

# Bilan de santé des enfants migrants primo-arrivants



**Frédéric Sorge**

Consultations adoption, enfant migrant

Pédiatrie des voyages

Service de Pédiatrie

Hôpital Necker  
Paris 75015

Hôpital R. Debré  
75019



[freedso@gmail.com](mailto:freedso@gmail.com)



24/11/2018

Journée médicale ISBA Lyon

# Plan

- 1. Définitions + démographie + vulnérabilités des enfants migrants
- 2. Contexte de la consultation des enfants migrants (cas cliniques)
- 3. Bilan médical pour un enfant migrant primo-arrivant
- 4. Epidémiologie des enfants migrants mineurs isolés en France
- 5. Evaluation et rattrapage des vaccins
- 6. Prise en charge médico-sociale



# 1.1 Différents types d'enfants migrants

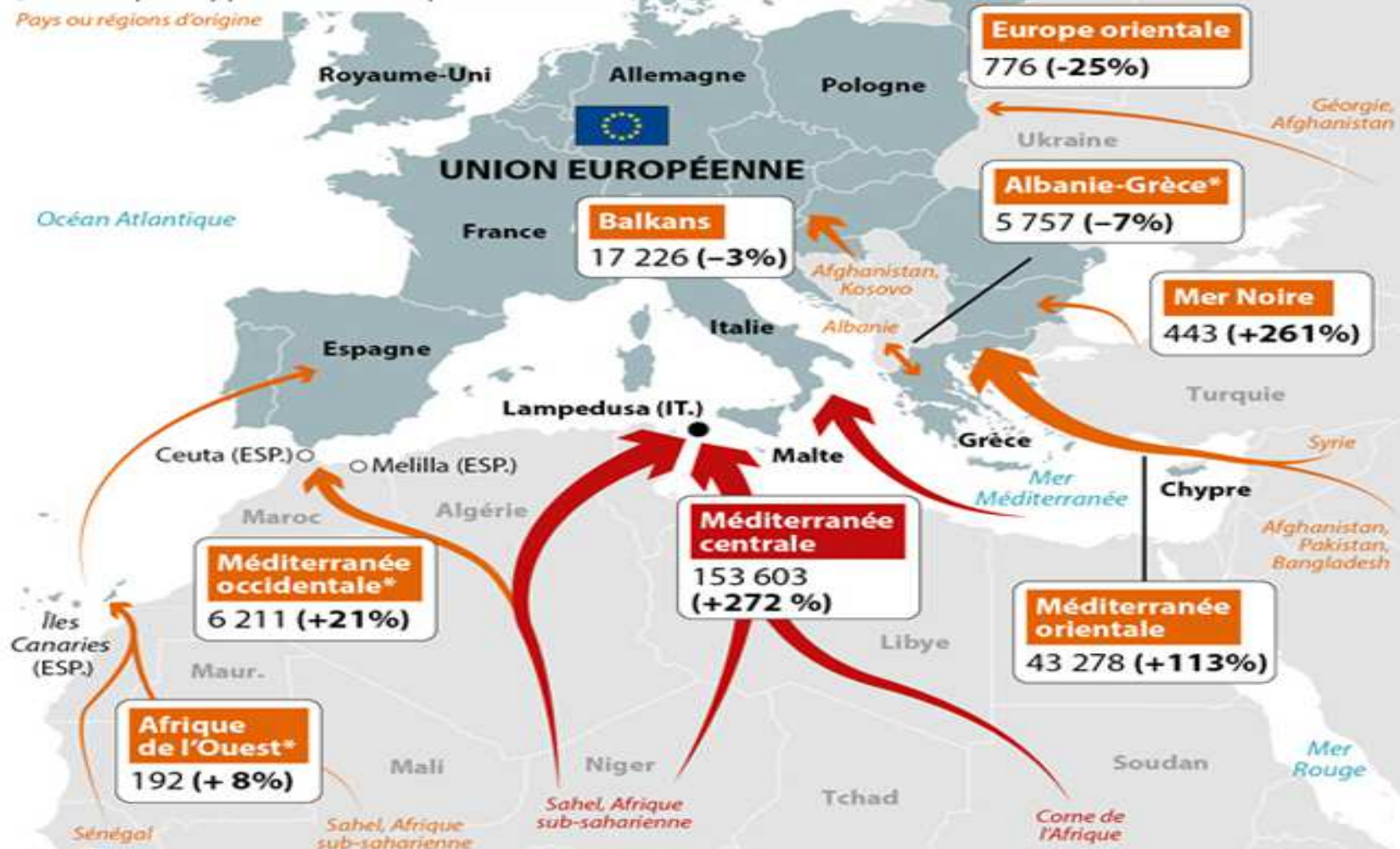
- **Enfant migrant:** enfant dont le lieu de vie se déplace ou s'est déplacé dans une autre région du pays ou du monde
  - Les migrants nés hors de France sont des **immigrants**, quelle que soit leur nationalité.
  - Acteur passif ou actif d'une migration
- → les **nomades** {touaregs, mongols, roms ...}
- → les **immigrés socio-économiques** provenant de pays ± développés
- → les **exilés politiques**  
(↔ contrainte  $\Psi + \Phi$  ; demandeur d'asile → réfugié ...)
- → les déplacés post-catastrophe (à l'intérieur d'un pays)
- → les enfants adoptés dans un pays étranger ( population sentinelle )

# 1.2 Flux migratoires

## L'immigration clandestine vers l'Europe

229 073 passages clandestins enregistrés entre janvier et octobre 2014 (+144% par rapport à la même période en 2013)

Pays ou régions d'origine



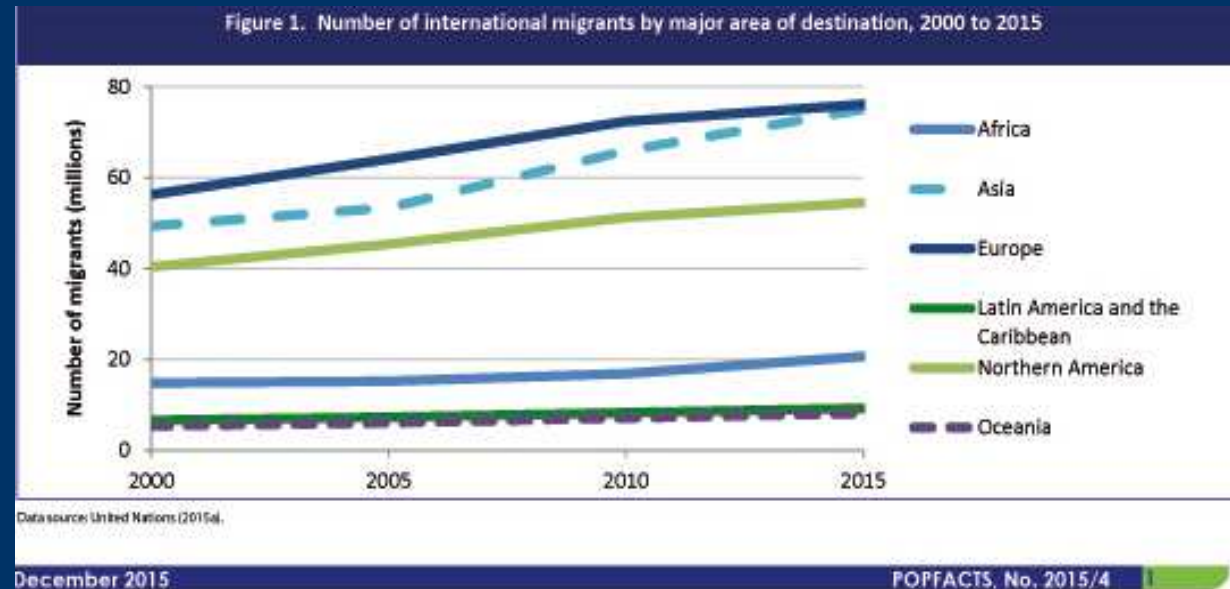
Source : Frontex \*jusqu'en septembre

250 km



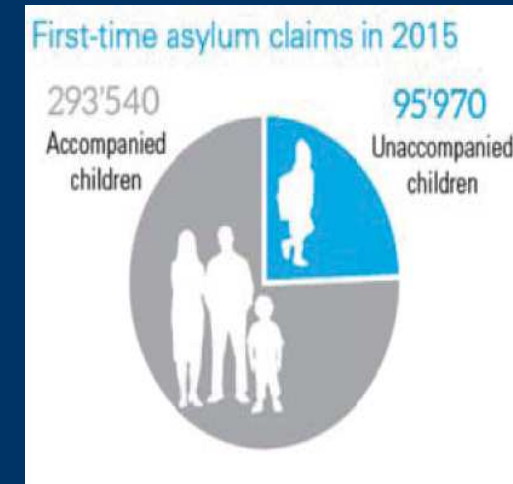
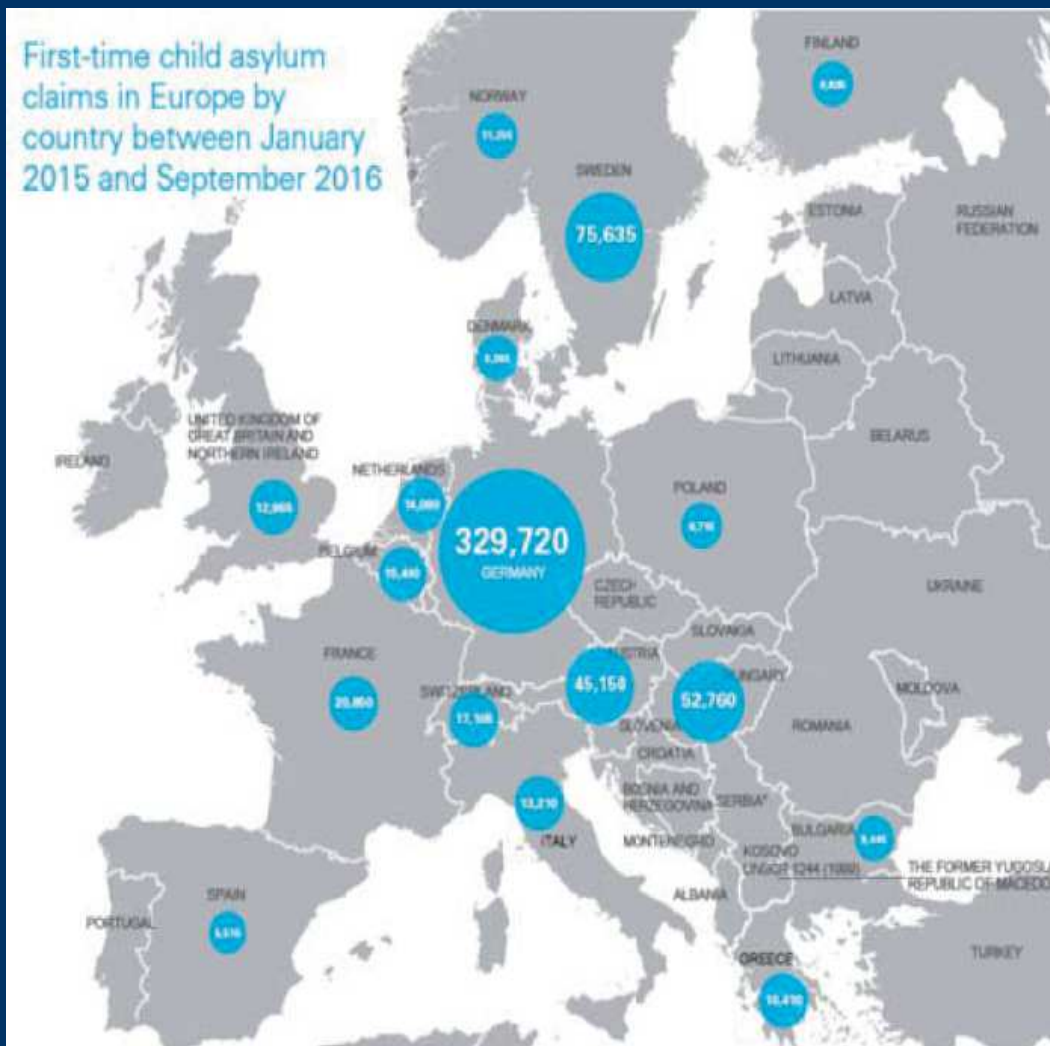
## 1.3 Combien d'enfants migrants ?

- Tendances  
- croissance



- Estimations
  - Réfugiés et demandeurs d'asile: 240 000 [en séjour précaire], (*Insee* 2013)
  - Mineurs isolés, enfant de réfugiés ou protégées contre les MSF: 26 000 (*Ofpra*)
- ≈ 300- 500 000 étrangers en séjour irrégulier (min Int. 2012 )
- 9 000 enfants vivent en bidonvilles en France : Roms +++ ( unicef 2015)

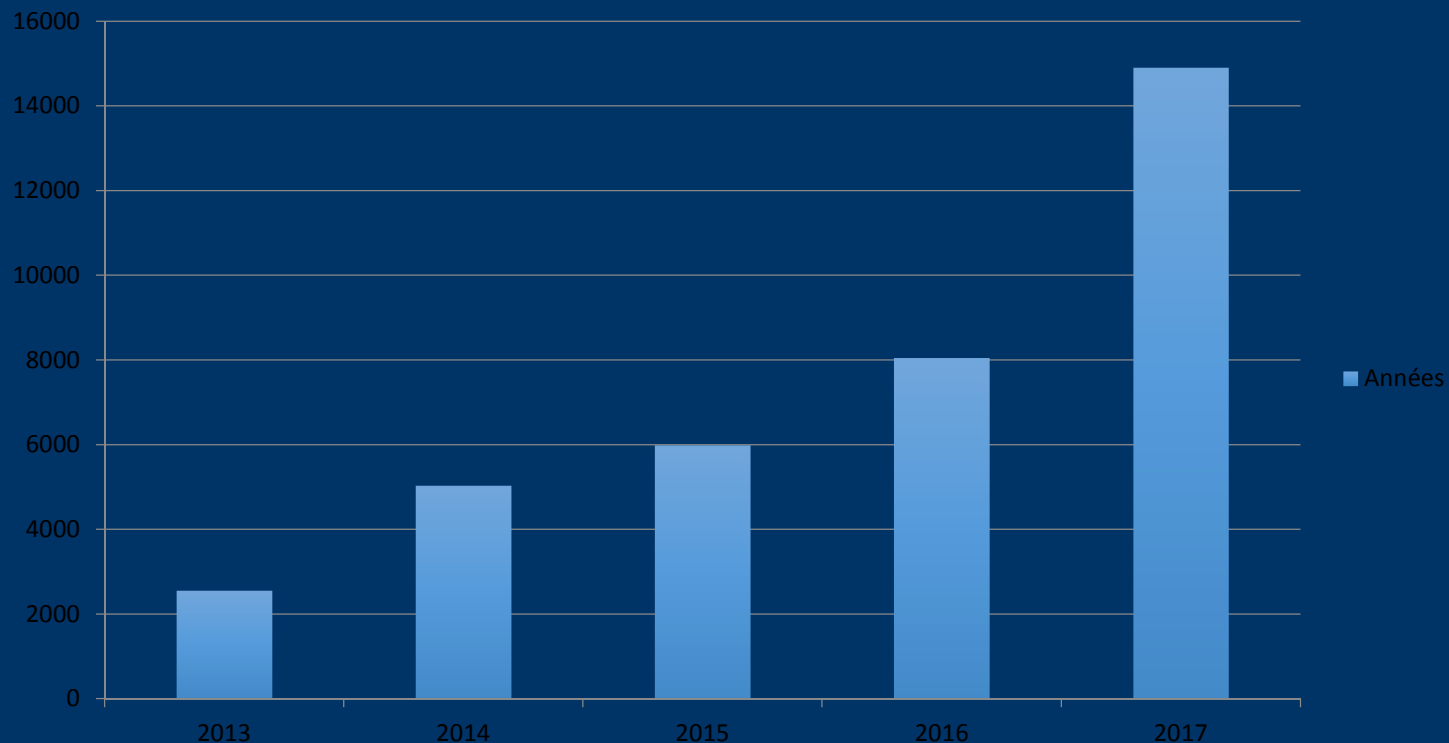
# Enfants demandeurs d'asiles en 2015



# Mineurs isolés

- 14 908 personnes mineures non accompagnées (MNA) déclarées en 2017 en France

Nombre de MNA/ ans



85% d'augmentation en 2017

[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/RAA-MMNA-2017.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2017.pdf)



# Vulnérabilité des migrants aux infections

- Vulnérabilité aux infections, augmenté par le niveau de circulation des maladies ds les pays d'origine, les parcours migratoire et les situations de précarité.
- Un risque épidémique démontré pour certaines maladies infectieuses prévenues par vaccin ( ex: Calais, Paris: rougeole, grippe, varicelle ...)
- Une couverture vaccinale ( CV) variable dans les pays d'origine
- CV souvent incomplète des migrants versus recommandations vaccinales françaises
- Des pratiques diverses de rattrapage vaccinal (Europe + France)
- Une attente des praticiens de terrain de données, de recommandations et de moyens ...





## 2 Motif de la consultation des enfants migrants

- Urgences
- Orientation: ASE, PMI, ONG ...
- " bouche à oreille "

## 2 Accès au soin des enfants migrants

- Droits des enfants et protection maladie:  
théoriquement toujours acquise\*
  - AME  
Absence de domiciliation (refus des C.C.A.S., expulsions):  
88 % des enfants vivants en bidonville sans AME (MDM)
  - CMU ( Tout enfant mineur a droit à une CMUc )
  - O → dispositif soins urgents ( Pass )  
→ associations, ONG :  
Comède, MDM, secours populaire, Samu social...

\* guide Comede 2015 p 289 + 297



### 3 Quelles sont les priorités sanitaires à évaluer pour un enfant migrant ?

# pays d'origine + des régions de "passage" avant l'arrivée en consultation

→ cartographie des risques sanitaires

Prérequis: connaissances en épidémiologie et en santé publique internationale



# Problèmes sanitaires prioritaires

CMAJ • SEPTEMBER 6, 2011 • 183(12) E 928-32

*Orde alphabétique*

- 1. Anémie + carence en fer \*
- 2. Anxiété \*
- 3. Audition (dépistage de troubles ...)
- 4. Caries dentaires, periodontopathie \*
- 5. Dépression \*
- 6. Grossesse (dépistage)
- 7. Hépatite B \*
- 8. Hépatite C
- 9. Dépistage post néonatal de maladies métaboliques et hématologiques génétiquement déterminés
- 10. Maltraitance et violence \*
- 11. Paludisme
- 12. Parasites Intestinaux \*
- 13. Saturnisme \*\*
- 14. Syndrome de stress post-traumatique \*
- 15. Syphilis
- 16. Tuberculose \*
- 17. Varicelle (chicken pox)
- 18. Vaccination: ROR, DTPC Hib ...
- 19. Vision (dépistage de troubles ...)
- 20. VIH \*
- ..... Dépistage d'infection(s) parasitaire(s) latente(s) et d'évolution grave spécifique d'une région:
  - schistosomoses, anguillulose, trypanosomiase, leishmaniose ... \*\*

\* Conditions identifiées par consensus de première intention. (The rest were selected in the second round.)

\*\* non prioritaire pour ces experts



### 3 Quel bilan de dépistage médical pour les enfants migrants primo-arrivants ?

- Absence de consensus international ou national
- Absence de recommandations basées sur des preuves
- Bilan de santé différent d'un enfant voyageur ?
- Quelles sont les priorités sanitaires devant un enfant primo arrivant qui permettraient de définir des recommandations pragmatiques ?
- Quelle approche préventive ?
- Quelle approche curative ?
- Place d'une stratégie cout/ bénéfice ?



# Rationnel du dépistage médical primo-arrivant

- Identifier des pathologies aux conséquences graves individuelles et / ou collectives (contagiosité)
- Disposer d'un traitement curatif et / ou de pouvoir isoler le malade contagieux
- Disposer d'un moyen de dépistage et d'un moyen de diagnostic facilement accessibles (cout, interprétation)
- Technique(s) de dépistage et de Dg acceptable(s) par la population
- Maladie(s) décelable(s) en phase de latence ou phase clinique initiale
- Connaitre l'histoire naturelle de(s) la maladie(s)
- Préétablir les critères de choix des personnes à traiter
- Coût de la recherche de cas non disproportionné / au coût du traitement
- Assurer le bilan médical des migrant primo-arrivant dans la continuité

# Dépistage médical des enfants "migrants" primo-arrivants

EXAMEN	systematique	# orientation	Commentaire
Clinique	Complet		OGE ( MSF)
Psychologique	+		ethnopsy +++
IDR tuberculin. Interféron $\gamma$	+	+	si IDR + / $\Sigma$ ic
Rx Thorax	$\pm$	+	si IDR +, S+ Pul
Bandelette Ur.	+		GB, GR, Prot, Gly
ECBU		+	si BU: GB +
Glycémie		+	si BU: Gly +
Créat, urée, prot.	Sg	+	si BU: Prot +
NFS	+		
Ferritinémie	+		

# Dépistage médical des enfants "migrants" primo-arrivants

EXAMEN	systematic	# orientation	Commentaire
Dépistage Sg: FKP, HPS hypoT, PCU Hbpath.	+	âge NN γ	Test guthrie, Sinon: TSH,T3,T4 Électroph. Hb
Sérologies: Ag Hbs, Ac Hbs,Hbc	+		
HVC	+		
HVA	±		contagiosité
HIV	+		
Syphilis	+		
Chlamydia, Gonococ		+	si abus ou rapport Sexuel NP, VIH+
Schistosome		+	si BU: GR+ /expo +
Anguillule / Filariose		+	si exposition # géo



## Dépistage médical des enfants "migrants" primo-arrivants

EXAMEN	systematic	# orientation	Commentaire
Ac antitétanique	+		Indicateur DPCT
Plombémie	+		
Frottis+ GE+ICT		+	si exposition # géo
$\beta$ HCG		+	si S+ / risque $\Delta$
Parasito, Bact selles	+		3 examens !
Rx poignet G ( Âge osseux)		$\pm$	DN incertaine, limites médico- judiciaires
Examen(s) complémentaire(s)		+	# résultats précédents



## Alternative à l'examen parasitologique intestinal des enfants migrants = traitement présomptif

Refugiés	Vers transmis. par le sol	Anguillules	Schistosomoses
TT: ----- → Origine géographique	Albendazole	Ivermectine  Hte D albendazole	Praziquantel
Asie, moyen-orient, Afrique nord, Amérique latine, Caraïbes	> dose unique ! > 2 ans: 400 mg 1-2 ans : 200 mg	200 γ / kg D ! / j x 2 CI:	--
Afrique subsaharienne	< 1 an : 0	1. Pds ≤ 15 kg 2. infect. Loa-loa	> 4 ans: 40 mg/kg

Intestinal parasites guidelines for domestic medical exam for newly arrived refugees  
DGMQ CDC 2013



# Prévalence des pathologies des mineurs isolés. France

Source	Bondy-Paris	K Bicêtre	Anjou	Gironde
années	2017 - 2018	2008 - 2014	2014 - 2015	2011 - 2013
N	118	545	117	143
Psychotrauma	26%	6,8 %	-	-
Hépatite B ch. / Aigue	10 % 3 %	6,4 %	8,5 %	5,6 %
Hépatite C	0	0,4 %	0	0
HIV	0	0,4 %	0	0,7 %
ITL	22 %	-	15,4 %	38,3 %
TB	2,5 %	0,6 %	0,9 %	0,4 %
Syphilis	0	-	1,7 %	0,7 %
Parasit. int. p.	10 % *	-	21,4 %	16,6 %
Bilharziose	10 %	1,8 %	22,2 %	4,7 %
Caries	68 %		29,4 %	29,8 %
Carence Fer	38%		25,9 %	18,3 %

## 4 Prévalence des infections des enfants / adultes migrants dans le monde

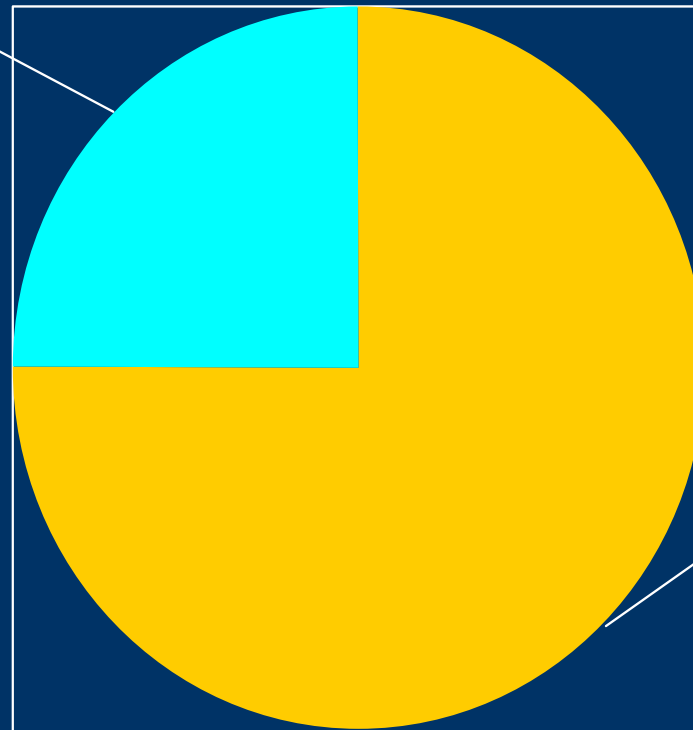
**Table 1. Ten Most Frequent Infectious Disease Diagnoses in Referred Migrants, Children and Adults**

Diagnosis	Frequency	Percentage
<b>Children (age ≤18 y; n = 854)</b>		
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
<b>Adults (age ≥19 y; n = 6751)</b>		
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



## 5. Statut vaccinal enfants adoptés Cs n° 1 < 3 mois / arrivée ( n : 474 )

Complet  
25 %



Incomplet  
75 %

# 5 Rattrapage vaccinal

- # statut immunologique vaccinal
- # Calendrier vaccinal pays d'origine

→ ecdc <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>

→ OMS

[http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/schedules](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules)

- # État de santé ( VIH, grossesse...)
- Nécessite du temps et des moyens
- Rattrapage vaccinal des migrants → Reco en cours de rédaction (HAS)

# Questions ?

- Quelle est la valeur du statut vaccinal déclaratif et aux ATCD de maladies infectieuses ( rougeole, varicelle, hépatite ...)
- Existe-t-il un risque d'hyperimmunisation en cas de survaccination ? Est-il grêvé d'un risque de complication grave ?
- Place des sérologies pré et post vaccinales ?
- Combien de vaccins peut-on injecté le même jour ?
- Vaccinations à prioriser ? Polio, ROR, DTPCa, varicelle ....?
- Par qui ? Quelle temporalité ( couverture maladie ... ) ?
- Quelle traçabilité de l'information ? ( carnet de vaccination é ?)

# Evaluation sérologie pré / post vaccination DTPCa/ca enfant + adultes Réseau Louis Guilloux (2014-2016)

	Titre IgG antitétanique UI / ml		
	< 0,5	0,5 - 1	> 1
Vaccin + Ac T à M1 N = 492	13,5 %	6 %	80,5 %
Ac T sans vaccin préalable N = 413	29 %	14 %	57 %



# Règles de base de tout rattrapage vaccinal: reco. internationales

- Rattrapage le + tôt possible
- **Chaque dose de vaccin donnée compte**, ne tenir compte que des "preuves" vaccinales
- **Priorité: infections invasives avant 2 ans: coqueluche < 3 mois, rougeole.**  
(infovac)
- Compléter rapidement et profiter de toutes les occasions de vacciner, même si infection banale (infovac, Comède)
- Tous les vaccins peuvent être donnés le même jour, dans des sites ≠ (> 2 cm) ou avec n'importe quel intervalle (sauf 2 vaccins vivants viraux: avec > 24 h d'intervalle)
- **Les intervalles minimums** de temps entre deux vaccins en primo-vaccination doivent être de 1 à 2 mois (minimum validé : 3 sem)
- Pour être considérée comme dose de **rappel**, une dose doit être faite au moins **5 à 6 mois** après la dernière dose de primo-vaccination (minimum toléré validé : 4 mois)
- **Respecter la tolérance de l'enfant** et des parents ( dates, N de doses / séance), mais assurer la protection de l'enfant avant tout, en commençant par les vaccins prioritaires (infovac, ECDC, CDC, ASID)

# Rattrapage vaccinal: divergences des reco. internationales

- Utilisation des sérologies pré et post vaccinales
  - dépistage HVB, largement recommandé ( sauf ECDC)
  - sérologie rubéole femme en âge de procréer
  - sérologie varicelle femme en âge de procréer et ado sans ATCD (STIKO, ECDC, ASID) ou pour tous les migrants (KSID, CNACI)
  - sérologie tétanos le + svt non reco (sauf infovac, CDC)  
ou en cas de réaction après un premier rappel (ACIP, STIKO)
  - sérologie hépatite A le + svt non reco (sauf ATAGI et CNACI)
  - sérologies post vaccinales le + svt non reco (sauf infovac, CDC)
- Indication de certains vaccins: Varicelle, VHA, BCG, méningo ACYW
- Âge à partir duquel utiliser les valences faible coq.a et diphtérie
- ROR, sérologie VIH préalable, et 1 ou 2 doses chez adulte

# Vaccinations du calendrier français

Age	BCG	DTP	C	Hib	HVB	Pnm	ROR	MnC	PapV
NN	± BCG				± HVB				
1 Mois	BCG								
2 mois	± BCG	DTP	Ca	Hib	HVB	Pnm			
4 mois		DTP	Ca	Hib	HVB	Pnm			
5 mois								MnC	
11 mois		DTP	Ca	Hib	HVB	Pnm			
12 mois					R A T T R A P A G E		ROR 1	MnC	
16-18 mois							ROR 2	R A T T R A P A G E	
6 ans		DTP	Ca						
11-13 ans			DTP	Ca					PapV

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier\\_vaccinations\\_2017.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf)

# Rattrapage des vaccins chez le non vacciné

Cf Calendrier vaccinal 2018

Ag	Doses	Primo vaccination	Rappel 1	Rappel 2
<b>1 – 5 ans</b>				
DTPCa	3	m 0: DTPCa Hib HVB	m 8-12 : DTPCa HVB	à 6 ans ou > 2 ans de R1: DTPCa
Hib	1	m 2: DTPCa HVB		
HvB	3			
Pnm13	2	à 2 m. d'interval. si < 2 ans		
ROR	2	à > 1 m. d'intervalle		
Méningo C	1			
<b>6 – 10 ans</b>				
DTPCa	3	m 0: DTPCa HVB	m 8-12: DTPCa HVB	à 11-13 ans ou > 2 ans de R1: DTP
HVB	3	m 2: DTPCa HVB		
ROR	2	à > 1 m. d'intervalle		
Méningo C	1			
<b>≥ 11 ans</b>				
DTPCa	3	m 0 + m 2 : DTPCa	m 8-12: DTPCaHVB	dTP à 25 ans puis / 20 ans
HVB, PapV	2	m 0 + m 6: HVB, PapV		
ROR	2	à > 1 m. d'intervalle		
Méningo C	1			

# Vaccin d'administration + précoce

- **BCG** : dès la naissance (> 1 mois en France)
- **Hépatite B** : dès la naissance  
(3 doses : 2 + 1), contrôler Ac  
- Faire 4 doses (3 + 1) si mère Ag HBS+  
et AG < 32 SA ou PN < 2 kg
- **Rougeole** : 6 mois (ROR)  
2<sup>ème</sup> dose à 12-18 mois



# Compléter les vaccinations manquantes

- Hib : une dose suffit entre 12 mois et 5 ans d'âge
- Prévenar<sup>®</sup> : 2 doses à  $\geq 2$  mois d'intervalle [12 - 23 mois]
- ROR: 2 doses de vaccin à  $\geq 1$  mois d'intervalle
- Méningo C conjugué : 1 dose entre 5 mois et 24 ans  
(Neisvac<sup>®</sup> ou Menjugate<sup>®</sup> ...)
- Hépatite B: 10-15 ans : 2 doses HBVax Pro10 <sup>®</sup> ou  
Engérix B 20 <sup>®</sup> à M0 et  $\geq$  M6

## 6 Les mineurs isolés cumulent les facteurs de vulnérabilité dès la 1<sup>ère</sup> cs

- 2/3 des enfants sans protection maladie
- 1/8 n'a pas mangé à sa faim pdt les 3 jours précédant la consultation
- 1/4 n'a pas de proche avec qui partager ses émotions
- 1/10 n'a pas d'accompagnateur pour ses démarches



# Points importants

- Les enfants migrants représentent peu de risque sanitaire pour la population autochtone
  - risque de stigmatisation !
  - les infections fréquentes :
    - VHB: aborder la sexualité et la vaccination
    - Parasitoses intestinales,
    - tuberculose,
    - schistosomoses + rare: palu ...
- Considérer les pathologie non contagieuses fréquentes:
  - Psychotraumatismes ( dépression masquée...)
    - à dépister et aborder de potentielles violences subies
  - Parcours & vie en France
  - à ne pas sous estimer chez les mineurs accompagnés
    - malnutrition
    - anémie





# Prise en charge sanitaire et sociale des enfants migrants

- L'attention et les services sanitaires à offrir sont difficilement systematisables, outre un bilan clinique et biologique minimal à préciser par des études bénéfice / cout ...
- **individualiser l'écoute** ( interprète pro ++ ),  
**les dépistages**  
**et les prises en charges**  
**# des caractéristiques de chaque enfant et de son parcours migratoire.**
- Assurer un lien de continuité avec PEC psycho-éducative + sociale (compte-rendu , carnet de santé et de vaccinations ( numérisé ? ) ....)



Merci de votre attention et de vos questions



[freedso@gmail.com](mailto:freedso@gmail.com)



# Bibliographie

- Rapport Comède 2017 Comité pour la santé des exilés [www.comede.org](http://www.comede.org)
- Santé et recours aux soins des migrants en France BEH 2012. N° 2-3-4
- Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C et al. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. BEH 2017 ; 19\_20 : 389-95  
[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017\\_19-20\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html)
- Monpierre O et al. Etat de santé Mineurs isolés étrangers en Gironde 2011-13 B.P.Exo. 2016.109\_99-106
- Péaud C. Etat de santé Mineurs non accompagnés PEC Angers. 2014-15. ( sous presse)
- Monge-Maillo B et al. Imported infectious diseases in mobile populations, Spain. Emerg. Inf. Dis. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). 2009;15:1745-52
- Barnett E et al. Spectrum of illness in international migrants seen at geosentinel clinics in 1997-2009 : part1 CID 2013: 56:913-924
- Mc Carthy A et al. Spectrum of illness in international migrants seen at geosentinel clinics in 1997-2009 : part1 CID 2013: 56:925-933
- Karki T. Screening for infectious diseases among migrants in EU-EEA countries-varying practices but consensus on the utility of screening. Int J Envir Res Pub Health 2014\_11\_11004-1
- Infectious-diseases-of-specific-relevance-to-newly-arrived-migrants-in-EU-EEA\_ecdc ter 2015
- ISSOP Position Statement on Migrant Child Health 2017-01-30.doc [www.issop.org](http://www.issop.org)
- de la fuente I. et al. Tetanos immunity as a surrogate for past DTP immunization in Migrant children. Ped inf Dis 2013; 32; 3:274-7

