

Pathologie infectieuse chez les migrants adultes et enfants IC-174

- Connaître la la définition d'un migrant (personne immigrée)
- Connaître les principales pathologies infectieuses des migrants
- Connaître les arguments épidémiocliniques et les stratégies d'examen complémentaires pour identifier les principales pathologies infectieuses des migrants
- Connaître les modalités d'accès aux soins des migrants
- Connaître les principales pathologies à dépister chez les migrants
- Connaître les principes de la prévention à mettre en place chez les migrants
- Connaître les principaux vaccins à mettre à jour

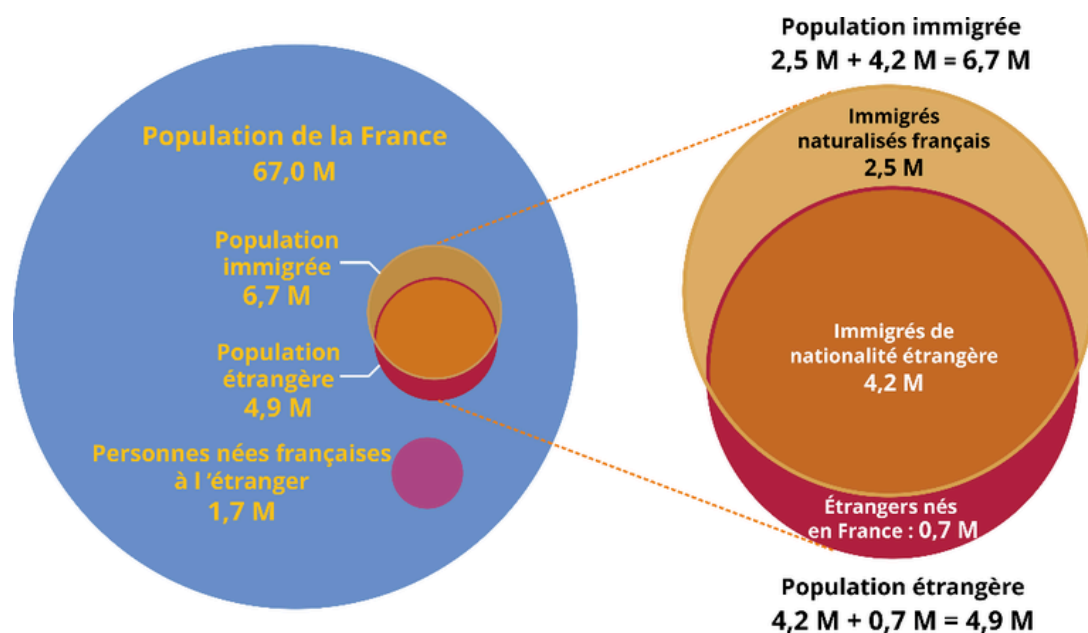
Connaître la la définition d'un migrant (personne immigrée) OIC-174-01-A

Étranger: personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les acteurs juridiques.

Immigré: personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française. Il y a donc administrativement 2 catégories d'immigrés : étrangers et français.

Migrant: au sens de migrant international, personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des immigrants, qu'ils soient français de naissance ou immigrés

Les migrants résident en majorité dans 3 régions : Ile de France, Rhône-Alpes-Auvergne, PACA



Estimations de population 2019. Source: Insee

Connaître les principales pathologies infectieuses des migrants OIC-174-02-A

Pathologies infectieuses acquises en métropole

Le changement d'environnement et les conditions de vie précaires (logement insalubre, malnutrition, promiscuité, conditions de travail) favorisent l'acquisition de pathologies infectieuses une fois arrivée en France. Il peut s'agir d'infections respiratoires, digestives ou IST. L'infection par le VIH ou la tuberculose peuvent survenir durant le voyage ou une fois arrivé sur le territoire français. Les infections à pneumocoque et salmonelloses non typhiques sont rencontrées chez les drépanocytaires.

Pathologies infectieuses d'importation

Parasitoses

Paludisme

Les accès à *P. falciparum* surviennent essentiellement dans les 2 mois suivant l'arrivée. La prévention en cas de retour dans le pays d'origine est importante 2C-174-PC-A02

Schistosomoses

Deuxième parasitose au monde après le paludisme. Infection par *Schistosoma mansoni* (forme intestinale et hépatosplénique), *S. japonicum* et *S. mekongi* (forme hépatosplénique) et *S. haematobium* (forme urogénitale). Volontiers diagnostiquée à la phase d'état ou de complications chez le primo-arrivant (la phase d'état constitue la troisième phase après la pénétration cutanée et l'invasion) chez les migrants, avec hyperéosinophilie modérée ou absente et selon la forme : hématurie, fibrose hépatique, diarrhées, parfois

rectorragies, ténesme. Durant le retour dans le pays d'origine pour les vacances les enfants sont régulièrement exposés par les baignades en eau douce. Dans cette situation la schistosomose (ou bilharziose) peut se manifester à la phase d'invasion au retour en France (hyperéosinophilie, prurit, éruption urticarienne, arthralgies, hépatomégalie)

Parasitoses intestinales

Ankylostomose (anémie)

Strongyloïdose (manifestations digestives variables, formes disséminées graves de l'immunodéprimé)

Ascaridiose (signe digestif non spécifique à la phase d'état)

Taeniose (*Taenia saginata* et *solium*). *T. solium* est à l'origine de la neurocysticercose

Giardiose : asymptomatique, dyspepsie ou diarrhées, protozoaire donc pas d'hyperéosinophilie

Polyparasitisme possible avec hyperéosinophilie et/ou hypergammaglobulinémie

Anémie et retard staturo-pondéral possibles chez les enfants

Amoebiose

Amoebiose colique (diarrhée subaiguë, voire chronique parfois forme invasive)

Amoebiose hépatique (abcès hépatique-hépatalgie douloureuse et fébrile)

Possible même plusieurs mois ou années après l'arrivée en France.

Hydatidose

Fréquente en Afrique du Nord. Découverte clinique (hépatomégalie) ou iconographique (kyste à l'échographie-calcifications en radiologie) fortuite.

Les complications des kystes (fissuration, compression, surinfection) constituent également un mode de révélation

Filariose

Loase: prurit et œdèmes migrants épisodiques (œdèmes de Calabar),

Filariose lymphatique: lymphangite aiguë précoce puis œdèmes chroniques d'origine lymphatique des membres inférieurs et du scrotum.

Onchocercose: rare

Trypanosomose

Trypanosomose africaine ou maladie du sommeil se présentant par une phase lymphatico-sanguine et une phase méningo-encéphalique

Trypanosomose américaine ou maladie de Chagas présentant une phase aiguë et une phase chronique (myocardiopathie possible lors de cette dernière)

Leishmaniose

Cutanées : lésions ulcéro-croûteuse subaiguës ou chroniques

Viscérales : fièvre au long cours, splénomégalie, pancytopénie.

Ectoparasitose

Gale

Infections bactériennes

Tuberculose

Incidence dix fois plus élevée que chez les personnes nées en France

Association avec l'infection par le VIH fréquente

Infections ou colonisation par des bactéries multirésistantes (BMR) ou hautement résistante (BHR). La colonisation est fréquente justifiant une stratégie dédiée en cas d'hospitalisation (2C-174-DP-A01)

Tréponématoses

Syphilis et tréponématoses non vénériennes

Infections virales

Infections par le VIH

Incidence dix fois plus élevée que chez les personnes nées en France

Hépatite B

On estime que trois quarts des patients pris en charge sont des migrants

Hépatite C

Hépatite A et E

Micro-épidémie communautaire (la préventions: 2C-174-PC-B01)

Virus hautement pathogènes

Risque très faible mais non nul de fièvre hémorragique virale. A évoquer en fonction du contexte épidémique et des habitudes de vie sur place (item risques émergents)

Connaître les arguments épidémio-cliniques et les stratégies d'examens complémentaires pour identifier les principales pathologies infectieuses des migrants OIC-174-03-B

	Origine géographique						Examens complémentaires					
	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord	Asie du Sud-Est	Sous-continent Indien	Amérique latine	Antilles						
Pathogènes												
Bactéries												
Tuberculose	+	+	+	+	+	+	ITL : par test interféron gamma. Tuberculose maladie : iconographie et culture					
Virus												
Hépatite B	+	+	+	+	+	+	Sérologies					
Hépatite C	+	+	+	+	+	+						
VIH	+		+	+	+	+						
Helminthoses												
Parasitoses digestives	+	+	+	+	+	+	EPS					
Cysticercose			+	+	+		Neurocysticercose : faisceau d'arguments cliniques et radiologiques					
Hydatitdose		+			+		Arguments : iconographie et sérologie					
Filarioses	+ F. lymphatique et Loase		+ F. lymphatique	+ F. lymphatique	+ Onchocercose	+ F. lymphatique	Loase : hyperéosinophilie, sérologie et frottis sanguin pour recherche de microfilariémie en période diurne Filariose lymphatique : microfilariémie en période nocturne Onchocercose : biopsie cutanée					
Schistosomoses	+ urinaire intestinale hépatique	+ urinaire	+ intestinale hépatique	+ urinaire	+ intestinale	+ intestinale	Sérologie, EPS, EPU					
Protozooses												
Paludisme	+		+	+	+		Technique sensible (goutte épaisse ou QBC par ex.) + Frottis mince					
Leishmaniose	+	+		+	+		Prélèvements cutanés pour examen direct-culture-PCR (forme cutanée) Examen direct de moelle osseuse, sérologie, PCR (forme viscérale)					
Trypanosomose	+ Africaine				+ Chagas		Mise en évidence du parasite à l'examen direct sur sang (les 2) ou LCS (Afr.) ou sérologies					
Amoebose	+	+	+	+	+	+	EPS, PCR sur selles, rectoscopie (amoebose colique) arguments radio-					

							cliniques et sérologie (amébose hépatique)
Giardiase			+	+		+	EPS
Strongyloïdose	+		+	+	+	+	EPS avec recherche spécifique

Connaître les modalités d'accès aux soins des migrants OIC-174-04-A

Pour les Français et les étrangers en situation régulière

Un rattachement à l'assurance maladie est possible par l'exercice d'une activité professionnelle ou par la résidence stable et régulière afin de bénéficier de la PUMA (protection universelle maladie), ainsi que de la C2S (Complémentaire santé solidaire, ex CMU complémentaire, sous conditions de ressources).

Pour les étrangers en séjour irrégulier

Si présents en France depuis au moins 3 mois, avec des ressources inférieures aux plafonds fixés par l'assurance maladie, il faut mettre en place une AME (Aide médicale d'état).

En cas d'urgence médicale, le DSUV (dispositifs pour les soins urgents et vitaux) peut être utilisé pour les étrangers en situation irrégulière avec une présence de moins de 3 mois ou une impossibilité de justifier identité et résidence.

Pour les étrangers passant en situation irrégulière, un maintien des droits dans l'année qui suit le début du séjour régulier est possible, ce maintien est généralement suivi d'une AME si l'irrégularité persiste.

Accès aux soins

En l'absence de PUMA ou d'AME, les PASS (permanence d'accès aux soins de santé) constituent une ressource gratuite de soins et de prise en charge sociale

Autres centres pour bénéficier de soins gratuits :

CeGIDD (Centres gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostics)

Centres de vaccination

PMI (protection maternelle infantile)

CPEF (centre de planification et d'éducation familiale)

CLAT (centre de lutte antituberculeuse)

Connaître les principales pathologies à dépister chez les migrants OIC-174-05-A

Infections bactériennes

Tuberculose

A dépister chez les primo-arrivants. Tuberculose pulmonaire par l'examen clinique et cliché thoracique. Infection tuberculeuse latente (ITL) par test interféron gamma

Colonisation par des bactéries multi-résistantes (BMR) ou hautement résistantes (BHR)

Dépistage par écouvillonnage rectal à l'entrée d'une hospitalisation en France si hospitalisation dans le pays d'origine dans l'année précédente.

Infections virales

VIH-VHB-VHC

A dépister chez les primo-arrivants par sérologies

Parasitoses

Parasitoses intestinales

A dépister chez les primo-arrivants par EPS. Diarrhée, anémie et hyperéosinophilie sont des points d'appel classiques de ces infections.

Schistosomoses

Dépistage chez les primo-arrivants par sérologie avec, en cas de positivité, EPS et EPU (examen parasitologique des selle et des

urines) pour recherche des œufs

Maladie de Chagas

Femmes enceintes nées en Amérique latine. Par sérologie.

Ectoparasitose

En lien avec la précarité : gale

Mycose

Teignes microscopiques ou trichophytiques chez l'enfant

Pathologies non infectieuses

HTA-Diabète-Drépanocytose/hémoglobinopathies

Connaître les principes de la prévention à mettre en place chez les migrants OIC-174-06-A

Prévention en santé sexuelle

Dépistage et prévention des IST dont le VIH, usage du préservatif masculin et féminin, prophylaxie pré-exposition du VIH (PrEP), vaccination (contre le VHB)

En cas de retour dans le pays d'origine (vacances par ex.)

Prophylaxie antipalustre et prévention de l'impaludation (moustiquaire imprégnée) car absence d'immunité durable.

Pas de baignade en eau douce dans les sites connus pour la transmission de la bilharziose

En cas de traitement immunosuppresseur

Ivermectine systématique en prévention de l'anguillulose disséminée chez tout patient ayant vécu en zone tropicale avant de débiter le traitement

Vaccinations (2C-174-PC-B01)

Cancer

L'épidémiologie des cancers est spécifique au pays d'origine. Dans les pays à ressources limitées les cancers dus à des agents infectieux sont beaucoup plus fréquents : VHB-VHC pour le foie, HPV pour le col de l'utérus, *H. pylori* pour l'estomac et schistosomoses pour les voies urinaires. Le dépistage devrait être renforcé.

Connaître les principaux vaccins à mettre à jour OIC-174-07-B

Conduite à tenir

Déterminer, pour chaque valence, le nombre de doses que l'individu aurait dû recevoir en tenant compte de l'âge au moment du rattrapage, des doses antérieures reçues avec preuve de vaccination en s'assurant que l'intervalle minimal entre les doses antérieures reçues (primo-vaccination et rappel) ait bien été respecté et ce indépendamment de l'ancienneté des doses administrées

Examens permettant d'ajuster les indications et la mise en œuvre du rattrapage en contexte de migration

Sérologie de l'hépatite B

Pour les résultats avec uniquement Ac anti HBs positifs, trois possibilités :

-titre supérieur ou égal à 100UI/l, pas d'indication vaccinale

-titre entre 10 et 99UI/l, dose supplémentaire unique

-titre inférieur à 10UI/l, sujet considéré comme non immunisé

Un résultat avec Ac anti HBs positifs et Ac anti HBc positifs ne relève pas d'une indication vaccinale

Sérologie VZV

Sérologie de l'hépatite A

Sérologies de l'hépatite B et tétanos en post-vaccinal (4 à 8 semaines après)

En fonction du taux d'anticorps détecté, ces sérologies permettent d'éviter des injections inutiles de vaccin

Pour les enfants de moins d'un an, il convient de mettre en œuvre le calendrier vaccinal français sans sérologie post-vaccinale

Dépistage de la tuberculose maladie et de l'ITL (2C-174-DP-A01)

Vaccins à mettre à jour

Enfants de 1 à 5 ans : valences correspondant aux 11 valences obligatoires + BCG selon le calendrier vaccinal français si dépistage négatif

Enfants de 6 à 13 ans : diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, hépatite B, ROR, Méningocoque C, HPV, varicelle (si sérologie négative) et BCG selon le calendrier vaccinal français si dépistage négatif

Enfants de 14 à 18 ans et adulte : diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, hépatite B, ROR (né à partir de 1980 et femmes en âge de procréer), Méningocoque C (jusqu'à 24 ans), HPV (fille entre 14 et 19 ans, HSH jusqu'à 26 ans), varicelle (si sérologie négative)

Hépatite A de 1 à 18 ans indication vaccinale pour les enfants nés de familles dont l'un des membres est originaire d'un pays de haute endémie et qui sont susceptibles d'y séjourner (si sérologie négative)

Principe généraux du rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants

A réaliser le plus tôt possible après l'entrée sur le territoire et dans un délai optimal de 4 mois après l'arrivée à l'occasion du « rendez-vous santé ».

Assurer la traçabilité est essentiel pour la bonne poursuite du rattrapage

Toutes les doses de vaccins reçues comptent indépendamment du délai écoulé depuis la dernière dose reçue dès lors que l'âge minimal, l'intervalle minimal entre les doses et la dose d'antigène recommandée pour l'âge ont été respectés

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

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 co-administration 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. Si IDR ou IGRA indiqué le vaccin ROR est à réaliser après ces tests.

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.

Le rattrapage vaccinal doit, en outre, respecter les obligations vaccinales en vigueur et assurer la réalisation des vaccinations exigibles pour l'entrée ou le maintien en collectivités (11 valences pour les enfants nés depuis le 1er janvier 2018 et 3 valences - DTP- pour les enfants nés avant)

Exemple rattrapage exemple chez les primo-arrivants