

1^{ÈRE} CONSULTATION ENFANT MIGRANT

Questions et Controverses en Pédiatrie

09/10/2021 - CHU de Nantes

Béatrice De Pracontal - Assistante Pédiatrie Générale et Infectiopédiatrie

ENJEUX

- Dans le monde en 2020 : 281 millions de migrants dont 36 millions d'enfants

(données UNICEF : <https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/migration/>)

- En France :

- 520 000 enfants d'une autre nationalité que UE en 2012
- Estimation à 50 000 enfants vulnérables en 2017 (50% MNA, 50% OFPRA demandeurs d'asile)

(données Comede : <https://www.comede.org/enfants-et-mineurs/>)

- A Nantes et Pays de la Loire :

- 201 MNA confiés en Loire Atlantique en 2020 *(données http://www.justice.gouv.fr/art_pix/tableau_mna_2020.pdf)*

ENJEUX

- Consultations longues
- +/- barrière de la langue
- Risque de perte de vue

- Populations d'enfants potentiellement malades :
 - VHB chronique (taux global 66 pour 1000)
 - Troubles psychiques graves (49)
 - Schistosomose urinaire (58)
 - Anguillulose (50)
 - Drépanocytose homozygote (17) (*données Comede 2017*)
 - Carences, trouble nutrition etc

QUELLES RÉFÉRENCES UTILISEZ-VOUS ?

QUELQUES RÉFÉRENCES

- Site Comede - Comité pour la Santé des Exilés

<https://www.comede.org/>

- URLM – guide pdf

[170621-VERSION-FINALE-guide-precarite-MG-Nantes.pdf](#)

- Avis HCSP 2019 relatif au bilan de santé pour enfants étrangers isolés

[hcspa20191107_bilandesantdesenfanttrangeisols.pdf](#)

- Pas (encore) de recommandations nationales pour la PEC du mineur accompagné
- Protocoles régionaux
- Inspirés protocoles PEC MNA – ou consultations d'adoption

1^{ÈRE} CONSULTATION ENFANT MIGRANT : KÉSAKO ?

- 1^{ère} contact médical
- Pour un enfant né hors de France
- Et vivant maintenant sur le territoire
- Quelque soit le laps de temps depuis son arrivée

1^{ÈRE} CONSULTATION ENFANT MIGRANT : POURQUOI ?

- Pas les mêmes PEC selon les pays :
 - Dépistages néonataux
 - Consultations pédiatriques systématiques
 - Calendriers vaccinaux et recommandations différentes
 - Parcours migratoire à risque
 - Passé pouvant avoir été violent (guerres...)
 - Enfant et famille souvent en situation précaire
- mise en place d'aides, contacts associations, assistante sociale...

1^{ÈRE} CS ENFANT MIGRANT : GRANDS AXES ?

1^{ÈRE} CS ENFANT MIGRANT : GRANDS AXES ?

- PEC sociale
- Motif de consultation urgent ?
- Dépistage tuberculose
- Vaccinations
- Dépistages autres maladies infectieuses
- Dépistage psycho-traumatisme – évaluation du risque suicidaire
- Spécificités pédiatriques

INTERPRÉTARIAT

- Site de l'URLM : <https://urml-paysdelaloire.org/nos-services/interpretariat-2/>
accessible à **tout médecin libéral** - nécessite une inscription - est **gratuit**
- ISM interprétariat : 01 53 26 52 62
H24 – 7j/7 – nécessite des codes
- Nantes ASAMLA – Association Santé Migrants de Loire Atlantique
5 Place Anatole France (déménagement) – 44000 Nantes – 02 40 48 51 99
Du lundi au vendredi – 9h à 12h30 puis 14h à 16h45

PEC SOCIALE

- PEC médicale :
 - Sécurité sociale ?
 - AME ?
- Statut : demandeur d'asile ?
- Assistante sociale qui les aide pour démarche ?
- Associations ?
 - France Terre d'Asile
 - SAFED (Association Saint Benoît Labre) : service d'hébergement pour familles en difficulté ayant enfants <3ans
 - Safe Migrants Nantes : accompagnements médico-psycho-socio-judiciaires
 - ...

MOTIF URGENT

- Traitable au cabinet
- Adresser aux Urgences Pédiatriques
- Consultation à la PASS (délai environ 1 mois)

ANAMNÈSE

- Logement fixe ? Ressources ?
- Parcours migratoire :
 - Pays traversés
 - Durées de séjour
 - adaptation dépistages
- Signes de psycho-traumatisme :
 - Cauchemars, troubles sommeil
 - Pleurs inexplicables, colères
 - Troubles de l'alimentation
 - Refus de jouer
- Acquisition propreté diurne/nocturne – dépistage énurésie/encoprésie

EXAMEN CLINIQUE

- Etat général - Poids taille PC → Débuter carnet de santé si possible++
- Examen général
- Examen cutané (cicatrice BCG, stigmates violences, carences, dermatoses..)
- Examen buccodentaire rapide pour +/- urgences dentaires
- Dépistages malformations congénitales éventuelles (souffle, fente LP..)
- Signes puberté précoce
- Développement psychomoteur chez < 5 ans
- Dépistages sensoriels vision audition
- (Prise Pression Artérielle, BU, dépistage des mutilations génitales féminines..)

TUBERCULOSE

- Examen clinique - anamnèse
- IDR ou IGRA si > 5 ans
- +/- Radiographie du thorax

- CAT (d'après propositions CLAT, selon reco HCSP mai 2019 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=731>):
 - IDR <9mm chez enfant **vacciné** BCG et RP normale : STOP suivi
 - IDR entre 5à14mm chez enfant >2ans NON vacciné ou statut inconnu : suivi clinicoradio à 1 et 2 ans

 - IDR >10mm chez <5 ans quelquesoit statut vaccinal : avis spécialisé
 - IDR >15mm ou IGRA positif : avis spécialisé

- A qui adresser si besoin ?
 - CLAT
 - +/- consultation infectiopédiatrie CHU (Pr Launay, Dr Santy, Dr De Pracontal)

VACCINATIONS

- D'emblée ?
- Lesquelles ?

VACCINATIONS : RECO HAS 2019

- [fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants_has_2019.pdf](#)

Enfants de 1 à 5 ans

J0	J3-J7	M1	M2	M8 à 12
DTCaPHibHepB (jusqu'à 36 mois) ou DTCaPHib + HepB (après 36 mois)		± dosage Ac antitétaniques et anti-HBs S4-S8	±DTCaP (selon Ac antitétaniques) ± HepB (selon Ac antiHBs)	± DTCaP (selon Ac antitétaniques) ± HepB (selon Ac antiHBs)
VPC13 (si entre 2 mois et 2 ans)			VPC1 (si entre 2 mois et 2 ans)	
ROR. Le vaccin ROR sera réalisé après la réalisation de l'IDR ou de l'IGRA si ce dernier est indiqué et réalisé d'emblée		ROR 2 ^e dose		
Men C (avec intervalle min de 6 mois si une dose a été reçue avant 1 an)				
Recherche cicatrice vaccinale BCG et, si indiqué ² , réaliser IGRA préférentiellement ou à défaut IDR tuberculine d'emblée ou plus de 4 semaine après une dose de ROR si volonté de ne prélever l'enfant qu'une seule fois			± BCG si dépistage négatif	
Sérologie VHB et VIH si indiquées dans le cadre du « bilan de santé migrants » d'emblée ou 4 à 8 semaines après une vaccination HepB si volonté de ne prélever l'enfant qu'une seule fois				

². Durant les difficultés d'approvisionnement, les enfants de moins de 5 ans à risque (enfants migrants né dans un pays de forte endémicité tuberculeuse ou dont au moins un des parents est né originaire de l'un de ces pays, ou devant séjourner 1 mois ou plus dans l'un de ces pays ou enfants en situation précaire) ainsi que les enfants nés à Mayotte et Guyane sont prioritaires.

VACCINATIONS : RECO HAS 2019

Enfants de 6 à 13 ans

J0	J3-J7	S4-S8	M2	M4	M8 à 12
DTCaP		± dosage Ac antitétaniques et antiHBs S4-S8	± DTCaP (selon Ac antitétaniques)		± DTCaP
ROR (après IDR/IGRA si indiqué et réalisé d'emblée)		ROR 2			
Men C					
HPV (filles âgées de 11 à 13 ans)					± HPV 2 (filles âgées de 11 à 13 ans)
Sérologie VHB, VIH ± « bilan de santé migrants » d'emblée ou 4 à 8 semaine après	Lecture des résultats ± HepB1 (si 3 marqueurs Hep B négatifs)	± HepB2 (selon dosage Ac anti HBs S4-S8)			± Hep B3
± sérologie varicelle si pas d'ATCD (adolescents âgés de 12-13 ans)		± varicelle 1 (si pas d'ATCD et sérologie VZV négative)	± varicelle 2		
Recherche cicatrice vaccinale BCG et, si indiqué ^{2,3} , réaliser IGRA préférentiellement ou à défaut IDR tuberculine d'emblée ou 4 à 8 semaine après une dose de ROR si volonté de ne prélever l'enfant qu'une seule fois					

3. Pour les enfants ayant résidé ou effectué un séjour de plus d'un mois dans un pays de forte endémicité.

VACCINATIONS : RECO HAS 2019

Enfants de 14 à 18 ans et adultes

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)
± sérologie varicelle si pas d'ATCD et <40 ans ou femme en âge de procréer		± varicelle 1 (si pas d'ATCD, <40 ans et sérologie VZV négative)	± varicelle 2		
Recherche de tuberculose latente : IGRA ou IDR (enfants jusqu'à 17 ans révolus et adultes de moins de 40 ans dans des situations particulières)					

VACCINATIONS : RECO HAS 2019

→ Adapter ensuite le schéma vaccinal

Interprétation de la sérologie hépatite B en postvaccinal (4 à 8 semaines après une dose)

Taux d'anticorps anti HBs	Conduite à tenir
Si Ac anti-HBs \geq 100 UI/L	Pas de dose supplémentaire, réaction anamnesticque
Si Ac anti-HBs < 100 UI /L	Schéma complet à poursuivre : administrer une dose à 1 mois et une 6 à 12 mois plus tard

Interprétation de la sérologie tétanos en postvaccinal (4 à 8 semaines après une dose de DTCaP/dTcaP +/- autres valences)

Taux d'anticorps antitétanique	Conduite à tenir	Modalités de poursuite du calendrier vaccinal
\geq 1 UI/ml	Réponse anamnesticque. Pas de dose supplémentaire	Reprise du calendrier vaccinal selon l'âge avec un intervalle minimal de 2 ans pour la prochaine dose (DTCaP/dTcaP) pour les 6-13 ans et de 5 ans pour les 14 ans et plus. Chaque fois que possible, recalculer sur le calendrier français en vigueur pour les doses ultérieures (2, 4, 11 mois, 6 ans, 11-13 ans, 25-45-65 ans puis tous les 10 ans)
0,1 à 1 UI/ml	Schéma antérieur possiblement incomplet. Refaire une dose 6 mois plus tard	
< 0,1 UI/ml	N'a probablement jamais été vacciné. Refaire une dose à 2 mois et à 8-12 mois	

DÉPISTAGES INFECTIOLOGIQUES ?

DÉPISTAGES INFECTIOLOGIQUES

- Sérologies :
 - VIH
 - VHB
 - VHC
 - Syphilis
 - Varicelle ? Si >12 ans sans antécédent rapporté

DÉPISTAGES INFECTIOLOGIQUES

- Parasitologie :
 - Des selles : x3 prélèvements sur 3 jours différents
 - À acheminer au laboratoire si possible après émission de chaque selle
 - (ne pas mettre au frigo, peut impacter l'interprétation, tuer certains parasites ou empêcher leur mobilité rendant plus difficile leur identification)
- Des urines : après effort physique (saut sur place, montée escaliers) pour schistosomiasis++, surtout si hématurie
- Sérologies bilharziose, anguillulose
- +/- Hyperéosinophilie à la NFS

BILAN SANGUIN AUTRE ?

BILAN SANGUIN AUTRE

- NFS ferritine
- Ionogramme sanguin, urée créatininémie
- Calcémie phosphorémie vitamine D
- Transaminases

+/-

- Electrophorèse Hémoglobine si >6mois et originaire zone forte prévalence
- Plombémie <5ans
- Bilan IST avec PCR chlamydiae gonocoque si pubère/rapports sexuels
- Bilan carences

Y PENSER

- Rachitisme
 - Scorbut
 - Hypothyroïdie (absence de dépistage néonatal)
 - Epilepsie et neurocysticercose
-
- Excision et mutilations génitales féminines
- l'aborder **dans un second temps**, surtout si potentiel voyage au pays

WORK IN PROGRESS

- Dr Willy Boutfol
- Dr Elodie Imboula
- Centre Régional des Antibiotiques
Pays de la Loire

- Support court : le mémo
- Lien vers document + long
- Check-list : tableau pdf format A4

(facile à imprimer et agraffer dans
carnet de santé)

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT MIGRANT



COUVERTURE SOCIALE	1
EXAMEN CLINIQUE	2
BILAN BIOLOGIQUE	2
- Bilan	
- Interprétation sérologies hépatites et syphilis	
DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE	3
- Qui dépister ?	
- Quand dépister ?	
- Comment dépister ?	
VACCINATION	4
- Généralités	
- Statut vaccinal antérieur connu	
- Statut vaccinal antérieur inconnu	
- BCG	
STRUCTURES	5

QUESTIONS – REMARQUES ?

Qu'attendriez-vous d'un document ?

beatrice.depracontal@chu-nantes.fr

MERCI