

# Les nouveautés bibliographiques concernant le dépistage des personnes migrantes en 2020 et 2021

---

RÉUNION RESEAU NATIONAL DES CLAT- 20 ET 21 SEPTEMBRE 2021

DR CLAIRE ROBERT - CLAT NANTES (44)

# I- Dépistage combiné

---

---

Idées fortes:

- 1- L'examen médical d'arrivée dans un pays permet une couverture de dépistage importante
- 2- Les migrants et professionnels de santé ont un avis positif sur un programme de dépistage combiné
- 3- Cibler le dépistage

# 1-L'examen médical d'arrivée permet une couverture de dépistage importante

*Health screenings administered during the domestic medical examination of refugees and other eligible immigrants in nine US State, 2014-2016: A cross-sectional analysis, Clélia Pezzi, Deborah Lee, Gayathri S. Kumar, Breanna Kawasaki, Lori Kennedy, Jenny Aguirre, Mélissa Titus, Rébecca Ford, Blain Mamo, Kailey Urbain, Stephen Hugues, Colleen Payton, Kévin Scott, Jessica Montour, Emily S. Jentes- <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003065>*

---

\*But= vérifier l'impact de l'examen médical recommandé par le CDC à l'arrivée aux E-U sur la couverture des dépistages (réfugiés ; titulaires d'un visa migrant spécial ; demandeurs d'asile ; entrants cubains/haïtiens ; victimes certifiées de la traite) , étude qui ne parle pas des résultats du dépistage.

\*2014-2016 - 105 541 personnes-9 sites (7 états américains ; 1 comté ; 1 centre médical à Philadelphie)

**\*Taux de dépistage:** Tuberculose : **91.6%** (CDC:IGRA ou TST), VHB : **95.8%**, VHC: **47,2%**, VIH : **80.3%**, Parasitoses intestinales : 56.1%, Strongyloides : 23.8%, shistosomose : 11.1%, , Paludisme : 16%, IST (syphilis: 60%, chlamydia: 14%), santé mentale : 36.8%, Plombémie chez enfant < 17 ans= 88,6%

**L'examen médical d'arrivée permet une couverture de dépistage importante ( plus importante chez les personnes migrantes que chez les natifs du pays avec des fdr)**

→Recommandations CDC: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/domesticguidelines.html>

→Recommandations ECDC: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly>

## 2-Les migrants et professionnels de santé ont un avis positif sur un programme de dépistage combiné

*Integrated screening of migrants for multiple infectious diseases: Qualitative study of a city-wide programme, Hélène Eborall , Fatimah Wobi, Kate Ellis, Janet Willars, Ibrahim Aboubakar, Chris Griffiths, Manish Pareek, <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100315>*

---

\*But: vérifier la perception des migrants et de professionnels de santé par rapport au dépistage combiné

\*Etude qualitative , population étudiée: arrivé au R-U < 5 ans provenant d'un pays où l'incidence de la TB > 150/100 000 ou originaire d'Afrique ou réfugié/demandeur d'asile (n=74) /professionnels de santé (n=32) / personnes dépistées « positives » à 1 ou plusieurs infections (n= 23). Dépistage proposé : ITL, VIH, VHB,VHC

Au total:

\* **Migrants et professionnels de santé ont un avis positif sur le programme de dépistage combiné** (*ce qui va dans le sens de ce que propose l'ECDC qui recommande de passer du dépistage d'une maladie unique, au dépistage combiné en une seule visite (2018)*)

\* **Intérêt à sensibiliser aux 4 infections (méthodes de transmission, fdr, disponibilité d'un ttt,..)**- Sensibilisation TB , VIH (50% des personnes sensibilisées) > VHB et VHC

\* **Pas de tabou religieux/ culturel pouvant influencer les dépistages** (contrairement à d'autres études notamment relatifs au dépistage du VHB = étude Allemande, 2018)

\* **Freins:** peur des conséquences de leurs résultats de dépistage sur la DA, mode de récupération des résultats?, barrière de la langue

\* **Appui:** liaison avec les organisations communautaires locales

### 3- Cibler le dépistage

---

*Screening approach among newly arrived asylum seekers: experience in a primary health care setting in Piacenza, Emilia Romagna, Northern Italy, Alessandra Donisi, Laura Gerna, Tommaso Fietta, Cécilia Grecchi - DOI : 10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.3.1528*

*Prevalence of LTBI, VHB, VHC and syphilis among newly arrived unaccompanied minors living in reception centers in Rome, Rosalie Marrone, Giovanni Baglio, Giusy Bruscano, Gianfranco Costanzo, Andréa Cavani, Concetta Mirisola, PMID : 32947054 DOI : 10.1016/j.ijid.2020.09.020*

→ 2 études qui se déroulent en Italie, qui analysent les résultats du dépistage combiné chez des migrants

	N = 315 <u>migrants &gt;14 ans</u> Année d'étude : 2015 Piacenza, pas de notion de logement	N = 879 pour sérologies et 834 pour dépistage ITL <u>MNA&lt;18 ans</u> 2013-2019 logés à Rome
Caractéristique population	-87 % =hommes -Afrique = 70% (Nigéria = 33%, Gambie= 11%) , Asie= 30% (Pakistan 20.25%) -âge médian = 25.4 ans	-98% =hommes -Afrique du Nord=52%, Asie du Sud= 20%, Afrique subsaharienne=18%, Europe de l'Est=10% -âge médian = 16,5 ans
Ag Hbs	5,3 % (50% Afrique sub-saharienne)	2,5%, <b>association statistiquement significative entre le pays d'origine et le risque d'infection par le VHB ( Afrique subsaharienne++)</b> Prévalence plus élevée de mineurs vaccinés provenant d' Afrique du Nord
Ac Anti VHC	1,9%	1,1%
Sérologie syphilis	<b>0,3 %</b>	<b>0,4%</b>
Sérologie VIH	0,63%	Non testé
Dépistage TB	3 TB diagnostiquées (0,9%)	NF
Dépistage ITL	NF	12% ( <b>IDR&gt; 10mm</b> ) 6,6% (IDR>10mm + IGRA + )

# Recommandations françaises (1)

---

## Décret relatif à la réforme des CLAT du 27/11/2020 du ministère des solidarités et de la santé:

« réalisent **des actions de prévention** auprès des personnes prise en charge, en particulier l'aide au sevrage tabagique »

« proposent un bilan préventif aux populations éloignées du système de prévention et de soins et proposent un accompagnement dans les démarches nécessaires ..... »

## Instruction DGS Parcours santé migrant primo arrivant 8 juin 2018 cir 43755:

Selon l'avis du HCSP du 6 mai 2015, ce rendez-vous santé devrait intervenir dans un délai optimal de 4 mois après l'arrivée et comporter les éléments suivants :

- la délivrance d'une information approfondie sur les principes de la santé en France, les règles de fonctionnement du service public et du système de soins, la prise en charge des soins, la santé des femmes, la santé et la protection des mineurs ;
- un examen clinique général effectué par un médecin, incluant : une évaluation de l'exposition à des violences physiques, sexuelles, et mentales et de leurs conséquences sur la santé ; et le recueil des antécédents médicaux personnels du patient, en particulier des allergies, et des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques ;
- une évaluation et une mise à jour du statut vaccinal ;
- **le dépistage de la tuberculose pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité ;**
- **la proposition systématique de dépistage du VIH, du VHB, du VHC**, et d'autres examens en fonction des résultats de l'examen clinique (suivi gynécologique, suivi de grossesse, suivi pédiatrique, dépistage des hémoglobinopathies, du diabète, examen urinaire par bandelette, examen parasitologique des selles, etc.). →Pas syphilis



# Recommandations françaises (2)

---

## HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE - AVIS relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés , 07/ 11/2019

- ✓ Dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) : **sérologies syphilis, VIH**
- ✓ **Dépistage sérologie hépatites virales B, C**
- ✓ **Dépistage de la tuberculose selon les modalités du rapport du HCSP relatif aux Infections tuberculeuses latentes**

*Avant de pratiquer les tests de recherche d'une infection tuberculeuse latente (ITL), interroger le patient pour savoir s'il a des symptômes de tuberculose. S'il s'agit aussi de dépister une tuberculose active, on pourra compléter l'anamnèse par une radiographie thoracique. Les sujets qui présentent des symptômes de tuberculose ou une anomalie radiologique devront être soumis à des examens complémentaires à la recherche d'une tuberculose active ou d'autres pathologies.*

*On pourra utiliser l'IDR ou un test IFN-gamma pour le dépistage de l'ITL*

- ✓ ALAT / ASAT
- ✓ Sérologie bilharziose et anguillulose en fonction des pays d'origine et des pays traversés (cf. recommandation ECDC)
- ✓ Recherche de parasites dans les selles
- ✓ Bandelette urinaire, ECBU si GB + et parasitologie des urines si GR +
- ✓ Dans les urines : PCR gonocoque, Chlamydia, systématique
- ✓ NFS, plaquettes, CRP, glycémie, ionogramme sanguin complet + créatinine, ferritinémie
- ✓ .....

# Recommandations françaises (3)

---

## Feuille de route tuberculose 2019-2023

« Comme cette maladie est étroitement liée aux situations diminuant l'immunité, la lutte contre la tuberculose va de pair avec un meilleur dépistage et une prise en charge efficace du VIH/SIDA et doit s'intégrer dans la **prévention contre le VIH/SIDA** »

« les missions des CLAT doivent s'inscrire **dans le virage de la prévention** portée par le Plan priorité prévention et la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté pour répondre aux besoins des populations les plus vulnérables et précaires face à la tuberculose. »

« Un décloisonnement et des synergies seront également à construire avec les autres offreurs de prévention sur les territoires (CEGIDD, centres de vaccination, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) etc..) »

# II- Stratégie de PEC des ITL: de la sensibilisation au traitement

---

---

Idées fortes:

- 1- Relation entre facteurs de risque sociaux et ITL ( qui dépister?)
- 2- Importance de la sensibilisation au dépistage de l'ITL (comment informer?)
- 3- Facteurs de bonne adhésion au traitement d'ITL

ITL = combat pour les pays à faible incidence de TB, tendance à une augmentation des TB chez les migrants

# 1- Relation entre fdr sociaux et ITL (qui dépister?)

The relationship between social risk factors and latent tuberculosis infection among individuals residing in England: a cross-sectional study.  
 Swaib A Lule, Rishi K Gupta, Maria Krutikov, Charlotte Jackson, Jo Sud, Ibrahim Aboubakar- *BMJ Glob Health* 2020

**Table 2** Relationships between participant characteristics and latent tuberculosis infection (LTBI) among individuals in the UK

Characteristics	LTBI		Crude OR (95% CI)	P value	Adjusted OR (95% CI)	P value
	Negative N (%)	Positive N (%)				
<b>Area deprivation</b>						
Most deprived	3527 (71.8)	1387 (28.2)	1		1	
Moderately deprived	2436 (72.6)	919 (27.4)	0.96 (0.87 to 1.06)		0.92 (0.81 to 1.03)	
Least deprived	380 (78.8)	102 (21.2)	0.68 (0.54 to 0.86)	0.003	<b>0.68 (0.51 to 0.90)</b>	0.013
<b>Ever smoked</b>						
No	5356 (72.5)	2036 (27.5)	1		1	
Yes	1246 (71.8)	489 (28.2)	1.03 (0.92 to 1.16)	0.591	0.99 (0.85 to 1.15)	0.893
<b>History of substance misuse</b>						
No	6459 (72.2)	2482 (27.8)	1		1	
Yes	148 (76.7)	45 (23.3)	0.79 (0.56 to 1.11)	0.173	0.83 (0.55 to 1.25)	0.360
<b>Ever been homeless</b>						
No	6498 (72.5)	2462 (27.5)	1		1	
Yes	113 (63.1)	66 (36.9)	1.54 (1.13 to 2.10)	0.006	<b>1.50 (1.02 to 2.21)</b>	0.043
<b>Ever been in prison</b>						
No	6524 (72.4)	2484 (27.6)	1		1	
Yes	83 (65.9)	43 (34.1)	1.36 (0.94 to 1.97)	0.104	1.35 (0.85 to 2.15)	0.210

Royaume-Uni, 9176 sujets contacts ou migrants avec ITL

→ **la privation sociale, l'itinérance**  
 (Privation sociale= mesure dans laquelle une personne ou communauté manque de ce dont elle a besoin pour avoir une vie décente - éducation/logement/ accès à la santé/emploi- IMD =37 indicateurs)

→ le séjour en prison, les antécédents de tabagisme, les antécédents de toxicomanie= pas fdr d'ITL (même si d'autres études Anglaise et Chinoise ont prouvé le contraire)

---

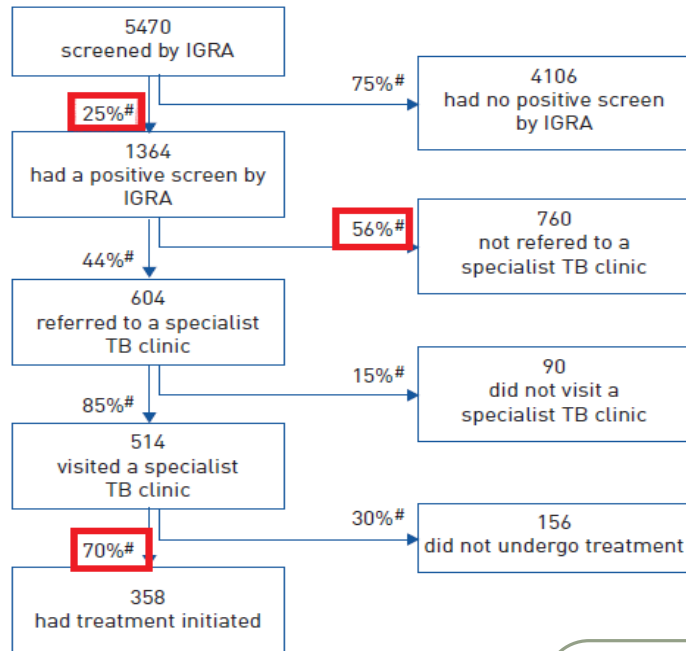
### Recommandations HCSP 2019:

\*ne pas dépister systématiquement une ITL chez les détenus, les SDF et les consommateurs de drogues illicites ;

\*un dépistage est envisagé au cas par cas en présence de facteurs de risques individuels associés (provenance d'une région de haute endémicité de la tuberculose et /ou immunodépression) si la filière de prise en charge peut garantir un taux d'observance et de surveillance au moins équivalent à celui des filières des autres groupes à risque;

# Qui ne pas dépister.....

Evaluation of the LTI screening and treatment strategy for asylum seekers in Stockholm 2015-2018, Joanna Nederby *hd*, Maria Pia Hergens, Yaouheni Luksha, Charlotte Buxbaum, Jad Shedrawy, Jerker Jonsson, Judith Bruchfeld, Knut Lönnroth PMID : 32855227 DOI : 10.1183/13993003.02255-2020



Stopper le dépistage de l'ITL pour se concentrer sur le dépistage de la TB active chez les personnes plus âgées ?

Augmenter la limite d'âge pour dépister (sélection via l'incidence de la TB dans le pays d'origine) et pour traiter les ITL et exclure les patients sur la base des CI personnelles ?



En accord avec les reco HCSP= suivi radio clinique chez les plus de 40 ans

Dans cette étude, IGRA ou TST est proposé à tout migrant dont incidence de TB dans son pays > 100/100 000 ou si fdr /exposition à la TB. Méthode: RP si test + (TST > 10mm ou IGRA +) et orientation vers centre spécialisé. Schéma thérapeutique = RFP 4 mois ou bithérapie 3 mois.

→ Approche volontaire du dépistage fonctionne bien (75% de personnes éligibles testées) mais .....

Faible taux de réussite du traitement car dépistage sans intention de traiter (26% des personnes avec un IGRA+ a commencé un ttt)

→OMS et HCSP: dépister si intention de traiter

Remise en cause de la politique de dépistage actuelle en Suède

Pas de directive nationale en Suède ( attitude pour le traitement de l'ITL dépend de la région :Ttt si 20-35 ans avec fdr, Ttt pour tout le monde si <35 ans, ...)

## 2- Importance de la sensibilisation au dépistage de l'ITL (comment informer?)

*Strategies to reach and motivate migrant communities at high risk for TB to participate in a LTI screening program, a community-engaged, mixed methods study among Eritreans- Ineke Spruijt ,Dawit Tesfay Hailé ,Connie Erkens ,Susan van den Hof ,Simone Goosen ,Andrea dix Kate ,Hewan Teshome ,Marja Karels ,Marga Koenders &Jeanine Suurmond -BMC Santé Publique le volume (Pays Bas)*

---

\*Evaluation de programmes de sensibilisation et de dépistage de l'ITL chez des patients à hauts risque (face à face, courriers, lieu de sport/ culte/ cours de langue/ logement commun), 904 migrants

Plus les migrants participent à un programme d'éducation sur l'ITL ( +++face à face et petits groupes) et plus ils se font dépister, taux d'initiation et taux d'achèvement du ttt est bon (97%)

→**Le plus dur= amener à assister à un programme éducatif, une fois le programme éducatif suivi : participation au dépistage + initiation/achèvement du ttt = efficace ++**

- De la part des migrants : Appréciation de l'éducation et test d'ITL, ont exprimé le souhait de subir d'autres tests de dépistage (notamment VIH) → intérêt dépistage combiné
- De la part du personnel de santé : pertinence de ce programme mais chronophage ++ et nécessitant de la flexibilité, faisabilité de ce type de projet au long terme ? et toutefois faible participation au dépistage de l'ITL ( 10 à 124 %, méthode d'information dans lieux de culte vs face à face)

### A retenir:

Facteurs facilitateurs : sensibilisation **en face à face** (permet de dissiper immédiatement les malentendus ou scepticisme) , **engagement des personnalités clés= personne relais** , répétition des séances d'information

Facteurs limitants : information sans possibilité d'échanges par la suite (flyers), personnes relais qui peuvent être mal perçues/ manque de confiance car génération différente +/- affiliées aux anciens régimes (attention aux interprètes), priorités concurrentes (logement, emploi,...), bonne santé perçue , scepticisme (test médicaux sur eux ?)

Mais extrapolation possible à d'autres populations de migrants ?

☺ Dans nos CLAT: partenariat/ formation de personnes relais



*Screening program for LTBI in asylum seekers- a single center experience in pavia, C Grecchi, C Sarda, T Manciuilli, L Scudeller, C Léoni, B Mariani, P. Cambieri, FE Chinellato, IMG Aquino, P Marone, C Ancarani, L Astroni, Un Muzzi, E Brunetti, S Novati*

---

**→ bonne adhésion au dépistage- initiation- achèvement du traitement dans le cadre d'un accompagnement par « les travailleurs de santé »**

\*Evaluation de leur programme de dépistage d'ITL chez adultes et enfants accompagnés: IGRA (si atcdt BCG ou si TST douteux) ou TST (minimiser le coût) + RP sans anomalie, si ITL = 6 mois d'INH avec Cs de contrôle à S4-5 + Accompagnement médico social à chaque fois

\*N= 727 (Septembre 2015- Mars 2018), 97,8% d'hommes, subsaharien (82%), âge médian= 24,97%  
TST, 1,9 % IGRA, 4,7%: TST+ IGRA

\*Prévalence ITL = 31% d'ITL, prévalence TB= 1,2% 98% ont démarré un traitement, 79% ont suivi le traitement, importance ++ des travailleurs en santé

# 3- Facteurs de bonne adhésion au traitement d'ITL

*Trend and treatment outcomes of LTI among migrant persons in Japan: retrospective analysis of Japan tuberculosis surveillance data, Lisa Kawatsu, Kazuhiro Uchimura & Akihiro Ohkado -BMC Infectious Diseases volume 21, Article number: 42 (2021)*

**Table 4** Risk factors for lost to follow-up and transfer-out combined among foreign-born LTBI patients

	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI	P
<b>Sex</b>					
Male	Reference				
Female	1.08	0.78–1.49	1.16	0.81–1.66	0.41
<b>Age groups (age groups)</b>					
0–14	Reference				
15–19	0.79	0.21–2.88	2.02	0.20–20.39	0.55
20–29	1.06	0.41–2.78	3.06	0.24–38.79	0.39
30–39	1.58	0.60–4.20	5.50	0.42–71.34	0.19
40–49	1.41	0.51–3.88	5.01	0.37–67.1	0.22
50 plus	1.02	0.35–2.94	3.58	0.26–49.37	0.34
<b>Job status</b>					
Healthcare workers (HCW)	Reference				
Full-time work, other than HCW	1.17	0.58–2.39	1.29	0.60–2.76	0.51
Self-employed	1.18	0.24–5.84	1.21	0.23–6.39	0.82
Employed on daily/temporal basis	2.67	1.21–5.88	3.11	1.34–7.26	< 0.05
Houseworkers	1.43	0.28–7.20	1.12	0.21–5.89	0.89
Students, high school and above	1.22	0.60–2.50	1.98	0.85–4.64	0.11
Secondary, primary school students, other children and infants	1.25	0.43–3.64	4.97	0.42–58.75	0.20
Unemployed	1.05	0.40–2.79	1.07	0.35–3.26	0.90
Others and unknown	3.14	1.33–7.41	4.09	1.60–10.48	< 0.05
<b>Country of Birth</b>					
Others	Reference				
the Philippines	1.17	0.72–1.88	1.05	0.63–1.77	0.84
China	0.99	0.59–1.65	0.92	0.54–1.57	0.75

La notification et le suivi de l'ITL sont colligés dans un registre nationale au Japon, reprise des donnée de déclaration d'ITL entre 2007 et 2018, comparaison avec pays de naissance ( né au Japon ou non), focus sur 2016-217 pour suivi et issue de ttt

Taux d'adhésion au traitement bon >92%

-Fdr Perdus de vue ( idem chez personnes nées au Japon vs migrants ):

**-emploi itératifs** (autres études: chômage, absence de CS).

-Transfert hors du pays (8,3 % pour les migrants contre 1,5 % les natifs du Japon, p < 0,001).

Âge et sexe: pas fdr de PDV, même si nette tendance à augmentation du risque de PDV avec l'âge

→ Nécessité d'un suivi renforcé des ITL chez les patients migrants – suivi inter CLAT, transfrontalier ?

# Recommandations françaises

---

## Feuille de route TB 2019-2023:

Elaborer et diffuser des recommandations sur les méthodes et le dépistage des populations les plus exposées et la stratégie de prise en charge des Infections « latentes » : Cibler le dépistage systématique des groupes à risque en fonction des recommandations –à venir- de la HAS. Définir les méthodes et outils de dépistage. Définir les modalités de prise en charge des Infections « latentes » selon les préconisations –à venir-du HCSP.

## Décret relatif à la réforme des CLAT du 27/11/2020 du ministère des solidarités et de la santé:

« accueillent, écoutent, informent, conseillent et orientent les publics par des actions individuelles et collectives »

« promeuvent et contribuent à la diffusion des informations et bonnes pratiques professionnelles auprès des professionnels de santé intéressés »

---

### HCSP – ITL - 2019

Maintenir le dépistage et le traitement de l'ITL chez les enfants et adolescents migrants :

- en étendant l'âge à **18 ans** au lieu de 15 ans,
- ce dépistage ne doit concerner que les enfants et adolescents migrants en provenance de pays avec une incidence supérieure à 40/100 000 ; il doit être réalisé le plus tôt possible après leur arrivée en France ; il n'est plus utile 5 ans après l'arrivée en France,
- l'évaluation de cette mesure et la publication des résultats obtenus sont essentielles
- Dépister et traiter l'ITL chez les jeunes migrants âgés de plus de 18 ans et de moins de 40 ans, en provenance de pays avec une incidence supérieure à 100 /100 000 arrivés en France depuis moins de 5 ans, et ce uniquement dans les conditions suivantes :
  - **Immunodépression sous-jacente,**
  - **vivant avec des enfants de moins de 18 ans,**
  - **travaillant dans des collectivités d'enfants,**
  - **travaillant en milieu de soins ;**