

# Bilan de santé du migrant primoarrivant

*Actualités Thérapeutiques 7 decembre 2019*

**Docteur Adeline Scanvion – responsable service PASS**



**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES**

# Liens d'intérêts

---

- Gilead

# Plan

---

## I. Contexte

## II. Bilan

1/ dépistage tuberculose

2/ IST

3/ parasitoses

4/ NFS

5/ autres pathologies non infectieuses

6/ vaccination

## III. Pour la pratique on retiendra

# Contexte

---

- **Selon OFPRA:**
  - **Nombre de DA a quasi doublé depuis 2014**
  - **123 625 DA en 2018 (+22,7%) en France**
  - **En Loire Atlantique, augmentation du nombre de DA de 49% entre 2017 et 2018**
  
- **Selon FTDA:**
  - **Augmentation des flux secondaires (passés par Allemagne par exemple)**
  - **Moins de traversées de la Méditerranée**
  - **En avril 2019: environ 400 nouveaux arrivants par mois sur la plateforme**
  - **En mars 2019: 3300 personnes domiciliées FTDA à Nantes**

# Migrants, de qui parle t'on?

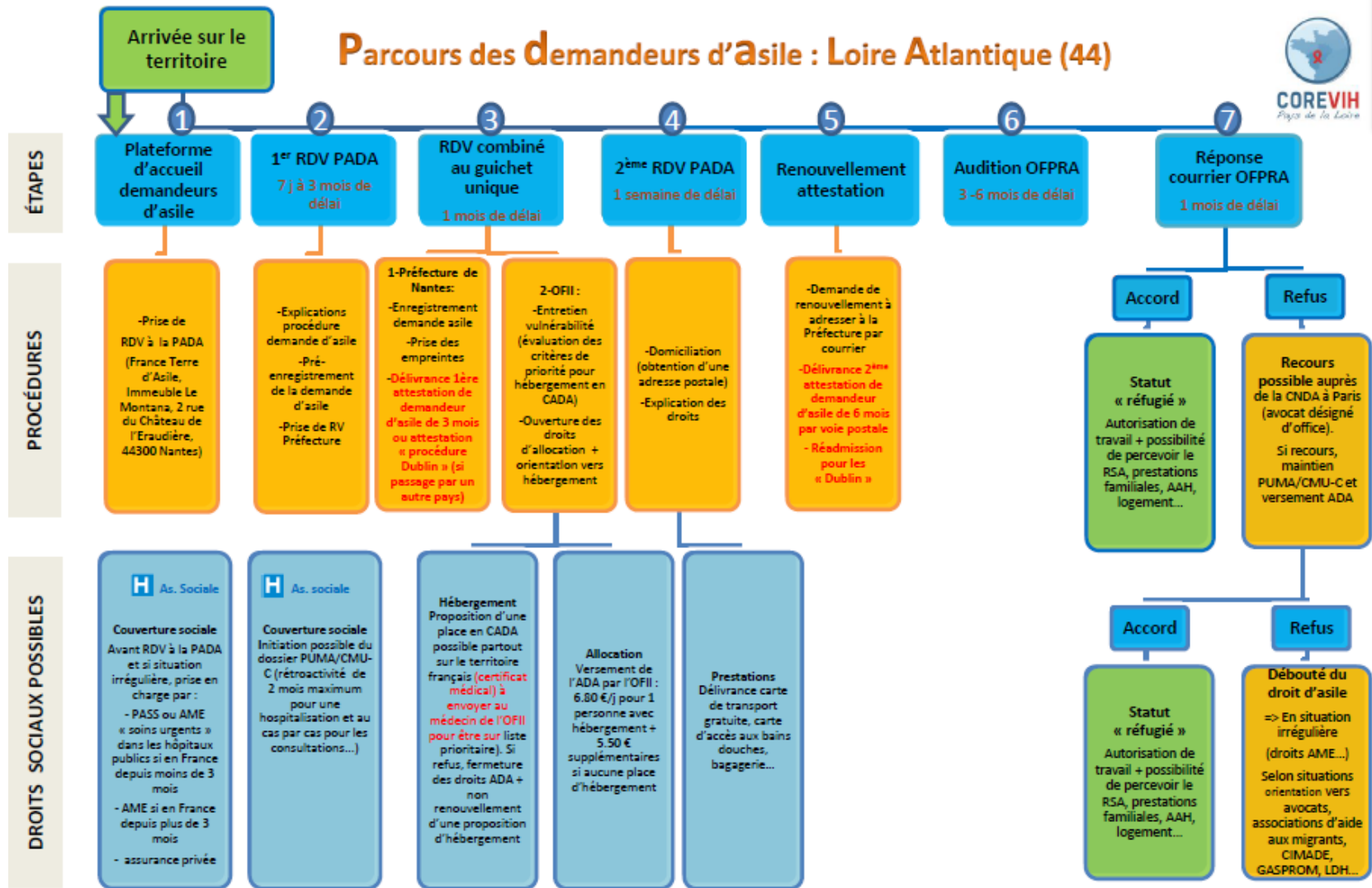
---

- Des demandeurs d'asile essentiellement
- Mais aussi: les personnes sans papiers , les MNA, et aussi dans une moindre mesure les personnes venus dans le cadre du regroupement familial
- Tous des statuts différents, des parcours différents, des conditions de vie différentes
- Influence sur le psy, l'état de santé ressenti, les plaintes

Pour mieux comprendre , regard sur le parcours long , complexe d'un DA

# Parcours du demandeur d'asile

## Parcours des demandeurs d'asile : Loire Atlantique (44)



- **Depistage tuberculose (adulte de plus de 16 ans)**
    - RP (afin d'éliminer une TM)
    - IDR pour dépister ITL (**uniquement si ttt possible donc patient ayant une stabilité**)
    - Sinon suivi clinicoradiologique pendant 2 ans
  - **Depistage tuberculose enfant 15 ans et moins**
    - IDR
    - + RP : systématique à partir de 10 ans/ si IDR+ avant
- Quand adresser au CLAT? RP pathologique, présence de symptômes, ATCD de tuberculose mal soignée*

- **Dépistage des IST**

- Sérologie VIH, VHB, syphilis (voire VHC)
- PCR chlamydiae et gonocoque dans les urines chez l'homme , sur un (auto)PV chez la femme

**ATTENTION** penser à refaire régulièrement les sérologies (étude PARCOURS 2012: 35 à 49 % des migrants infectés par le VIH se sont contaminés en France)

*Quand adresser au SMIT?: séro VIH+, Ag HbS+, séro VHC+ avec PCR+*

*Syphilis : ttt en ambulatoire (extencilline 1 ou 3 injections)*

*Chlamydiae/ gono: ttt en ambulatoire azithromycine 1g PO en DU/ ceftriaxone 500mg IM en DU*



# BILAN

---

- **Parasitoses:**

- Helminthoses intestinales , amoebooses, giardioses souvent asymptomatiques ou juste responsable de douleurs abdo
- Peu de données épidémiologiques mais par expérience dans les centres travaillant avec des migrants très fréquents
- **A faire en systématique : EPS et NFS (*recherche d'une hyperéosinophilie*)**
- **BU et EPU** recommandés pour tous les patients d'Afrique subsaharienne

# dépistages des parasitoses(suite)

- EPS

- 1 fois si dépistage, 3 fois (en 8/10 jours)si symptomes (douleurs abdo, alternance diarrhée constipation, selles glaireuses, rectorragie)
- Que recherche t'on ? : ankylostome, anguillule, amibes pathogènes, giardiose, taenia, trichocéphales , shistosoma mansoni  
Ces parasites seront à traiter

Attention on retrouve fréquemment des parasites non pathogènes qu'il n'est pas utile de traiter: entamoeba coli ou hartmani, endolimax nana, blastocystis hominis

- BU et EPU

- Recherche de bilharziose urinaire (shistosoma haematobium)
- Signes cliniques: hématurie, dysurie, pesanteur pelvienne
- Sérologie bilharziose peut aussi être proposée en cas de forte suspicion et d'EPU négatif

# Traitement des parasitoses

---

- Helminthiose:
  - Ascaris, ankylostome, tricocéphale, oxyure: Albendazole 400mg en PU
  - Anguillulose: Ivermectine 4 cp en PU (*contrôle NFS et EPS à 6 mois*)
  - Taeniose: Praziquantel 10mg/kg en PU
- Amoebose: métronidazole 1cp\*3/j pdt 7 jrs et Intetrix 2 gel\*2/j pdt 10jrs
- Giardose: Albendazole 400mg 1cp/j pdt 5 jr
- Loase: Avis infectieux
- Shistosomose: Praziquantel 40mg/kg en PU ; 2 cures à 1 mois d'intervalle  
*Contrôle NFS, EPU 2 mois 6 mois 1 ans; éventuellement cystoscopie*

# Traitement des parasitoses (suite)

**CAT devant une hyperéosinophilie isolée** (en absence de cause non parasitaire)

## traitement d'épreuve

- Albendazole 400mg PU + ivermectine 4cp PU+ praziquantel 40mg/kg PU

Contrôle NFS à 1 mois, *Si persistance: sérologie filariose, shistosomose, distomatose, trichinellose, cysticercose, hydatidose*

*Ou adresser en consultation le vendredi matin au SMIT*

# BILAN non infectieux

- **NFS:** CAT devant une anémie:
  - penser à carence en fer (dosage ferritine) très fréquente chez les femmes originaire d'Afrique (conso d'argile, fibrome)
  - Electrophorèse de l'hémoglobine qui peut retrouver une drépanocytose (homo ou hétérozygote) , une thalassémie (mineure en générale) → permet un conseil prénatal si besoin

- **HTA**

Selon l'observatoire du COMEDE, prévalence HTA plus élevée dans population d'Afrique du Nord et d'Afrique centrale; dans certaines population originaire d'Afrique subsaharienne HTA de survenue plus précoce avec des complications plus sévères. Ceci est lié à des facteurs constitutionnels et environnementaux

En cas d'HTA, bilan classique FDR CV et retentissement

Traitement: antagoniste calcique et diurétique en 1<sup>ère</sup> intention chez les patients originaire d'Afrique subsaharienne

- **DIABETE**

HAS: recommande dépistage du diabète chez les migrants de plus de 45 ans

COMEDE élargit les recommandations de dépistages aux personnes de moins de 45 ans si originaire d'Afrique du Nord , des Caraïbes ou d'Asie du Sud

ATTENTION au diabète de l'Africain:

- Diabète de type 1B avec une présentation clinique proche DT1 et une évolution ultérieure proche DT2 (forte probabilité de rémission prolongée sans insuline mais avec un ttt ADO)
- Dosage des auto anticorps antipancréas négatifs
- Sujet jeune

# VACCINATION

---

- **Adulte avec statut inconnu**

- dTPCa (*boosrixtetra ou repevax*) à M0; dTP (*revaxis*) à M2; dTP à M12 puis reprise du calendrier vaccinal

- ROR: pas de recommandation sur intérêt sérologie rougeole. En pratique en absence d'ID ou de grossesse:

*Né après 1980: 2 doses*

*Femme ayant un projet de grossesse et née avant 1980: 1 dose*

# Quelle prise en charge après les dépistages systématiques?

Migrants: pas de prise en charge spécifique **MAIS**

- Être conscient des difficultés de certains migrants:
  - Précarité administrative
  - Précarité sociale (besoins fondamentaux) et de la PEC sociale
  - Précarité linguistique: attention à la francophonie « superficielle », penser à l'interprétariat professionnel gratuit accessible à tous (site de l'URML)
  - Précarité affective, isolement
- spécificités culturelles rarement au premier plan mais savoir adapter la PEC:
  - Bilan sanguin: svt vécu avec angoisse mais rarement refusé. Valeur symbolique du sang porteur de la vitalité
  - Représentation de la maladie: stigmatisation, recours thérapeutique alternatif
  - Expression des plaintes différentes
- le psychotrauma: nécessité d'une formation complémentaire!

# Pour la pratique on retiendra

---

- Avant toute chose, apprendre à les connaître
- Proposer en systématique:

RP, sero VIH, VHB, VHC, syphilis, PCR chlam/gono, NFS, EPS, EPU

Dépistage diabète et HTA

- Mise à jour vaccinale
- Penser au psychotrauma
- Ne pas négliger l'interprétariat



# Merci de votre attention

## Références utiles:

- guide pratique « le médecin généraliste et la personne en grande précarité en région PDL » URML
- Guide du COMEDE

