Migration et Précarité : quelles pathologies en pédiatrie ?

Etienne GOISQUE

Bordeaux

I. De qui s'agit il?

1. Définitions

Définitions/ statuts juridiques

Enfant migrant : Enfant dont son lieu de vie se déplace ou s'est déplacé dans une autre région ou un autre pays du monde.

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS comede

Précarité selon J. Wresinski : «*absence de sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.* »

Définitions

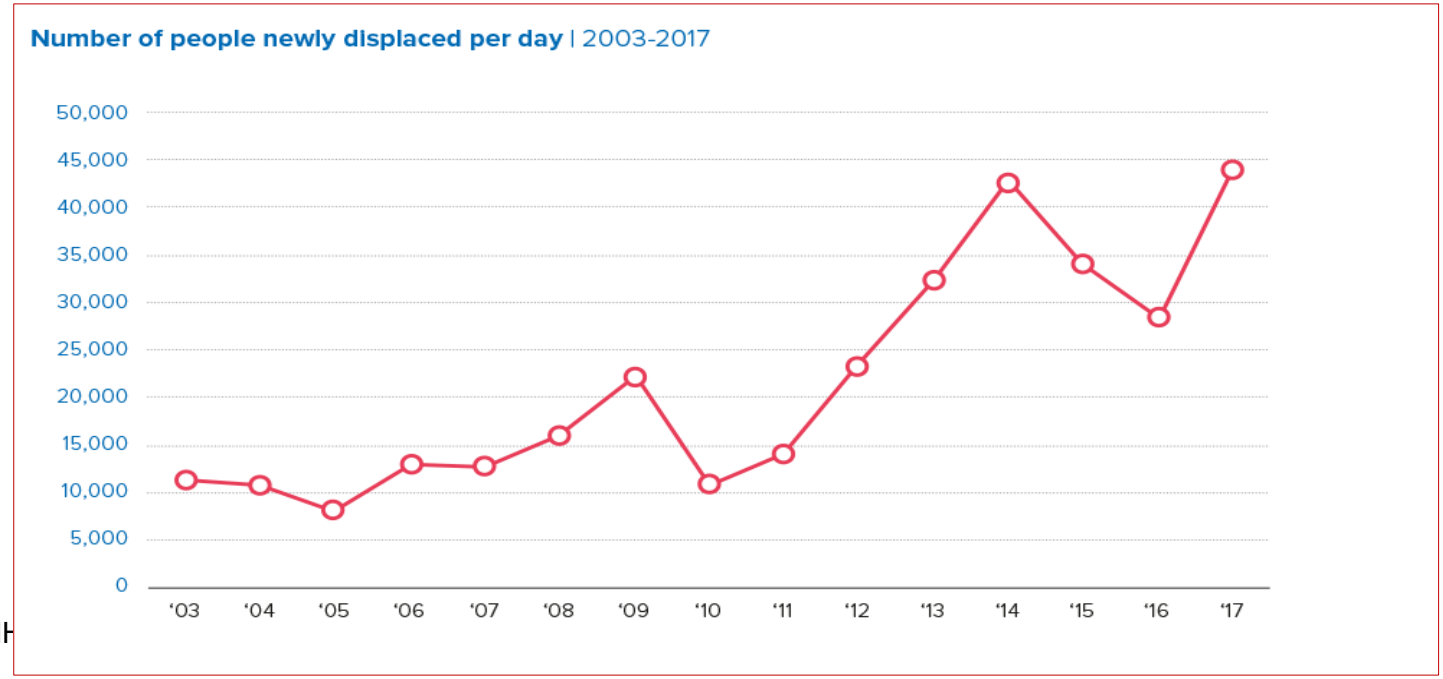
- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.
- **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « **étranger malade** » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- **Exilé** : terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.
- **Immigré** : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut-Conseil à l'Intégration utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.
- **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.
- **Réfugié** ou " protégé subsidiaire " : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé/e par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).
- **Ressortissants de pays-tiers** : hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse.
- **Sans-papiers** ou **Clandestin** : étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans-papiers ») de la présence de la personne.

I. De qui s'agit il?

1. Définitions
2. Quelques chiffres

2017, **16,2 millions** de personnes déplacées de force suite à des persécutions, des conflits ou des violences généralisées.

44 400 personnes chaque jour



UNHCR
L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés

Source : UNH

[source : HCR]

En 2014 , **6 millions d'immigrés** vivent en France soit **9,1%** de la population totale.
[Source : INSEE]

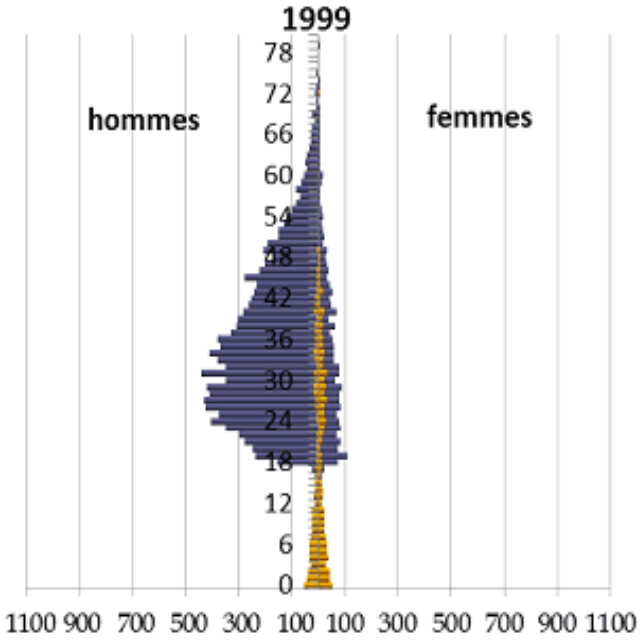
En 2016

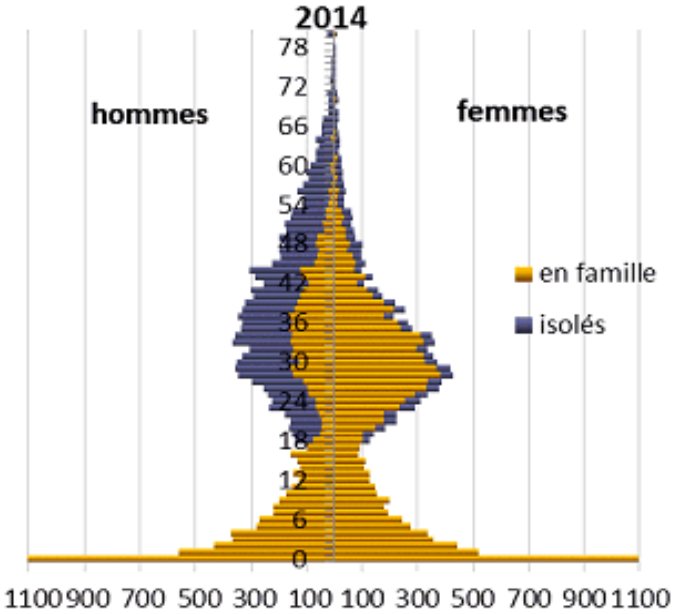
- **14000 mineurs « accompagnants »** leur(s) parent(s) demandeurs d'asile en 2016
- **500 mineurs « rejoignant »** leur(s) parent(s) réfugiés
- **5000 jeunes filles protégées** contre le risque de mutilation sexuelle.

[source : OFPRA]

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
OFPRA

18000 Mineurs isolés protégés par l'ASE en juillet 2017 [source : rapport sénatorial]





[Source de données : 115 de Paris]

I. De qui s'agit il?

1. Définitions
2. Quelques chiffres
3. Particularité de l'enfant migrant

- Migration imposée, dépendant de ses parents ou d'un représentant légal
- Le mineur non accompagné (MNA)
- Déracinement géographique, culturel, familial et social avec des conséquences sur la santé des enfants.
- Particularités du risque sanitaire chez l'enfant voyageur :

Particularités	Risques
Immaturité de l'immunité	infection plus rapidement évolutive et/ou plus sévère
Nombreux contact main-bouche	maladies à transmission oro-fécale (diarrhées, fièvre typhoïde, hépatite)
Curiosité à découvrir son environnement extérieur	morsure (rage) piqures d'insecte
marche pieds nus sur sols humides	parasitoses à pénétration transcutanée (larva migrans cutané)

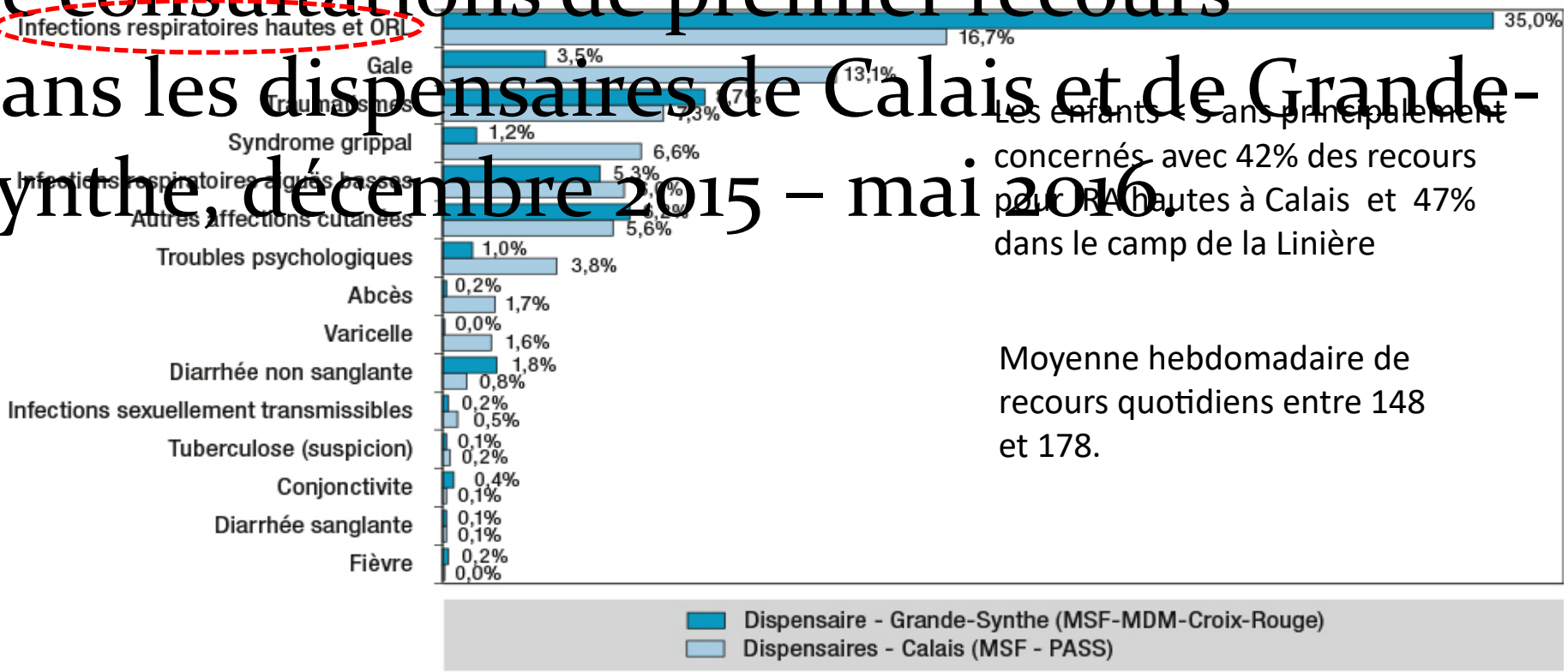
[Source : Albert Faye]

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités

Répartition des pourcentages de consultations de premier recours dans les dispensaires de Calais et de Grande-Synthe, décembre 2015 – mai 2016.



Les enfants < 5 ans principalement concernés avec 42% des recours pour RA hautes à Calais et 47% dans le camp de la Linière

Moyenne hebdomadaire de recours quotidiens entre 148 et 178.

[Chaud P, 2017]

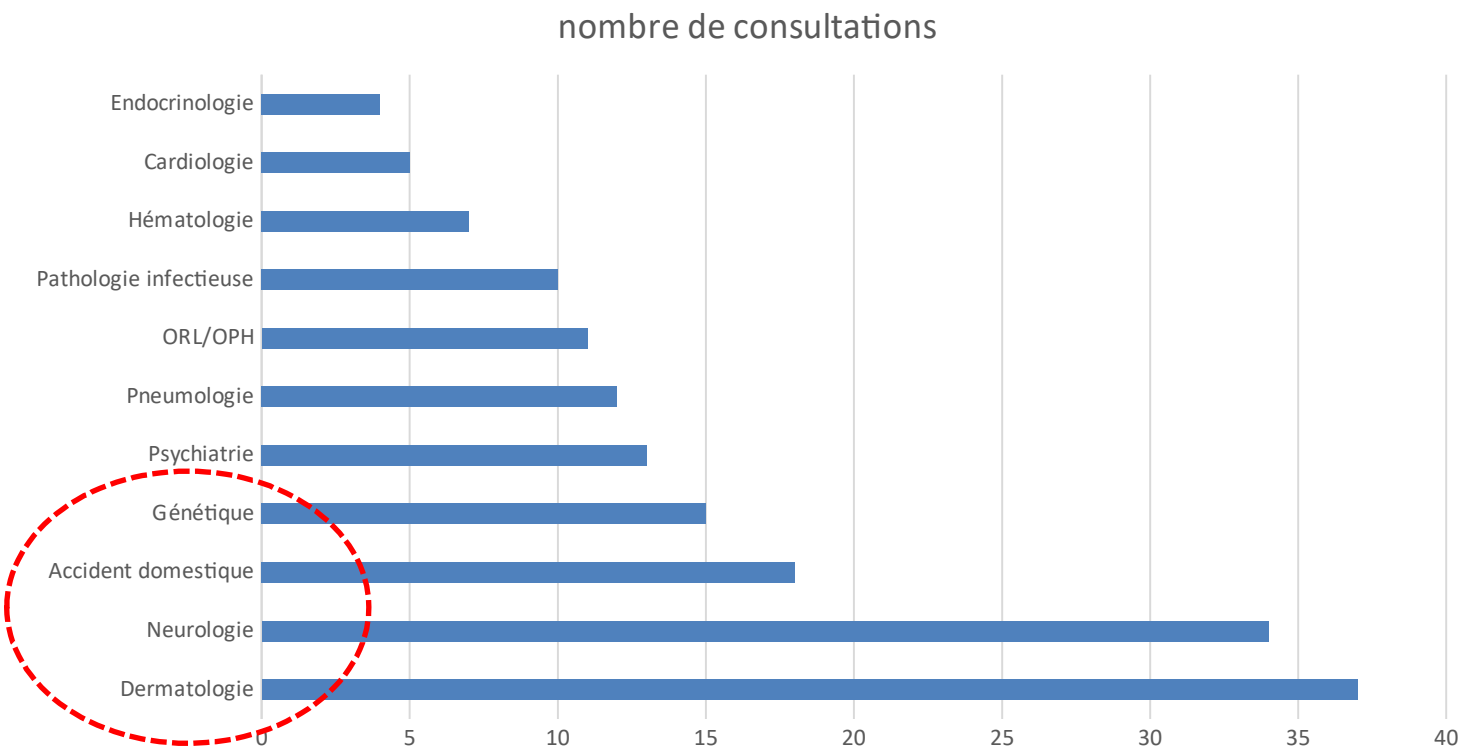
Réseau « Géosentinel »

Table 1. Ten Most Frequent Infectious Disease Diagnoses in Referred Migrants, Children and Adults

Diagnosis	Frequency	Percentage
Children (age ≤18 y; n = 854)		
Malaria	170	20.0
Latent tuberculosis	92	10.8
No health condition identified	82	10.0
Schistosomiasis	71	8.3
Giardiasis	67	7.8
Active tuberculosis	65	7.6
Hepatitis B, acute and chronic	41	4.8
Strongyloidiasis	40	4.7
Eosinophilia	25	2.9
Intestinal ascaris	19	2.2
Adults (age ≥19 y; n = 6751)		
Latent tuberculosis	1619	24.0
Hepatitis B, acute and chronic	864	12.8
Active tuberculosis	723	10.7
Human immunodeficiency virus/AIDS	510	7.6
Schistosomiasis	370	5.5
Hepatitis C	346	5.1
Strongyloidiasis	344	5.1
No health condition identified	326	4.8
Malaria	321	4.8
Eosinophilia	182	2.7

Spectrum of Illness in International Migrants Seen at **GeoSentinel** Clinics in 1997–2009, Part 2: Migrants Resettled Internationally and Evaluated for Specific Health Concerns.Anne E. McCarthy et al.*Clinical Infectious Diseases*, Volume 56, Issue 7, 1 April 2013, Pages 925–933

Consultations de la PASS pédiatrique de BORDEAUX en février 2017 à octobre 2018
328 consultations



I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités

2. Pathologies infectieuses

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités

2. Pathologies infectieuses

2.1 Hépatite B

Famille kurde de 5 enfants, originaire de Raqa en Syrie, père restaurateur.

PASS pédiatrique a été sollicitée pour une évaluation médico-sociale.

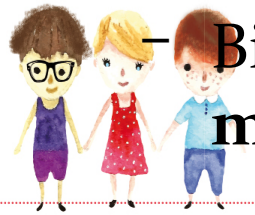
Sur le plan social :

- Demande d'asile faite (GUDA, OFII, **CADA**, ADA)
- Vivent en appartement (CADA)
- Absence de droit.

Sur le plan médical :

- Aya 14 mois hospitalisée pour une ingestion accidentelle d'hydrocarbure sans complication
- Pas d'antécédent notable pour cette fratrie
- Consultation programmée pour les 5 enfants reportée en raison de l'hospitalisation d'Aya.
- Consultation avec bilan clinique, explication à la famille du schéma vaccinal de rattrapage et programmation du bilan de dépistage.

- **Prise en charge médico-sociale:**
  - Ouverture des droits et obtention du statut de réfugié
  - Primo vaccination pour Aya et rappel DTP et ROR pour le reste de la fratrie.
  - Bilan de dépistage avec découverte « fortuite » d'une **hépatite B aiguë à la phase d'immunotolérance** pour 4 enfants sur 5 avec augmentation modérée des transaminases pour 2.
  - Complément de bilan avec échographie abdominale et dosage de l'ADN plasmatique
  - Annonce du diagnostic aux parents et organisation du suivi des enfants en gastro pédiatrie.
  - Poursuite du rattrapage vaccinal
  - Bilan des parents avec **hépatite B chronique chez la maman**.



- Prévalence des maladies transmises par le sang est **plus élevée** chez les migrants.
- Méta analyse démontre que la prévalence de l'hépatite B chronique est **6 fois plus élevée** au sein des population migrante que dans la population autochtone des pays occidentaux. [SJ Hahne BMC Infect Dis 2013]

- **La Séroprévalence** de l'hépatite B correspond **au niveau d'endémicité** du pays d'origine [rapport de l'OMS et du CDC]
  - Plus de 10% Afrique subsaharienne et Asie du Sud-Est
  - 4 à 6% en Europe de l'Est et Asie centrale,
  - 2% dans la population migrante d'Afrique du Nord, du moyen orient et d'Amérique latine. [C Rossi I 2012]

World Health Organization

CDC Centers for Disease Control and Prevention

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités

2 Pathologies infectieuses

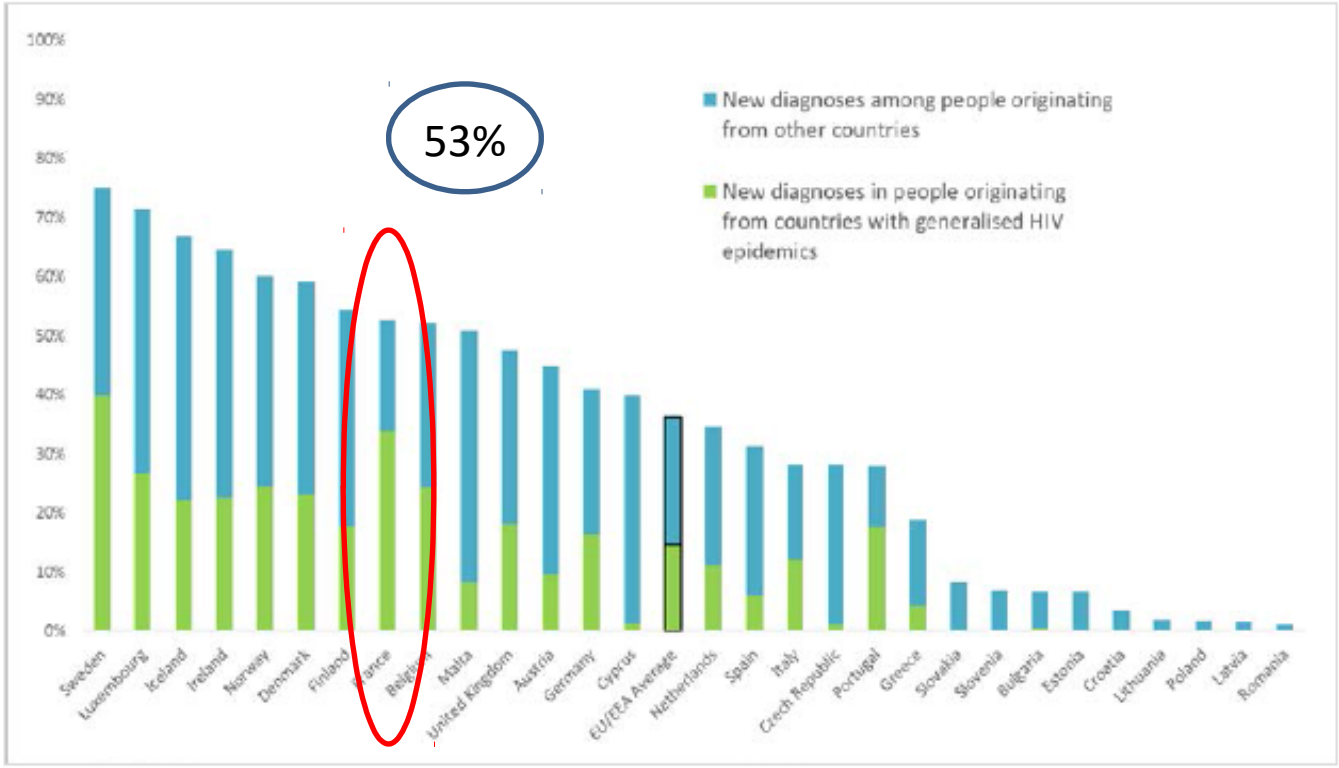
2.1 Hépatite B

2.2 VIH

Population migrante Subsaharienne ++ :

- 31% des nouveaux cas diagnostiqués en 2012 et
- 24% des personnes vivant avec le VIH en France
- 1% de la population. (A Desgrées-Du-Loû 2015)

Figure 2. Percentage of new HIV diagnoses among migrants of all reported cases in the EU/EEA with known country of origin, 2015



Source: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016

Infection contractée
-dans le pays d'origine
-ou bien, pour **35 % des malades, alors qu'ils vivaient en France.**

(Desgrées-du-Loû A, PannetierJ, RavalihasyA, Gosselin A, supervieV, Panjo H, Al 2015)

Chez les migrants originaires de pays à forte endémicité : - des dépistages devraient être encouragés,

- la maladie souvent diagnostiquée très tardivement.

Alvarez-Del Arco.D, Monge.S, Azcoaga. A *HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries : A systematic review*. Eur J Public Health 2013

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités

2. Pathologies infectieuses

2.1 Hépatite B

2.2 VIH

2.3 Tuberculose

- Sega, MNA, originaire du Mali
- Parcours migratoire : quitte le Mali en mai 2017 passe par la Mauritanie puis le Maroc, l'Espagne et la France, arrivé en février 2018.
- Hébergement social avec « mise à l'abri » par ASE, prise en charge par le SAEMNA (évaluation)
- Première consultation à la PASS de Saint André avec l'assistante sociale, la PASS dentaire et la PASS généraliste.

Adressé par la PASS dentaire pour le bilan d'une adénopathie cervicale.

Examen clinique retrouve des adénopathies axillaires et inguinales.

Bilan exhaustif dont

- Quantiferon
- RP
- TDM cervico-thoraco-abdominal
- Puis la programmation d'une biopsie ganglionnaire en chirurgie maxillo-faciale

Résultats :

- **Quantiferon positif**
- Sérologie toxoplasmose négative
- Sérologie HIV négative
- Sérologie hépatite C négative et hépatite B en faveur d'une infection ancienne
- TDM thoraco-abdomino-pelvien : **Ostéolyse bien limitée ronde T10 avec abcès para vertébral en regard remontant de T8 à T12 sur 9cm de diamètre.**

Suspicion d'une **tuberculose ganglionnaire et vertébrale**.
➔ Avis spécialisé souhaité avec hospitalisation en pédiatrie.

- Hospitalisation en pédiatrie
- IRM : **mal de Pott vertébral** avec extension péri-vertébrale antérieure
- Thoracoscopie :
  - Epanchement « louche »
  - Plèvre mamelonnées d'aspect compatible avec une tuberculose : prélèvements pleural pour anapath
  - Abcès avec ouverture de l'espace pré vertébral avec prélèvement de pus et lavage.

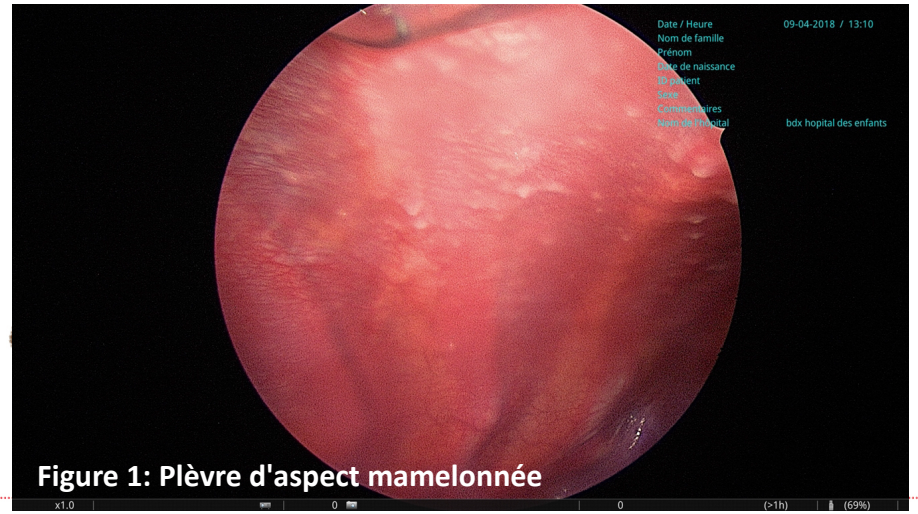


Figure 1: Plèvre d'aspect mamelonnée

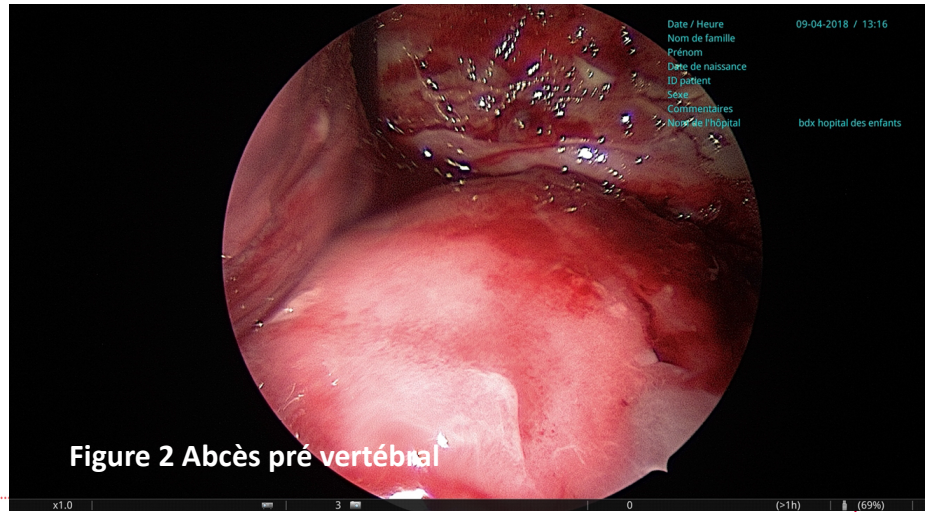


Figure 2 Abcès pré vertébral

- Prise en charge pluridisciplinaire :
  - **Infectieuse** avec mise en place d'une **quadrithérapie** : RIFATER (Isoniazide, Pyrazinamide), RIFAMPICINE, ETHAMBUTOL + PYRYDOXINE (Vit B6) et UVEDOSE.
  - **Orthopédique** avec un corset,
  - Suivi
    - **Infectieux** en consultation et biologie de contrôle.
    - **Orthopédique** avec contrôle clinique et radio
    - **PASS pédiatrique** pour contrôle clinique, accompagnement avec coordinations des soins (traitement, bilan biologique, et suivi social) et vaccinations.
    - **sociale** avec évaluation par le SAEMNA

Tuberculose

- Pathologie à **déclaration obligatoire**
- Enfant migrant des pays à haute endémicité = Population à risque
- La *tuberculose* est **surreprésentée** au sein des populations migrantes.
- **Plus de la moitié** des cas de tuberculose maladie sont diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger
- La haute prévalence de la tuberculose chez les migrants correspond au niveau d'endémicité dans les pays d'origine.

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1203-Annual-TB-Report.pdfWHO, Surveillance report : Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012 Geneva : World Health Organization

Tuberculose dans le monde

OMS 2016

10,4 millions

Asie:45 %
Afrique:25 %
Europe : 3 %

1,7 million de décès

7 pays totalisent 64 % des cas

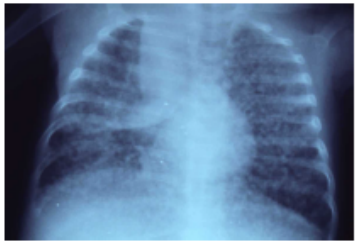
Inde, Indonésie, Chine, Philippines, Nigeria, Pakistan, Afrique du Sud

Source : OMS 2016

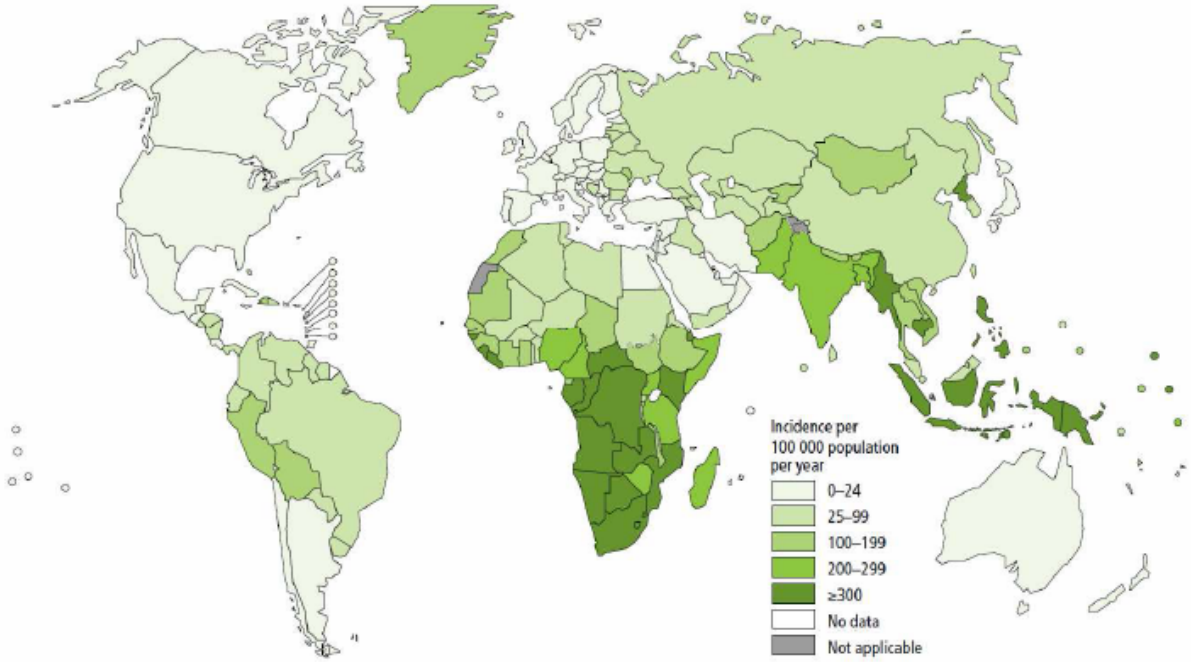
1 million d'enfants
Dont 250000 morts

END TB
GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2017

Tuberculose



Estimated TB incidence rates, 2016



Proposition issue du livret d'accueil des enfants primo-arrivants de Trousseau :

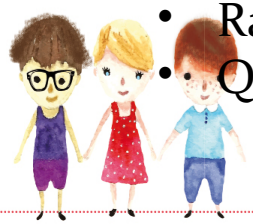
- <2an : IDR à la tuberculine 5 UI avec consultation à H72 pour lecture
- Entre 2 et 5 ans: IDR à la tuberculine 5 UI et dosage quantiferon BK
- >5 ans : dosage quantiferon BK
- Radio pulmonaire si IDR (>5mm) et/ou quantiferon+, et/ou signes respiratoires

Recommandations HAS, 2016:

- <5 ans : pas de recommandations claires , laissé à l'évaluation clinico-biologique du clinicien.
- >5 ans : dosage quantiferon BK si enfant migrant provenant d'une zone de forte endémie tuberculeuse.

Proposition de dépistage :

- Renforcement de l'action du CLAT avec fiche de liaison,
- Recherche trace de BCG à l'examen, de contaminateurs potentiels dans entourage, de symptômes évocateurs (sueur nocturne, toux chronique, hémoptysie)
- IDR à la tuberculine 5 UI avec consultation à H72 pour lecture
- Radio pulmonaire si IDR (>5mm)
- Quantiferon si signe extra pulmonaire.



I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités

2. Pathologies infectieuses

2.1 Hépatite B

2.2 VIH

2.3 Tuberculose

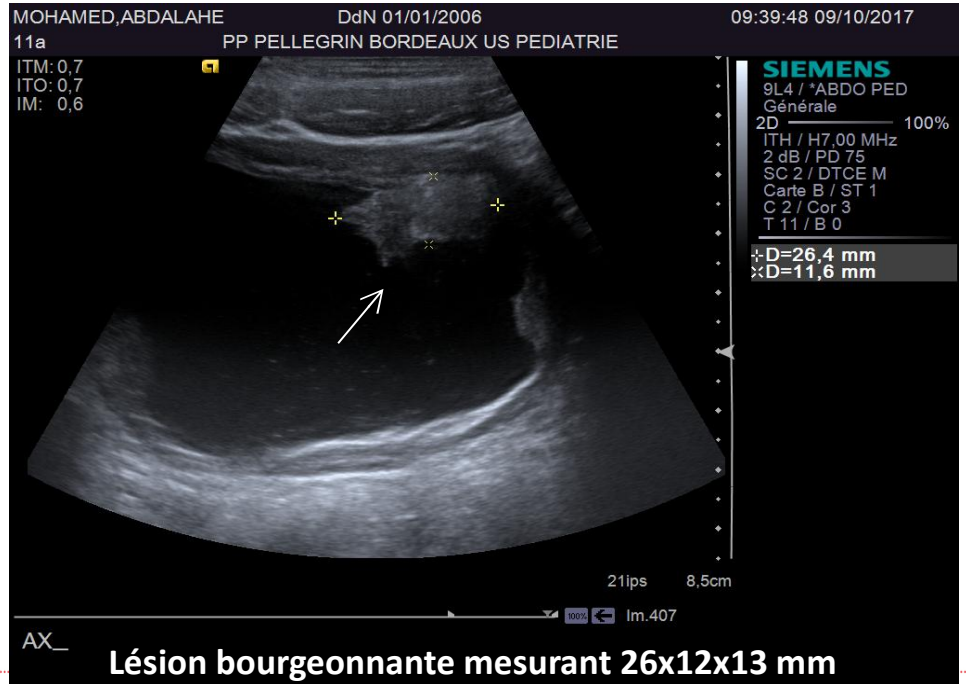
2.4 Schistosomiase (Bilharziose)

- Patient de 11 ans, Abdalahe, originaire du Tchad en France depuis mars 2017
- Vit en hôtel à Talence avec sa mère et une sœur de 12 ans, son père décédé au Tchad.
- Trajet de migration par la Lybie puis l'Italie et arrivée en France le mars 2017.
- Sur le plan social :
  - Demande d'asile avec la PADA FTA,
  - absence de droit.

- le 14/03/2017 consultation aux **urgences pédiatriques** pour céphalées avec un premier contact avec la PASS pédiatrique avec un entretien social (demande d'AME en urgence) et infirmier.
- Abdalahe est hospitalisé pour un bilan de céphalées négatif et **découverte d'une hépatite B chronique.**
- Poursuite de la prise en charge par la PASS pour coordonner le suivi de l'hépatite B avec un suivi spécialisé et contrôle biologique.
- Consultation programmée à la PASS en avril 2017 non honorée

- Octobre 2017 : consultation PASS pédiatrique pour sa sœur avec révélations par la mère d'épisodes d'hématurie depuis des années concernant Abdalahe.

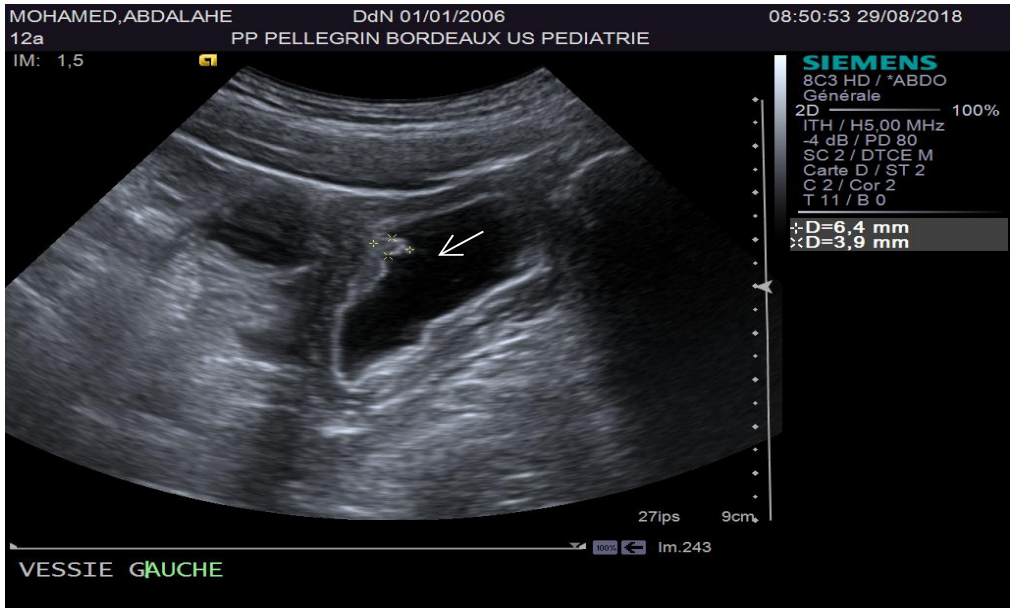
- Bilan exhaustif dont une échographie abdominale :



Lésion bourgeonnante mesurant 26x12x13 mm

+ Examen parasitologique des urines à la recherche de schistosomes avec œufs de **Schistosoma haematobium**.

Bilharziose urinaire traitée par **Praziquantel.**



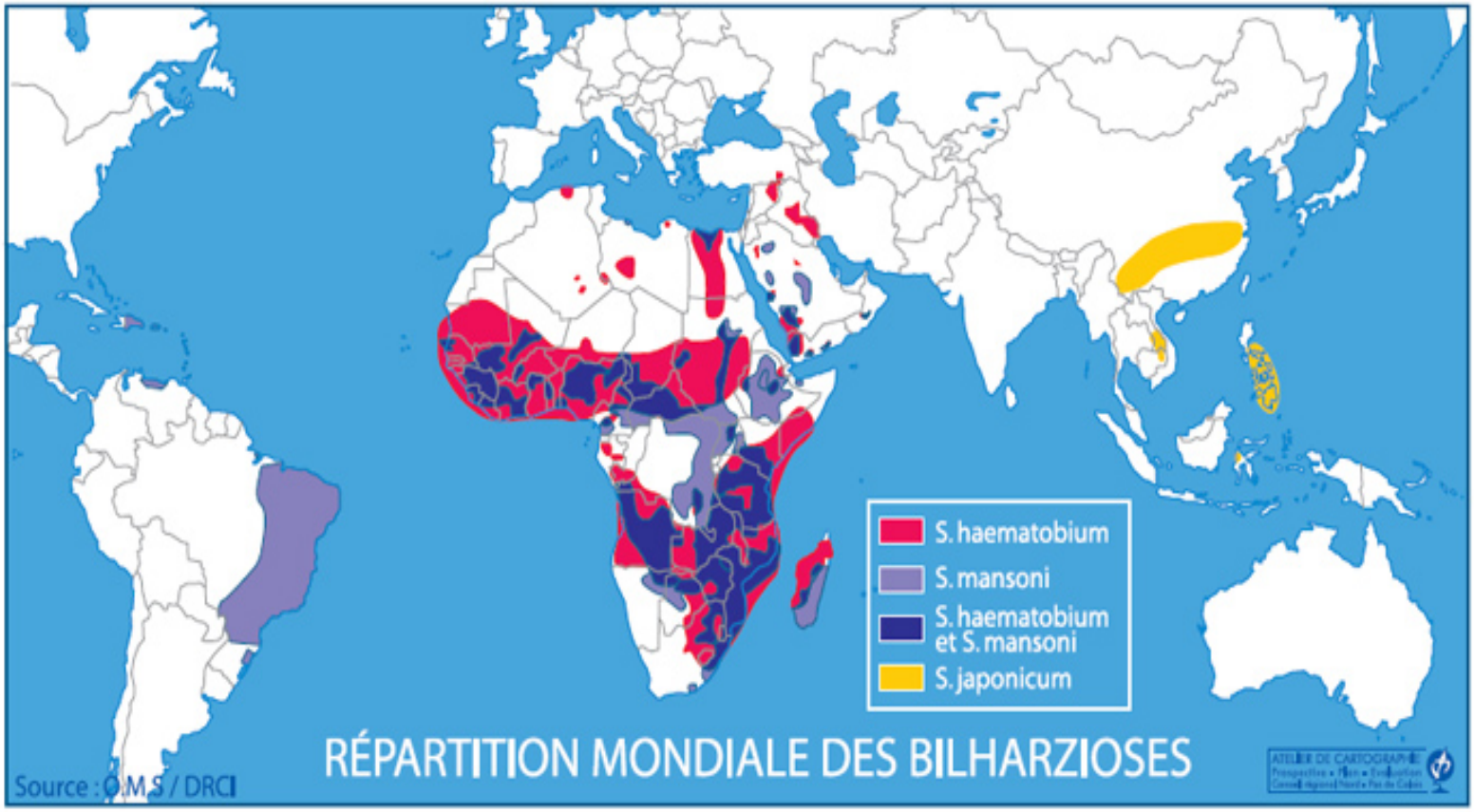
L'examen de la vessie en août 2018 retrouve la formation nodulaire pariétale antéro-supérieure gauche en nette régression mesuré à 6x4 mm

+

Examen parasitologique des urines négatif

- Suivi coordonné par la PASS pédiatrique :
  - Hépatite B chronique (contrôle biologique et gastro pédiatre)
  - Schistosomiase vésicale (échographie vésicale et consultation spécialisée)
  - Suivi de pédiatrie générale avec vaccination de rattrapage

207 millions de personnes infectées dans le monde
PJ Hotez A Kamath



Pays endémiques d'Afrique, en moyenne 25% de la population porteuse PJ Hotez A Kamath

Schistosomiase [PJ Hotez A Kamath 2009]

- Contamination par contact de la peau intacte avec de l'eau douce (lacs, rivières) contaminée par la présence de larves.
- Les migrants originaires de zones endémiques : symptômes en lien avec l'infection chronique.
- Les symptômes sont **secondaires à l'inflammation** consécutive au dépôt d'œufs au niveau des tissus de l'hôte, soit hépatique (cirrhose) soit urologique (infections urinaires ou insuffisance rénale)
- **Gravité potentielle** des formes **hépatosplénique** justifie un dépistage systématique
- **La sérologie est très utile**, 95% des personnes infectées ayant des Ac positifs. **Examen de référence pour le dépistage** complété par un examen parasitologique
- Les examens parasitologiques coprologiques et urinaires permettent d'identifier les espèces, mais ont une **faible sensibilité**.
- Le traitement par **praziquantel** est simple, sûr et efficace.

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités

2. Pathologies infectieuses

2.1 Hépatite B

2.2 VIH

2.3 Tuberculose

2.4 Bilharziose

2.5 Parasitoses digestives

Parasitoses digestives :

- Dépistage ou traitement systématique??
- Infections acquises par voie orale (« péril fécal ») ou transcutanée
- Peu ou pas symptomatique
- Fréquente justifiant une recherche systématique lors d'une hospitalisation
- Chez les primo-arrivants un traitement systématique par cure unique de Zentel° et Ivermectine (Anguillulose) est justifié +/- métronidazole (giardiose)

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

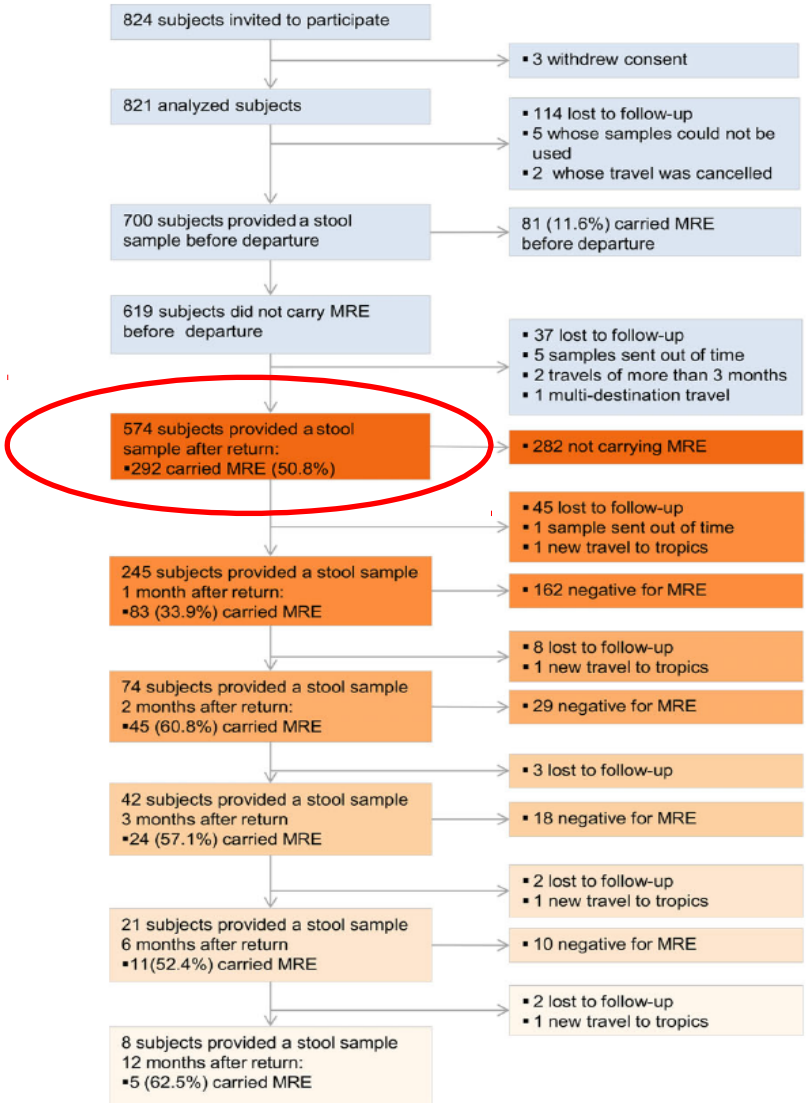
1. Généralités
2. Pathologies infectieuses
   - 2.1 Hépatite B
   - 2.2 VIH
   - 2.3 Tuberculose
   - 2.4 Bilharziose
   - 2.5 Parasitoses digestives
   - 2.6 Bactéries multi résistantes

High Rate of Acquisition but Short Duration of Carriage of Multidrug-Resistant Enterobacteriaceae After Travel to the Tropics

- Infections nosocomiales à **bactéries multi résistantes** voire toto-résistantes, **importées** des pays en développement où l'antibiothérapie n'est pas encadrée
- Phénomène émergent préoccupant
- **Dépistage recommandé** pour tous patients rapatrié ou hospitalisé quelle qu'en soit la cause s'il a été hospitalisé dans un autre pays dans l'année précédente.

High Rate of Acquisition but Short Duration of Carriage of Multidrug-Resistant Enterobacteriaceae After Travel to the Tropics

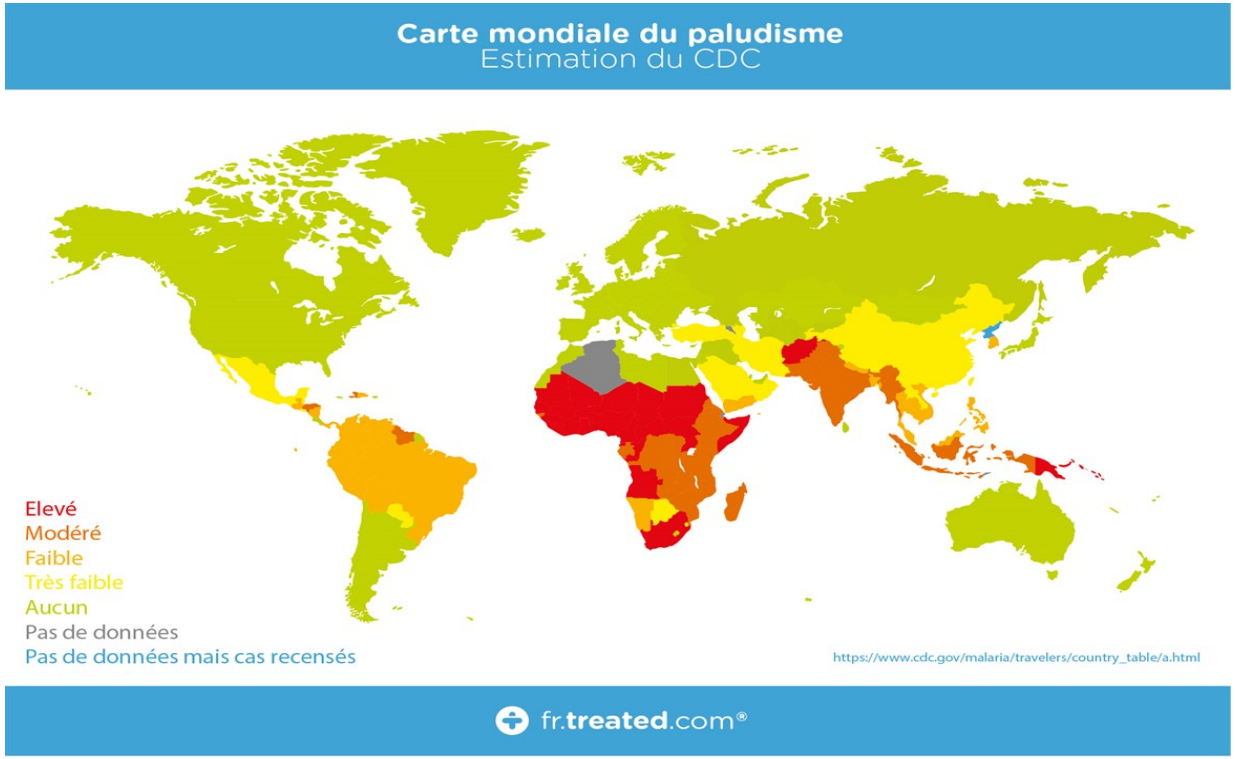
(Etienne Ruppé et al)



Paludisme

Pays d'origine et pays traversés pendant la migration? pour cartographier risques sanitaires

Aide précieuse du BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) avec les recommandations sanitaires pour les voyageurs, mise à jour 1/an

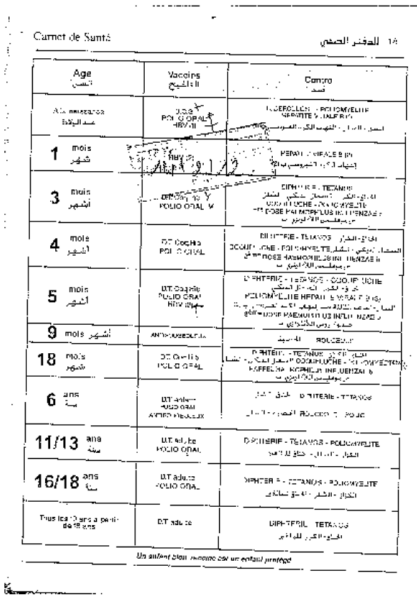


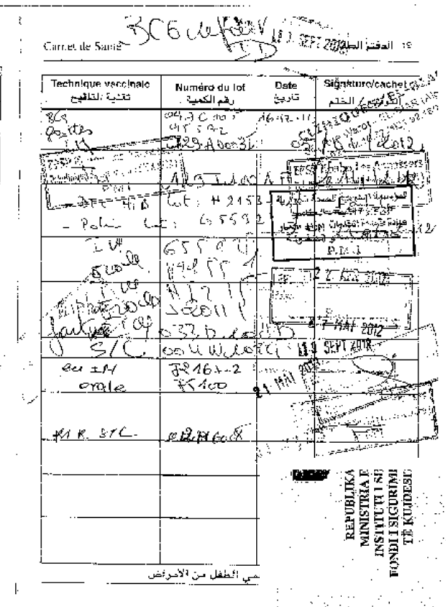
I. De qui s'agit il?

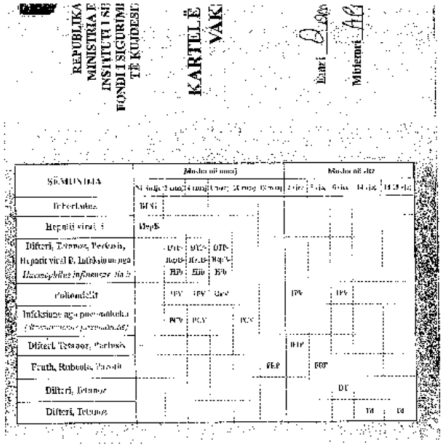
II. Etudes des pathologies rencontrées

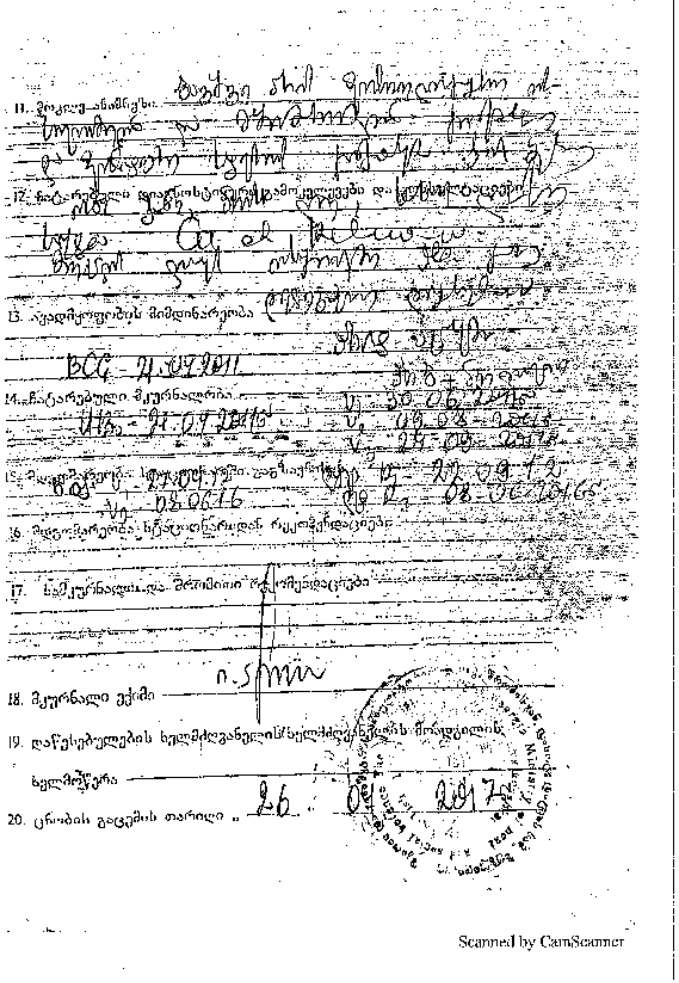
1. Généralités
2. Pathologies infectieuses
   - 2.1 Hépatite B
   - 2.2 VIH
   - 2.3 Tuberculose
   - 2.4 Schistosomiase (Bilharziose)
   - 2.5 Parasitoses digestives
   - 2.6 Bactéries multi résistantes
   - 2.7 Vaccinations

Statut vaccinal précaire ou Schéma vaccinal inconnu ou incertain









B : ENFANT A STATUT VACCINAL INCERTAIN OU INCONNU

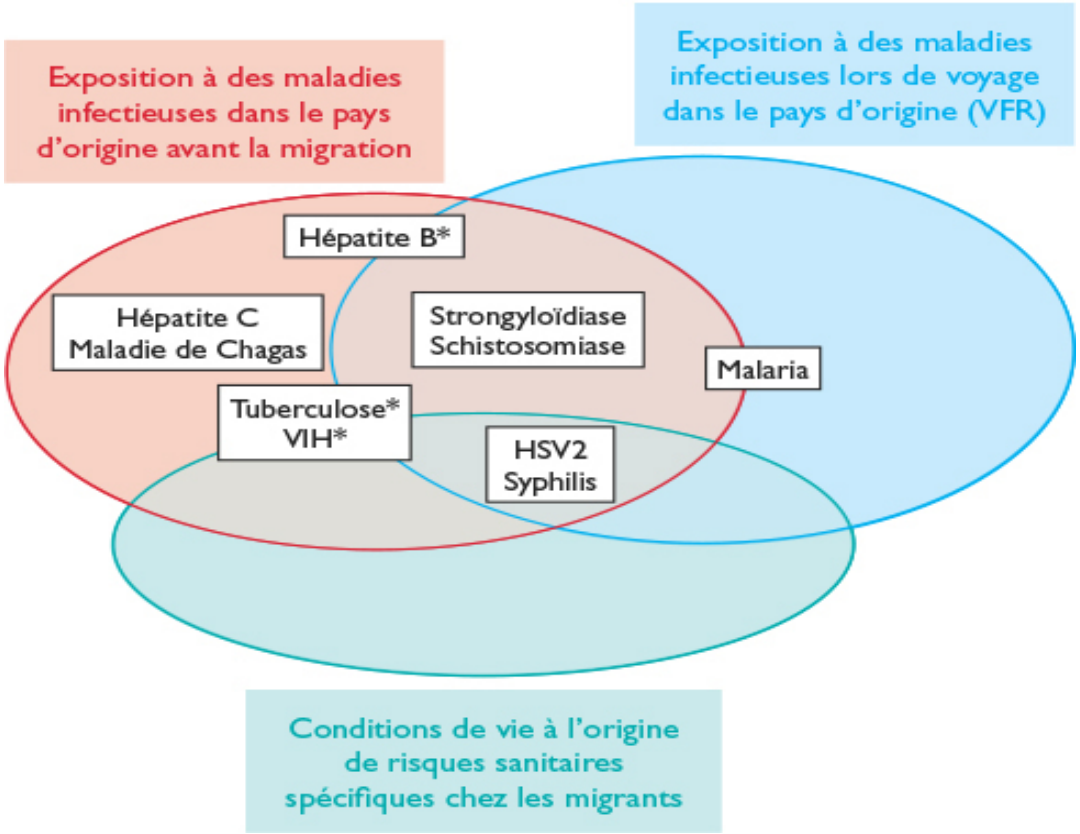
Il n'y a pas d'inconvénient à administrer un vaccin rougeole-oreillons-rubéole, Hib, hépatite B ou polio à une personne éventuellement déjà immune pour l'une ou l'autre des maladies. Pour Tétanos et Diphtérie il existe par contre un risque d'hyper immunisation (phénomène d'Arthus).

Principe général : en cas de doute sur la vaccination diphtérie, tétanos et hépatite B, faire une dose de vaccin puis faire un dosage des AC antitétaniques et/ou anti hépatite B, 4 à 6 semaines après.

I. Pour la vaccination Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio,
Dosage des Ac antitétaniques suffit : fiable et remboursée
Interprétation du taux d'Ac antitétaniques après une nouvelle dose de vaccination :
-Si la réponse en antitoxine tétanique est élevée, supérieure à 1 UI/ml, elle est de type anamnestique. L'enfant a sûrement été vacciné auparavant, le plus souvent avec un vaccin DTCoq combiné et avec une primovaccination de bonne qualité. Son schéma vaccinal peut être considéré comme complet après ce rappel.
- Si la réponse après cette dose unique est faible, inférieure à 0,1 UI/ml, l'enfant n'a probablement jamais été vacciné et il faut appliquer un programme complet de rattrapage (cf tableau).
- Si le taux est entre 0,1 et 1 UI/ml, la primo vaccination n'a certainement pas été complète car l'effet rappel obtenu est insuffisant :
  - o taux entre 0.1 et 0.5 UI/ml : refaire aussi deux doses en plus à 2 et 6 mois ;
  - o taux entre 0.5 et 1 UI/ml : refaire une seule dose 6 mois après celle qui vient d'être faite.

[Source : infovac]

En résumé…



Exemples de maladies infectieuses persistantes et facteurs explicatifs d'une prévalence élevée chez les migrants

- **VHB, VIH et tuberculose** sont placées à cheval entre des cercles, pour signaler que l'exposition dans le pays d'origine avant la migration représente le facteur de risque principal.
- VFR : visiting friends and relatives* ;
- HSV2 : herpès de type 2.

Guétaz.L al maladies tropicales persistantes chez les migrants, Rev Med Suisse 2014

*Rendre visite à des amis et à des parents

Cartographie des risques sanitaires

Afrique du Nord –MO

Typhoïde (Ne bas)
Rickettsiose (Ne haut)
Brucellose (Ne bas)
Borréliose (GB haut)
Leptospirose (GB ↗)

Hépatite A
(GB N or bas)
Abcès amibien
(Ne haut)

Tuberculose
(GB N or bas)
Leishmaniose
viscérale (Hb basse)

Afrique sub-Saharienne

Paludisme (Plt haut)
Dengue ou autre
arbovirose (Ne N or bas)
Borréliose (GB haut)
Typhoïde (Ne bas)
Brucellose(Ne bas)
Rickettsiose (Ne haut)
Trichinose (Eo haut)
Leptospirose(GB haut)
Trypanosomose (Ly ht)

Hépatite A (WBC N or
bas)
Schistosomiase (Eo haut)
Abcès amibien (Ne haut)

Tuberculose
(GB N or bas)
Filariose lymphatique
(Eo haut)
Leishmaniose
viscérale (Hb basse)

Antilles

Dengue ou
autre
arbovirose
(PN N or bas)
Rickettsiose
(PN haut)

Amérique du Sud et Centrale

Paludisme (Pl basse)
Dengue ou autre
arbovirose (Ne N or
bas)
Typhoïde (Ne bas)
Rickettsiose (Ne haut)

Hépatite A
(GB N or bas)
Schistosomiase
(Eo haut)

Tuberculose
(GB N or bas)
Leishmaniose viscérale
(Hb basse)

Asie

Paludisme (Pl basse)
Dengue ou autre
arbovirose (Ne N or bas)
Typhoïde (Ne bas)
Rickettsiose (Ne haut)
Trichinose (Eo haut)
Leptospirose
(GB haut)

Hépatite A
(GB N or bas)
Schistosomiase
(Eo haut)
Abcès amibien
(Ne haut)

Tuberculose
(GB N or bas)
Filariose Lymphatique
(Eo haut)
Leishmaniose Viscérale
(Hb basse)

GB: Globules blancs, **Ne**: Neutrophiles, **Eo**: Eosinophiles,
Ly: Lymphocytes, **Plt**: Plaquettes, **Hb**: Hémoglobine

Période incubation moy. <14j > 6s
14j-6s

[Sorge F et al. Arch Ped 2016]

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités
2. Pathologies infectieuses
3. Hémoglobinopathies

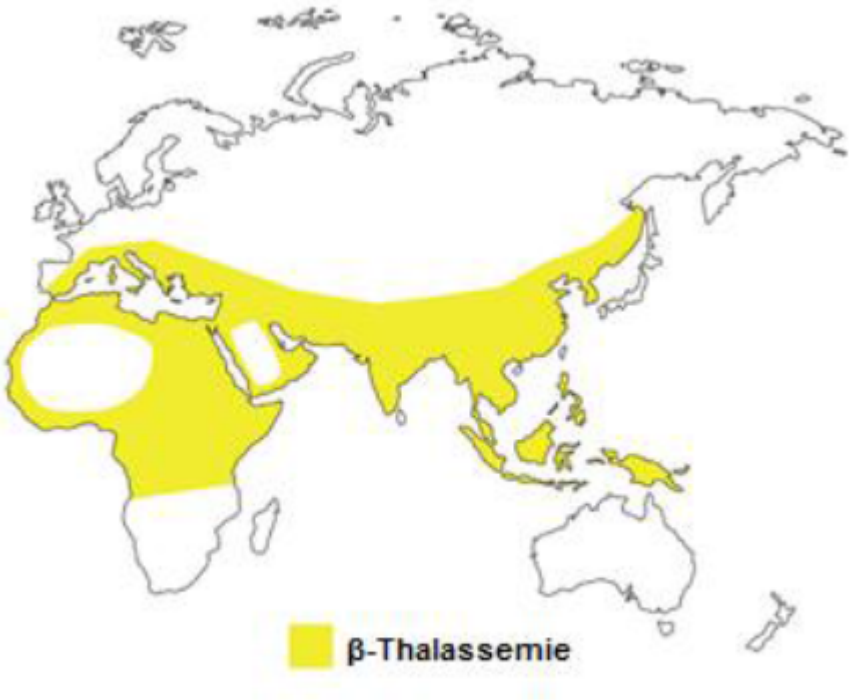
Cas clinique 4

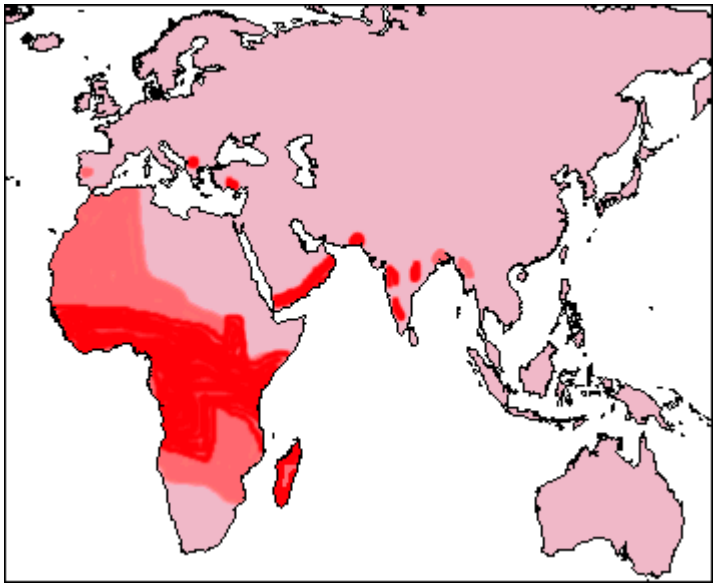
- Famille syrienne de 5 enfants en CADA avec DA, vivant en appartement.
- Fuite de Syrie il y a 2 ans puis réfugiés en Turquie.
- 2 enfants sont adressés par le CADA en consultation à la PASS pédiatrique pour la prise en charge en **urgence** d'une **béta Thalassémie majeur** avec transfusion régulières et hémochromatose secondaire
- Actions :

sociale : Lien téléphonique avec le CADA et ouverture des droits en urgence

médical : Bilan biologique en urgence et lien avec le service d'hématologie pour organiser en urgence une HDJ.

Cartographie des hémoglobinopathies





Drépanocytose

Figure 1 : Les foyers β-Thalassémiques [10]

D. J. Weatherall, «The definition and epidemiology of non-transfusion-dependent thalassemia,» *Blood reviews*, p. 3-6, 2012.

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités
2. Pathologies infectieuses
3. Hémoglobinopathies
4. Enfant avec handicap

- Ilia, âgé de 6 ans, géorgien venant d'ABKHAZIE,
- Parents demandeurs d'asile, arrivé en France depuis 3 jours,
- Premier consultation aux urgences pédiatriques pour une fièvre dans un contexte médico-sociale complexe avec un enfant atteint d'une encéphalopathie avec hypotonie axiale et retard psychomoteur sans prise en charge initial, ni de diagnostic étiologique.
- Pas de document médical, n'a reçu aucun vaccin.
- Contact aux urgences avec la PASS pédiatrique pour la programmation d'une consultation avec interprétariat.

- Consultation avec interprète professionnel de 1h30 :
  - Anamnèse et examen clinique,
  - Première dose de Hexavalent et ROR
- Bilan biologique de « dépistage »,
- Lien avec les médecins MPR pour rééducation fonctionnelle et appareillage,
- Bilan étiologique en HDJ avec IRM cérébrale sous AG : absence de lésions séquellaires anoxo-ischémique ni d'élément dysmorphique.
- Poursuite de la prise en charge pluridisciplinaire : neuropédiatre,
  médecin MPR,
  pédiatrie générale (PASS),
  orthoprothésiste, kinésithérapie…

Dans un contexte social complexe avec une famille déboutée du droit d'asile secondairement.

Enfant migrant avec handicap

- **10% des personnes réfugiées** porteuses d'un handicap [Smith D, 2012]
- **Pas de données** précise en pédiatrie
- Parcours migratoire peut **dégrader** fortement l'handicap préexistant.
- **Double défis** pour ces familles : **l'handicap** et les exigences **administratives**, matérielles, culturelles en lien avec leur **migration**
- **L'aide sociale** est essentielle

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités
2. Pathologies infectieuses
3. Hémoglobinopathies
4. Enfant avec handicap
5. Pathologies neuropsychiatriques

Aurora âgée de 4 ans, originaire d'Albanie, en France depuis 2 jours.
La famille vit dans la rue, dormant dans une voiture prêtée.
Sans couverture sociale.
Antécédent :

Suivie en Albanie depuis 4 mois pour un retard des apprentissages avec signes cliniques du spectre autistique.

Epilepsie ?? avec EEG avec CR en albanais et mise sous DEPAKINE.

Pas de carnet de santé: vaccins? lesquels!…

Premier contact aux urgences pédiatriques 2 jours après leur arrivée en France pour une prise en charge des troubles du spectre autistique.

Dossier médical en albanais avec résultat d'EEG :

23.06.2016

კომპიუტერული ელექტროენცეფალოგრაფია

გაგუნაშვილი თეკლა, 2 წლის

ძილი

დასკვნა: ეეგ ჩანაწერი წარმოდგენილია ფიზიოლოგიური ძილისა და ფოტოსტიმულაციის პირობებში. თავის ტვინის ჩამოუყალიბებელი აქტივობის ფონზე რეგისტრირდება იშვიათი მახვილი ტალღები მარცხნივ, საფეთქლის არედან

ჩანაწერი დინამიკაში (30.01.2016) დადებითია

დ. ჩხარტიშვილი
მედიცინის დოქტორი

À la sortie des urgences :

- Ordonnances PASS et orientation vers pharmacie hospitalière.
- Orientation vers l'équipe de la PASS pédiatrique pour une consultation et prise en charge sociale

Consultation PASS pédiatrique avec interprétariat et documents albanais traduits dans un second temps :

EEG de contrôle
Poursuite de la DEPAKINE
Demande de bilan au CRA
Demande de prise en charge en CMP

- Évolution :
  - EEG normal et avis neurologique avec **arrêt de la DEPAKINE**
  - Multiples contacts depuis 9 mois avec **impossibilités** de mettre en place une prise en charge spécialisée avec un psychologue (liste d'attente pour le CMPEA)…
  - Demande d'asile refusée avec recours auprès de la CNDA et demande de titre de séjour pour enfant malade en cours…
  - Attente de bilan au CRA…
  - Dossier MDPH en cours pour une AVS…

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités
2. Pathologies infectieuses
3. Hémoglobinopathies
4. Enfant avec handicap
5. pathologies neuropsychiatriques
6. Malformations et pathologies génétiques

Cas clinique 7

Enfant de 1 mois arrivé en France la veille avec le papa sans la mère par manque de visa avec son frère de 6 ans et sa sœur de 8 ans sans problème de santé.

Pas de couverture médicale.

Hébergé par la grand-mère paternelle.

Originaire d'Algérie, Migration en France pour raison de santé.

Quel diagnostic?

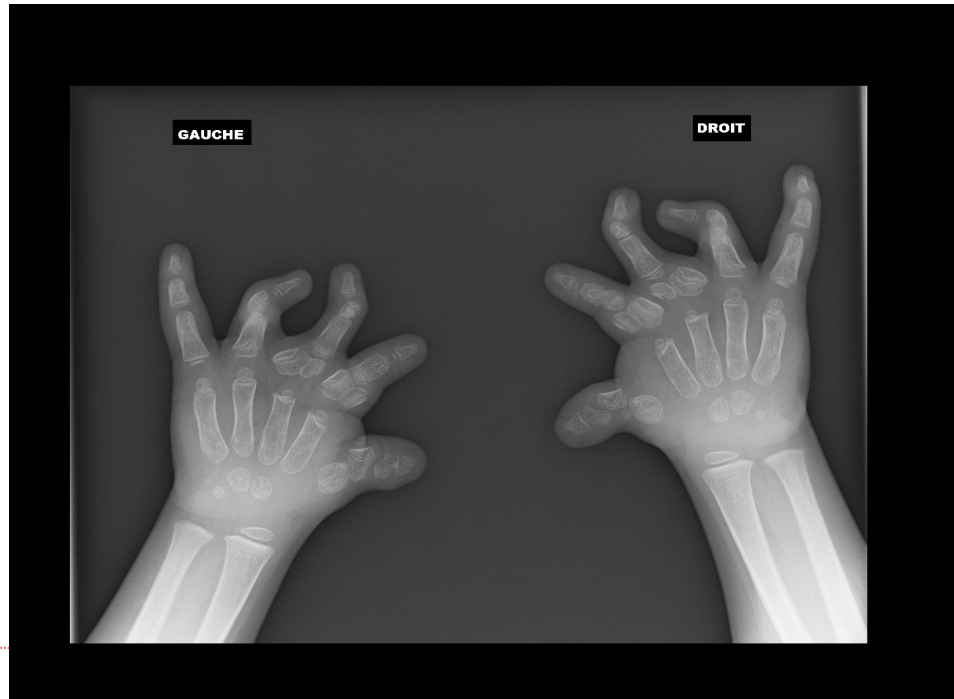
- **Myéloméningocèle thoraco-lombaire** avec défect cutané et **hydrocéphalie** associée
  - Prise en charge aux urgences dès le lendemain de son arrivée + lien avec l'équipe de la PASS pédiatrique + les neurochirurgiens
  - Opéré le 12/07/2017
  - Poursuite des soins dans une situation précaire sans logement.
  - Suivi par le PASS pédiatrique avec coordinations de soins (vaccinations)
  - Demande d'ALD, dossier MDPH
  - Orientation vers le CAMSP,
  - Prise en charge par l'HAD de Bagatelle
  - Rééducation en libérale.
  - Prise en charge sociale avec recherche d'un logement et ouverture des droits en urgence

Cas clinique 8

- Ahmad est originaire de Syrie, né au Liban, la famille de 3 enfants a quitté la Syrie pour migrer au Liban où ils sont restés 4 ans puis migration en France en mai 2018, à Bordeaux.
- Cette famille a obtenu le statut de réfugiés.
- Consultation pour des anomalies des extrémités des pieds et des mains congénitales sans exploration antérieures.
- Pas de document médical

Action :

- Prise en charge sur le plan général
- Première rappel vaccinal
- Bilan biologique de dépistage
- Bilan radiologique
- Prise de contact avec les orthopédistes avec consultation
- Demande de bilan génétique avec rendez-vous août 2019.



I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités
2. Pathologies infectieuses
3. Hémoglobinopathies
4. Enfant avec handicap
5. Pathologies neuropsychiatriques
6. Malformations et pathologies génétiques
7. Pathologies dentaires : caries

Pathologies dentaires : caries+++

- Caries++ du biberons chez près de 50% des enfants migrants de moins de 5 ans, mal connue et prise en charge insuffisante.
- Marqueur fiable d'inégalité sociales : migration et situations de précarité [Baggio.S 2015]
- Dépistages précoce des premières lésions et des situations à haut risque
- Préventions ciblées
- rôle de la PASS dentaire++++

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités
2. Pathologies infectieuses
3. Hémoglobinopathies
4. Enfant avec handicap
5. Pathologies neuropsychiatriques
6. Malformations et pathologies génétiques
7. Pathologies dentaires : caries
8. Nutrition et Troubles alimentaires

Carence martiale, principale cause d'anémie chez l'enfant :

- 1/3 des enfants anémiés VS 8 % des enfants en population générale dont 67% des enfants en insécurité alimentaire (ENFAMS)
- Une prévalence plus élevée dans les populations migrantes et précaires 12,1% versus 3,1% population autochtones [Verga Marie-Elise, Suisse 2014]
- Facteurs prédictifs de carence : bas niveau socio-économique (faible revenus ou chômage), durée de l'immigration.
- L'introduction précoce avant 9 mois de céréales est un facteur protecteur. [Verga Marie-Elise, Suisse 2014]

Carence en Vitamines D avec dosage systématique ou selon la clinique (fatigue, douleurs ostéo-articulaires) et/ou la présence de facteurs de risque (enfants à peau foncée et peu exposés au soleil)

Obésité :

Enfants en surpoids dans 26% des cas VS 16% en population générale (ENFAMS)

Taux d'obésité supérieure à la population autochtone

Souvent observée dès les premiers mois de vie dans le pays d'accueil

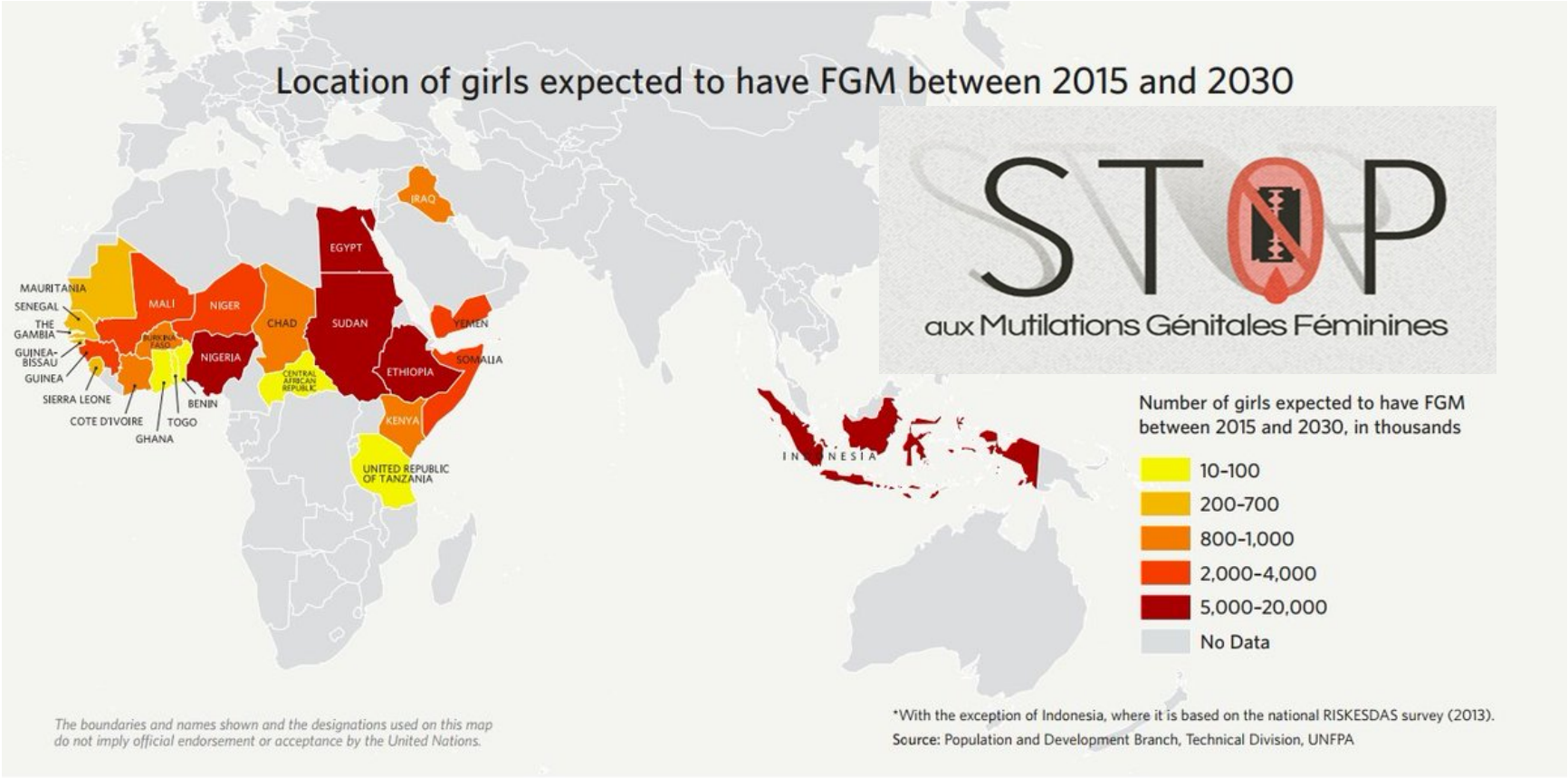
En lien avec une alimentation déséquilibrée et un manque de activité physique.

Intoxication au plombs

I. De qui s'agit il?

II. Etudes des pathologies rencontrées

1. Généralités
2. Pathologies infectieuses
3. Hémoglobinopathies
4. Enfant avec handicap
5. Pathologies neuropsychiatriques
6. Malformations et pathologies génétiques
7. Pathologies dentaires : caries
8. Nutrition et Troubles alimentaires
9. Mutilations génitales



200 millions de jeunes filles et de femmes
30 pays africains, du Moyen Orient et de l'Asie où ces pratiques sont concentrées.
Entre l'enfance et l'âge de 15 ans
Une violation des droits de la femme et de l'enfants

I. De qui s'agit il?
II. Etudes des pathologies rencontrées
III. Par où et par quoi commencer?
    1. Généralités

- Selon l'OMS pas de dépistage systématique des pathologies transmissibles.
- Pas de consensus international ou national
- Identifier des pathologies aux conséquences graves individuelles ou collectives (contagiosité)
- Dépistage orienté par la clinique, le contexte de vie antérieure de l'enfant (pays d'origine), parcours de migration et contexte de vie dans le pays d'hôte.

Exemple : dénutrition avec retard du développement , rechercher une pathologie sous-jacente : HIV, tuberculose, parasitose intestinale/GEA, anémie/hémoglobinopathie ou une pathologie respiratoire.

I. De qui s'agit il?
II. Etudes des pathologies rencontrées
III. Par où et par quoi commencer?
    1. Généralités
    2. Bilan proposé par le COMEDE

Premier rendez-vous avec **interprète pro+++**

Biologique :

- NFS, réticulocytes, iono sanguin avec bilan rénal et hépatique, glycémie,
- sérologies VIH-VHB,VHC,
- BHCG si pubère.
- Electrophorèse Hb selon origine géographique
- Examen parasitologique des selles et urines (selon la clinique)
- Recherche BMR et isolement en attendant résultat Si hospitalisation et atcd d'hospitalisation dans pays tier
- RP +/- quantiferon, BU

Entretien , carnet de santé
Examen clinique
Bilan dans un but de prévention,
de dépistage
de soins d'affections spécifiq

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS
comede

Second rendez-vous :
Remise des résultats et éducation à la santé

I. De qui s'agit il?
II. Etudes des pathologies rencontrées
III. Par où et par quoi commencer?
    1. Généralités
    2. Bilan proposé par le COMEDE
    3. Conclusion

Conclusion

Conditions de vie dans le pays d'origine et la santé initiale

Conditions de parcours de migration

Condition d'arrivée dans le pays d'hôte

Interprétariat pro ++

Pas de pathologie spécifique

Situations complexes et diverses

Médecine « géographique » et transculturelle

Prévalence plus élevée des pathologies infectieuses communautaires et tropicales

Conséquences de la migration sur le plan physique, social et psychique de l'enfant orientant les différentes prises en charges.

- J.WRESINSKI. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987
- Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A, et al. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à GrandeSynthe, novembre 2015 – octobre 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017 ;(19-20):374-81. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/ 2017/19-20/2017_19-20_1.html
- Spectrum of Illness in International Migrants Seen at **GeoSentinel** Clinics in 1997–2009, Part 2: Migrants Resettled Internationally and Evaluated for Specific Health Concerns.Anne E. McCarthy et al.*Clinical Infectious Diseases*, Volume 56, Issue 7, 1 April 2013, Pages 925–933
- Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, *et al*. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017; (19-20):396-405. http://invs.Santepubliquefrance.fr/beh/ 2017/19-20/2017_19-20_4.html
- SJ * Hahné IK Veldhuijzen L Wiessing Infection with hepatitis B and C virus in Europe : A systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. BMC Infect Dis 2013 (13)
- C Rossi I Shrier L Marshall Seroprevalence of chronic hepatitis B virus infection and prior immunity in immigrants and refugees : A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2012 (7)
- Desgrées-du-Loû A, PannetierJ, RavalihasyA, Gosselin A, supervieV, Panjo H, Al, The Parcours study Groups, Sub-Saharan African mograntsliving with HIV acquiredafter migration, France ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. Euro surveill. 2015;20(46)
- D Alvarez-Del Arco, S Monge, A Azcoaga HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: A systematic review. Eur J Public Health 2013 (23)
- http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1203-Annual-TB-Report.pdf WHO, Surveillance report : Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012 Geneva : World Health Organization
- PJ Hotez A Kamath Neglected tropical diseases in sub-saharien Africa: Review of their prevalence, distribution and disease burden. PLoS Negl Trop Dis 2009 (3)
- Ruppé E, Armand-Lefèvre L, Estellat C, Consigny PH, El Mniai A, Boussadia Y, et al. High rate of acquisition but short duration of carriage of multidrug-resistant Enterobacteriaceae after travel to the tropics. Clin Infect Dis 2015; 61 (4): 593-600.
- Guétaz.L al maladies tropicales persistantes chez les migrants, Rev Med Suisse 2014
- Fièvre au retour de voyage chez l'enfant F.Sorge, N.Velayudhan-Deschamps, A. Faye, R.Blondé, J.Naudin, Groupe de pédiatrie tropicale Archives de pédiatrie 23 (2016) 424–431
- Verga Marie-Elise, Iron deficiency in infancy : is an immigrant more at risk? Swiss Medical Weekly Suisse 2014

Enfant cliniquement sain

Première consultation

- Anamnèse, carnet de santé du pays d'origine, couverture vaccinale et examen clinique détaillé.
- Exclure le problème de santé nécessitant des mesures immédiates de traitement, d'isolement ou de protection.
- Synthèse, explication et calendrier des consultations.

Seconde consultation

- IDR
- compléter les vaccinations selon l'âge, les antécédents avec un rappel DTP
- déparasitage ou examens des selles.

J3 lecture de l'IDR

Après 6 semaines :

- Bilan avec NF, réticulocytes, ferritine, sérologie tétanos, hépatite B et autre en fonction de la provenance géographique de l'enfant et des circonstances anamnestiques (HIV, hépatite, hémoglobinopathie, vitamine D)

Après 8 semaines :

- compléter examen du développement, audition, vision
- discuter des résultats sanguins
- vaccinations à compléter selon le dosage de la « réponse vaccinale »

Enfant cliniquement malade

- Rechercher les **pathologies d'importation** graves et fréquentes, selon la provenance géographiques de l'enfant migrant.
- **Exclure une tuberculose pulmonaire** en cas de toux chronique, de mauvaise état général
- **Planifier la suite du bilan** « d'arrivée » selon celui proposé dans le cas d'un enfant sain.

Fièvre ≥ 38°C moins de 3 mois après un voyage international

Signes de choc septique ?

- **Oui** → **Traitement urgent en réanimation** → **Zone d'endémie palustre ?**
- **Non** → **Zone d'endémie palustre ?**

Zone d'endémie palustre ?

- **Oui** → **Paludisme ?**
  Frottis + GE + TDR + NFS
  - **+** → **Traitement du paludisme**
  - **-** → **Répéter 12 h après Frottis + GE + TDR**
  - **▪** → **Répéter 12 h après Frottis + GE + TDR**
- **Non** → **Autre infection " importée" ?**
  selon : région visitée + incubation + bilan :
  NFS, transaminases, CRP, BU, Hc , ± copro ± imagerie: Rx ...
  - **Pas d'infection importée** → **Bilan d'Infection cosmopolite**
  - **Autre infection importée** → **Prise en charge spécifique**

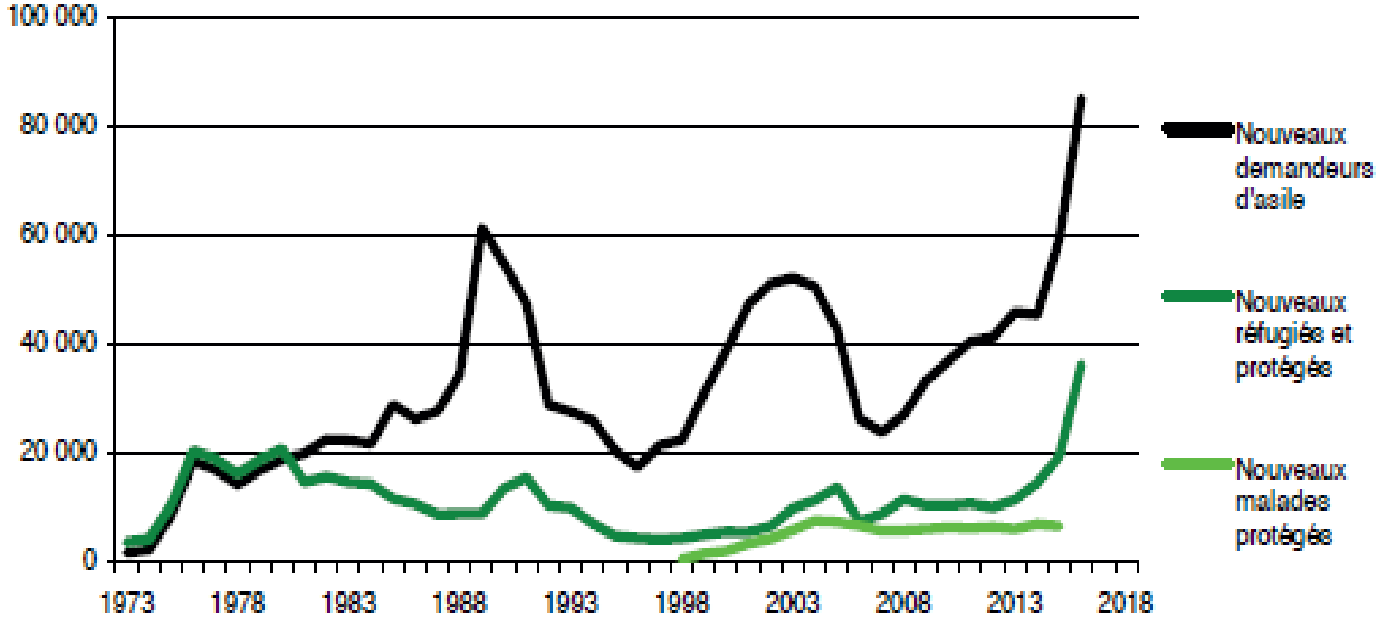
Afrique subsaharienne + Océan indien	Afrique du Nord + Moyen-Orient	Antilles Polynésie	Amérique du Sud + Centrale + Caraïbes	Asie du Sud-Est	Amérique du Nord - Europe Russie - Asie Mineure
Paludisme (P ↓) Arbovirose (Ne N ou ↓) Borreliose (Le↑) Salmonellose (Ne ↓) Shigellose (Le ↑)) Brucellose (Ne ↓) Rickettsiose (Ne ↑) Trichinose (Eo↑) Leptospirose (Le↑) Trypanosomoses (Ly↑)	Salmonellose (Ne ↓) Shigellose (Le ↑)) Borreliose (Le↑) Brucellose (Ne ↓) Rickettsiose (Ne ↑) Trichinose (Eo↑) Leptospirose (Le↑)	Arbovirose (Ne N ou ↓) Rickettsiose (Ne ↑) Leptospirose (Le↑) Schistosomose (Eo↑)	Paludisme (P ↓) Arbovirose (Ne N ou ↓) Salmonellose (Ne ↓) Rickettsiose (Ne ↑) Leptospirose (Le↑) Schistosomose (Eo↑)	Paludisme (P ↓) Arbovirose (Ne N ou ↓) Salmonellose (Ne ↓) Shigellose (Le ↑)) Rickettsiose (Ne ↑) Trichinose (Eo↑) Leptospirose (Le↑)	Viroses: rougeole ... (Ly ↑) Streptococcie, staphylococcie, neisseriae, diphtérie... (Ne ↑) Chlamydiose, mycoplasmose + bactéries atypiques (Ne N ou ↓) Borreliose (Le↑) Brucellose (Ne ↓) Rickettsiose (Ne ↑) Trichinose (Eo↑) Leptospirose (Le↑) Arbovirose (Ne N ou ↓)
Hépatite A, B,C, E (Le N ou ↓) Schistosomose (Eo↑) Amibiase abcès (Ne ↑)	Hépatite A, B,C, E (Le N ou ↓) Amibiase abcès (Ne ↑)		Hépatite A, B,C, E (Le N ou ↓) Schistosomose (Eo↑)	Hépatite A, B,C, E (Le N ou ↓) Schistosomose (Eo↑) Amibiase abcès (Ne ↑)	Hépatite A, B,C, E (Le N ou ↓) Amibiase abcès (Ne ↑)
Tuberculose (Ne N ou ↓) Filarioses lymphatiques (Eo↑) Leishmaniose viscérale (Hb ↓)	Tuberculose (Ne N ou ↓) Leishmaniose viscérale (Hb ↓)		Tuberculose (Ne N ou ↓) Leishmaniose viscérale (Hb ↓)	Tuberculose (Ne N ou ↓) Filarioses lymphatiques (Eo↑) Leishmaniose viscérale (Hb ↓)	Tuberculose (Ne N ou ↓) ...

- Prise en charge de ces enfants handicapés :
  - **Évaluation** avec anamnèse, examen clinique et synthèse diagnostic avec la famille
  - Aborder les notions de **retard de développement**, difficultés d'apprentissage,
  - Aspect **génétique** ou **acquise** de la pathologie
  - Aspect plus **spécifique du handicap** : langage, audition, vision, problème orthopédique
  - Proposer un **carnet de santé** spécifique aux enfants porteurs de pathologie chronique et d'handicap
  - Soutien **psychologique**, accompagnement familial
  - Soutien **social et financier**

Evolution du droit d'asile et du droit au séjour pour raison médicale en France

Sources : Ofpra 2016, Ministère de l'Intérieur 2017

NB : aucune donnée disponible concernant le nombre de nouveaux demandeurs de carte de séjour pour raison médicale



Rapport 2017 du Comede, Observation Accès aux droits

- **100 412** demandes d'asile en 2017, **+17%**
- Les cinq premiers pays : l'Albanie, l'Afghanistan, Haïti, le Soudan et la Guinée = **30%** des demandes
- **43 000 personnes** ont obtenu le statut de réfugié

« Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les PASS en France en 2016 »

848 immigrés ayant consulté dans 30 PASS

Tapié de Céleyran F, *et al 2016*

Motifs de consultation déclarés et/ou diagnostics, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), France, 2016

	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%)
Maladies infectieuses	185 (13,0%)	Hépatite B chronique : 26 (3,2%) Hépatite C chronique : 11 (1,4%) VIH : 7 (0,8%) Examen de dépistage d'IST : 37 (4,6%)
Pathologies musculo-squelettiques	171 (12,0%)	Douleurs articulaires : 101 (12,6%) Arthrose : 18 (2,2%)
Autres symptômes et pathologies	103 (7,2%)	Anomalie des examens sanguins : 9 (1,1%)
Pathologies psychiatriques	99 (7,0%)	Dépression et/ou anxiété : 46 (5,7%)
Pathologies néphrologiques et urologiques	83 (5,8%)	Hypertrophie prostatique : 16 (2,0%)
Pathologies endocriniennes	78 (5,5%)	Diabète (tous types confondus) : 48 (6,0%) Obésité : 10 (1,2%) Dyslipidémie : 3 (0,4%)
Pathologies vasculaires	76 (5,3%)	Hypertension essentielle : 58 (7,2%) Phlébite : 1 (0,1%)
Pathologies neurologiques	69 (4,9%)	Épilepsie : 8 (1%)
Pathologies pulmonaires	65 (4,6%)	Asthme : 1 (0,1%) Maladie chronique pulmonaire : 1 (0,1%)
Pathologies dermatologiques	61 (4,3%)	
Traumatologie	54 (3,8%)	Traumatologie et plaies*** : 57 (7,1%)
Grossesse	53 (3,7%)	Examen et test de grossesse : 10 (1,2%) Interruption volontaire de grossesse : 3 (0,4%)
Pathologies cardiaques	34 (2,4%)	Douleur thoracique : 29 (3,6%) Coronaropathie : 8 (1%) Anomalie du rythme cardiaque : 6 (0,7%)
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%)
Autres		Renouvellement d'ordonnance : 67 (8,3%) Vaccination antigrippale : 4 (0,5%) Autre vaccination : 1 (0,1%)