Maladies infectieuses chez les migrants en Suisse

Barbara Bertisch[a], Hermann Etter[b] , Markus Frei[c], Luciano Ruggia[d], Pietro Vernazza[a]

[a] Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen
[b] Tropenmedizinisches Praxiszentrum, St. Gallen
[c] Tropenmedizinisches Praxiszentrum, Luzern
[d] Projektmanager, Bundesamt für Gesundheit

Quintessence

- L'exposition à des maladies infectieuses dans le pays d'origine mais également la situation de vie peuvent être à l'origine de risques sanitaires spécifiques chez les migrants.
- Ayant une prévalence élevée dans les pays d'origine, le nombre de cas documentés de tuberculose, d'infection par le VIH et d'hépatite B (en fonction de l'exposition, d'hépatite C également) chez des migrants est en augmentation en Suisse.
- En cas de voyages nombreux dans les pays d'origine, les maladies infectieuses que sont la dengue et le chikungunya surviennent également; les migrants contractent aussi souvent le paludisme, le typhus, la brucellose et l'hépatite A, parfois avec une évolution clinique différente (paludisme).
- Certains indices suggèrent que les migrants contractent également plus souvent la schistosomiase (forme chronique), des infections sexuellement transmissibles, la filariose et l'amibiase.
- En raison d'une persistance depuis des décennies, la leishmaniose viscérale et l'infection à Strongyloides stercoralis, entre autres, peuvent conduire à des évolutions problématiques chez les migrants immunodéprimés.
- Même longtemps après avoir quitté le pays d'origine, la maladie de Hansen (rare) et la maladie de Chagas peuvent se manifester.

Barbara Bertisch

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Aperçu: situation sanitaire chez les migrants en Suisse

Dans l'ensemble, 31% de la population suisse est issue de la migration, ce qui englobe les personnes elles-mêmes nées à l'étranger ou dont les parents sont nés à l'étranger (Office fédéral de la statistique, 2008). Après soustraction des personnes naturalisées, 20% de la population possède un passeport étranger. Dans cet article, ces personnes sont désignées par le terme «migrant(e)», comme dans les publications de l'OFSP [1]. Parmi cette population de migrants, 80% sont européens (souvent d'Europe du Sud), 4% sont originaires de Turquie, 4% d'Afrique et 4% d'Amérique et 6,5% sont originaires d'Asie/Océanie ou sont apatrides (Office fédéral de la statistique, 2010). Environ 70 000 personnes sont demandeuses d'asile, la plupart d'entre elles provenant depuis ces dernières années d'Afrique subsaharienne, du Sri Lanka, des pays balkaniques, d'Afghanistan et d'Irak (Office fédéral des migrations). Par ailleurs, environ 100 000 personnes résident en Suisse sans autorisation de séjour valide [1].
Les situations de vie des migrants en Suisse sont particulièrement hétérogènes. En particulier, les migrants originaires de pays peu privilégiés peuvent être confrontés à des problèmes comme le déracinement, un statut de séjour précaire, des barrières linguistiques, culturelles et financières, et la solitude [2, 3]. Peuvent s'y ajouter des stigmatisations, ce qui est par ex. souvent le cas chez les Africains qui sont considérés comme des «porteurs de maladies» [4]. Cette situation globale peut être à l'origine de risques sanitaires spécifiques [3, 5–7], qui concernent parfois aussi des migrants de la deuxième génération, comme démontré pour certaines maladies isolées [8]. Etant donné que la situation est très variable pour certains groupes de migrants donnés, nous tenterons, dans la suite de cet article, de différencier ces groupes en fonction de leur origine ou d'autres facteurs.
Les mesures ciblant particulièrement les migrants dans le domaine du système de santé, et qui devraient s'ajouter à leur propre responsabilisation, concernent entre autres l'amélioration de la communication (en particulier, traductions), la surveillance sanitaire, la prévention et les processus organisationnels (par ex. «migrant-friendly hospitals», appropriation de la compétence transculturelle) [1]. Posséder des connaissances détaillées au sujet des problèmes sanitaires chez les migrants peut également contribuer à une amélioration supplémentaire de la qualité. Pourtant, toute représentation de migrants en tant que groupe avec des problèmes particuliers expose également à un risque de stigmatisation supplémentaire [9].

Maladies infectieuses chez les migrants: différences par rapport aux «non-migrants»?

En particulier, les migrants originaires de pays (sub)tropicaux peuvent être (avoir été) exposés à de nombreuses maladies infectieuses. Celles-ci peuvent être congénitales (exemples: infection par le VIH, hépatite B, maladie de Chagas) ou être acquises dans le pays d'origine durant l'enfance ou l'âge adulte. Une exposition accrue des migrants aux maladies infectieuses est possible en cas de voyages dans le pays d'origine, mais également lors de certaines conditions de vie en Suisse: tel est le cas pour jusqu'à 90% des migrantes travaillant dans le commerce du sexe [3]. Il n'y a pas de différences majeures connues au niveau de la fréquence, de l'évolution et du spectre des agents pathogènes des maladies aiguës fréquentes, comme celles touchant les voies respiratoires ou les voies urinaires. Par contre, les migrants peuvent être infectés par des agents pathogènes qui ne se rencontrent pas (plus) en Suisse, mais qui sont très répandus dans les pays d'origine.
Pour les maladies ayant une courte période d'incubation, l'anamnèse est déterminante. Pour les maladies avec une période d'incubation plus longue ou une persistance, l'extension du diagnostic différentiel à des agents patho-

gènes associés aux migrations peut être moins évidente. Il est par ex. utile de se baser sur les symptômes qui sont inhabituels pour les maladies courantes en Suisse (par ex. urines sanglantes chez un jeune homme originaire du Zimbabwe qui est atteint de bilharziose urinaire). Toutefois, les symptômes peuvent également être peu caractéristiques, comme en cas de spondylite brucellienne ou de pneumonie due à *Burkholderia pseudomallei* après un séjour en Thaïlande.

Dans la suite sont énumérées des maladies infectieuses qui surviennent fréquemment ou d'une manière atypique chez les migrants, en commençant par les plus fréquentes et celles considérées comme particulièrement importantes dans ce contexte (tab. 1). S'en suivent des maladies plus rares, qui sont classées en fonction de leur durée d'incubation (tab. 2). Les symptômes, le diagnostic et le traitement sont uniquement mentionnés s'il existe des particularités chez les migrants; sinon, le lecteur est invité à consulter la littérature pour plus de détails. Le tableau 3 présente les temps d'incubation et la durée typique des symptômes pour certaines maladies prédominantes dans le contexte migratoire.

A l'échelle mondiale, parmi les 50 millions de personnes qui voyagent chaque année des pays industrialisés vers les pays (sub)tropicaux, 25–40% sont des migrants dont le but est de rendre visite à la famille et des amis («visiting friends and relatives», VFR). En moyenne, les voyages de type VFR durent plus longtemps que les voyages touristiques. Les personnes qui effectuent des voyages de type VFR se rendent plus souvent dans des contrées rurales éloignées, ont des contacts plus étroits sur place et consomment des aliments à risque élevé [10]. En raison d'évènements familiaux, les migrants peuvent être amenés à devoir opter pour un voyage de dernière minute. Par rapport aux autres voyageurs, les migrants rentrant voir leurs proches se rendent plus rarement à une consultation de médecine du voyage avant leur départ et ceux qui se rendent tout même à une telle consultation mettent plus rarement en application les recommandations reçues [11]. Ce constat pourrait s'expliquer par des restrictions financières, par des difficultés linguistiques, par une moins bonne intégration dans le système de santé, mais également par l'idée fausse d'être protégé suffisamment en raison d'une exposition dans le passé [12]. En effet, par rapport aux touristes, les migrants effectuant des voyages de type VFR contractent plus souvent le paludisme, le typhus, la tuberculose, l'hépatite A et des infections sexuellement transmissibles (IST) [10, 11, 13–15]. Par ailleurs, chez ces migrants, les répercussions de la forme chronique de la schistosomiase se retrouvent souvent dans les voies urinaires ou dans le tractus intestinal (des décennies après l'infection) [16].

Tuberculose, VIH, hépatites, paludisme: particularités chez les migrants

Tuberculose

En Suisse, entre 2005 et 2009, 550 nouveaux cas de tuberculose (tbc) ont été diagnostiqués chaque année [17]. Tout comme en Grande-Bretagne [18], 71% des cas concernaient des patients nés à l'étranger et/ou de nationalité étrangère [19]. La médiane d'âge des patients atteints de tbc était de 67 ans pour les patients suisses et de 33 ans

Tableau 1
Symptômes typiques de la tuberculose, de l'infection par le VIH, des hépatites virales et du paludisme.

Tuberculose	Apparition de la maladie souvent dans les 2 ans suivant l'infection, voire beaucoup plus longtemps après
	Symptômes: toux >3 semaines, symptômes B, fatigue; plus rarement, douleurs thoraciques, dyspnée, expectorations sanglantes
	Tbc extrapulmonaire (par ordre décroissant de fréquence): atteinte des ganglions lymphatiques, de la plèvre, des organes uro-génitaux, des os et des articulations
	Rarement: tbc miliaire avec baisse de l'état général et nodules disséminés entre autres dans le foie, la rate, la glande surrénale, les reins, le système nerveux central, etc.
Infection par le VIH	Période d'incubation en cas de primo-infection: 3–6 semaines
	Symptômes: voir tableau 4, présents dans jusqu'à 90% des cas
	Evolution asymptomatique durant des années ou évolution non spécifique avec gonflement des ganglions lymphatiques, infection à H. zoster, infection récidivante à H. simplex, séborrhée, leucoplasie chevelue, muguet buccal, thrombopénie
	En l'absence de traitement, apparition, le plus souvent après 8–10 ans, de maladies définissant le SIDA (selon la classification CDC); principalement en Suisse: pneumonie à Pneumocystis carinii, œsophagite mycosique, toxoplasmose du SNC; en Afrique/Asie, plus souvent tbc, pneumonies bactériennes (récidivantes), méningo-encéphalite à cryptocoques, histoplasmose; en Asie du Sud-Est, infection à Penicillium marneffei
Hépatites virales	Aiguë (en cas d'hépatite A, E et B, rarement en cas d'hépatite C): ictère, faiblesse, douleurs abdominales, transaminases ↑↑
	Chronique (hépatite B et C): asymptomatique ou symptômes non caractéristiques tels que fatigue, douleurs épigastriques, sécheresse cutanée, douleurs articulaires, élévation des transaminases ↑
	Complication: en cas d'hépatite E, évolution grave en cas de grossesse; en cas d'hépatite B et C, cirrhose hépatique
Paludisme	Période d'incubation: P. falciparum: 7–30 jours et plus; P. vivax et ovale: jusqu'à >1 an
	Symptômes d'une infection à P. falciparum chez les personnes non immunisées: fièvre irrégulière, frissons, céphalées, plus rarement myalgies, symptômes gastro-intestinaux et respiratoires; dans 25% des cas splénomégalie et plus rarement hépatomégalie; possible: pâleur, ictère
	Complications: atteintes des reins, du SNC et des poumons, anémie massive, choc, coagulation intravasculaire disséminée
	Chez les personnes partiellement immunisées: évolutions souvent plus bénignes et retardées, moins de fièvre, complications/décès plus rares
	M. tertiana, quartana: poussées de fièvre de 2 ou 3 jours, complications rares

Tableau 2
Symptômes typiques d'autres maladies importantes dans le contexte migratoire.

Dengue	Période d'incubation: 3–14 jours; symptômes initialement non spécifiques: fièvre élevée, symptômes généraux, céphalées, douleurs rétro-orbitaires, douleurs dorsales, douleurs articulaires; érythrodermie, éruption cutanée, tendance hémorragique
	Complications: le plus souvent entre le 2e et le 5e jour, détérioration aiguë avec hémorragies cutanées/gastro-intestinales/aux sites de ponction, fuite capillaire possible, choc
Chikungunya	Période d'incubation: 4–7 jours; fièvre élevée soudaine, souvent en deux pics, céphalées
	Fortes douleurs durant souvent des mois avant tout au niveau des petites articulations (à distance du bas de la jambe et de l'avant-bras) avec tuméfaction, rougeur et parfois éruption cutanée (prurigineuse), également palmo-plantaire
	Rarement, complications organiques
Fièvre hémorragique virale	Fièvre de Lassa, fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Marburg et fièvre Ebola: période d'incubation allant jusqu'à 3 semaines
	Symptômes généraux non spécifiques avec fièvre, symptômes respiratoires/gastro-intestinaux, douleurs articulaires; éventuellement, exanthème, conjonctivite et pharyngite; tendance hémorragique (pas nécessairement), thrombopénie, parfois également coagulation intravasculaire disséminée
	Atteintes organiques possibles (foie, reins, SNC, poumons), symptômes de choc
Infections sexuellement transmissibles (sélection)	*Syphilis* primaire: période d'incubation: 9–90 jours; chancre induré, lymphadénopathie régionale; secondaire: exanthème maculo-papuleux, également palmo-plantaire, lymphadénopathie généralisée, lésions des muqueuses, symptômes généraux, céphalées; tertiaire: anévrisme aortique, gommes syphilitiques; quaternaire: manifestations liées au SNC
	Gonorrhée: période d'incubation: 2–10 jours; chez les hommes: le plus souvent, symptômes au site d'infection, écoulement urétral avec dysurie, épididymite, orchite; chez les femmes: diagnostic souvent uniquement posé en présence de complications (endométrite, annexite, maladie inflammatoire pelvienne; dissémination possible)
	Trichomonase: période d'incubation: 4–28 jours; chez les hommes: souvent asymptomatique ou urétrite; chez les femmes, pertes vaginales d'aspect mousseux avec prurit
Typhus	Période d'incubation: 3–60 jours; fièvre dans >90% des cas; symptômes potentiels: céphalées; constipation initiale puis diarrhée, toux
	Complications le plus souvent en cas d'évolution >2 semaines: hémorragie/perforation gastro-intestinale, encéphalopathie typhique
Brucellose	Période d'incubation: 2 semaines à 6 mois; souvent, fièvre, symptômes généraux, douleurs musculaires/articulaires, hépato(spléno)mégalie, gonflements des ganglions lymphatiques
	Avec le temps, fièvre ondulante, arthrite, orchiépididymite
	Chronicisation >1 an possible: chute de performance, dépression; 20–40% de complications au niveau des os (sacroïliite, spondylite) et des articulations
Schistosomiase	Période d'incubation: 2–9 semaines; syndrome de Katayama: fièvre, myalgies, toux, céphalées, éruption cutanée de type urticaire; symptômes auto-limitants
	Schistosomiase urogénitale (chronique): ulcérations de la paroi vésicale, inflammations vésicales, cancer de la vessie, urines sanglantes, hydronéphrose, ulcérations génitales et fibroses génitales
	Schistosomiase intestinale (chronique): ulcérations/hémorragies intestinales, atteinte hépatique (branches de la veine porte) avec hypertension portale
Abcès amibien du foie	Période d'incubation: 8 semaines à plus d'un an; seulement dans 20% des cas, antécédents de diarrhée (sanglante)
	Sensation de malaise sévère, fièvre, douleurs sourdes puis violentes au niveau de l'épigastre droit; vomissements, toux irritative; dans 50% des cas, hépatomégalie, douleur à la palpation
Leishmaniose	Période d'incubation: 2 semaines jusqu'à 3 mois; *cutanée:* au site d'inoculation, papules -> nodules -> ulcération avec formation de croûte
	En Amérique du Sud, tendance à la chronicisation, ulcération, atteinte muco-cutanée
	Viscérale: fièvre irrégulière, faiblesse, anorexie, splénomégalie (massive), hypergammaglobulinémie, pancytopénie progressive avec anémie (symptomatique), signes hémorragiques, infections secondaires
Filarioses	*Lymphatique:* en raison de l'inflammation chronique, obstruction -> œdèmes lymphatiques, avant tout au niveau des extrémités et des parties génitales, hydrocèle, chylurie
	Loa loa: prurit, tuméfactions mobiles, migration sous-conjonctivale du ver
Neurocysticercose	Période d'incubation: 3–4 mois
	Invasion du SNC par des larves du ténia du porc: convulsions, anomalies focales, troubles cognitifs, répercussions d'une hydrocéphalie interne
	En cas d'atteinte oculaire, douleurs orbitaires, perte de l'acuité visuelle
Strongyloïdose	Syndrome d'hyperinfection en cas d'immunosuppression: gastro-entérite sévère, déficits respiratoires et nerveux centraux possibles
Maladie de Hansen	Période d'incubation: quelques mois à 30 ans
	En fonction de la réponse immunitaire, symptômes de la lèpre tuberculoïde se limitant à la peau (hypopigmentation, bords saillants, troubles de la sensibilité) et aux nerfs (déficits sensoriels, déficits moteurs, atteintes du système nerveux autonome avec conséquences secondaires), pouvant aller jusqu'à la lèpre lépromateuse avec (en plus) invasion mycobactérienne de la peau, du cartilage et des os et atteintes/défaillance rénales
Maladie de Chagas	Après la phase aiguë (non spécifique; également rarement diagnostiquée dans les pays endémiques), dans 20–35% des cas après des années voire des décennies, maladie chronique avec cardiomyopathie (altérations à l'ECG, palpitations, sensation d'oppression, insuffisance cardiaque, anévrisme de l'apex du cœur), mégaœsophage (dysphagie, régurgitation) et mégacôlon (constipation)

pour les migrants. L'incidence de la tuberculose chez les migrants correspond à celle dans les pays d'origine [19]. En Suisse, 150 000 personnes sont originaires de régions où la prévalence globale de la tbc est élevée (Asie, Afrique, certains pays en Amérique latine et Europe de l'Est) et bon nombre de migrants sont originaires de pays enregistrant une prévalence de tbc moyennement élevée, comme le Portugal, les pays d'ex-Yougoslavie, la Turquie et le Brésil.

Durant la période 2005–2009, 19% des cas concernaient des demandeurs d'asile ou des réfugiés. Ainsi, à titre d'exemple, il a pu être montré chez des réfugiés somaliens qu'un tiers des diagnostics de tbc avaient été posés au cours des 90 jours après la demande d'asile et que les cas restants sont survenus au cours des années suivantes [19]. L'examen sanitaire de frontière (incluant radiographie thoracique et mise au point ultérieure des cas suspects), qui était réalisé depuis 1992, a été abandonné en 2006 pour des raisons de coûts et remplacé par une évaluation avec un questionnaire relatif aux symptômes, qui est plus lacunaire [20].

Dans 72% des cas (en cas de coinfection par le VIH, dans 64% des cas), les poumons sont touchés; parmi les manifestations exclusivement extrapulmonaires (28% des cas), la lymphadénite tuberculeuse est la plus fréquente [19, 21]. Dans l'ensemble, 4,4% des cas de tbc surviennent dans le cadre d'une infection par le VIH, souvent chez des migrants originaires d'Afrique subsaharienne [22]. Les symptômes souvent peu caractéristiques qui doivent faire soupçonner une tuberculose incluent une toux persistant durant plusieurs semaines, une perte de poids, la fièvre et une transpiration nocturne, particulièrement si des facteurs de risque de tuberculose (immigrant originaire d'un pays à prévalence élevée de tbc, contact avec un cas de tuberculose contagieux, faiblesse immunitaire) sont présents [19] ou si la réactivation d'une ancienne infection est possible [21].

Même en cas de faible suspicion, une radiographie du thorax devrait être réalisée, celle-ci étant rarement normale en cas de tbc avérée (les exceptions concernent les patients atteints de tbc primaire et [rarement] les patients immunodéprimés). En cas d'anomalies, il faut procéder à l'examen des expectorations matinales (spontanées ou provoquées) 3 jours de suite. Un test de dépistage du VIH est toujours indiqué en cas de tuberculose [23]. Particulièrement chez les migrants ayant des antécédents de traitement antituberculeux et chez ceux originaires de pays à prévalence élevée de la tbc, il est impératif de pratiquer un test de résistance et de discuter du traitement avec un spécialiste [20]. Avant une immunosuppression planifiée, une tuberculose latente doit être recherchée. A cet effet, la réalisation d'un test IGRA («interferon-gamma release assay») est particulièrement adaptée chez les migrants en raison de la vaccination BCG fréquente [19]. En cas de traitement prophylactique de la tuberculose, le risque de résistance à l'isoniazide (INH) doit être évalué.

Infection par le VIH

Des sondages (ayant toutefois une signification confuse) ont révélé que des préservatifs étaient plus rarement utilisés et des tests de dépistage du VIH étaient moins souvent pratiqués par différents groupes de migrants [24]. Sur les 25 000 personnes infectées par le VIH en Suisse (env. 0,5% de la population adulte), les migrants originaires d'Afrique subsaharienne constituent le deuxième groupe le plus touché par le VIH après les hommes homosexuels [25]. Parmi les hétérosexuels présentant une infection par le VIH nouvellement diagnostiquée, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne (principalement des femmes) sont plus fréquents que les Suisses. La majorité des femmes touchées ont été infectées au cours de relations monogames [3].

Chez les migrants, le diagnostic d'infection par le VIH est souvent encore posé trop tard [22, 26–28]. Chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne (probablement chez d'autres groupes également), la peur de la discrimination et les barrières linguistiques/culturelles ont entre autres été identifiées comme causes d'un test de dépistage et d'un traitement tardifs [2, 29, 30]. Les migrants originaires d'Afrique subsaharienne continuent souvent à associer l'infection par le VIH à la mort [3].

Tableau 3
Périodes d'incubation (zones bleu clair) et durée possible de persistance des symptômes (zones bleu foncé).

<21 jours	21 jours à plusieurs mois	Plusieurs mois	Années
Dengue			
Chikungunya			
Infection aiguë par le VIH			
Fièvre hémorragique virale			
Typhus			
Paludisme (P. falciparum)			
Paludisme (P. vivax, ovale, malariae)			
Tuberculose			
Brucellose			
	Hépatites A et E		
		Hépatites B et C	
	Leishmaniose viscérale		
	Filarioses		
		Schistosomiase (stade chronique)	
	Abcès amibien du foie		

Des données de l'étude suisse de cohorte VIH (Swiss HIV Cohort Study, SHCS) ont montré qu'avant 2001, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne présentaient de plus faibles taux de CD4 que les Suisses lors de l'entrée dans l'étude [26], ce qui était également le cas plus tardivement pour les patients originaires d'Asie et d'Europe du Sud [22]. Des données actuelles montrent un taux accru d'interruption du traitement antirétroviral (TAR) chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne [22, 31]. En cas de prise en compte d'un éventuel prétraitement, de l'état de résistance et du génotype, la réponse au traitement n'est pas affectée [32]. Chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne ayant participé à l'étude SHCS, aucune différence n'a été identifiée au niveau de la mortalité ou du taux de SIDA [31].

La majorité des migrants pourraient avoir contracté l'infection par le VIH dans leur pays d'origine où la prévalence est souvent beaucoup plus élevée qu'en Suisse, ce que 62% des personnes touchées ont admis lorsqu'elles ont été interrogées [32]. Cette hypothèse est également soutenue par le fait que chez les migrants originaires de pays où la prévalence du VIH est élevée, seuls 2% des diagnostics d'infection par le VIH concernent des infections récentes. Pourtant, des données provenant de Grande-Bretagne montrent que jusqu'à un tiers des Africains séropositifs pour le VIH vivant en Grande-Bretagne pourraient y avoir été infectés; cette proportion peut atteindre 50% pour les hommes homosexuels d'Afrique subsaharienne [34]. Des données concernant les comportements sexuels à risque chez les migrants effectuant des voyages de type VFR montrent qu'une contamination par le VIH lors de vacances dans le pays d'origine doit également être envisagée [35, 36].

Il est d'autant plus important de détecter une primo-infection. Jusqu'à 90% des personnes présentent les symptômes énumérés dans le tableau 4 à compter de la deuxième semaine après l'exposition [37]. En présence de tels symptômes, il convient de pratiquer un test de dépistage du VIH combiné (antigène et anticorps) et d'informer le patient au sujet de la très forte infectiosité au cours de la primo-infection. Certains indices suggèrent que l'initiation d'un TAR dans cette situation apporte des bénéfices [37]. A Londres, il s'est avéré que chez de nombreux migrants originaires d'Afrique subsaharienne, l'infection par le VIH n'a pas été détectée malgré une consultation médicale en raison de symptômes évocateurs du VIH [38]. Une étude pilote a montré un meilleur taux de diagnostic en cas de réalisation d'un test de dépistage du VIH lorsque certaines maladies indicatrices étaient présentes (HIDES-Study, Sullivan EACS 2011).

Etre migrant et infecté par le VIH peut agir dans le sens d'une «identité sociale doublement compromise» [32]. Parmi les facteurs aggravants qui peuvent s'y ajouter figure une communication insuffisante au sujet de la maladie entre les migrants originaires d'un même pays [2], un retard d'information au sujet du changement de position vis-à-vis du VIH dans le pays d'origine [40], ainsi que des circonstances traumatisantes de fuite et éventuellement de contraction du VIH (ONUSIDA 2007). Bien que les migrants soient de plus en plus impliqués dans la mise au point de programmes de prévention (par ex. projets de l'Aide Suisse contre le Sida, en particulier Afrimedia [25]), certains groupes de migrants sont difficiles à atteindre.

Tableau 4
Signes et symptômes d'une primo-infection par le VIH.

Fréquents	Fièvre
	Fatigue
	Lymphadénopathie disséminée
	Pharyngite érythémateuse
	Eruption cutanée
	Céphalées
	Lymphocytes réactifs
Moins fréquents	Myalgies et arthralgies
	Diarrhée aiguë
	Nausées et vomissements
	Ulcères buccaux et génitaux
Rares	Hépatosplénomégalie
	Méningite aseptique et autres manifestations neurologiques

Hépatites

Hépatite B

En Suisse, la prévalence de l'hépatite B s'élève à 0,3% de la population (SEVHep 2007). A l'échelle mondiale, le nombre de personnes infectées est estimé à 350 millions (OMS 2009), avec des chiffres particulièrement élevés en Asie et en Afrique subsaharienne. Pour les migrants originaires de zones fortement endémiques, des études ont soutenu la réalisation des mesures suivantes et ont jugé qu'elles étaient efficientes en termes de coût: dépistage de l'hépatite B par dosage de l'antigène HBs et des anticorps anti-HBs et, éventuellement, initiation d'un traitement et réalisation d'un dépistage du VIH et de l'hépatite D [41, 42]. Les migrants sont plus souvent victimes d'une transmission congénitale de l'infection, avec une chronicisation dans 80–90% des cas. La chronicisation ainsi que la présence de cofacteurs, comme l'exposition à l'aflatoxine et l'infection par d'autres sérotypes du virus de l'hépatite B (VHB), augmentent le risque de carcinome hépatocellulaire (CHC), qui peut également survenir sans cirrhose, et ce, particulièrement chez les personnes originaires d'Afrique et d'Asie [41]. Les migrants ayant un profil à risque devraient être vaccinés contre l'hépatite B; les proches de personnes infectées devraient se soumettre à un dépistage et, le cas échéant, se faire vacciner [41]. En cas d'immunosuppression ou avant une immunosuppression, il convient en plus de quantifier l'ADN du VHB chez les patients avec positivité des anticorps anti-HBc et mise en évidence de l'antigène HBs et d'initier un traitement antiviral; en cas de résultat négatif pour l'antigène HBs (± anticorps anti-HBs), il est recommandé d'effectuer un contrôle de l'ADN du VHB et de l'alanine aminotransférase (ALT) tous les 2 mois, avec initiation d'un traitement en cas de réactivation virale [43].

Hépatite C

En Suisse, la prévalence de l'hépatite C s'élève à 0,7–1% de la population (SEVHep 2007). La maladie est hautement endémique en Egypte, suivie du Pakistan et de la Chine [41]. Les migrants peuvent être menacés particulièrement en cas d'antécédents d'exposition à du sang, mais également en cas d'autres types d'expositions [44].

Hépatite A

Entre 1988 et 2004, le nombre de cas d'hépatite A importés en Suisse était passé sous la barre des 200 cas par an.

La proportion de cas causés par des migrants pratiquant des voyages de type VFR a proportionnellement augmenté de 15,5 à 28%, avec une prépondérance chez les jeunes de moins 14 ans [45]; plus de 50% des personnes touchées étaient originaires des pays d'ex-Yougoslavie, d'Italie ou de Turquie [46]. En cas de contact étroit avec une personne ayant contracté une hépatite A aiguë, une vaccination active contre l'hépatite administrée au cours des 7 premiers jours peut permettre de prévenir la maladie ou tout du moins de l'affaiblir; une vaccination passive contre l'hépatite A administrée jusqu'au 14e jour peut permettre de prévenir la maladie ou tout du moins de l'affaiblir [46].

Hépatite E

L'hépatite E peut survenir à une fréquence accrue avant tout chez les jeunes adultes s'étant rendu en Inde pour rendre visite à leurs proches, mais également après un séjour dans des régions (sub)tropicales [16].

Paludisme

Dans les zones (sub)tropicales, 40% de la population sont exposés au risque d'infection paludéenne. Plus de 80% des cas de paludisme proviennent de pays d'Afrique tropicale [16]. *Plasmodium falciparum*, l'agent pathogène à l'origine de la forme de paludisme *Malaria tropica*, est responsable de la majorité des cas de paludisme et de pratiquement tous les décès. La plupart du temps, la maladie se manifeste en l'espace d'un mois après le retour de voyage, rarement après 6 mois [15]. Les infections par les autres espèces de *Plasmodium* peuvent devenir symptomatiques plus d'un an ou plus après le retour de voyage. En Suisse, 180 cas de paludisme par an ont été recensés entre 2006 et 2010, avec une tendance à la baisse depuis l'an 2000 [47]. La plupart des cas concernaient des migrants originaires d'Afrique subsaharienne, suivis de Suisses et d'autres Européens. Parmi les personnes d'origine africaine (la plupart du temps, voyages de type VRF), seules 11% s'étaient rendues à une consultation de médecine du voyage en Suisse [48]. L'immunité partielle chez les personnes originaires de zones endémiques diminue massivement en l'espace d'un an [12], mais elle peut néanmoins être à l'origine d'une évolution moins symptomatique de la maladie (par ex. sans fièvre) et de décès plus rares [49]. Malgré la prédominance des cas de paludisme chez des patients d'origine africaine, seuls deux des six décès survenus concernaient des migrants [48].

La méthode de référence pour le diagnostic de paludisme consiste à analyser directement trois «gouttes épaisses» de sang sur 72 heures ainsi qu'un frottis sanguin, ce dernier permettant de préciser le diagnostic d'espèce et la parasitémie [15]. Dans la pratique, le test rapide de détection d'antigènes de *Plasmodium* est avant tout recommandé [47, 50], celui-ci ayant une sensibilité équivalente à celle de l'examen microscopique de référence [45] et permettant de détecter l'antigène de toutes les espèces de *Plasmodium*.

Maladies ayant une période d'incubation allant jusqu'à 21 jours

La *dengue* constitue la cause la plus fréquente de maladies fébriles importées en cas de retour récent d'Asie du Sud-Est et des Caraïbes (période d'incubation de 3 à 14 jours) [15]. En présence d'antécédents de primo-infection dans le pays d'origine, les migrants peuvent présenter un risque accru de fièvre dengue hémorragique en cas de seconde infection; le risque absolu est toutefois faible [51]. L'*infection par le virus Chikungunya,* qui est le plus souvent contractée en Asie et en Afrique subsaharienne et dont la période d'incubation est comprise entre 1 et 12 jours au maximum, peut donner lieu à des arthropathies persistant durant des mois voire des années [15]. Pour les deux maladies, il n'existe pas de données concernant leur survenue chez les migrants par rapport aux voyageurs en Suisse. Par ailleurs, aucun vaccin n'est disponible.

Pour les maladies de type *fièvre hémorragique virale,* une importation en Suisse est certes improbable (uniquement trois cas depuis 1994), mais pas exclue [52]. Le virus de Lassa, le virus de Crimée-Congo, le virus de Marburg et le virus Ebola sont transmissibles d'homme à homme. Par conséquent et en raison de la gravité de ces différents tableaux cliniques, il convient de songer à ces maladies en cas de fièvre survenant dans les 21 jours suivant un séjour dans des zones endémiques (particulièrement Afrique subsaharienne) [50].

Il n'existe que peu de données concernant les *infections sexuellement transmissibles (IST)*[1] chez les migrants; il est néanmoins prévu de réaliser une étude approfondie sur le comportement à risque des migrants [53]. Les infections peuvent refléter le taux d'IST dans les pays d'origine, mais elles peuvent également être le signe d'une exposition au risque particulière. Des IST ont été retrouvées chez 1,6% des voyageurs de type VFR et chez 0,3% des touristes [10]. L'étude SHCS a révélé un taux accru de syphilis chez les migrants originaires d'Amérique latine/Caraïbes [22]. Parmi les migrantes ayant consulté à la policlinique de gynécologie de l'Université de Lausanne, 11% ont rapporté avoir été victimes d'une IST au cours de l'année précédente (population générale 3,4%); toutefois, il existe un biais lié à la prostitution plus fréquente chez les migrantes [54]. Chez les migrantes illégales, principalement originaires d'Amérique latine, un comportement à risque vis-à-vis des IST a plus fréquemment été observé [55], avec un taux constant ou accru d'infections à *Chlamydia trachomatis* [56, 57]. Chez les personnes rentrant de zones endémiques, il convient également de songer à d'autres IST, comme la trichomonase, le chancre mou et le granulome inguinal, en cas de manifestations cliniques/d'exposition correspondantes.

Maladies ayant une période d'incubation de quelques jours à plusieurs mois

Entre 1993 et 2002 (ou 2004), environ 20 cas de *typhus* et 10 cas de *parathyphus* ont été diagnostiqués chaque année en Suisse [58, 59]. Cette tendance s'est poursuivie jusqu'en 2011 (OFSP 2011), sans décès recensé depuis 1987. A notre connaissance, pratiquement tous les cas étaient importés, d'Asie dans 51% des cas (dont les deux tiers du sous-continent indien) [58, 59]. Dans l'ensemble, 33% des cas concernaient des migrants, avant tout des voyageurs de type VFR [59]. La période d'incubation est (habituellement) de quelques jours, mais elle peut également s'étendre jusqu'à 2 mois [15]. Mise à part la fièvre

[1] Syphilis: période d'incubation 9–90 jours.

Tableau 5
Recommandations relatives aux vaccinations de rattrapage chez les migrants (selon le Bulletin InfoVac n° 10/2011).

Statut vaccinal incertain concernant	Procédure	Justification/remarque
Tétanos	1 × vaccin contre diphtérie-tétanos-poliomyélite(-coqueluche); après 4 semaines, titre des anticorps anti-tétaniques, puis suite en fonction du résultat	Risque d'hyperimmunisation
Hépatite B	1 × vaccin contre hépatite B; après 4 semaines, titre des anticorps anti-HBs, puis suite en fonction du résultat	
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	2 × vaccin ROR sans sérologie préalable ou ultérieure	Pas de risque d'hyperimmunisation
Varicelle	Pas d'anamnèse: sérologie des IgG anti-VZV ou vaccination (2 ×)	Varicelle plus rare dans les pays chauds

qui est pratiquement toujours présente, la présentation clinique peut être aspécifique et inclure les signes/symptômes suivants: céphalées, constipation/diarrhée, toux sèche, ainsi que modifications de l'hémogramme et des valeurs hépatiques [15]. Des complications, telles qu'hémorragies et perforations gastro-intestinales, surviennent dans 10–15% des cas.

Avec une tendance à la baisse, la *brucellose* est devenue rare en Suisse (1–5 cas par an) [60]. La contamination a probablement lieu à l'étranger (avant tout dans le bassin méditerranéen) car la Suisse est considérée comme exempte de brucellose chez les bovins, les ovins, les caprins et les porcins [61]. Les migrants peuvent être infectés par des *Brucella* par contact direct (zone de peau lésée) avec des animaux contaminés (caprins, ovins, bovins), par inhalation d'aérosols contaminés ou par consommation de produits laitiers non pasteurisés dans lesquels l'agent pathogène reste infectieux durant des semaines [16]. La période d'incubation varie de 2 semaines à plusieurs mois. Le tableau clinique est particulièrement diversifié. L'examen sérologique est très sensible.

Maladies ayant une longue période d'incubation ou persistance

Avec plus de 200 millions de personnes infectées, la *schistosomiase* touche avant tout des migrants originaires d'Afrique et d'Asie. Dans une étude australienne, une schistosomiase a été diagnostiquée chez 13% des migrants et chez 4% des touristes [62]. Les migrants souffrent plus rarement d'une infection aiguë avec syndrome de Katayama [13]. En cas de persistance de l'agent pathogène (jusqu'à 40 ans) et d'éventuelle infection à répétition avec parasitémie élevée, des complications, telles qu'une hypertension portale ou un cancer de la vessie, peuvent survenir, dépendant de l'espèce [64]. Il n'existe pas de données concernant la fréquence de la maladie en Suisse. Après une exposition, la sérologie est très fiable (anticorps dans ≥95% des cas) [16]. Chez les migrants exposés depuis de nombreuses années, il est généralement possible de mettre en évidence des œufs lors de l'examen (éventuellement répété) du sédiment urinaire en cas de bilharziose vésicale (si possible, vers midi, après une montée d'escalier) ou lors de l'analyse de trois échantillons de selles en cas de bilharziose intestinale. Particulièrement aux stades chroniques, l'éosinophilie est un signe moins fiable, vu qu'elle est uniquement présente chez une partie des patients [16].

L'*infection à Entamoeba histolytica* est endémique dans la plupart des pays (sub)tropicaux, en partie également dans des zones climatiques tempérées. En cas de détection de d'amibes dans des selles fixées au SAF (acétate de sodium + acide acétique + formol), il convient de recourir à l'analyse par PCR («polymerase chain reaction») pour faire la distinction entre *E. histolytica* et l'espèce non pathogène *E. dispar* en raison des conséquences thérapeutiques différentes. Après atteinte de la lumière intestinale, plusieurs années peuvent s'écouler jusqu'à une éventuelle invasion tissulaire au niveau de l'intestin ou du foie (abcès amibien du foie: latence moyenne de 3 à 5 mois). Cette complication survient fréquemment après un séjour en Afrique subsaharienne, plus rarement après un séjour en Asie ou en Amérique du Sud [15]. Il n'existe pas de données concernant la présence de cette infection chez les migrants en Suisse, mais les cas sont vraisemblablement peu nombreux.

En fonction de leur région d'origine, les migrants peuvent être affectés par différents sous-types de *leishmaniose*. En cas d'immunosuppression, une leishmaniose viscérale accompagnée de symptômes graves peut être réactivée après des années; certains cas isolés ont été rapportés chez des patients originaires d'Europe du Sud et présentant une infection par le VIH à un stade avancé. En présence de lésions cutanées ne cicatrisant pas, il convient d'envisager une leishmaniose cutanée lors du diagnostic différentiel; chez les voyageurs de type VFR, après une réinfection, il est possible de retrouver un nombre moindre de parasites dans les nouvelles lésions, mais des signes plus prononcés de réaction immunitaire [65]. Un registre recensant les cas de leishmaniose en Suisse sera débuté en 2012.

Les *filarioses,* qui sont des helminthiases tissulaires transmises par des moustiques dont la période d'incubation s'élève à plusieurs mois, surviennent presque exclusivement chez des personnes ayant vécu durant longtemps dans des zones tropicales (en fonction de l'agent pathogène: Afrique subsaharienne, Asie/Océanie et, plus rarement, Amérique du Sud). Etant donné qu'en fonction de la maladie, les filaires adultes ont une durée de vie de plus de 15 ans, il est également possible que la maladie se manifeste longtemps après avoir quitté la région d'origine [16]. En particulier, les infections à Loa loa s'observent sporadiquement en Suisse chez des migrants originaires d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale; en cas de prise d'ivermectine (pour une autre indication), elles peuvent être à l'origine d'effets indésirables graves pouvant aller jusqu'à l'encéphalopathie. Dans cette situation, la recherche d'une infection à Loa loa par frottis sanguin (prélèvement aux alentours de midi) ou examen sérologique (ne permettant toutefois pas de faire la distinction

entre les différentes filarioses) doit être envisagée [16]. La *neurocysticercose,* provoquée par une invasion de larves du ténia du porc dans le cerveau, est la cause la plus fréquente de crises épileptiques dans le tiers monde, mais elle est également à l'origine d'anomalies focales avec hydrocéphalie et troubles cognitifs. La neurocysticercose se rencontre dans des pays où les porcs sont abattus sans contrôle vétérinaire et sa période d'incubation s'élève à plusieurs années; en Suisse (rares cas), elle touche des (jeunes) adultes migrants [66].

L'infection à *Strongyloides stercoralis*, le plus souvent contractée dans les zones (sub)tropicales et rarement aussi dans des zones climatiques tempérées, peut persister de manière asymptomatique durant des décennies en raison d'une auto-infection [67]. En cas d'immunosuppression, particulièrement lors de la prise de corticostéroïdes, des manifestations pathologiques graves sont possibles, pouvant aller jusqu'à une infection disséminée et un syndrome d'hyperinfection d'évolution fulminante [67, 68]. En cas de provenance d'une zone endémique, de symptômes gastro-intestinaux inexpliqués ou d'hyperéosinophilie, il convient d'exclure une persistance de *Strongyloides* par analyse sérologique ou examens spécifiques des selles fraîches avant toute transplantation d'organe ou de cellules souches [67, 69].

La littérature recense des cas isolés de *maladie de Hansen* diagnostiqués en Suisse chez des patients originaires d'Amérique du Sud, d'Afrique et d'Asie (particulièrement du sous-continent indien). Avec une période d'incubation comprise entre 3 et 30 ans, la maladie se manifeste souvent uniquement plusieurs années après le départ du pays d'origine [70].

La Bolivie, le Brésil et l'Argentine sont les pays les plus touchés par la *maladie de Chagas*. En Suisse, il est estimé que 2000–4000 personnes sont porteuses de la maladie (estimation de la fréquence de l'agent pathogène dans les groupes à risque). La maladie a déjà été diagnostiquée chez 250 personnes [71].

Hyperéosinophilie, résistances et protection vaccinale

Une *hyperéosinophilie* (nombre d'éosinophiles >0,45×10^9/l) qui est survenue au cours des 3 mois suivant un séjour dans une région tropicale ou persiste au-delà peut avoir une cause infectieuse, mais elle peut également être provoquée par des allergies, des médicaments, des affections cutanées ou des affections malignes [16]. Si l'examen physique ne fournit pas d'indications, il est pertinent de réaliser un hémogramme différentiel, une recherche d'œufs de vers et de parasites dans les selles (jusqu'à trois fois), une recherche sérologique de *Strongyloides* et, après un séjour en Afrique, une recherche de schistosomiase et de filarioses [64]. Certains laboratoires de microbiologie, de même que l'Institut tropical suisse, proposent en cas d'hyperéosinophilie une série d'analyses incluant ou non des tests spécifiques en cas de séjour dans une zone tropicale.

A l'échelle mondiale, différents agents pathogènes bactériens présentent des *résistances* plus ou moins marquées, ce qui doit être prise en compte lors du traitement de certains agents pathogènes (par ex. agents pathogènes causant la gonorrhée et le typhus), ainsi que chez les migrants ayant préalablement été traités par antibiotiques dans leur pays d'origine pour maladie ou accident [72, 73]. Les enfants de migrants ont souvent une meilleure protection vaccinale que les enfants non issus de la migration [74], mais le carnet de vaccination est peut-être incomplet chez les migrants. Dans ce cas de figure, le tableau 5 peut constituer une aide.

Résumé et recommandations

Les migrants vivant en Suisse peuvent présenter un risque accru vis-à-vis de certaines maladies infectieuses, particulièrement s'ils sont originaires de pays à prévalence élevée et en cas d'exposition importante (surtout en raison de voyages répétés dans le pays d'origine). En cas de manifestations cliniques/d'exposition correspondantes, il convient d'envisager la réalisation de tests de dépistage de la tuberculose, de l'infection par le VIH, de l'hépatite B/C, de la schistosomiase, de la brucellose et d'autres maladies citées. En présence de symptômes suite à un récent séjour dans des pays (sub)tropicaux, il convient en particulier d'exclure le paludisme, qui peut également être peu symptomatique. Avant une immunosuppression planifiée, il convient de rechercher une tuberculose latente et éventuellement aussi une leishmaniose latente et des infections à *Strongyloides* latentes. Des maladies «exotiques» comme la maladie de Hansen et la maladie de Chagas peuvent (dans de rares cas) également survenir chez des migrants en Suisse. Les migrants devraient être davantage sensibilisés aux risques en cas de voyage dans leurs pays d'origine [1, 70], mais également aux risques accrus mentionnés ci-dessus.

Remerciements
Nous remercions Monsieur PD J. Blum de l'Institut tropical de Bâle pour sa relecture critique et ses précieux renseignements, ainsi que Infovac, en particulier Madame le Professeur C.-A. Siegrist, pour la mise à disposition des recommandations Infovac.

Correspondance:
Dr Barbara Bertisch
Kantonsspital St. Gallen
Rorschacher Strasse 95
CH-9007 St. Gallen
barbara.bertisch[at]kssg.ch

Références recommandées

– The Lancet. Migration and health: a complex relation. The Lancet. 2006;368(9541):1039.
– Field V, Gautret P, Schlagenhauf P, Burchard G-D, Caumes E, Jensenius M, et al. Travel and migration associated infectious diseases morbidity in Europe 2008. BMC Infect Dis. 2010;10:330.
– D'Acremont V, Burnand B, Ambresin A-E, Genton B. Practice Guidelines for Evaluation of Fever in Returning Travelers and Migrants. Journal of Travel Medicine. 2006;10:S25–S45.
– Johnston V, Stockley JM, Dockrell D, Warrell D, Bailey R, Pasvol G, et al. Fever in returned travellers presenting in the United Kingdom: Recommendations for investigation and initial management. Journal of Infection. 2009;59(1):1–18.
– Fenner L, Weber R, Steffen R, Schlagenhauf P. Imported infectious disease and purpose of travel, Switzerland. Emerging Infect Dis. 2007; 13(2):217–22.

Vous trouverez la liste complète et numérotée des références dans la version en ligne de cet article sous www.medicalforum.ch.