évolution depuis plusieurs semaines), tels que :
 - Signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement / Fièvre / Sueurs nocturnes abondantes, qui trempent les draps
 - Signes locaux
 - Formes respiratoires
 - Toux prolongée, résistante aux antibiotiques habituels
 - NB : une radio de thorax est recommandée devant toute toux chronique (>1 mois)*
 - Expectorations plus ou moins sales
 - Parfois : hémoptysies, dyspnée, douleurs thoraciques
 - Formes extra-respiratoires
 - Les symptômes sont fonction de la localisation (adénopathies, douleurs vertébrales...)
- **Anomalies radiologiques évocatrices de tuberculose**

Dépistage et traitement de la tuberculose : Q/R

2. Les ITL doivent être systématiquement traitées et ce traitement doit être mis en place rapidement chez l'enfant – ni vrai ni faux

- Traitement systématique chez l'enfant et 18-40 ans ID et en contact avec enfants en bas âge et travaillant dans le milieu des soins (= indication du test chez personne migrante adulte)
- Si pas de traitement chez adulte : suivi clinico-radiologique / 6 mois pendant 2 ans après arrivée en France

3. Le dépistage et le suivi du traitement peuvent être assuré par la CLAT même en absence de couverture maladie – vrai

4. Chez l'enfant l'ITL est à déclaration obligatoire – vrai

5. Le Quantiferon est remboursé en ville – ni vrai ni faux : 60% - uniquement < 15 ans migrants

L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL)

L'ITL témoigne d'une exposition avec infection par le BK. Cette infection est toutefois contrôlée par la réponse immunitaire qui empêche la multiplication et la propagation du bacille. A ce stade, le patient est généralement asymptomatique et toujours **non contagieux**.

L'ITL est à déclaration obligatoire pour les enfants de moins de 18 ans.

Le risque de passage de l'ITL à la maladie est d'environ :

- 10% chez l'adulte immunocompétent (soit 90% des cas qui ne développeront jamais de TM de leur vie)
- 30 à 50 % chez les enfants âgés de moins de 2 ans et les immunodéprimés.

Ce risque peut être diminué d'environ 70% par la prise d'un traitement antituberculeux prophylactique.

On la dépiste par l'intermédiaire de **tests indirects** qui explorent la réponse immunitaire à l'infection :

- **test cutané à la tuberculine par IDR** (mesure du diamètre transversal de l'induration à 48-72h)
- **test sanguin IGRA (*)** (Interferon Gamma Releasing Assay) (*Quantiferon®*, *T-SPOT TB®*) :

IGRA () : très spécifiques de l'infection tuberculeuse et n'interagissent pas avec la vaccination BCG. Remb.S.S à 60% et uniquement pour les enfants de moins de 15 ans. Dans les autres cas, si nécessaire et sur décision médicale spécialisée, ils peuvent être réalisés et pris en charge au CLAT.*

Les maladies non transmissibles enfant : Q/R

1. La recherche d'une carence martiale fait partie du bilan initial chez l'enfant de < 5 ans
2. L'hémoglobinopathie, le saturnisme et le déficit en G6PD doivent être recherché uniquement en cas d'anémie
3. Le dosage de la TSH est systématique chez les enfants
4. Un Guthrie peut être réalisé chez les < 1 mois
5. La supplémentation en vitamine D est recommandé jusque 18 ans

Les maladies non transmissibles enfant : Q/R

1. La recherche d'une carence martiale fait partie du bilan initial chez l'enfant de < ou = 5 ans – vrai

- Dépistage de la **carence martiale** : recommandé chez les *enfants ≤ 5 ans* par la réalisation d'une **ferritine** (avec une **CRP** en cas de fièvre ou de suspicion d'infection), et chez les *enfants >5 ans en cas de facteurs de risques identifiés*.

Bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante (adulte et enfant) Juin 2024

ET > 5 ans et FdR (dénutrition, anémie microcytaire, femme pubère, hémoglobinopathie...)

- **Carence martiale**: 1ère carence en micronutriments dans le monde

- Impact potentiel sur le développement cérébral (*Vallée, 2017; Lozoff, 1991*)
- Sensibilité aux infections (*De Silva, 2003*)
- Augmente l'absorption du plomb => risque de saturnisme (*Chandran, 2010*)

Diapo empruntée au Dr Leblanc
Claire – Bilan de santé de l'enfant
immigré primo-arrivant

Prévalence estimée: Monde 24,5% (WHO 2009)

France 3% (*Sacri, 2018*)

Rechercher parasitose sous jacente ou si non faisable Albendazole 5 jours

Les maladies non transmissibles enfant : Q/R

2. L'hémoglobinopathie, le saturnisme et le déficit en G6PD doivent être recherché uniquement en cas d'anémie – faux

- Electrophorèse de l'Hb : originaires des régions à forte prévalence

Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen Orient	Asie centrale et du Sud-Est	Amérique centrale et du Sud	Caraïbes

- G6PD : ATCD d'hémolyse, ictère, cas familiaux, bilan pré thérapeutique, identification d'une autre maladie du globule rouge

- Plombémie : systématique < 16 ans

Contexte: saturnisme

- 2014 : **seuil** de la plombémie définissant le saturnisme (EBLL) : **50 µg/L**
- En France : **500-700 cas** diagnostiqués par an

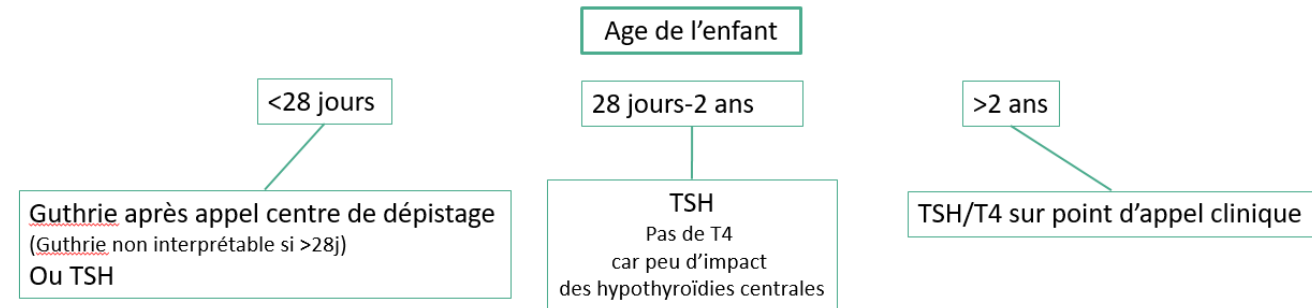


- **Complications du saturnisme** : anémie, tb du comportement (retard d'apprentissage...), retard de croissance, néphropathie, troubles neuro (encéphalopathie, coma)
- Surtout **enfants < 7 ans et femmes enceintes**

Diapo empruntée au Dr Leblanc
Claire – Bilan de santé de l'enfant
immigré primo-arrivant

Les maladies non transmissibles enfant : Q/R

3. Le dosage de la TSH est systématique chez les enfants - < 2 ans (importance sur le développement cérébral)



Un Guthrie peut être réalisé chez les < 1 mois

La supplémentation en vitamine D est recommandé jusque 18 ans

Prévention des carences vitaminiques

Pas de dépistage mais **supplémentation systématiquement en vitamine D** selon les recommandations nationales (400-800 UI/ jour si <2 ans ; 50 000 UI/trimestre ou 100 000 UI/trimestre en automne et en hiver si >2 ans sans facteur de risque ou 800-1600 UI/jour ou 80 000-100 000/trimestre entre 2 à 18 ans en cas de facteur de risque¹⁵) (8).

Zyma D ®

Enfant de 0 à 18 ans : 1 à 2 gouttes par jour chez les enfants en bonne santé.

3 à 4 gouttes par jour chez les enfants âgés de 2 à 18 ans en cas de disponibilité réduite de la vitamine D (obésité, peau pigmentée, absence d'exposition au soleil) ou d'un apport réduit (régime végétalien).

Points d'appel clinique dysthyroïdie pour les > 2ans

Tout goitre à l'examen clinique

Signes d'hypothyroïdie :

- Ralentissement de la croissance, retard psychomoteur
- Asthénie, frilosité, bradycardie, constipation, prise de poids excessive
- Infiltration (cutanée, macroglossie), diminution de la pilosité, crampes, aménorrhée

Signes d'hyperthyroïdie :

- Accélération de la croissance, asthénie, nervosité, irritabilité,
- Hypersudation, tachycardie-palpitations, tremblement, diarrhée
- Perte de poids, amyotrophie, ophtalmopathie si maladie de Basedow.

Diapo empruntée au Dr Leblanc
Claire – Bilan de santé de l'enfant
immigré primo-arrivant

Maladies non transmissibles enfant : synthèse

- **BU** : prot, Glu, sang (schistosomose?) - **NFS (anémie ? HyperEo ?)**, créatininémie, ASAT/ALAT
- **Ferritinémie** < ou = 5 ou FdR (dénutrition, anémie microcytaire, femme pubère, hémoglobinopathie)
- **TSH** <= 2 ans
- **Plombémie** < ou = 16 ans Afrique / Asie
- **Electrophorèse Hb** : régions à forte prévalence (Afrique subsaharienne, Afrique du Nord et Moyen-Orient, Asie du Sud-Est, zone intertropicale d'Amérique latine, et Caraïbes)
- **Déficit en G6PD** : ATCD hémolyse, ictère, cas familiaux, pré ttmt, autre maladie du globule rouge

Les parasitoses : Q/R

1. L'examen parasitologie des selles est à prescrire à titre systématique chez une personne asymptomatique, il est à faire sur selles fraîches idéalement
2. Il n'y a pas lieu de chercher une parasitose en absence d'hyperEosinophilie
3. Si on a peur de perdre de vue un patient le mieux est de prescrire un traitement antiparasitaire d'emblée devant le faible taux de résistance aux antiparasitaires
4. La sérologie filariose doit être proposée uniquement pour les patients originaire d'Afrique centrale forestière
5. La strongyloïdose se traite par Ivermectine en dose unique
6. En cas de diagnostic de schistosomose je propose un traitement par Praziquantel

Les parasitoses Q/R

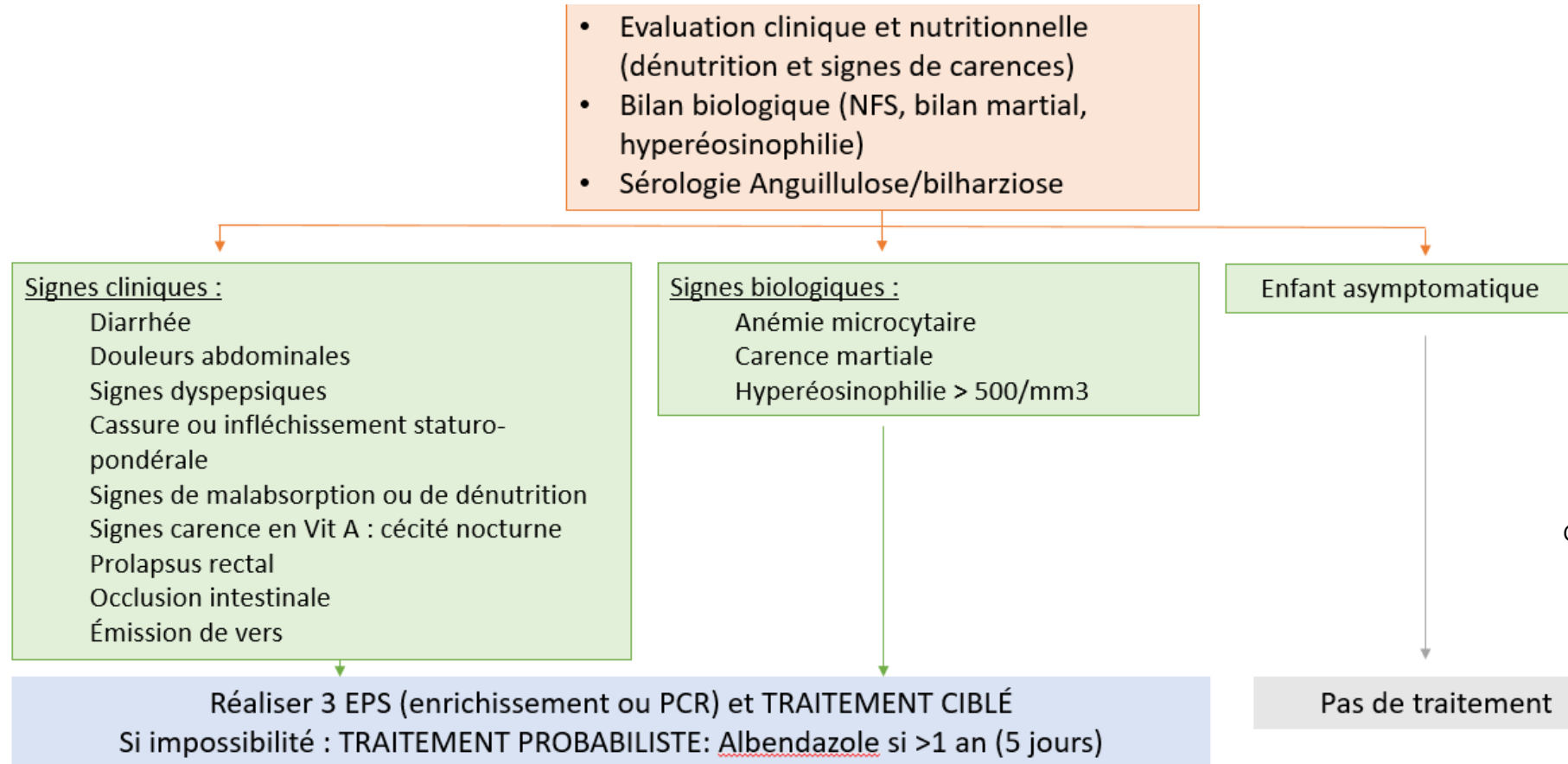
1. L'examen parasitologie des selles est à prescrire à titre systématique chez une personne asymptomatique, il est à faire sur selles fraîches idéalement – faux

EPS par PCR multiplexe - 1 prélèvement de selles fraîchement émises (à renouveler si forte suspicion clinique) – ou à 3 reprises espacées de quelques jours pour recherche microscopique – préciser sur ordonnance si recherche Anguillules / *schistosomasp*

- Enfant : **UNIQUEMENT** sur **signes d'appel clinique ou biologique uniquement chez l'enfant**
- Adulte : Sérologies en première intention puis si les conditions le permettent EPS pour les personnes originaires d'Amérique centrale et du Sud, Caraïbes, Afrique, Asie centrale, du Sud et du Sud Est, Indonésie

2. Il n'y a pas lieu de chercher une parasitose en absence d'hyperEosinophilie – faux

Indication à la réalisation d'EPS chez l'enfant



Diapo empruntée au Dr Leblanc
Claire – Bilan de santé de l'enfant
immigré primo-arrivant

Si sérologie Anguillulose positive :

Traitement par Ivermectine 200 µg/kg dose unique (CI si originaire pays endémique Loa Loa cf liste)

Les parasitoses Q/R

3. Si on a peur de perdre de vue un patient le mieux est de prescrire un traitement antiparasitaire d'emblée devant le faible taux de résistance aux antiparasitaires – ni vrai ni faux

Adultes

- bien que cette stratégie n'ait pas été retenue en première intention, dans certaines situations où le risque que les personnes migrantes primo-arrivantes originaires de pays d'endémie ne puissent pas revenir aux consultations de suivi (instabilité de logement, grande précarité socio-économique, fragilité psychique ...), un **traitement systématique** chez les personnes asymptomatiques peut être proposé le jour de la primo consultation. Il repose sur l'association de l'ivermectine 200 µg/kg en une prise unique associé à l'albendazole 400 mg/j pendant 5 jours. Ce traitement présomptif peut également être proposé aux personnes originaires de zone d'endémie et présentant des symptômes digestifs ou une éosinophilie inexpliquée. Pour les personnes originaires d'Afrique centrale forestière, il existe un risque d'exacerbation d'une loaose infraclinique nécessitant un dépistage préalable (voir ci-dessous) et contre-indiquant donc cette approche.

Attention IVERMECTINE et LOASE → Risque d'encéphalite à LOA LOA

3. Si on a peur de perdre de vue un patient le mieux est de prescrire un traitement antiparasitaire d’emblée devant le faible taux de résistance aux antiparasitaires – faux chez l’enfant

Enfants

Tableau 4 : Conduite à tenir devant un dépistage parasitaire positif pour la schistosomose ou la strongyloïdose ou la présence de symptômes chez un enfant migrant en France

Situation clinique	Traitement	Contre-indication
Présence de symptômes* ou de signes biologiques**, et dépistage non réalisable	Albendazole pendant 5 jours < 12 mois : Non recommandé 12-23 mois : 200 mg une fois par jour > 2 ans : 400 mg une fois par jour	- Enfant de moins de 1 an - Cysticercose oculaire³⁷ - Crises d’épilepsie sans étiologie connue³⁸ - Grossesse - Allergie connue
Sérologie strongyloïdose +	Ivermectine en dose unique < 15 kg : avis spécialisé > 15 kg : 200 µg/kg en une fois	- Microfilarémie positive à <i>Loa Loa</i> - Grossesse ou allaitement enfant < 1 mois - Allergie connue
Sérologie schistosomose + et/ou EPU +	Praziquantel en dose unique < 1 an : non recommandé > 1 an : 40 mg/kg	- Enfant de moins de 1 an - Crises d’épilepsie sans étiologie⁴ connue - Cysticercose oculaire⁴ - Allergie connue

* Diarrhée, douleurs abdominales, syndrome dyspeptique, cassure ou infléchissement staturo-pondéral, dénutrition³⁹, signes de malabsorption, notamment signes de carence en vitamine A, prolapsus rectal, occlusion intestinale, et/ou émission de vers

** Anémie microcytaire, carence martiale, et/ou éosinophilie > 500/mm3

Les parasitoses Q/R

4. La sérologie filariose doit être proposée uniquement pour les patients originaire d'Afrique centrale forestière ,Gabon, Répdu Congo, RDC, Cameroun, RCA, Guinée Equatoriale, et sud du Nigéria

Sérologie filariose et recherche de microfilarémie diurne	- Devant une sérologie filariose positive et/ou une recherche de microfilarémie diurne positive , ne pas entreprendre de traitement en première intention (risque d'effets indésirables graves avec l'ivermectine en présence d'une microfilarémie élevée) et adresser le ou la patiente en consultation spécialisée de maladies infectieuses et tropicales.
--	--

5. La strongyloïdose se traite par Ivermectine en dose unique

Devant une sérologie **strongyloïdose positive** :

Compléter le bilan par PCR multiplex sur les selles intégrant la recherche de Strongyloïdes stercoralis (si acceptable par la personne)

Prescrire un traitement **par ivermectine 200 µg /kg en prise unique** à distance d'un repas chez l'immunocompétent **Contre-indication en cas de suspicion de LOASE**

Risque d'anguillulose Maligne chez l'ID

Les parasitoses Q/R

6. En cas de diagnostic de schistosomose je propose un traitement par Praziquantel

Devant une sérologie **schistosomose positive** en ELISA et en Western Blot ou un examen direct positif (EPU/EPS) :

- Compléter le bilan par : EPS et EPU si pas encore fait, un ECBU, un ionogramme, le dosage de la créatinine sérique, un bilan hépatique complet et par une échographie abdomino pelvienne pour analyse hépatique et des voies génito urinaires

L'EPU se fait sur un prélèvement sur miction complète matinale après un effort ou PCR

- Prescrire un traitement par **praziquantel 40 mg/kg** en dose unique (à prendre avec un peu d'eau si possible le soir au cours ou après un repas), à répéter un mois plus tard
- Demander un avis (possiblement par Omnidoc) ou adresser en maladies infectieuses en cas de doute ou de présence de symptômes, d'anomalies ou complications

Devant une sérologie schistosomose positive en ELISA et **négative en Western Blot** , ne pas retenir le diagnostic de schistosomose active et ne pas prescrire de traitement

Les parasitoses : pour résumer

À faire de façon systématique pour les personnes originaires de pays de forte endémie :

- NFS-plaquettes à la recherche d'une hyperéosinophilie (et/ou d'une anémie)
- Sérologies :

Bilharziose (shistosomose) pour les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne ou d'Egypte → **avis spécialisé si besoin**

Filariose pour celles originaires de région forestières d'Afrique Centrale (*Gabon, Répdu Congo, RDC, Cameroun, RCA, Guinée Equatoriale, et sud du Nigéria*) → **avis spécialisé**

Anguillulose(strongyloïdose) pour celles originaires d'Afrique sub-saharienne, Amérique Centrale et du Sud et Asie Centrale, du Sud et du Sud-Est, Caraïbes, Indonésie et Europe de l'Est (*si migration après l'âge de la marche*)

Maladie de Chagas chez les femmes en âge de procréer originaires (ou dont la mère est originaire) d'Amérique du Sud → **avis spécialisé**

HTLV-1 chez les femmes en âge de procréer originaires d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des Caraïbes et du Japon → **avis spécialisé**

- **EPS / PCR sur point d'appel** : traitement selon parasitose ssi pathogène (ePILLY Trop/ GPIP) → **avis spécialisé si doute échec ou complication**

En pratique chez l'adulte

Consultation 1

- Interrogatoire / EC
- Dépistage systématique : VIH, VHB, VHC, syphilis +/- PCR Chlamydia/gonocoque (selon reco nationales), +/- sérologies parasitaires
- Sérologie varicelle +/- hépatite A
- Si statut inconnu :
Mise à jour dTPca une dose puis sérologie tétanos à S4-S8
Meningo ACWY si < 25 ans
HPV si < 26 ans
Et suivi du calendrier vaccinal français
- Si statut connu : compléter les doses manquantes.

Consultation 2

- Rendu du résultat du dépistage
- Sérologie tétanos
- Mise à jour vaccination VHB en fonction des résultats de la sérologie
- Si sérologie VIH négative et pas de grossesse : ROR
- Si sérologie varicelle négative : vaccination
- Traitement des parasitoses en cas de dépistage positif
- +/-RP

Liens utiles

Recommandation rattrapage vaccinal chez personne migrante primo-arrivante

- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3149063/fr/fiche-synthese-rattrapage-vaccinal-migrants-primo-arrivants

Recommandation du bilan de santé chez la personne migrante primo-arrivante

- <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/migrants/recommandations/recommandation-bilan-de-sante-vfinale-2.pdf>

Fiche récapitulative du bilan de prévention et dépistage chez la personne migrante par le CFPD Est 44

- https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/doc-prevention-personnes-migrantes-cfpd-2026-02-25_1775221455470-pdf?ID_FICHE=17520&INLINE=FALSE

ePilly TROP

- <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/epilly-trop/livre-epillytrop2022.pdf>



Merci pour votre attention !

