



Le patient migrant : quelques aspects de la prise en charge

Introduction

Intervenant



Dr Jean-François ANDRE

Médecine générale

Médecin conseil référent

Coordination médicale des centres des demandeurs
d'asile Croix-rouge

Migrant:

Selon les Nations Unies, ce terme désigne « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer »

**A ne pas confondre avec réfugiés, personnes déplacées
ou demandeurs d'asile**

La migration , en chiffres



Migrants internationaux^a

281 millions

de migrants internationaux dans le monde en 2020, soit 3,6 % de la population mondiale

Femmes ^a	135 millions	de migrants internationaux de sexe féminin dans le monde en 2020, soit 3,5 % de la population féminine mondiale
Hommes ^a	146 millions	de migrants internationaux de sexe masculin dans le monde en 2020, soit 3,7 % de la population masculine mondiale
Enfants ^a	28 millions	de migrants internationaux mineurs dans le monde en 2020, soit 1,4 % de la population mondiale d'enfants
Travailleurs migrants ^b	169 millions	de travailleurs migrants dans le monde en 2019
Migrants portés disparus ^c	Environ 8 500	personnes décédées ou portées disparues dans le monde en 2023



Personnes déplacées^{e,f}

117 millions

de personnes étaient en situation de déplacement dans le monde à la fin de 2022 (réfugiés, demandeurs d'asile, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et autres)

Réfugiés ^e	35,3 millions	de réfugiés dans le monde en 2022
Demandeurs d'asile ^e	5,4 millions	de demandeurs d'asile dans le monde en 2022
Autres personnes ayant besoin d'une protection internationale ^e	5,2 millions	d'autres personnes déplacées dans le monde en 2022, pour la plupart des Vénézuéliens (hors réfugiés et demandeurs d'asile)
Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays ^f	71,2 millions	de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays en 2022 : 62,5 millions en raison de conflits et de violences ; 8,7 millions en raison de catastrophes

Quelques
courtes
histoires...

Diallo

Mona

Marina



Bilan de santé chez l'enfant primo-arrivant

Intervenant



Dr LEFEVRE Annabelle

Pédiatrie- Maladies infectieuses

Citadelle

*Clinique du voyage (formation IMT Anvers)
Salle d'hospitalisation et Consultations pédiatriques*





Enjeux de la prise en charge médicale

➤ Santé publique

- Dépistage et prévention des maladies contagieuses (TB, rougeole, diphtérie...)
- Prise en charge précoce des pathologies afin d'éviter les complications de santé
- Prévention des pathologies en lien avec la précarité
- Insertion dans les programmes de santé nationaux existants

➤ Santé individuelle

- Accès aux soins de santé de qualité selon des recommandations basées sur la littérature scientifique
- Approche ciblée en lien avec le pays d'origine et le parcours migratoire

Qui sont ces enfants?

Muhammad, 4 mois

- En Belgique depuis 1 mois
- Né en Italie, parents originaires d'Afghanistan
- Envoyé par le centre Fédasil pour syphilis maternelle

Olga, 4 ans

- En Belgique depuis 4 mois
- Vient d'Ukraine
- Infection VIH
- Envoyé par le MT pour une suite de prise en charge

Binta, 12 ans

- Arrivée en Belgique depuis 6 mois
- née de Guinée
- aucune plainte
- Vient en consultation de pédiatrie générale

Mamadi ,15ans

- En Belgique depuis 1 mois
- Originaire de Mauritanie
- Envoyé par le médecin traitant pour hématurie macroscopique

Sira, 5 ans

- Arrivée en Belgique depuis 3 mois
- Originaire de Sierra Leone
- Pas de plainte
- Envoyée par le PMS pour mise à jour des vaccins

El hadj, 7 ans

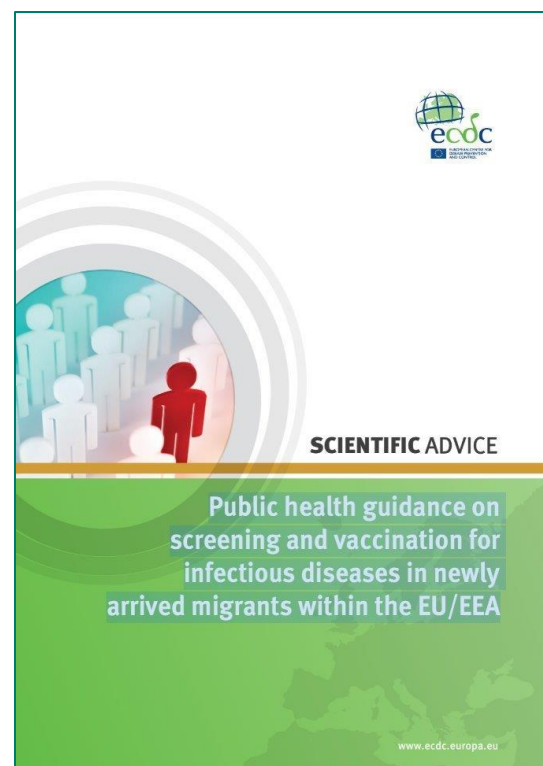
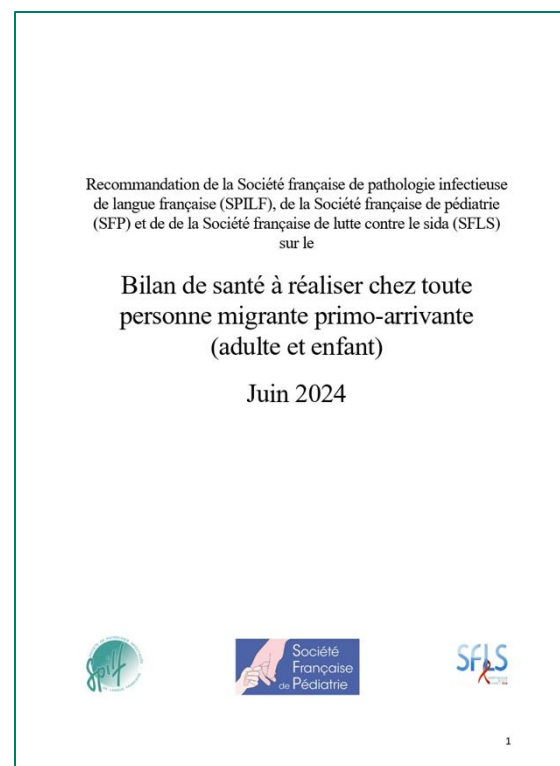
- Arrivé en Belgique depuis 2 ans
- Originaire de Somalie
- Envoyé par le Fares pour un dépistage de tuberculose autour d'un cas

Problèmes de santé les plus fréquents chez l'enfant

Infectieux	Nutritionnel	Santé mentale, Stress post-traumatique	Problèmes généraux d'intégration	Etats morbides observés
Parasitoses digestives Hépatite B Malaria (en cas de fièvre) Tuberculose, VIH Dermatologique: • gale • leishmaniose • mycose	Anémies carencielles (martiale) Malnutrition Obésité Rachitisme*	Vécu des systèmes d'humiliation Vécu des guerres, violences Vécu de l'éclatement familial	Prévention toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, Infections sexuellement transmissibles	Difficulté d'avoir un âge précis de l'enfant Problèmes dentaires («carie du biberon») Retard de développement Puberté précoce Problèmes auditifs et de vision Problème de santé motivant la venue en CH: (cardiopathie, paralysie cérébrale, etc.)

PAEDIATRICA N° spécial sur les migrants 2016

Bilan de santé: les recommandations



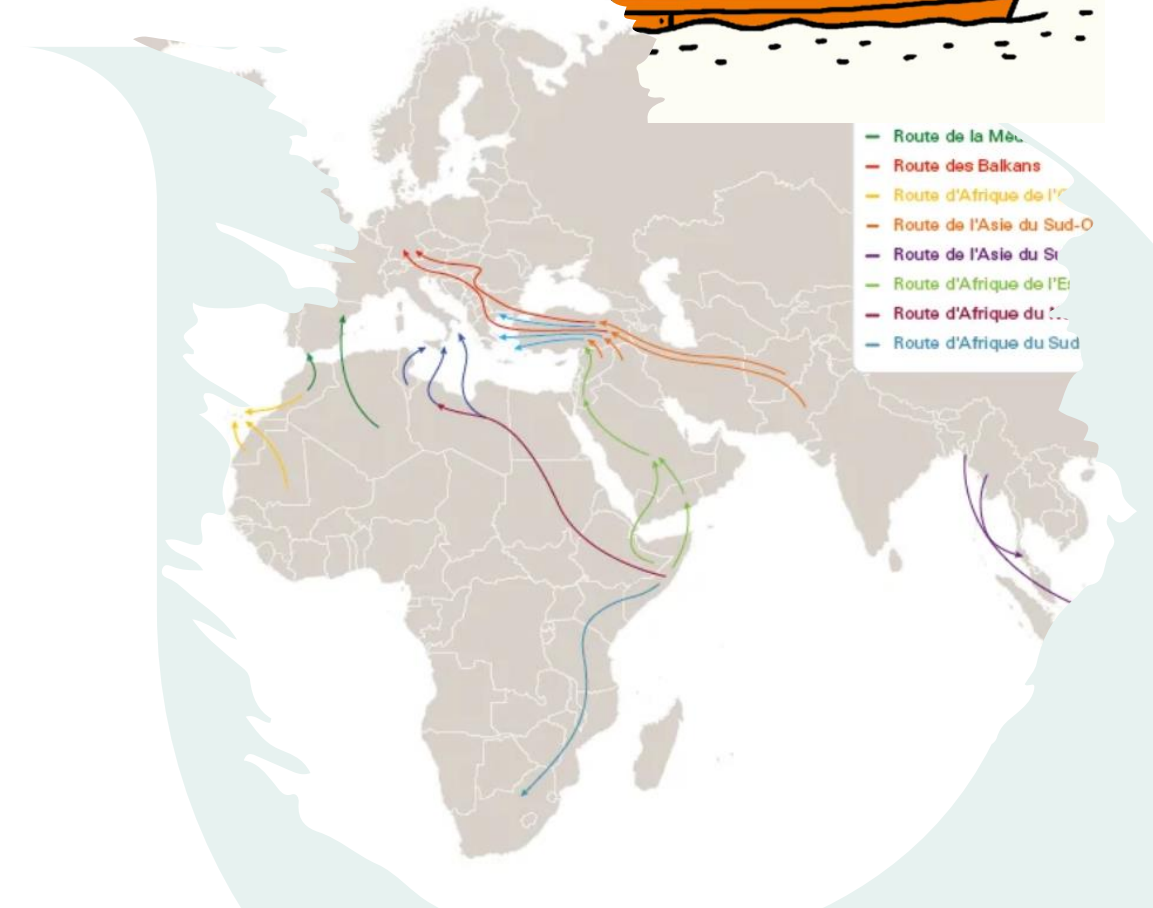
Spécificités pédiatriques

Anamnèse

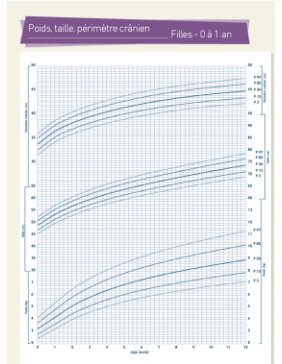
- Atcd néonataux, développement psychomoteur, scolarisation antérieure
- Conduites instinctuelles: Sommeil, alimentation, hygiène
- Statut vaccinal, documents vaccinaux
- Dépister les violences et vulnérabilités
 - Instabilité du logement, insécurité alimentaire, couverture mutuelle, barrière de langage, isolement social..
 - Atcd de mutilations génitales féminines, violences sexuelles
 - Souffrance psychologique (stress post-traumatique, pathologies anxieuses..)
- Ados: Santé sexuelle et reproductive, puberté, risque de grossesse..

Contexte migratoire

- **Au départ:** conditions et habitudes de vie , motif de la migration, état de santé dans le pays d'origine, environnement, l'origine sociale de la famille
- **Transit=Parcours migratoire:** pays traversés, la durée des étapes, les conditions de vie, les problèmes de santé rencontrés et prise en charge médicale, la violence, les traumatismes psychologiques, la faim, la détention...
- **Arrivée:** centre FEDASIL, autonome, regroupement familial



Spécificités pédiatriques



Anamnèse

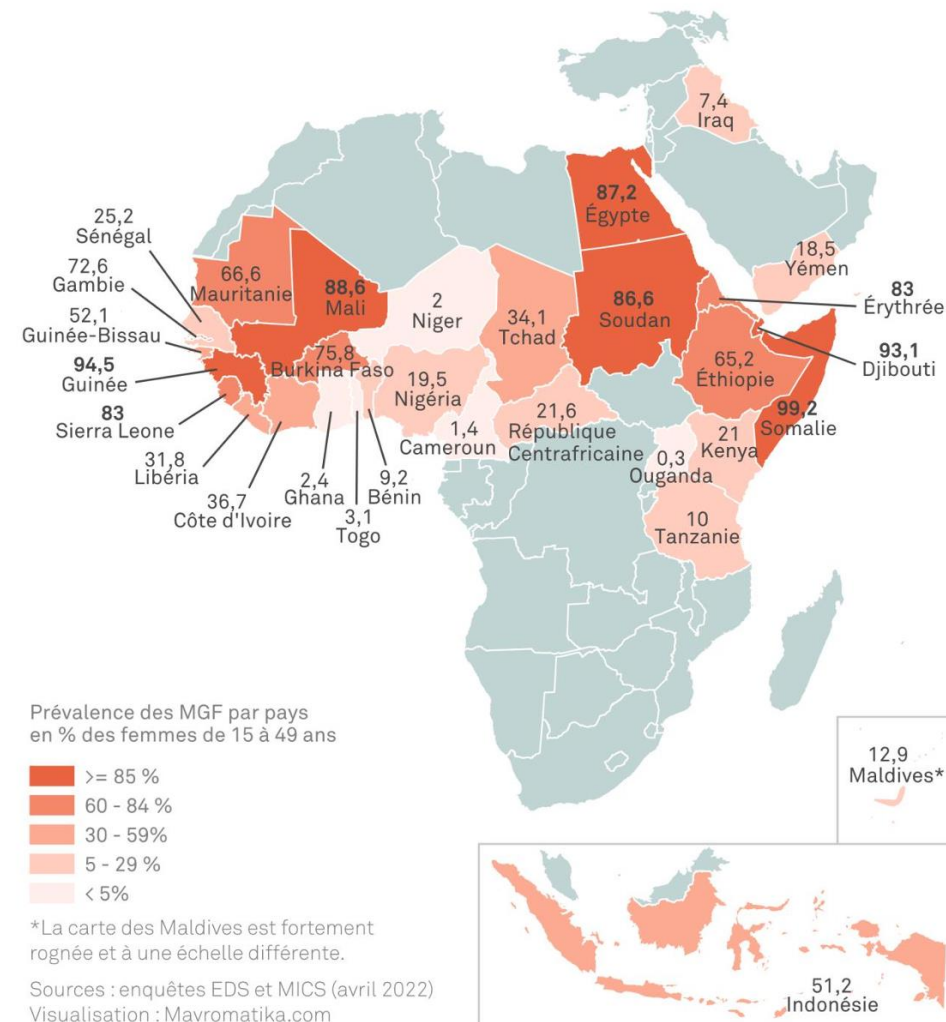
- Atcd néonataux, développement psychomoteur, scolarisation antérieure
- Conduites instinctuelles: Sommeil, alimentation, hygiène
- Statut vaccinal, documents vaccinaux
- Dépister les violences et vulnérabilités
 - Instabilité du logement, insécurité alimentaire, couverture mutuelle, barrière de langage, isolement social..
 - Atcd de mutilations génitales féminines, violences sexuelles
 - Souffrance psychologique (stress post-traumatique, pathologies anxieuses..)
- Ados: Santé sexuelle et reproductive, puberté, risque de grossesse..

Examen clinique

- Evaluation nutritionnelle
- Evaluation de la croissance: Poids, taille, BMI et périmètre crânien chez les enfants < 5 ans
- Développement et statut pubertaire
- Signes carentiels (rachitisme)
- Examen de dépistage dentaire, de la vision et de l'audition

Les MGF

- Pratique traditionnelle pouvant entraîner de graves conséquences sur la santé des femmes
- Ces mutilations sont condamnées par les conventions internationales des droits humains
- En Belgique, 35 459 filles et femmes sont concernées (soit déjà excisées, soit à risque) dont 12 730 mineurs.
- Chiffres en augmentation
- Principaux pays représentés par la population féminine en Belgique: Guinée, Somalie, Egypte, Ethiopie



Dubourg, D & Richard, F. Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique (mise à jour au 31 décembre 2020). Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2018.

Spécificités pédiatriques

Dépistage pathologies non transmissibles :

- Carence martiale
- Dépistage des dysthyroïdie
- Dépistage du saturnisme
- Hémoglobinopathie
- Déficit en G6PD

Dépistages maladies infectieuses :

- Transmissions materno-foetales, périnatales
- Varicelle enfant > 12 ans

Anémie et carence martiale

- Impact potentiel sur le développement cérébral
- Sensibilité aux infections
- Augmente l'absorption du plomb => risque de saturnisme
- Prévalence combinée 14% (<5 ans: 23%)

→ **Enfants <5ans**: dépistage d'emblée avec dosage de la **Ferritine**

→ **Enfants >5 ans**: dépistage ciblé selon les FDR (dénutrition, anémie microcytaire, filles pubères)

- En cas de carence avérée
 - conseils nutritionnels (AM prolongé, diversification adaptée, troubles de l'oralité...)
 - recherche Parasitoses sur selles/traitement empirique
 - Supplémentation en Fer pour 3 mois avec galénique adaptée

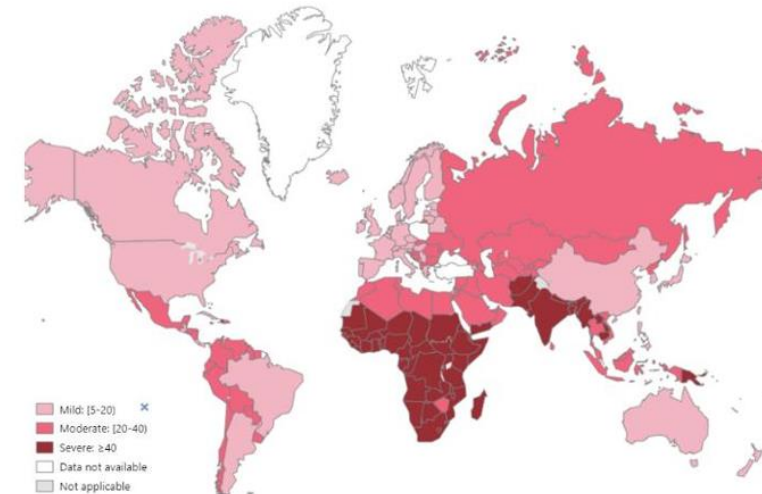
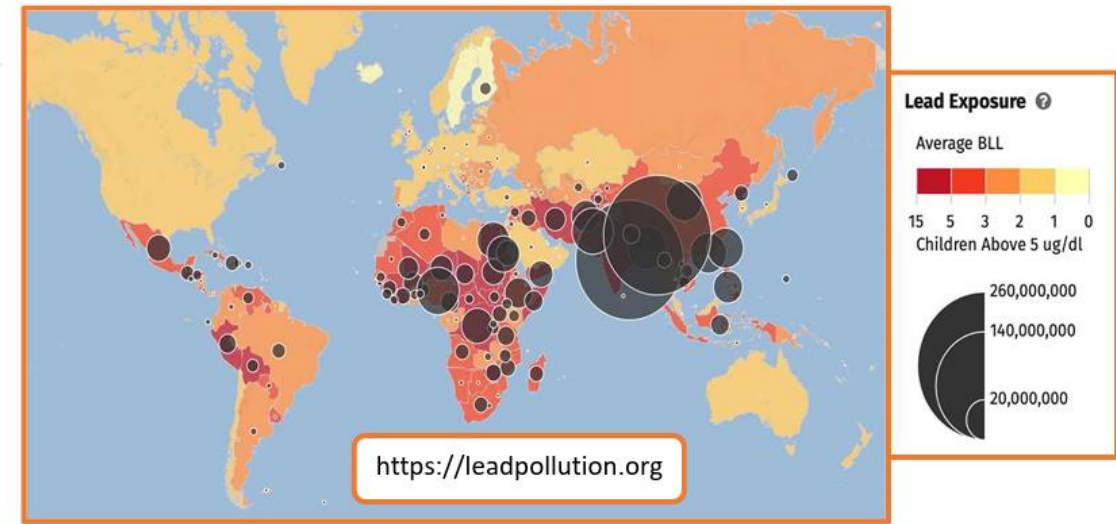


Figure 18 : Prévalence de l'anémie dans le monde chez les enfants de 6 mois à 5 ans – WHO 2019

Source : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-children-under-5-years-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-children-under-5-years-(-))

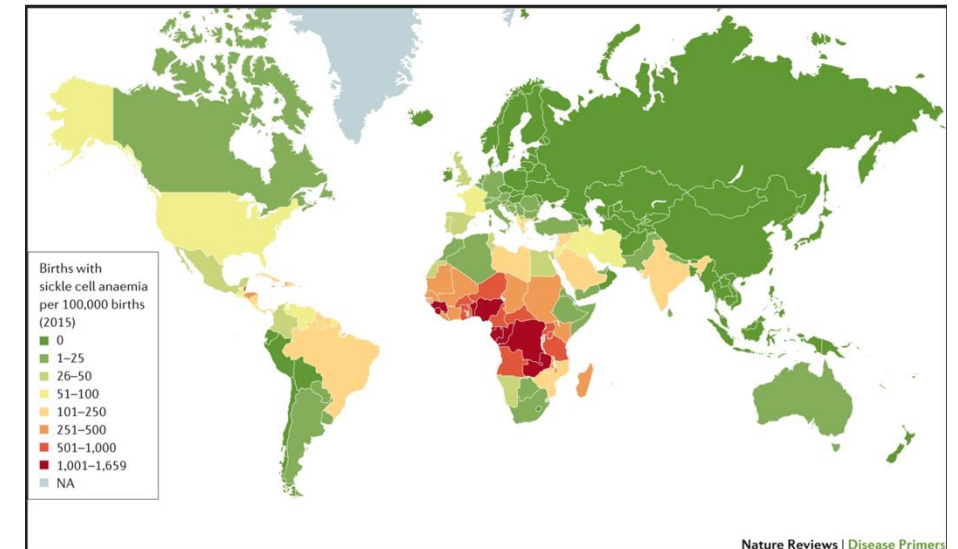
Saturnisme

- Contamination environnementale (habitat, cosmétiques, traitements traditionnels)
- Exposition humaine mondiale
- Toxique même à faible concentration
- Complications: anémie, trouble du comportement, retard global du développement, retard de croissance, néphropathie, troubles neuro (encéphalopathie, coma)
- ➔ Chez l'enfant 0-16 ans : Dosage systématique de la plombémie si originaire d'un pays à forte prévalence
- seuil de la plombémie définissant le saturnisme : 50 µg/L
- Mesures: Arrêt de l'exposition, suivi de la décroissance du taux, suivi du développement psychomoteur et de la croissance



Hémoglobinopathies et déficit en G6PD

- Augmentation des migrants porteurs HbS < augmentation des flux migratoires
 - Peu de donnée sur le G6PD
 - Accès manquant au dépistage néonatal
- Dépistage des hémoglobinopathies systématique pour les enfants issus des zones à forte prévalence
- Dépistage plus ciblé pour le G6PD (signe d'hémolyse, ictère, atcd familiaux, utilisation d'un traitement CI)



Dysthyroïdie

➤ Hypothyroïdie congénitale :

- Principales causes évitables de déficit intellectuel et de retard de croissance

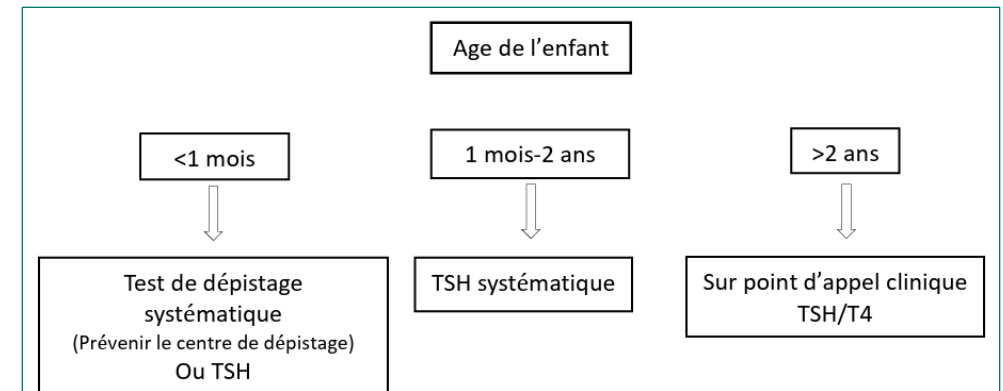
➤ Peu d'études chez les enfants migrants

➤ Dépistage en maternité

→ Enfant <2ans: Dépistage systématique de l'hypothyroïdie congénitale par dosage de la TSH

→ Enfant >2 ans: TSH/T4 en fonction des signes

- Goitre
- Signes d'hypoT: ralentissement de la croissance, retard psychomoteur, asthénie, frilosité, bradycardie, constipation...
- Signes d'hyper: asthénie, nervosité, irritabilité, hypersudation, tachycardie-palpitations, tremblement, diarrhée, perte de poids...



Rattrapage vaccinal




HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION VACCINALE

Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants

En cas de statut vaccinal inconnu,
incomplet ou incomplètement connu

Décembre 2019

VACCINATION DE RATTRAPAGE		Vaccination de rattrapage	
Tableau 2: Schéma de rattrapage complet pour les enfants à partir de 5 mois et âgés de moins de 6 ans.			
Vaccins	Intervalle recommandé		
	entre la dose 1 et la dose 2	entre la dose 2 et la dose 3	
DTPa-VHB-IPV-Hib ¹	au moins 8 semaines	6 mois – la dose 3 sera administrée à l'âge minimum de 12 mois	
DTPa-IPV	au moins 8 semaines	6 mois – la dose 3 sera administrée à l'âge minimum de 12 mois	
VHB ²	au moins 4 semaines	8 sem. – la dose 3 minimum 16 sem. après la dose 1	
Hib ³	au moins 8 semaines	6 mois – la dose 3 sera administrée à l'âge minimum de 12 mois	
	si une dose a été administrée après l'âge de 12 mois, pas de dose supplémentaire		
RRO ⁵	une dose à partir de l'âge de 12 mois		
MenC	une dose à partir de l'âge de 15 mois		
PnCV ⁴	Si la dose 1 est administrée avant l'âge de 10 mois, la dose 2 est administrée à un intervalle de 8 semaines, et la dose 3 à l'âge de 12 mois et au moins 8 semaines après la 2 ^{ème} dose		
	Si la dose 1 est administrée à l'âge de 10 ou 11 mois, la dose 2 est administrée à partir de l'âge de 12 mois et au moins 8 semaines après la première dose		
Rotavirus	Si la dose 1 est administrée entre 12 et 24 mois ou si l'enfant est âgé de plus de 24 mois ⁴ , pas de dose supplémentaire		
	Même en cas d'administration tardive (de préférence avant 16 semaines) la dernière dose ne peut être administrée après l'âge de 24 ou 32 semaines (suivant le vaccin) (voir fiche vaccination contre le rotavirus)		

Notes pour le tableau 2

¹ DTPa-VHB-IPV-Hib: la primovaccination peut être initiée chez l'enfant jusqu'à l'âge de 4 ans. En principe, ce vaccin ne sera plus utilisé au-delà de 5 ans, si ce n'est pour terminer un schéma.

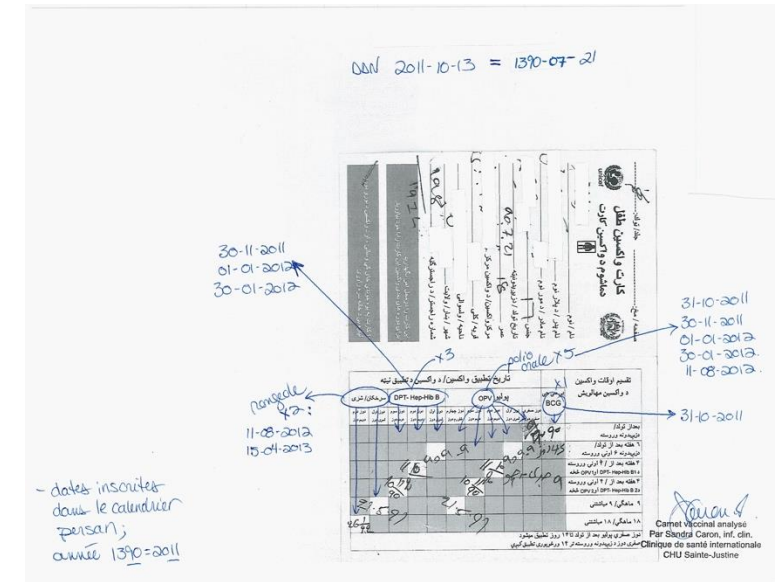
² VHB: si l'enfant vient d'un pays de grande endémie de VHB (par exemple en cas d'adoption); effectuer un dosage AgHbS (voir fiche Hépatite B).

³ Hib: ce vaccin n'est utilisé que si le vaccin combiné DTPa-HBV-IPV-Hib n'est pas indiqué. Au-delà du 5^{ème} anniversaire, la vaccination n'est plus recommandée.

⁴ PnCV: le vaccin antipneumococcique conjugué sera administré au-delà de 24 mois uniquement chez les enfants présentant un risque fortement accru d'infection invasive (voir fiche pneumocoque).

Rattrapage vaccinal

- Décryptage des documents vaccinaux disponibles et anamnèse des vaccinations au cours du parcours migratoire
- S'appuyer sur les PEV nationaux (outils OMS, ECDC..)
- Toutes les doses antérieures de vaccins comptent, peu importe les délais écoulés
- Privilégier les vaccins combinés
- Toutes les occasions de vacciner sont à saisir!
- Possibilité de réalisés des co-administrations (max 2-3-4?) en accord avec les patients et les parents, (sauf vaccins vivants atténués)
- Vaccination en cas de statut vaccinal inconnu ou incomplet
- S'aider des sérologies pré-vaccinales
- Etablir un plan vaccinal et délivrer un carnet de vaccination/encodage e-vax



CALENDRIER DE VACCINATION

	Nourissons					Enfants et adolescents					Adultes	
	8 sem. (2 mois)	12 sem. (3 mois)	14 sem. (4 mois)	12 mois	15 mois	5-6 ans	7-9 ans	10-14 ans	15-16 ans	Femmes enceintes	Tous les 10 ans	55 ans
Poliomyélite	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Diphtérie	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Tétanos	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Coqueluche	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Haemophilus influenza de type b	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Hépatite B	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Rougeole	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Rubéole	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Oreillons	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Méningocoques ACWY												
Pneumocoques	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Rotavirus (vaccin oral)	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Papillomavirus (HPV)												
Grippe (Influenza)												

Recommandé à tous et gratuit
Recommandé à tous, remboursé mais pas gratuit
Recommandé à tous, partiellement remboursé selon la mutuelle
Vaccin combiné (une seule injection)

Hexavalent : Vaccin qui confère une protection contre 6 maladies
Virus respiratoire syncytial (RSV) : une immunisation de la femme enceinte ou de l'enfant peut être proposée pendant la grossesse, à la naissance ou pendant les premiers mois de vie

Pour les bébés nés avant 37 semaines de grossesse, une dose supplémentaire de vaccin contre le pneumocoque est recommandée à 3 mois et les vaccins prévus à 15 mois seront administrés à 13 mois (hexavalent et méningocoques ACWY).
En 2 ou 3 doses en fonction du vaccin administré.
Vaccination en 2 doses à 6 mois d'intervalle (minimum 5 mois d'écart).
À partir de 24 semaines et idéalement avant 32 semaines de grossesse.
Pendant la saison grippale, quel que soit le stade de la grossesse.

Ce calendrier est susceptible d'être modifié au fil des ans. Votre médecin pourra éventuellement l'adapter à votre enfant, n'hésitez pas à discuter vaccination avec lui.

Pour plus d'infos : Consultez votre médecin traitant ou le site www.vaccination-info.be

NE
UNION DES NÉOBRITANNIQUES
ET DE L'ALBANIE
FEDERATION
EUROPEENNE



Merci pour votre attention!



Caritas International

Christel Vanderavero – Coordinatrice IFAS

Intervenant



Vanderavero
Christel
Coordinatrice IFAS

Introduction

Médecins, vous êtes souvent les **premiers interlocuteurs** des personnes migrantes.

- Ces publics présentent des **besoins complexes et atypiques**:

- Santé mentale;
- Précarités;
- Isolement;
- Incompréhension du système
- ...

→ **IFAS** peut être un **relais utile** pour un accompagnement global.



Le public accompagné

Qui sont les bénéficiaires ?

- Mineurs non accompagnés (**MENA**), personnes **isolées**, **familles**.
 - Parcours migratoires marqués par des **traumatismes** et une **grande incertitude juridique**.
 - Vulnérabilité multiple : **précarité**, **isolement**, méconnaissance des **droits**, troubles de **santé**.



Barrière linguistique = obstacle majeur à l'accès aux soins.

Méfiance envers les institutions → besoin de sécuriser la relation.

Caritas International en Belgique

- Coopération Internationale
- Accueil

Caritas International à Liège

- Shelter : Accueil de MENA en demande de protection internationale
- TVU-YIT : Accueil de MENA et personnes vulnérables en ILA
- IFAS : Post-Accueil, accompagnement multidimensionnel



Approche **transversale et humaine**, basée sur la **relation de confiance**.

Priorité à la **qualité** de l'accompagnement.

Difficultés médicales rencontrées

Quels obstacles pour les patients ?

- Manque de moyens **financiers**.
- **Barrières** linguistiques et culturelles.
- Symptômes liés au **stress post-traumatique**.
- **Mal-logement** et **isolement**.
- **Obstacles** administratifs et juridiques.

- **Clé d'un bon accompagnement :**
→ Donner du **sens** aux démarches médicales pour favoriser l'adhésion.



Une personne se plaint de douleurs à la jambe depuis des mois.

Un médecin lui a prescrit des anti-inflammatoires et l'oriente vers un kinésithérapeute.

Deux semaines plus tard, elle revient : les médicaments sont finis, la douleur persiste, mais elle n'a pas vu le kiné.

Pourquoi ?

Parce qu'elle ne sait pas ce qu'est un kiné, ni comment cela va soulager sa douleur.

Comment IFAS peut vous aider

Ressources pour les professionnels de santé

IFAS peut être un partenaire ressource, en particulier lorsque vous êtes confrontés à des situations complexes ou à des publics en grande précarité.

- **Sensibilisation en maison médicale.**
- **Permanence sociale et juridique** : 04/229.79.38.
- **Accompagnement en logement** : autonhome@caritasint.be.
- **Orientation vers des formations** : FLE, alphabétisation, citoyenneté.



Parcours de reconstruction

Monique

« Monique arrive en Belgique par regroupement familial. Elle espère une nouvelle vie.

Quelques mois plus tard : **violences** conjugales, **rupture** familiale. Elle se retrouve **seule** avec deux enfants, **sans logement**, **sans ressources**, **sans parler français**. »

Avec IFAS :

- **Formation** : Alphabétisation et FLE.
- **Soutien sociojuridique** : Sécurisation des droits, démarches administratives.
- **Logement** : Accompagnement via Auton'home.

Aujourd'hui :

Monique vit dans un logement stable.

Ses enfants sont scolarisés.

Elle témoigne fièrement : « **J'ai raconté mon histoire en français !** »

→ Un parcours rendu possible par la coordination des pôles IFAS.



Parcours de reconstruction

Un MENA chez le cardiologue

« Un jeune de **16 ans**, souffre de douleurs thoraciques. Il attend ce rendez-vous avec **angoisse**.

Le cardiologue est très rassurant avec lui : **son cœur est sain**. Mais pour le jeune, c'est l'**incompréhension**. »

Nous avons continué le suivi:

En prenant le temps d'expliquer, de traduire, de donner du sens aux démarches.

Nous le guidons dans les étapes suivantes :

- Acceptation d'un **suivi psychologique**.
- Participation à des **activités collectives**.
- **Retour à l'école** et reprise d'un rythme de vie.



→ **Quand le médical et le social collaborent, le parcours de soin devient possible.**

Autres partenaires ressources?

Services de traduction:

- Bruxelles accueil
- SETIS Wallon
- Monde des possibles
- ...

Service de permanences sociales et juridiques:

- Aide aux Personnes Déplacées
- Cap Migrants
- Form'anim
- Point d'Appui
- SAM ASBL
- ...

Conclusion

Ensemble, pour une prise en charge globale

Derrière chaque situation médicale complexe, il y a une **histoire de vie**.

IFAS peut-être **un soutien**.

Objectif commun : **stabilité, dignité, autonomie** pour les personnes migrantes.

 **Contact : 04/229.79.38**

 **autonhome@caritasint.be**

Ensemble, construisons des ponts entre le médical et le social.



Merci pour votre attention !

Prise en charge médicale du patient migrant adulte

Intervenant



Dr GREGOIRE Emilien

Médecine Interne - Infectiologie

Citadelle

*Clinique du voyage (formation IMT Anvers)
Groupe de Gestion des Antibiotiques
Salle d'hospitalisation et Consultations d'infectiologie*

Pathologies fréquentes chez l'adulte

La plupart des migrants sont généralement plutôt jeunes en bonne santé globale,
mais proviennent de régions associées où le risque de **certaines infections** est plus élevé,
et ont des parcours migratoires qui les exposent à des **pathologies somatiques** et **psychiatriques** spécifiques.

Greenaway C, Hargreaves S. **Improving screening and treatment for infectious diseases in migrant populations.** *Journal of travel medicine.* 2022;29(7). doi:10.1093/jtm/taac115

Pathologies fréquentes chez l'adulte

Pathologies fréquentes :

- Pathologies **psychiatriques** : PTSD, violences sexuelles, troubles anxio-dépressifs, ...
- **IST** : HBV (et HCV) ; HIV > Syphilis, Chlamydia, Gonocoque
- Infections **parasitaires**
 - Asymptomatiques : strongyloïdose (anguilulose) et schistosomiase (bilharziose)
 - Symptomatiques : parasitoses digestives, éosinophilie, ...
- **Tuberculose** active et latente
- Portages **AMR** : MRSA, BLSE, CPE, ...

Facteurs de risque :

- Le **pays d'origine** (endémicité locale des pathologies)
- Le **parcours migratoire** (régions traversées, conditions d'hygiène, surpopulation, violences, accès aux soins, ...)

Stabler S, et al. Prevalence of Antimicrobial Resistance and Infectious Diseases in a Hospitalised Migrant Population in Paris, France, a Retrospective Study. *Int J Public Health*. 2022;67:1604792. Published 2022 Dec 15. doi:10.3389/ijph.2022.1604792
Cruz A, et al. Epidemiology of infectious diseases in migrant populations from endemic or high-endemic countries: A multicentric primary care-based study in Spain. *Trop Med Int Health*. 2024;29(9):820-832. doi:10.1111/tmi.14036

Bilan de santé recommandé - SPILF

Anamnèse et examen clinique :

- Antécédents et traitements
- Troubles psychiatriques
- Allergies
- Addictions
- Situation socio-économique
- Violences physiques et sexuelles
- Grossesse

Vaccination :

*ECDC

- **RRO***
- **DTPa-IPV-Hib***
- HBV

Dépistage pathologies non transmissibles :

- Glycémie à jeun et bilan lipidique
- Tigette urinaire
- Biologie standard
 - FHL, foie, rein, thyroïde
 - Carence
 - Béta-HCG
- Electrophorèse de l'hémoglobine
- Cancers :
 - Col utérus
 - Mammographie
 - Sang sur selles

[SPILF, SFP et SFLS – recommandations sur le bilan de santé de la personne migrante primo-arrivante](#)

[ECDC. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.](#)

Bilan de santé recommandé - SPILF

Dépistages infectieux :

- **Tuberculose*** : RX + IDR/IGRA
- IST :
 - **HIV*** : sérologie
 - **HBV*** et **HCV*** et HAV : sérologie
 - Syphilis : sérologie/TPHA et VDRL
 - Chlamydia et Gonocoque : PCR
- Parasites :
 - **Schistosomiase*** : sérologie
 - **Strongyloïdose*** : sérologie
 - Filariose (Loa loa) : sérologie + filarémie diurne
 - Parasitologie sur urines et selles
 - Trypanosomiase sud-Américaine (Chagas)

	SS Afr	SE Asia	Lat Am	Est Eur
TB : Rx	pays incidence > 40/100.000			
TB : IDR-IGRA	pays incidence > 100/100.000 + 18-40 ans + entourage fragile ou IS			
HIV, HBV, HCV	X	X	X	X
Syphilis	X	X	X	X
Chlam, Gono	≤ 25 ans ou FDR			
Schisto	X			
Strongylo	X	X	X	X
Filariose	X			
Chagas			X	
Parasito selles	+/-	+/-	+/-	
Parasito urines	+/-			

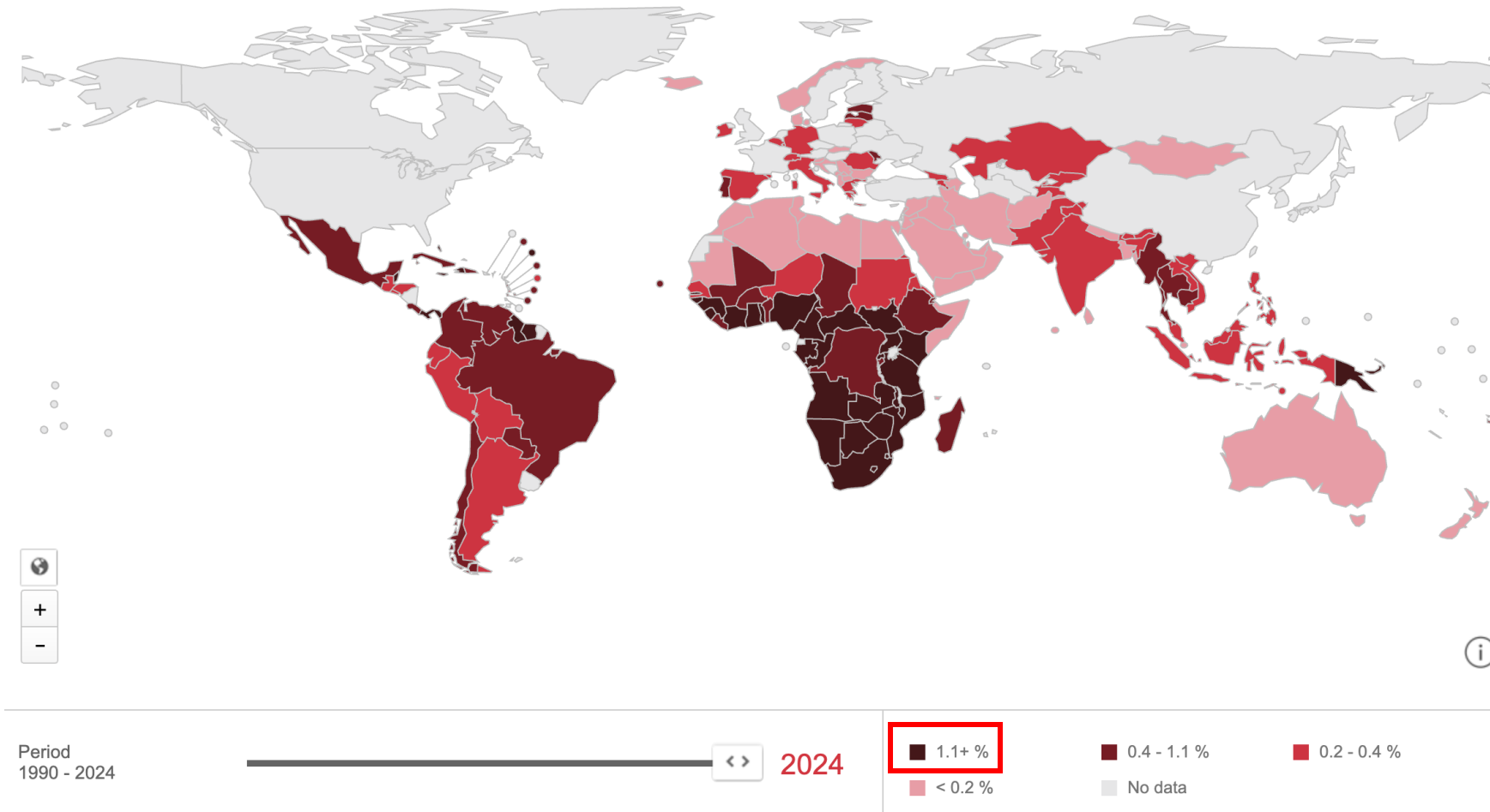
***ECDC**

HIV : > 1%
HBV - HCV : > 2%

[SPILF, SFP et SFLS – recommandations sur le bilan de santé de la personne migrante primo-arrivante](#)

[ECDC. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.](#)

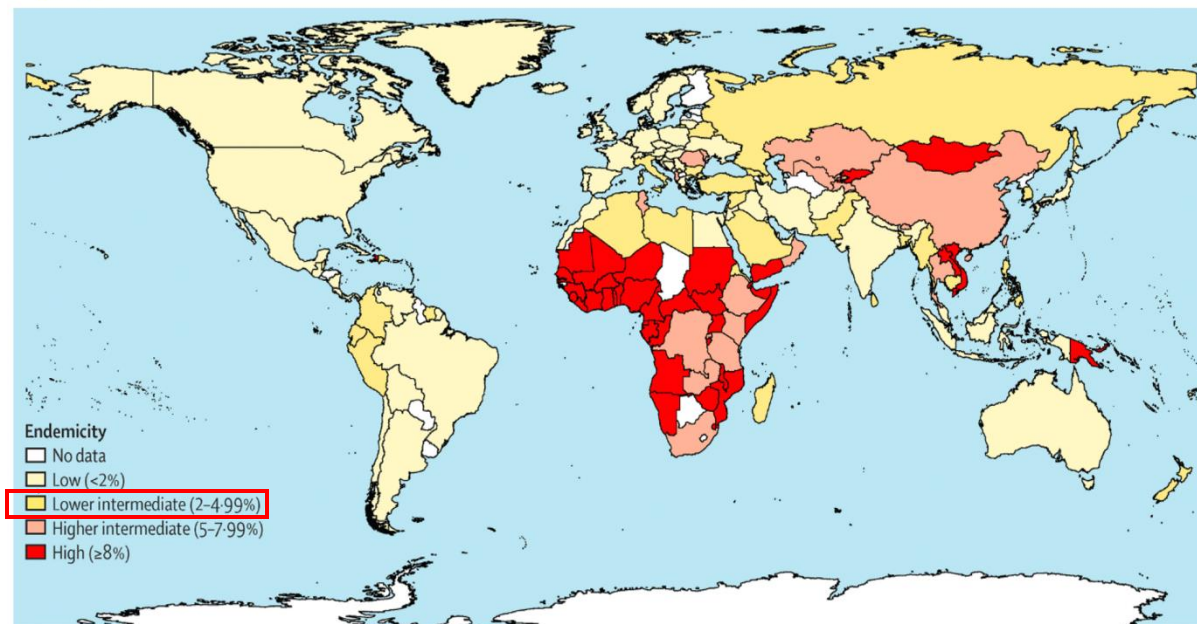
Le VIH



Prévalence des infections par le VIH chez les ≥ 15 ans en 2024 - <https://aidsinfo.unaids.org/>

L'hépatite B

Figure 3. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection



Source: Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013 (195) : Lancet. 2015;386(10003):1546-1555. doi:10.1016/S0140-6736(15)61412-X

Interprétation de la sérologie hépatite B en pré vaccinal

Ag HBs	Ac anti HBs	Ac anti HBc	Interprétation	Conduite à tenir
Positif	Négatif	Positif	Infection aiguë ou chronique par le virus de l'hépatite B	Orientation pour prise en charge spécialisée Pas d'indication vaccinale
Négatif	Négatif ou <10UI/l	Négatif	Non immun ou immunité postvaccinale avec perte des Ac anti HBs	Si indication, vaccination 3 doses ou administrer une dose puis titrer les Ac antiHBs 4 à 8 semaines plus tard
Négatif	Positif 10-99UI/l	Négatif	Immunité postvaccinale acquise	En l'absence de preuve vaccinale, la durée de l'immunité est inconnue, une dose supplémentaire unique de vaccin Hep B peut être administrée
Négatif	Positif ≥100UI/l	Négatif	Immunité postvaccinale acquise à long terme	Pas d'indication vaccinale
Négatif	>10UI/l	Positif	Immunité acquise après maladie	Pas d'indication vaccinale
Négatif	Négatif	Positif	Anticorps antiHBc isolé. Immunité acquise après maladie dans la plupart des cas ¹	Pas d'indication vaccinale ni de recherche de l'ADN VHB hors contexte particulier (immunodépression et grossesse)

[SPILF, SFP et SFLS – recommandations sur le bilan de santé de la personne migrante primo-arrivante](#)

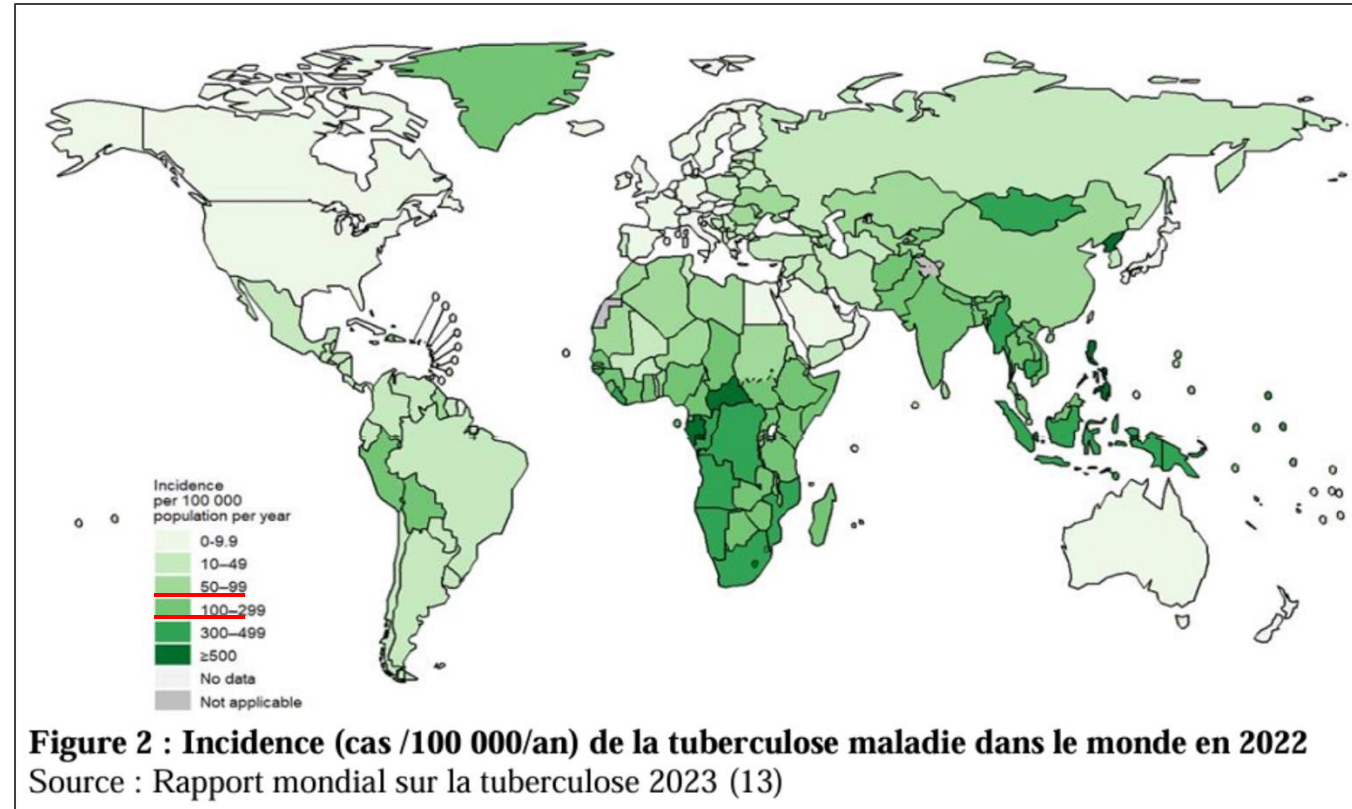
Tuberculose

➤ Tuberculose active :

- incidence > 40/100.000/an
- **Radiographie thoracique**
- + → isolement, scanner, prélèvements
- + ➔ traitement : quadrithérapie x 6 mois

➤ Tuberculose latente (LTBI) :

- incidence > 100/100.000/an
+ 18-40 ans + entourage fragile ou immuno(-)
- **Intradermo (IDR) ou IGRA (QuantiFERON®)**
- + → TB active ? (anamnèse, examen, RX)
 - Oui ➔ Traitement TB active
 - Non ➔ traitement LTBI : INH x 6 mois (ou INH + RMP x3 mois ; ou RMP x 4 mois)



[SPILE, SFP et SFLS – recommandations sur le bilan de santé de la personne migrante primo-arrivante](#)

Banque mondiale : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?view=map>

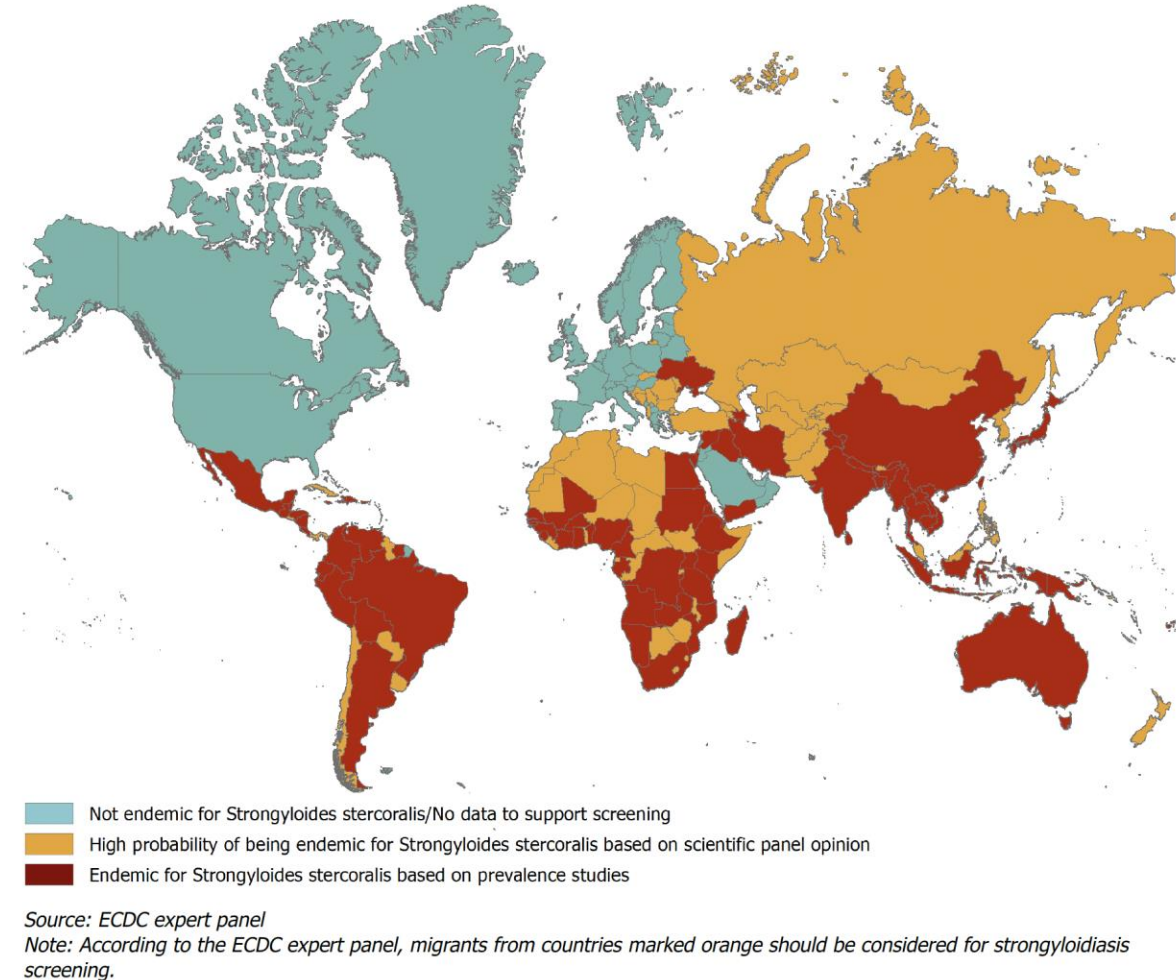
[SPILE, SFP et SFLS – recommandations sur le bilan de santé de la personne migrante primo-arrivante](#)

[ECDC. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.](#)

Strongyloïdose

- *Strongyloides stercoralis*
 - Nématode intestinal, migration larvaire sanguine
 - → Loeffler, larva currens, diarrhées chronique
 - → Hyperinfection disséminée (immunodéprimé) !
- Zones à risque (séroprévalence* 9-15%) :
 - Asie SE (17%) et Afrique SS (14,6%)
 - AL (11,4%)
- Dépistage : **Sérologie**
 - + ? → recherche parasite sur selles (microscopie ou PCR)
- Traitement : **Ivermectine** 200 µg/kg dose unique

Figure 7. Countries where strongyloidiasis is endemic



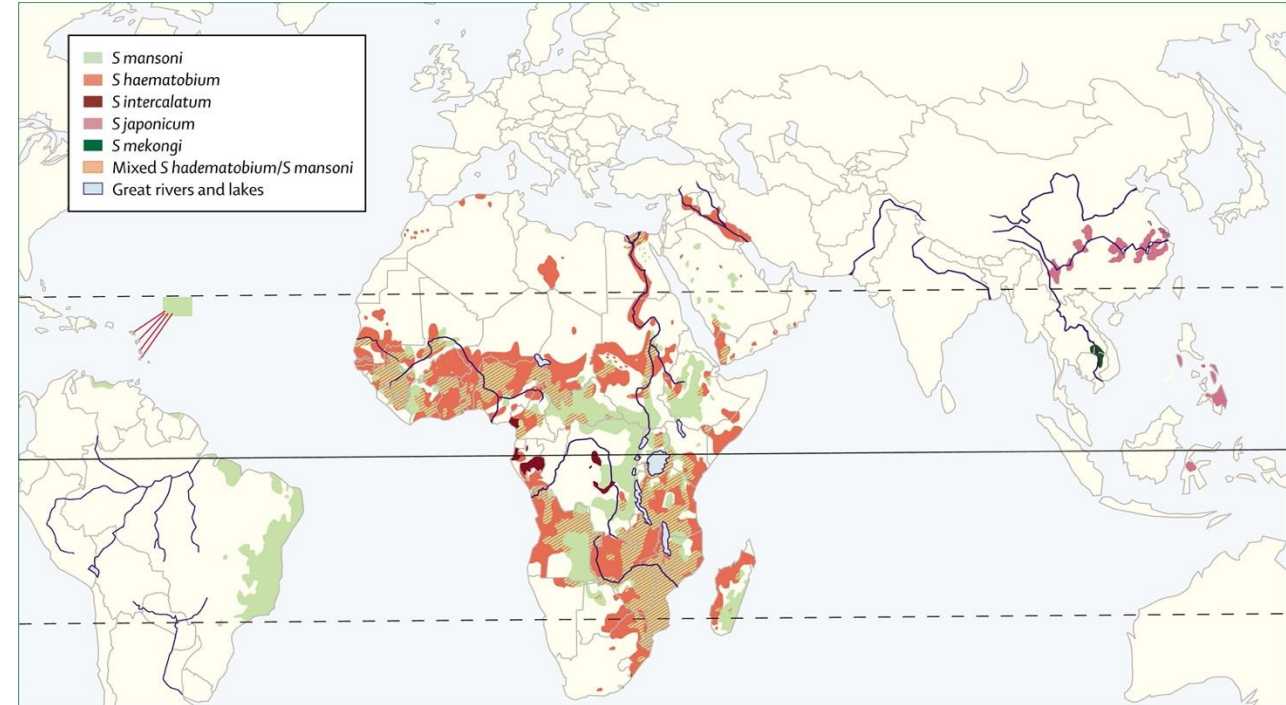
[SPILE, SFP et SFLS – recommandations sur le bilan de santé de la personne migrante primo-arrivante](#)

[ECDC. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.](#)

*Asundi A et al. Prevalence of strongyloidiasis and schistosomiasis among migrants: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e236-e248.

Schistosomiase

- *Schistosoma* spp
 - Trematode sanguin et tissulaire
 - Katayama fever ; lésion urinaires (S.h) et digestives (S.m)
- Zones à risque (séroprévalence* 13-24%)
 - **Afrique sS (24%)** >> Asie et A-L
- Dépistage : Sérologie
 - + ? → Confirmer en Western Blot
 - + ? → Complications ?
 - + parasito urine (S.h) / selles (S.m)
 - + biologie et scanner
- Traitement : Praziquantel 40 mg/kg à 0 et 1 mois
 - **C.I. si neurocysticercoses (*Taenia*) → sérologie !**



Gryseels B. et al, Human schistosomiasis. *Lancet*. 2006;368(9541):1106-1118. doi:10.1016/S0140-6736(06)69440-3

[SPILE, SFP et SFLS – recommandations sur le bilan de santé de la personne migrante primo-arrivante](#)

[ECDC. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.](#)

*Asundi A et al. Prevalence of strongyloidiasis and schistosomiasis among migrants: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e236-e248.

Rattrapage vaccinal de l'adulte

Diphtérie, **Tétanos**,
Coqueluche
Polio

Rougeole,
Rubéole, Oreillons

Hépatite B

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)

[HAS-SPILF – rattrapage vaccinal chez migrant primo-arrivants](#)

Parasitoses digestives

➤ Dépistage : examen parasitologiques des selles

- Méthode : **PCR** multiplex ou examen **microscopique**, 3 selles à > 72h
- Cher et peu sensible → **que si suspicion** clinique ou biologique

➤ Traitement :

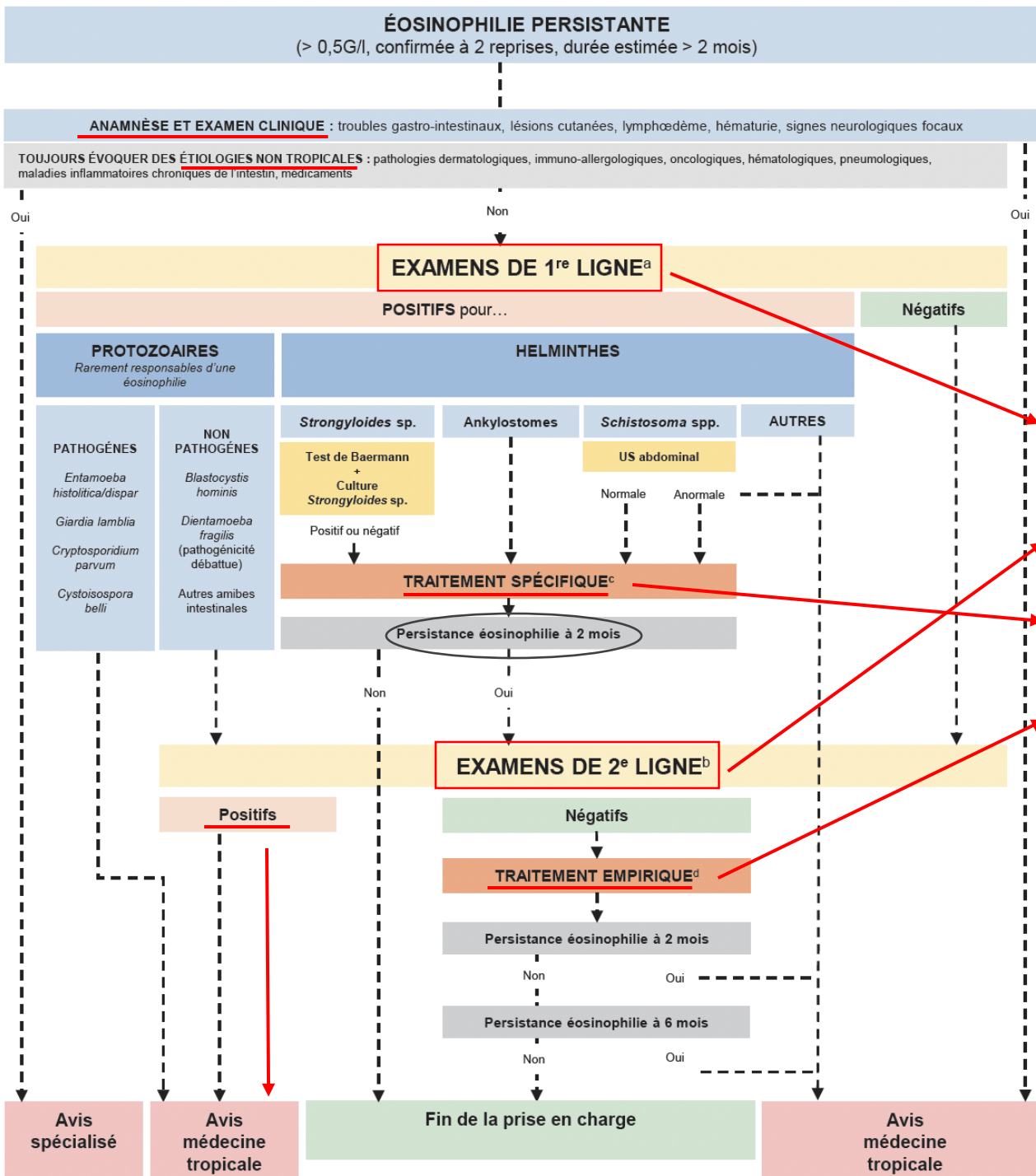
- Ciblé selon résultat
- Traitement présomptif = empirique sans dépistage !
 - **ivermectine** 200 µg/kg (SD) + **albendazole** 400 mg/j x5J
 - Si symptômes, patient à risque, et difficulté de test/suivi
 - Bon rapport cout/efficacité

Parasites		Formes
I. Protozoaires intestinaux avec entre parenthèses les affections correspondantes		
<u>Entamoeba histolytica</u>	(amibiase)	Kystes, trophozoïtes
<u>Giardia intestinalis</u>	(giardiose)	Kystes, trophozoïtes
<u>Cryptosporidium</u>	(cryptosporidiose)	Oocystes
<u>Isospora belli</u>	(isosporose)	Oocystes
<u>Cyclospora cayetanensis</u>	(cyclospore)	Oocystes
Microsporidies : <i>Enterocytozoon bienewisi</i> , <i>Encephalitozoon intestinalis</i>	(microsporidiose)	Spores
II. Helminthes avec entre parenthèses les affections correspondantes		
<u>Fasciola hepatica</u>	(douve hépatobiliaire ou intestinale)	Œufs
<i>Clonorchis sinensis</i>	(douve de Chine)	Œufs
<u>Schistosoma mansoni</u>	(bilharziose)	Œufs
<u>Ténias</u> : <i>T. saginata</i> , <i>T. solium</i> , <i>Diphyllobothrium latum</i> (botriocéphale), <i>Hymenolepis nana</i>	(téniasis)	Œufs, anneaux*
<u>Enterobius vermicularis</u>	(oxyurose)	Vers*, œufs (parfois)
<u>Ascaris lumbricoides</u>	(ascaridiose)	Œufs, vers* (parfois)
Ankylostomides : <i>Ancylostoma duodenale</i> , <i>Necator americanus</i>	(ankylostomiose)	Oeufs
<u>Strongyloides stercoralis</u>	(anguillulose)	Larves
<u>Trichuris trichiura</u>	(trichocéphalose)	Oeufs

* pouvant être visibles à l'œil nu.

[SPILE, SFP et SFLS – recommandations sur le bilan de santé de la personne migrante primo-arrivante](#)

Tan, R., et al. (2025), Dépistage de maladies infectieuses chez les requérants d'asile et réfugiés, *Rev Med Suisse*, 21, no. 904, 231–236. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.904.231>.



L'éosinophilie

^aEXAMENS DE 1^{re} LIGNE
SANG : Sérologies **Strongyloides** sp. + **Schistosoma** spp.
ET **SELLES** : Faire 3 x examen standard de recherche helminthes et des protozoaires (72 heures minimum entre chaque prélèvement)
(parfois difficile à réaliser en raison du contexte de vie : centre d'hébergement collectif, difficulté de stockage des selles, etc.)

^bEXAMENS DE 2^e LIGNE
SANG : Sérologies **Ascaris lumbricoides**, **Filarioses**, **Toxocara** spp., **Fasciola** spp., **Echinococcus** spp., **Trichinella spiralis**
PUIS IMAGERIE : US abdominal à la recherche de lésions hépatiques, dilatation des voies biliaires, signe d'hypertension portale, fibrose vésicale
(si non réalisé avant)

^cTRAITEMENT SPÉCIFIQUE
- **Strongyloides** sp. : ivermectine 200 µg/kg 1 x/jour pendant 2 jours (+ J14 et J15 si immunosupprimé), maximum 18 mg/jour
- **Schistosoma** spp. : praziquantel 40 mg/kg 1 x/jour pendant 2 jours, (non disponible Swissmedic, faire une demande de garantie préalable, commandable en pharmacie ou centre spécialisé en médecine tropicale)
- **Ankylostomes** : albendazole 400 mg 1 x/jour pendant 3 jours

^dTRAITEMENT EMPIRIQUE
- Ivermectine 200 µg/kg 1 x/jour pendant 2 jours + albendazole 400 mg 1 x/jour pendant 5 jours ± praziquantel 40 mg/kg 1 x/jour pendant 2 jour (si patient en provenance d'une zone endémique de schistosomiase)

Attention :

- Ivermectine : danger si Loase → PAS si originaire d'Afrique centrale !
- Praziquantel : danger si neurocysticercose (*Taenia solium*)

Cordailat, R., et al. (2025), Éosinophilie chez un patient migrant : quelles stratégies ?, *Rev Med Suisse*, 21, no. 916, 912-916

Dr Emilien Grégoire

Obstacles et barrières

- Barrières individuelles :
 - Aspects **culturels** : peur du diagnostic, stigma sociaux, éducation à la prévention, ...
 - **Confiance** dans le système de soin : jugement, discrimination, confidentialité, ...
 - **Compréhension** et communication : barrière linguistique!
 - **Accès** aux soins : mobilité, moyens financiers, ..
- Barrières structurelles
 - **Cohérence et simplicité** du processus de screening : nombre de contacts et d'intervenants.
 - **Continuité** des soins spatio-temporelle : ≠ intervenants ; dépistage → diagnostic → traitement.
 - **Ressources** et financements : matériel, ressources humaines, temps, compétences

Seedat F, et al. **How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review.** *Lancet Infect Dis.* 2018;18(9):e259-e271. doi:10.1016/S1473-3099(18)30117-8
Greenaway C, Hargreaves S. **Improving screening and treatment for infectious diseases in migrant populations.** *Journal of travel medicine.* 2022;29(7). doi:10.1093/jtm/taac115

Sources

- [ECDC. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.](#)
- [SPILF, SFP et SFLS – recommandations sur le bilan de santé de la personne migrante primo-arrivante](#)
- Tan, R., et al. (2025), Dépistage de maladies infectieuses chez les requérants d'asile et réfugiés, *Rev Med Suisse*, 21, no. 904, 231–236. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.904.231>.
- Cordaillat, R., et al. (2025), Éosinophilie chez un patient migrant : quelles stratégies ?, *Rev Med Suisse*, 21, no. 916, 912-916. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.916.47143>



Merci pour votre attention!