

Recommandation de la Société française de pathologie infectieuse
de langue française (SPILF), de la Société française de pédiatrie
(SFP) et de de la Société française de lutte contre le sida (SFLS)
sur le

Bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante (adulte et enfant)

Juin 2024



Table des matières

<i>Synthèse des recommandations</i>	3
Généralités sur le bilan de santé :	3
Bilan de santé recommandé chez l'adulte	4
Spécificités pédiatriques du bilan de santé	7
Spécificités pour les DROM-COM :	10
Figures résumant la distribution des pathologies d'intérêt dans le monde	11
Tableau de synthèse 1 : Bilan de santé systématique recommandé chez une personne migrante primo-arrivante asymptomatique adulte	18
Tableau de synthèse 2 : Bilan de santé systématique recommandé chez un enfant migrant primo-arrivant asymptomatique	22
Tableau 3 : Synthèse des conduites à tenir en cas de positivité d'une recherche ou d'un examen chez un adulte ou un enfant primo-arrivant en France	24

Synthèse des recommandations

Généralités sur le bilan de santé :

La présente recommandation traite des examens de dépistage, situations et signes à rechercher chez les personnes migrantes primo-arrivantes. Ils sont distincts des conduites à tenir devant un signe fonctionnel ou physique qui ne sont pas traités dans cette recommandation (en dehors de la conduite à tenir immédiate devant le résultat du bilan de santé).

Le bilan de santé s'inscrit dans une démarche de santé publique et d'éducation à la santé. Il est proposé sans obligation. Le **consentement** de la personne est systématiquement recueilli. Le recueil du consentement est adapté à la littératie en santé de la personne accueillie. Pour les mineurs, le consentement du titulaire de l'autorité parentale est nécessaire, mais celui de l'enfant doit également être spécifiquement recherché avec une information adaptée à son âge. Dans le cas des mineurs non accompagnés (MNA), il convient d'évaluer la situation administrative du jeune¹ et de systématiquement rechercher son consentement.

Si la personne accueillie n'est pas francophone, le recours à un ou une **interprète professionnel.le en santé** (par téléphone ou en présentiel) est recommandé. Le recours à un proche ou accompagnant pour traduire ne permet pas de respecter le secret médical et l'autonomie de la personne dans la démarche de soins et est donc déconseillé, à fortiori s'il est mineur. Les autres solutions utilisées comme les applications de traduction vocale ou écrite sont des solutions alternatives possibles mais limitant les échanges, la précision de l'interrogatoire et la bonne compréhension. Leur usage devrait être limité.

Si des difficultés sont identifiées pour accéder, comprendre et évoluer au sein du système de santé, il est recommandé d'orienter la personne vers un ou une **médiateur.trice en santé** (si disponible) ou vers un ou des professionnels ou partenaires susceptibles de l'aider dans son parcours.

Des **informations** doivent être délivrées sur le système de santé français, le système de protection sociale, les dispositifs de prévention existants et le droit français (pénalisation des violences notamment).

Le bilan est idéalement réalisé ou entrepris **dans les 4 mois** qui suivent l'arrivée en France conformément à l'avis du HCSP de 2015 (1). Il peut se dérouler sur un ou autant de rendez-vous que nécessaire. Les enjeux d'implémentation de ce bilan de santé nécessiteront un travail ultérieur impliquant toutes les parties prenantes.

¹ Les MNA ayant été reconnus mineurs sont placés à l'ASE et le consentement aux soins doit être obtenu par les référents adéquats selon les recommandations en vigueur (guide 2018 du ministère des solidarités et de la santé https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf). Les MNA dont la minorité n'a pas été encore évaluée ou en cours de procédure devant le tribunal des enfants sont présumés mineurs, mais si les parents sont injoignables, il est admis que le MNA puisse consentir seul aux actes nécessaires pour préserver sa santé. Enfin, les jeunes qui n'ont pas été considérés comme mineurs après décision du juge des enfants sont à considérer comme majeurs, même lorsqu'ils sont en cours de procédure d'appel. [INSTRUCTION N°DGS/SP1/ DGOS/ SDR4/ DSS/SD2/ DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants]. On pourra se référer par exemple au guide APHP « accueil et accompagnement des MNA », mis à jour en mai 2024 pour les situations spécifiques, ou aux procédures émises localement lorsqu'elles existent.

Bilan de santé recommandé chez l'adulte

Le bilan de santé recommandé aux adultes migrants primo-arrivants est résumé dans le Tableau 1 et détaillé ci-dessous.

Interrogatoire et examen clinique

Il est recommandé de réaliser un **interrogatoire détaillé** comprenant un recueil des éléments suivants :

- **Antécédents** médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et familiaux
- **Traitements en cours** (et leur interruption éventuelle)
- **Allergies**
- **Situation de handicap**
- **Contexte socio-économique et vulnérabilités sociales** (logement instable, précaire ou sans-abrisme, insécurité alimentaire, défaut ou incomplétude de la couverture maladie, situation administrative précaire, niveau d'éducation, barrière de la langue, ressources limitées et isolement social en particulier)
 - Recherche d'antécédents de **violences** et de situations de **vulnérabilité sexuelle**, entendues au sens des situations exposant à une probabilité élevée de rapports sexuels non souhaités, de contracter une ou des infections sexuellement transmissibles, d'avoir une grossesse non souhaitée et/ou d'être victime de violences sexuelles (bien que parfois difficile à envisager dès la première consultation, cette recherche est importante et ne doit pas être retardée)
 - De **comorbidités** (notamment un diabète, une hypertension artérielle et une insuffisance rénale chronique)
 - De **symptômes** actuels ou récents
 - La notion de cas de tuberculose dans l'entourage et la présence d'une symptomatologie évocatrice de **tuberculose maladie** :
 - Avez-vous une toux qui dure depuis plus de deux semaines ?
 - Avez-vous perdu du poids récemment sans raison apparente ?
 - Ressentez-vous des sueurs nocturnes ?
 - Avez-vous une fièvre persistante ?
 - Avez-vous craché du sang ?

Le **statut vaccinal** est vérifié et mis à jour sur la base des [recommandations HAS/SPILF 2019²](#) sur le rattrapage vaccinal en cas de statut vaccinal non connu ou imparfaitement connu (2).

Les **outils de la prévention diversifiée du VIH** et des infections sexuellement transmissibles (IST) sont présentés : droit à une sexualité choisie, préservatif, dépistage et accès au traitement des personnes vivant avec le VIH, prophylaxie pré-exposition du VIH (PrEP), et traitement post exposition (TPE). La formation à la santé sexuelle gratuite et en ligne [FormaSantéSexuelle SFLS-CMG-SPILF](#) est à ce titre recommandée aux professionnels souhaitant mettre à jour leurs connaissances³.

Chez la femme en âge de procréer, il est recommandé de rechercher une **grossesse** à l'interrogatoire (retard de règles, notion de grossesse) et au moindre doute compléter par la

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf

³ <https://www.formasantesexuelle.fr/>

réalisation d'un dosage des béta-HCG plasmatique ou urinaire. Les **besoins non satisfaits en termes de contraception** sont recherchés. Chez les filles et les femmes, il est recommandé de rechercher une **mutilation génitale féminine/excision (MGF)** pour les pays où cette pratique est répandue (Figure 1)

Un **examen clinique complet** est réalisé avec prise systématique de la **pression artérielle**, de la **température**, du **poids et de la taille** (calcul de l'Indice de masse corporel) et incluant un **examen de dépistage dentaire, la recherche de troubles de la vision et de l'audition**.

Les **troubles psychiatriques** font l'objet d'un dépistage systématique à l'aide d'**échelles simplifiées**. Le dépistage du trouble anxieux et de l'épisode dépressif caractérisé repose sur l'échelle **PHQ-4** (Patient Health Questionnaire-4, voir Échelle 1 ci-dessous). Le dépistage du syndrome de stress post traumatique repose sur l'échelle **PC-PTSD-5** (Primary Care PTSD Screen for DSM-5, voir Échelle 2 ci-dessous).

Il est recommandé de dépister les **troubles de l'usage ou de la dépendance aux substances psychoactives** (tabac, alcool, médicaments psychotropes et autres substances) soit en posant une question ouverte soit à l'aide d'échelles simplifiées ([ASSIST](#), [Fagertröm simplifié](#) et [AUDIT-C](#) : voir Annexe GT2 et liens ci-dessous^{4,5,6}).

Dépistage des maladies non transmissibles

Outre l'interrogatoire et l'examen clinique, il est recommandé de réaliser :

- une glycémie capillaire ou une **glycémie veineuse à jeun** à toutes les *personnes âgées de 45 ans et plus (35 ans et plus si originaire du sous-continent indien, du Moyen Orient ou d'Afrique, antécédents familiaux de diabète, antécédent de diabète gestationnel, en présence de facteurs de risques cardiovasculaire et/ou de surpoids)*
- une **bandelette urinaire** pour tous à la recherche notamment d'une protéinurie (glomérulopathies), d'une leucocyturie, d'une glycosurie ou d'une hématurie (qui doit faire évoquer une schistosomose chez les personnes originaires de zone d'endémie)
- un **bilan biologique standard** associant une **numération formule sanguine** (NFS), le dosage de la **créatinine sérique** et des **transaminases hépatiques** (recherche notamment d'une anémie, d'une hyperéosinophilie et d'une cytolyse hépatique) pour tous
- un **bilan lipidique à jeun** aux *hommes âgés de 40 ans et plus, aux femmes âgées de 50 ans et plus, aux personnes présentant un ou des facteurs de risque cardio-vasculaire⁷ et/ou aux femmes avant une prescription de contraception hormonale*
- *chez les femmes et les hommes en âge de procréer avec projet de maternité ou paternité souhaitant connaître leur statut⁸, ainsi que chez les femmes enceintes (de préférence avant 12 semaines d'aménorrhée), originaires d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient, du sous-continent indien, d'Asie du Sud-Est, de la zone intertropicale d'Amérique latine, ou des Caraïbes,* dépistage des hémoglobinopathies par une **électrophorèse de l'hémoglobine**.

⁴ <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2> (version interactive : <https://pro.addictohug.ch/assist/>)

⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf

⁶ https://www.grandestaddictions.org/sites/default/files/field-files/questionnaire_audit-c.pdf

⁷ antécédents familiaux de maladie coronaire précoce ; tabagisme actuel ; HTA ; diabète de type 2 ; hypo-HDL-c < 0,40 g/l (0,9 mmol/l) ; hyper LDL-c ≥ 1,60 g/l (4,1 mmol/l)

⁸ En dehors du cadre de ces recommandations, elle peut également être proposé chez les personnes ayant une microcytose à la NFS

Dépistage des maladies infectieuses et tropicales

Outre l'interrogatoire et l'examen clinique, il est recommandé de réaliser :

- une **radiographie pulmonaire** de face à tous les *adultes originaires d'un pays de forte endémie de la tuberculose maladie (définie par une incidence >40/100 000)* (conformément à l'avis de l'ECDC de 2018⁹) (3). L'incidence actualisée de chaque pays peut être consultée sur le site de la [banque mondiale](#)¹⁰ et est synthétisée dans la figure 2 ci-dessous (4).
- un **test de mesure de la sécrétion in vitro de l'interféron gamma (IGRA)** ou une **intradermoréaction à la tuberculine (IDR)** chez les *adultes âgés de 18 à 40 ans originaires d'un pays de très forte incidence (>100/100 000) ET ayant ou susceptibles d'avoir des enfants en bas âge dans leur entourage ou travaillant dans le secteur de l'enfance ou de la santé* (conformément à l'avis du HCSP de 2019¹¹) (5)
- les **sérologies VIH, hépatite B (VHB)** (associant les trois marqueurs antigène HBS (AgHBs), anticorps anti-HBs (Ac anti-HBs) et anticorps anti-HBc (Ac anti-HBc)), **hépatite C (VHC) et syphilis** pour tous (voir Figures 3 à 6)
- une **sérologie hépatite A (VHA) en IgG** (recherche d'une immunité acquise) chez les *hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes* dans une perspective de rattrapage vaccinal
- une **PCR combinée Chlamydiae trachomatis/gonocoque** pour les *jeunes âgés de 25 ans et moins, sexuellement actifs ou susceptibles de l'avoir été* et chez les *adultes ayant une sexualité exposant au risque d'infection sexuellement transmissible* (rapports sexuels non protégés avec un ou des partenaires occasionnels, multi-partenariat, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, travailleurs et travailleuses du sexe, et surtout situation sociale précaire exposant à une situation de vulnérabilité sexuelle même si elle n'est pas verbalisée). Le type de prélèvement (hétéro-prélèvement ou auto-prélèvement) et le ou les sites (urinaire, vaginal, anal et/ou pharyngé) dépendent du sexe et des pratiques sexuelles.
- une **sérologie schistosomose (bilharziose)** systématique chez les *personnes originaires d'Afrique subsaharienne ou d'Égypte* (voir Figure 7)
- une **sérologie strongyloïdose (anguillulose)** systématique **chez les personnes originaires des zones d'endémie de strongyloïdose** (*Amérique centrale et du Sud, Caraïbes, Afrique, Asie centrale, du Sud et du Sud Est, Indonésie, Europe de l'Est*) (voir Figure 8)
- complétées, *si cela est possible et acceptable par la personne*, par la réalisation d'un **examen parasitologique des selles (EPS)** répété à trois reprises espacés de quelques jours chez les *personnes originaires de zones d'endémie (Amérique centrale et du Sud, Caraïbes, Afrique, Asie centrale, du Sud et du Sud Est, Indonésie)* (voir Figure 9). La PCR multiplex parasitoses sur les selles proposée par certains laboratoires est une alternative à l'EPS. Selon le kit utilisé, certains parasites peuvent être absents de la recherche
- complétées, *si cela est possible et acceptable par la personne*, par la réalisation d'un **examen parasitologique des urines (EPU)** (sur échantillon, idéalement sur miction complète matinale, ou, mieux, si cela est réalisable, sur urines des 24 heures) chez les *personnes originaires d'Afrique subsaharienne* uniquement. La PCR schistosome sur urines proposée par certains laboratoires est une alternative à l'EPU
- bien que cette stratégie n'ait pas été retenue en première intention, dans certaines situations où le risque que les personnes migrantes primo-arrivantes originaires de pays d'endémie ne puissent pas revenir aux consultations de suivi (instabilité de logement, grande précarité socio-économique, fragilité psychique ...), un **traitement systématique** chez les personnes asymptomatiques peut être proposé le jour de la primo consultation. Il repose sur l'association

⁹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-issues-migrant-screening-and-vaccination-guidance>

¹⁰ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?view=map>

¹¹ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=731>

de l'ivermectine 200 µg/kg en une prise unique associé à l'albendazole 400 mg/j pendant 5 jours. Ce traitement présomptif peut également être proposé aux personnes originaires de zone d'endémie et présentant des symptômes digestifs ou une éosinophilie inexplicée. Pour les personnes originaires d'Afrique centrale forestière, il existe un risque d'exacerbation d'une loase infraclinique nécessitant un dépistage préalable (voir ci-dessous) et contre-indiquant donc cette approche.

- une **sérologie filariose** associée à une **recherche de microfilarémie diurne** chez les *personnes originaires de zones forestières d'Afrique centrale (Angola, Cameroun, Gabon, Guinée équatoriale, Nigéria, République du Congo, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad)* (voir Figure 10). Les personnes originaires des zones à risque et n'ayant séjourné qu'en zone urbaine sans séjour prolongé en zone rurale peuvent être exemptées de ce dépistage. La microfilarémie diurne peut ne pas être accessible en ville, dans ce cas la sérologie filariose seule est réalisée

- chez les femmes en âge de procréer originaires d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des Caraïbes et du Japon, une **sérologie HTLV-1** (voir Figure 11)

- chez les femmes en âge de procréer originaires (ou dont la mère est originaire) d'Amérique du Sud, une **sérologie maladie de Chagas** (voir Figure 12). La sérologie maladie de Chagas est susceptible d'être facturée en ville hors nomenclature (se renseigner auprès de son laboratoire).

- chez les personnes dont le statut vaccinal est inconnu et ayant bénéficié d'un premier rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche (dTPca), un dosage des **anticorps antitétaniques 4** à 8 semaines après le rappel (voir recommandation HAS/SPILF de 2019 (2))

- chez les personnes dont le statut vaccinal est inconnu, dont la sérologie hépatite B est négative (AgHBs négatif, Ac antiHBs négatif et Ac antiHBc négatif) et ayant bénéficié d'un premier rappel du vaccin contre l'hépatite B (HepB), un dosage des **anticorps antiHBs** 4 à 8 semaines après le rappel (voir recommandation HAS/SPILF de 2019 (2))

- chez les personnes âgées de 12 à 40 ans sans antécédent de varicelle à l'interrogatoire, une **sérologie varicelle** en vue d'une vaccination en cas de séronégativité

Dépistage des cancers

Les personnes migrantes primo-arrivantes doivent pouvoir bénéficier des programmes nationaux de dépistage des cancers dans le cadre des recommandations nationales :

- **frottis du col de l'utérus** chez les femmes âgées de 25 à 65 ans ou **PCR papillomavirus à haut risque (HPV-HR)** chez les femmes âgées de 30 à 65 ans

- **mammographie** chez les femmes âgées de 50 à 74 ans

- **recherche de sang dans les selles** chez les hommes et les femmes âgées de 50 à 74 ans

- autres dépistages indiqués en présence d'antécédents familiaux

Spécificités pédiatriques du bilan de santé

Le bilan de santé recommandé aux enfants migrants primo-arrivants est résumé dans le Tableau 2 et détaillé ci-dessous.

Les recommandations précédentes concernant le bilan de santé de l'adulte sont applicables en pédiatrie, avec les nuances et précisions suivantes :

Interrogatoire et examen clinique :

Il est recommandé de rechercher à l'interrogatoire, en plus des éléments cités précédemment, les **antécédents néonataux**, le **développement psychomoteur** de l'enfant en fonction de son âge, une **scolarisation antérieure** ainsi que des troubles ou une régression dans les **conduites instinctuelles** (sommeil, alimentation, hygiène).

Les [recommandations HAS/SPILF 2019](#) pour l'évaluation du statut sérologique vaccinal et le rattrapage vaccinal s'appliquent en pédiatrie¹² (2). Il est rappelé que le rattrapage vaccinal doit intégrer les dernières recommandations en vigueur selon le [calendrier vaccinal de l'année en cours](#)¹³ (6).

Chez *l'adolescent.e et en particulier chez les MNA*, il est recommandé d'intégrer la **santé sexuelle et reproductive** dans la consultation de manière analogue aux recommandations adultes.

Il est recommandé de réaliser au cours de l'examen clinique une **évaluation nutritionnelle**, de la **croissance** et du **développement pubertaire**, et de comparer les mesures anthropométriques (**poids, taille, et IMC**, ainsi que le **périmètre crânien** *si <5 ans*) aux courbes standards pour l'âge et aux courbes d'IMC pour l'âge en cas de suspicion de dénutrition ([recommandations HAS 2019](#)¹⁴) (7). Il est recommandé de rechercher des **signes carentiels** (notamment rachitisme) à l'examen clinique et de réaliser un **examen de dépistage dentaire, de la vision et de l'audition**.

Les échelles de dépistage des troubles psychiatriques recommandées chez l'adulte ne sont pas validées chez l'enfant et n'ont pas fait l'objet d'un groupe spécifique de travail. **Le dépistage des troubles psychiques et psychiatriques est essentiel**, et les signes cliniques recherchés doivent être adaptés à l'âge. *Chez les enfants les plus jeunes*, des signes tels que des modifications du comportement (tels que des crises de colère/opposition, un arrêt des jeux, un renfermement, etc...), la régression de certaines acquisitions, un trouble des interactions ou des troubles du sommeil peuvent alerter sur une souffrance psychique précoce. Des symptômes évocateurs de psycho-traumatisme doivent être recherchés à tout âge afin d'orienter vers une équipe spécialisée si besoin. Les échelles de dépistage du trouble anxio-dépressif (échelle PHQ-4) et du syndrome de stress post traumatique (échelle PC-PTSD-5), ainsi que des troubles de l'usage de substances, proposées pour les adultes peuvent être utilisées *chez les MNA* bien qu'elles ne soient pas validées dans cette catégorie d'âge.

Prévention des carences vitaminiques

Pas de dépistage mais **supplémentation systématiquement en vitamine D** selon les recommandations nationales (400-800 UI/ jour si <2 ans ; 50 000 UI/trimestre ou 100 000 UI/trimestre en automne et en hiver si >2 ans *sans facteur de risque* ou 800-1600 UI/jour ou 80 000-100 000/trimestre *entre 2 à 18 ans en cas de facteur de risque*¹⁵) (8).

Dépistage des maladies non transmissibles

¹² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf

¹³ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

¹⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/reco277_recommandations_rbp_denutrition_cd_2019_11_13_v0.pdf

¹⁵ <https://www.sfpediatrie.com/vitamine>

Au bilan biologique standard recommandé (**NFS, bilan hépatique, créatinine ± bandelette urinaire**) s'ajoutent les examens suivants :

- Dépistage du **saturnisme** : il est recommandé de réaliser une plombémie chez les enfants de moins de 16 ans, en associant la [feuille CERFA¹⁶](#) à la prescription du dépistage.
- Dépistage des **dysthyroïdies** : la réalisation d'une **TSH** est recommandée pour tous les *enfants âgés entre 1 mois et deux ans*. Pour les *enfants de moins de 1 mois* nés en dehors de France, un **test de dépistage néonatal** (dit « Guthrie ») par réalisation d'un buvard est recommandé afin de dépister les autres maladies congénitales (mucoviscidose, hyperplasie des surrénales, hémoglobinopathies). Le Centre Régional de Dépistage Néonatal doit être prévenu de l'envoi de celui-ci. Pour les *enfants de plus de deux ans*, le dépistage est à réaliser *en cas de point d'appel clinique* par **TSH+T4**.
- Dépistage de la **carence martiale** : recommandé chez les *enfants ≤ 5 ans* par la réalisation d'une **ferritine** (avec une **CRP** *en cas de fièvre ou de suspicion d'infection*), et chez les *enfants >5 ans en cas de facteurs de risques identifiés*.
- Dépistage des **hémoglobinopathies** : le dépistage est recommandé pour tous les *enfants originaires des régions à forte prévalence (Afrique subsaharienne, Afrique du Nord et Moyen-Orient, Asie du Sud-Est, zone intertropicale d'Amérique latine, et Caraïbes)* avec la réalisation d'une **électrophorèse de l'hémoglobine**. Si l'enfant s'inscrit dans un parcours de soin, celle-ci *peut être différée après supplémentation d'une éventuelle carence martiale*.
- Dépistage du **déficit en G6PD** : un dépistage ciblé est recommandé *en cas d'éléments d'orientation à l'interrogatoire (antécédent d'hémolyse, ictère, cas familiaux, de bilan pré thérapeutique ou d'identification d'une autre maladie du globule rouge)*.

Dépistage des maladies infectieuses et tropicales

Les dépistages suivants : **sérologies VIH, hépatites B et C, PCR Chlamydia/gonocoque, sérologies schistosomose, strongyloïdose, filariose, HTLV1, et maladie de Chagas** sont proposé selon les *mêmes critères que pour les patients adultes* (les deux dernières pathologies n'étant donc proposées qu'*aux adolescentes en âge de procréer originaires des zones d'endémie*).

Le dépistage de la tuberculose latente est recommandé *chez les enfants ≤ 18 ans originaires d'un pays de forte endémie de la tuberculose maladie (incidence >40/100 000)¹⁷* par un **test de mesure de la sécrétion in vitro de l'interféron gamma (IGRA)** ou par une **intradermoréaction à la tuberculine (IDR)**.

Le dépistage de la tuberculose maladie par **radio pulmonaire** est recommandé uniquement chez les *enfants ayant un test IGRA ou une IDR positive* et/ou chez les *enfants présentant des symptômes évocateurs de tuberculose maladie* (qui doivent être recherchés).

Pour les autres dépistages, il faut considérer certaines spécificités :

- Une sérologie **VHA en IgG** (recherche d'une immunité acquise) est proposée chez les *enfants âgés de 1 à 18 ans susceptibles de séjourner à nouveau en zone d'endémie* dans une perspective de rattrapage vaccinal.
- Le **dépistage de la syphilis par sérologie** est à réserver aux *mineurs exposés sexuellement*, de manière analogue à la **PCR Chlamydia/gonocoque**. Les *MNA* sont à considérer comme

¹⁶ https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12378.do

¹⁷ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?view=map>

ayant une vulnérabilité sexuelle particulière et sont donc inclus dans les indications de dépistage. Le **dépistage de la syphilis congénitale** doit être considéré chez les *nourrissons en cas de facteurs de risque (grossesse de la mère non suivie, recherche de signes cliniques de syphilis congénitale précoce et tardive)*.

- La réalisation d'une **sérologie strongyloïdose** est recommandée à *partir de l'âge de la marche chez l'enfant ayant acquis la marche dans la zone d'endémie*.
- Les **examens parasitologiques des selles** (\pm **traitement systématique** des parasites) sont à réserver aux *enfants présentant des signes cliniques ou biologiques de carence ou de malnutrition*, dans la mesure de la faisabilité et de l'acceptabilité de ces examens.

Spécificités pour les DROM-COM :

Les recommandations s'appliquent également aux enfants migrants arrivants dans les départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer (DROM-COM). Certaines pathologies sont sur-représentées dans ces territoires, et pour connaître les spécificités épidémiologiques locales, on pourra se référer aux données épidémiologiques actualisées disponibles notamment sur le site de Santé publique France et des Agences régionales de la santé (9,10). Une initiative de synthèse des informations disponibles sous forme de Panorama de la santé dans les DROM-COM est en cours et déjà disponible pour la [Guyane](#)¹⁸ (11). La question de l'intérêt d'un bilan de santé spécifique chez les personnes arrivant, résidant ou quittant les DROM-COM nécessite un travail ultérieur plus complet tenant compte des spécificités de ces territoires.

¹⁸ <https://revuemtsi.societe-mtsi.fr/index.php/bspe-articles/article/view/308>

Figures résumant la distribution des pathologies d'intérêt dans le monde

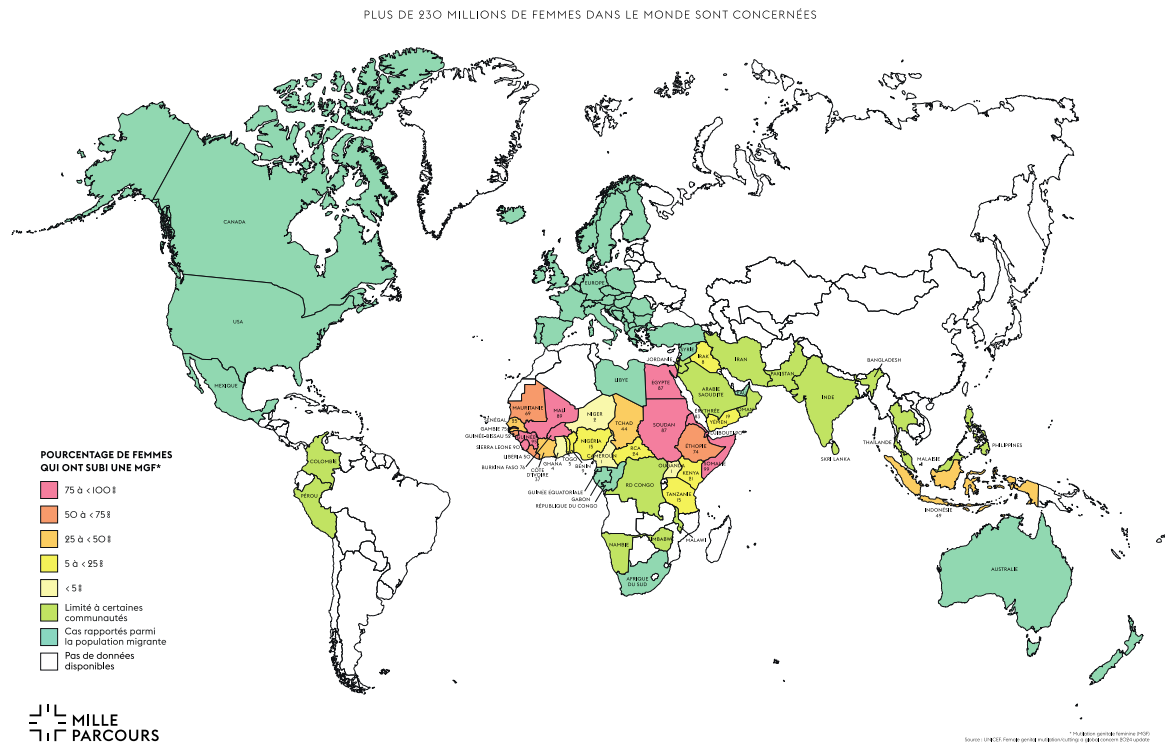


Figure 1 : Prévalence des mutilations génitales féminines/excisions (MGF) dans le monde en 2024

Source : Association Mille Parcours et UNESCO 2024 (12).

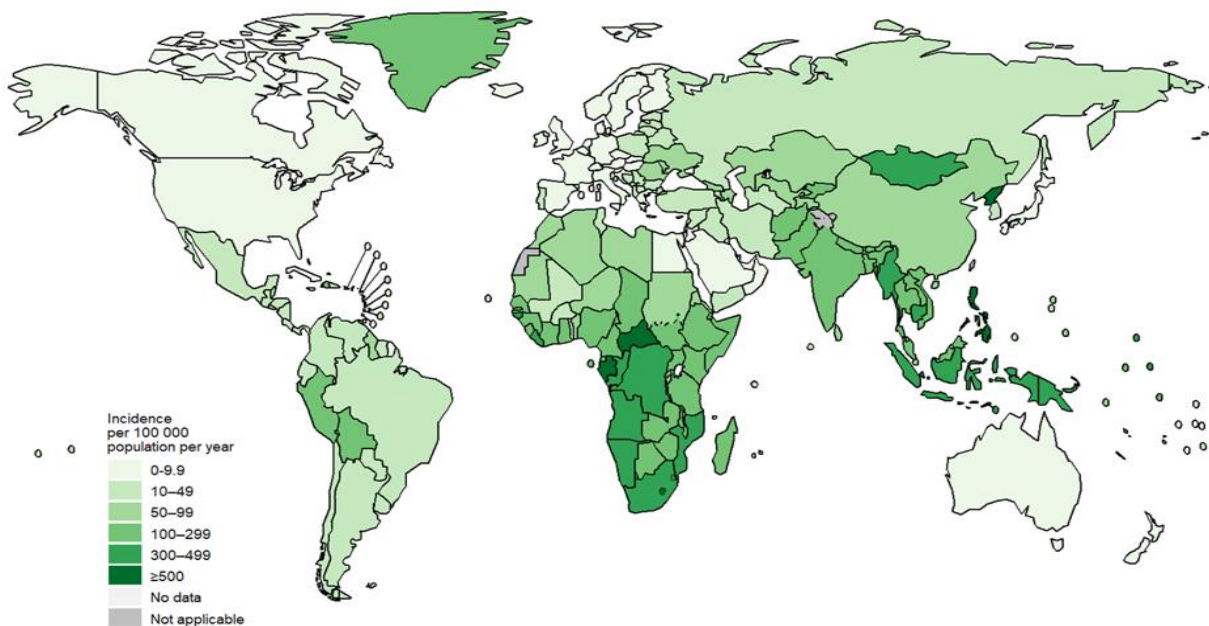


Figure 2 : Incidence (cas /100 000/an) de la tuberculose maladie dans le monde en 2022

Source : Rapport mondial sur la tuberculose 2023 (13)

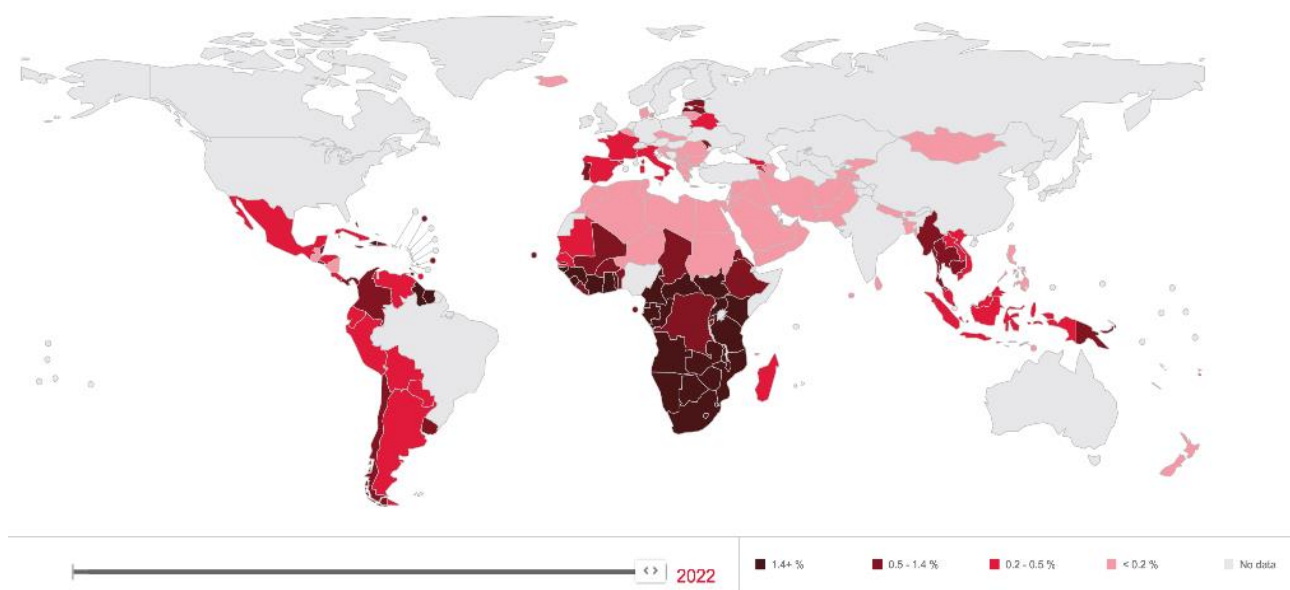


Figure 3 : Prévalence de l'infection par le VIH chez les personnes de 15 ans et plus dans le monde en 2022

Source : AIDSinfo (<https://aidsinfo.unaids.org/>)

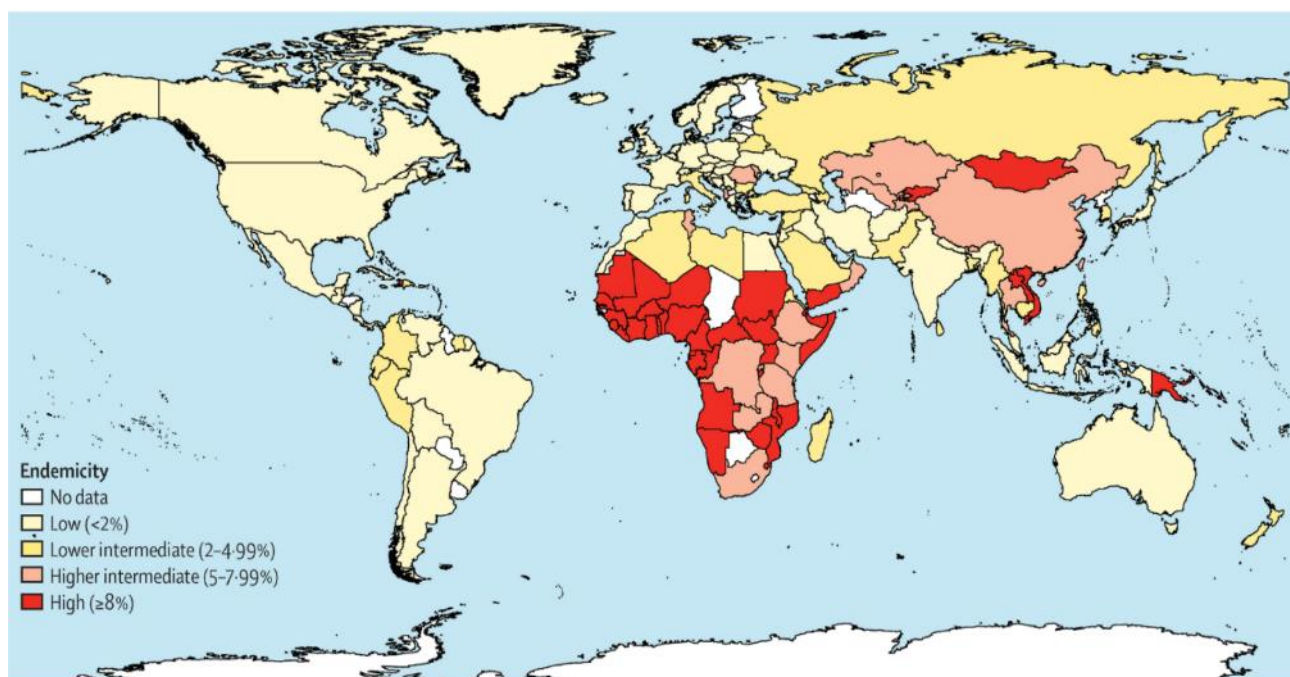


Figure 4 : Prévalence de l'infection chronique par le VHB dans le monde (1965-2013)

Source : Rapport ECDC 2018 et Schweitzer A et al. Lancet 2015 (14,15)

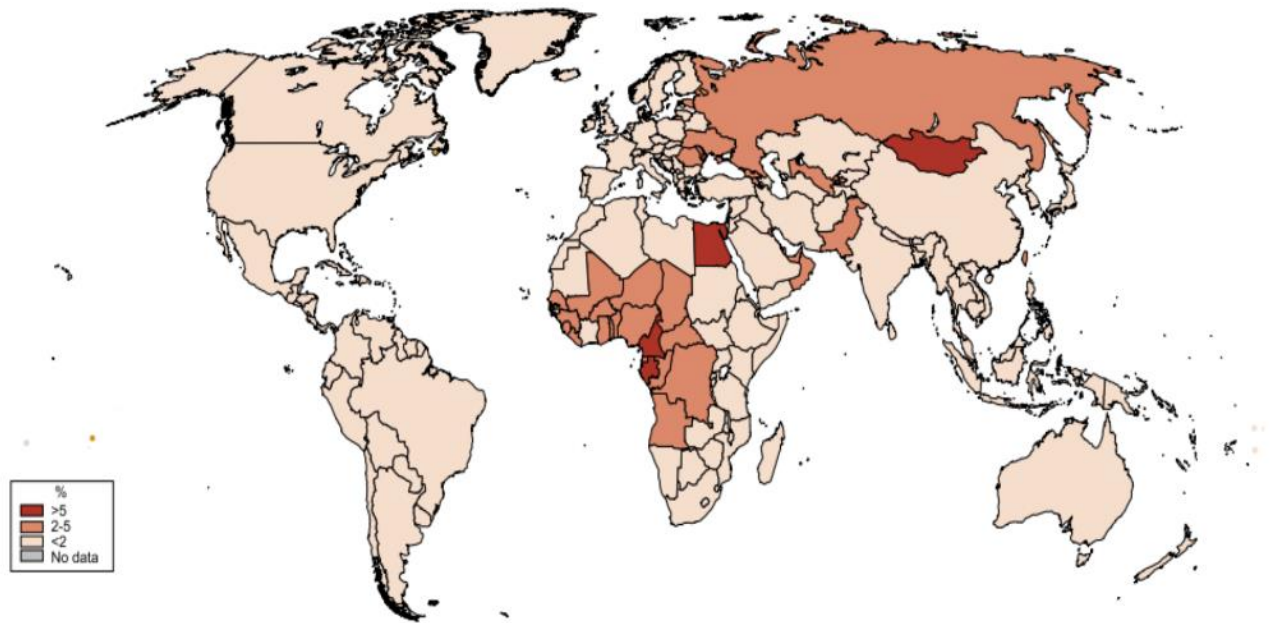


Figure 5 : Prévalence de l'hépatite C chronique dans le monde (2015)
 Source : Rapport ECDC 2018 et Sharma S et Al. J Hepatol 2015 (14,16)

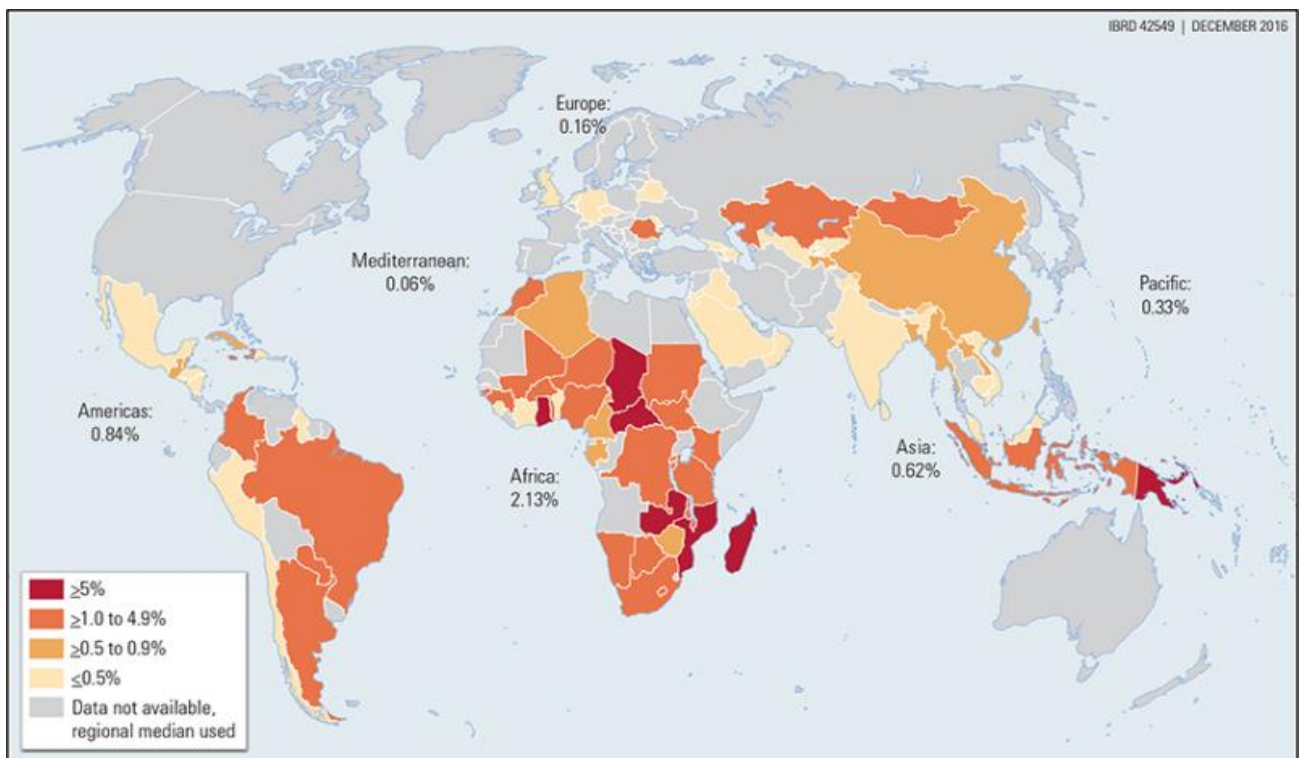


Figure 6 : Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes dans le monde en 2012
 Source : "Global Health Estimates." 2013. Online Database. WHO, Geneva

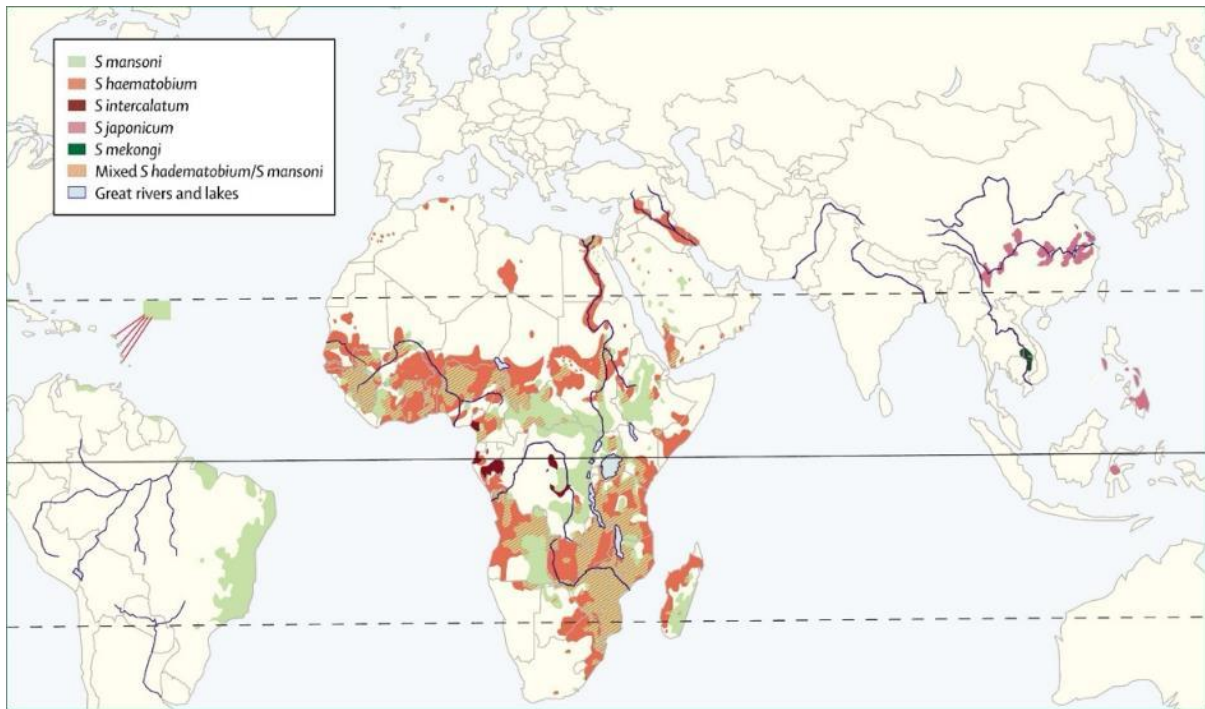
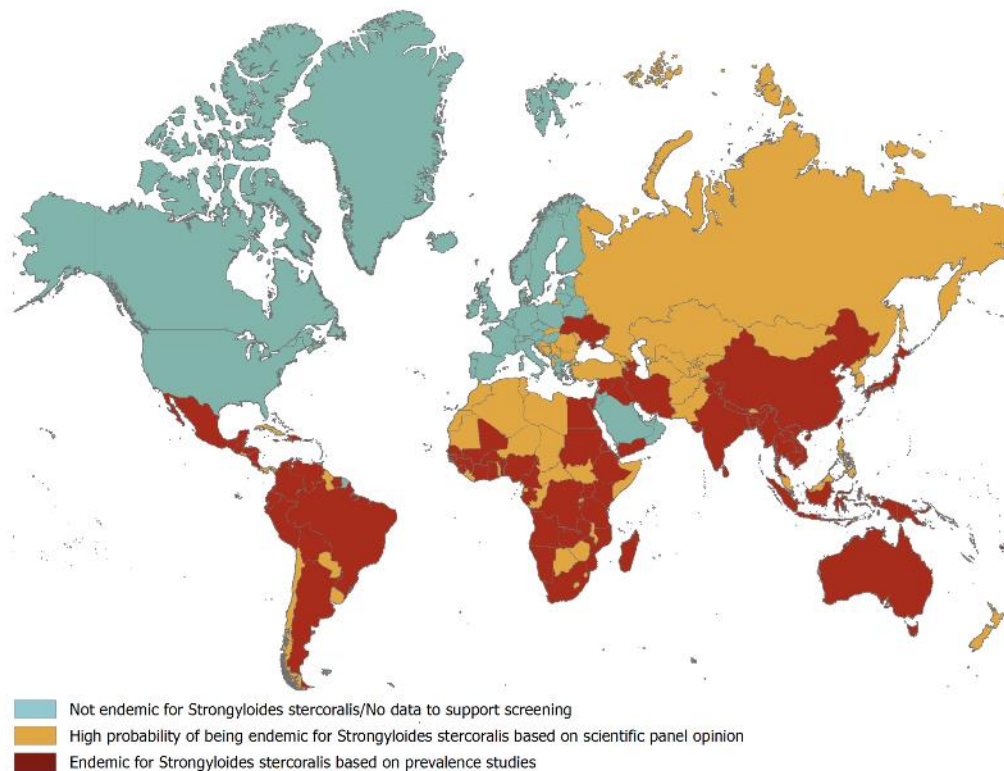


Figure 7 : Distribution mondiale des schistosomoses

Source : Gryseels B and al. Lancet 2006 (17)

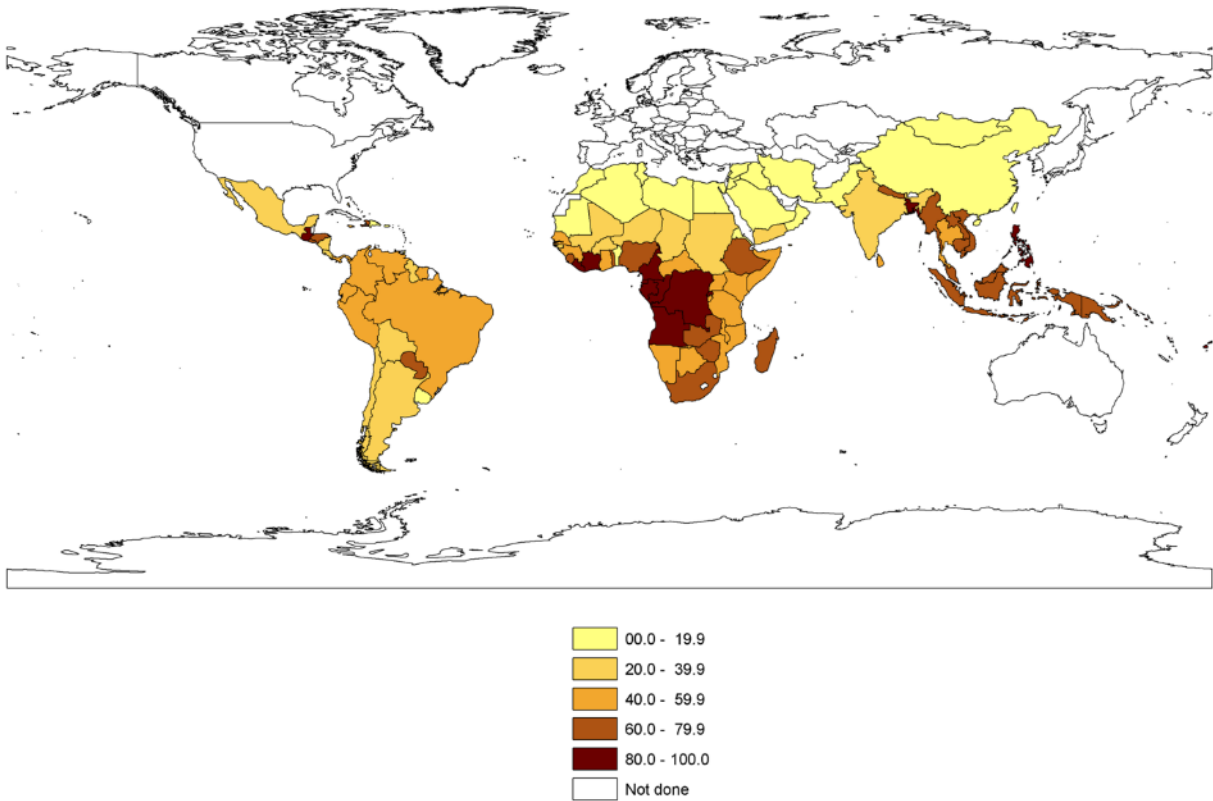


Source: ECDC expert panel

Note: According to the ECDC expert panel, migrants from countries marked orange should be considered for strongyloidiasis screening.

Figure 8 : Distribution mondiale de la strongyloïdose

Source : ECDC 2018 (3)



Figures 9a : Prévalence mondiale d'une infection par nématode intestinal en pourcentage (données combinées pour *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* et/ou *Necator americanus*)

Source : Hall A et al.. PLoS Negl Trop Dis 2009 (18) d'après des données de 2003 (19)

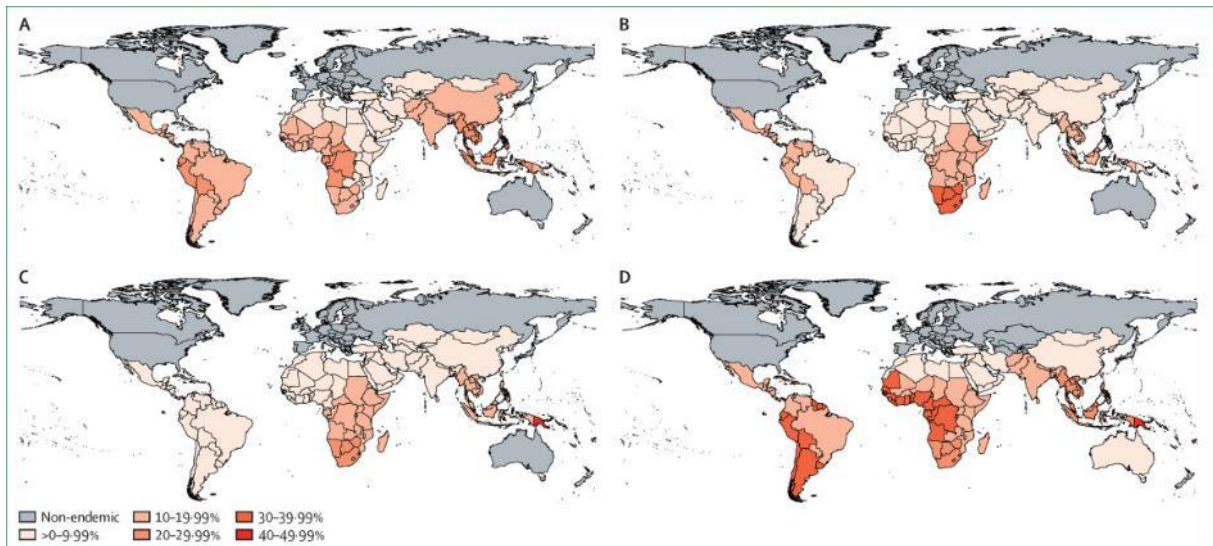


Figure 9b. Prévalence de (A) *Ascaris lumbricoides* (2010), (B) *Trichuris trichiura* (2010), (C) strongyloïdose (*Necator americanus* et *Ancylostoma duodenale*; 2010), et (D) *Strongyloides stercoralis* (2011)

Source : Jourdan PM et al. The Lancet 2018 (20)

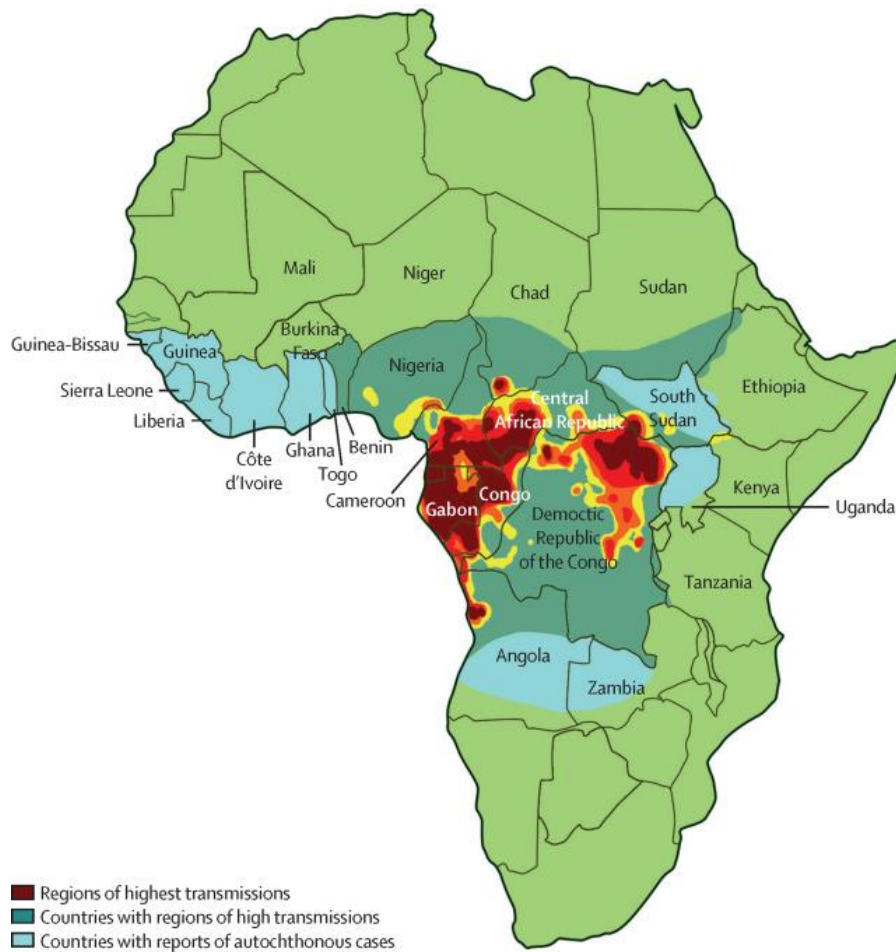
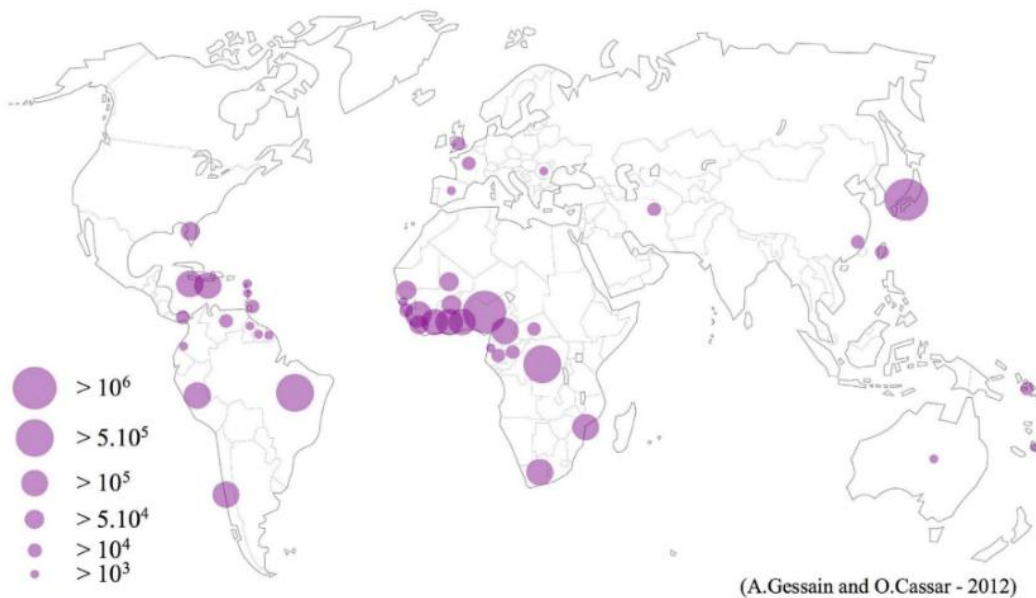


Figure 10 : Zones de haute transmission de la filariose à *Loa Loa* (loaose)

Source : Ramharther M, The Lancet infectious diseases 2024 (21)



(A.Gessain and O.Cassar - 2012)

Figure 11 : Estimation du nombre de porteurs d'une infection à HTLV-1 dans les pays d'endémie

Source: compilations de données d'après Gessain A et al., Front Microbiol 2012 (22)

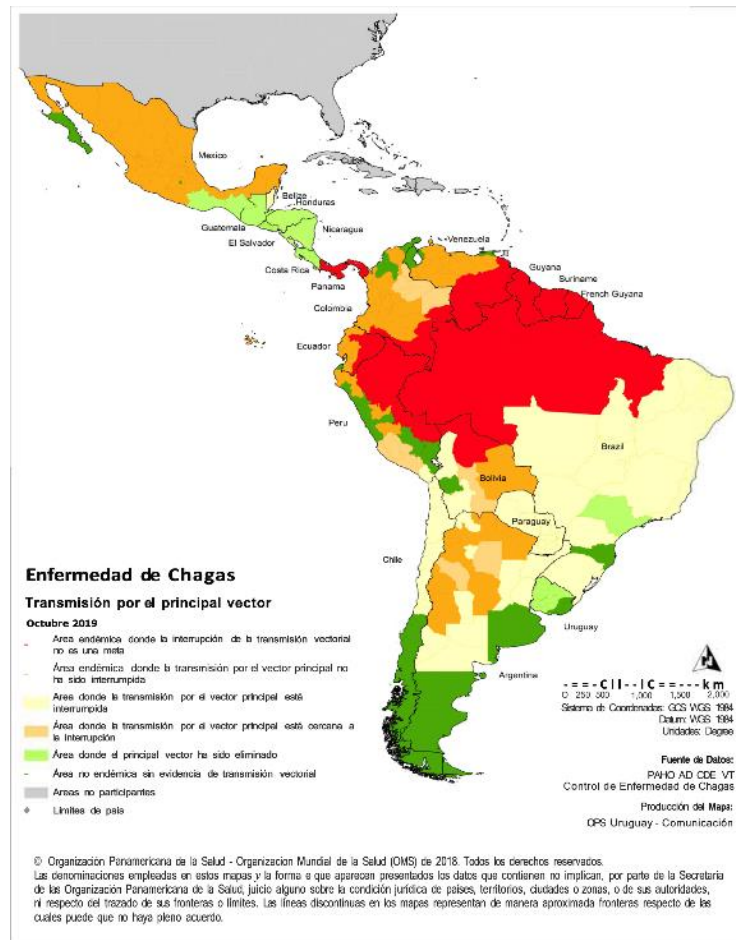


Figure 12 : Zones de transmission de la maladie de Chagas, 2019, PAHO
 Source : PAHO (23)

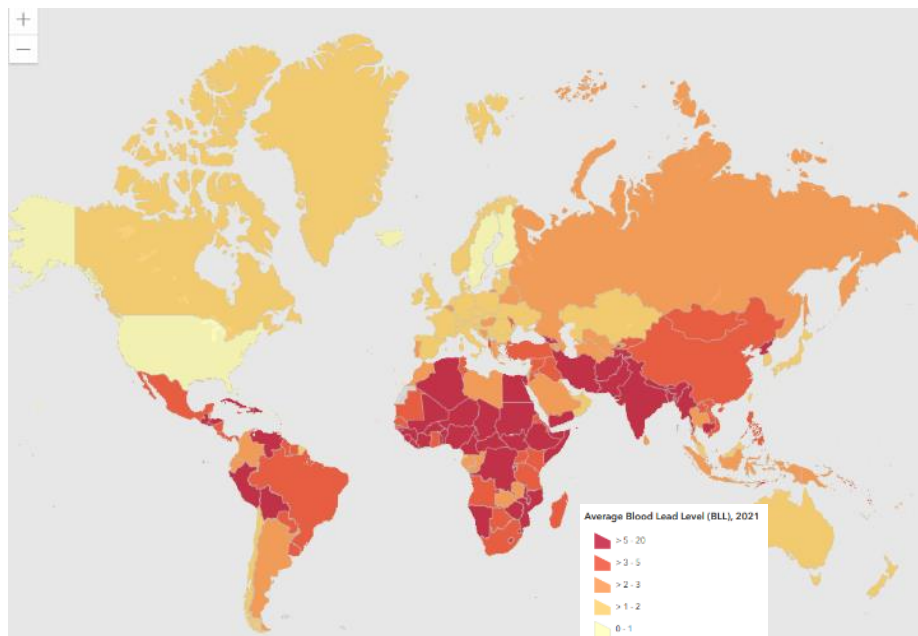


Figure 13 : Pays à risque d'exposition au plomb et de saturnisme : taux moyen de Plombémie en µg/dL chez les enfants (2021)

Source : <https://leadpollution.org/>, consulté le 24/06/2024

Tableau de synthèse 1 : Bilan de santé systématique recommandé chez une personne migrante primo-arrivante asymptomatique adulte

	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen Orient	Asie centrale et du Sud-Est	Amérique centrale et du Sud	Caraïbes	Europe de l'Est
Interrogatoire détaillé (ATCD, situation sociale, barrière de la langue, symptômes, contagé, etc.)	X					
Recherche ATCD de violences, de mutilation génitale féminine (MGF) si pays à risque (Figure 1), et de situations de vulnérabilité sexuelle	X					
Recherche de grossesse (interrogatoire ± β -HCG) et besoins non pourvus en contraception	X (femmes en âge de procréer)					
Dépistage du trouble anxieux et de l'épisode dépressif caractérisé (échelle PHQ-4), du syndrome de stress post traumatique (échelle PC-PTSD-5) et du trouble de l'usage ou de la dépendance aux substances psychoactives (voir Échelles 1 et 2 ci-dessous).	X					
Examen clinique complet avec prise de tension artérielle, température, poids, taille et examen dentaire, dépistage troubles la vision et de l'audition	X					
Bandelette urinaire	X					
Dextro ou glycémie à jeun	Si ≥ 45 ans (≥ 35 ans si ATCD familiaux, FdR CV et origine du sous-continent Indien, du Moyen Orient, ou d'Afrique et/ou en surpoids)					
Bilan lipidique à jeun	Si homme ≥ 40 ans, femme ≥ 50 ans, en présence de FdR CV, avant prescription d'une contraception hormonale					
NFS, créatinine, ASAT, ALAT	X					
Électrophorèse de l'hémoglobine	\pm^a					
Radiographie pulmonaire	Si originaire d' un pays de forte incidence de la tuberculose ($\geq 40/100\ 000$) (Figure 2)					
Intradermoréaction à la tuberculine ou IGRA [#]	Uniquement si pays de très forte incidence ($>100/100\ 000$) (Figure 2), âgé.e de 18-40 ans ET présence d'enfants dans l'entourage et/ou exerçant un métier de la santé ou de la petite enfance et/ou immunodépression.					
Sérologies VIH, VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc) et VHC Ou TRODs VIH, AgHBs et VHC	X					

	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen Orient	Asie centrale et du Sud-Est	Amérique centrale et du Sud	Caraïbes	Europe de l'Est
Sérologie syphilis Ou TROD Syphilis	X					
PCR <i>Chlamydia</i> /gonocoque 1 ^{er} jet d'urine (homme) ou auto-prélèvement vaginal (femme) ± anal et pharyngé selon pratiques	± si ≤25 ans ou FdR*					
Sérologie schistosomose (bilharziose)	X	Égypte				
Sérologie strongyloïdose (anguillulose)	X					
Examen parasitologique des selles (EPS) (x3)	±		±	±		
Examen parasitologique des urines (EPU) (x1)	±	± Égypte				
Sérologie filariose et recherche de microfilarémie diurne	Afrique centrale forestière [°]					
Sérologie HTLV-1 chez les femmes en âge de procréer	X			X	X	
Sérologie maladie de Chagas chez les femmes en âge de procréer				X ^s		
Anticorps antitétaniques et anticorps anti-HBs 4 à 8 semaines après un rappel des vaccins dTPca et HepB si indiqués	X					
Sérologie varicelle en l'absence d'ATCD si <40 ans	X					
Programmes nationaux de dépistage selon recommandations nationales (frottis du col de l'utérus 25-65 ans ou PCR HPV 30-65 ans, mammographie ≥50 ans, sang dans les selles ≥50 ans)	X					

ATCD : antécédent ; MGF : Mutilation génitale féminine ; PHQ-4 : Patient Health Questionnaire - 4 items ; Primary Care PTSD Screen for DSM-5 ; Fdr CV : Facteurs de risque cardiovasculaire ; IDR : Intradermoréaction à la tuberculine ; IGRA : test de détection de la sécrétion in vitro de l'interféron gamma spécifique de *Mycobacterium tuberculosis* ; TRODs : tests rapides d'orientation diagnostique ; dTPca : vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, et la coqueluche acellulaire ; HepB : vaccin contre l'hépatite B

[°]chez les femmes et les hommes en âge de procréer avec projet de maternité ou paternité et souhaitant connaître leur statut, ainsi que chez les femmes enceintes (idéalement avant 12 SA), originaires d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient, du sous-continent indien, d'Asie du Sud-Est, de la zone intertropicale d'Amérique latine, ou des Caraïbes

* ; [#] Les IGRA sont à ce jour remboursés dans cette indication jusqu'à l'âge de 15 ans mais pas encore pour ceux âgés de 16-18 ans ni pour les 18-40 ans avec indication détaillée ci-dessus. Ces derniers peuvent réaliser un IGRA gratuitement dans les Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) présents dans tous les départements ou bénéficier d'une IDR ; *Facteurs de risque : rapports sexuels non protégés, multipartenariat, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, situation sociale précaire exposant à des situations de vulnérabilité sexuelle ; [°] personnes originaires des zones forestières de l'Angola, du Cameroun, du Gabon, de la Guinée équatoriale, du Nigéria, de la République du Congo, de République centrafricaine, de République démocratique du Congo, du Soudan du Sud et du Tchad). Les personnes originaires des zones à risque et n'ayant séjourné qu'en zone urbaine sans séjour prolongé en zone rurale peuvent être exemptés de ce dépistage. La microfilarémie diurne peut ne pas être accessible en ville, dans ce cas sérologie filariose seule ; ^s y compris chez les femmes dont la mère est originaire de zone d'endémie. A noter que la sérologie est susceptible d'être facturée en ville si elle est réalisée hors nomenclature.

Échelle 1 : Échelle PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4)

L'échelle d'anxiété et de dépression (Patient Health Questionnaire – PHQ-4) a été construite pour dépister le trouble anxieux généralisé et le trouble dépressif. Il s'agit d'un outil très court de dépistage psychiatrique.

<i>Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé.e par les problèmes suivant</i>	<i>Jamais</i>	<i>Plusieurs jours</i>	<i>Plus de sept jours</i>	<i>Presque tous les jours</i>	<i>SCORE</i>
<i>Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension</i>	0	1	2	3	Score anxiété= /_ / sur 6
<i>Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes</i>	0	1	2	3	
<i>Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses</i>	0	1	2	3	Score dépression= /_ / sur 6
<i>Sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir</i>	0	1	2	3	
SCORE GLOBAL					/ / / sur 12

L'interprétation des résultats du PHQ-4 est la suivante :

- score global sur une échelle de 0 à 12 (somme des réponses aux 4 questions) comprenant quatre niveaux de détresse psychologique : aucune (0-2), légère (3-5), modérée (6-8), ou grave (9-12)
- une sous-échelle de mesure de l'anxiété de 0 à 6 (somme des deux premières questions) : un score ≥ 3 est considéré comme positif pour le dépistage d'un trouble anxieux.
- une sous-échelle de mesure de la dépression de 0 à 6 (somme des questions trois et quatre) : un score ≥ 3 est considéré comme positif pour le dépistage d'un trouble de l'humeur.

Si le PHQ-4 est positif, le PHQ-9 (trouble de l'humeur) et le GAD-7 (trouble anxieux) sont des outils complémentaires qui pourraient être administrés pour préciser la suspicion diagnostique (voir Annexe 2)

Échelle 2 : Échelle PC-PTSD-5 (The Primary Care PTSD Screen for DSM-5)

Le PC-PTSD-5 est un questionnaire à 5 questions, qui explore les symptômes de trouble de stress post-traumatique et leur impact actuel dans la vie du sujet, uniquement pour les personnes ayant mentionné une exposition à un événement potentiellement traumatique. Après une question inaugurale recherchant l'exposition à un événement traumatique, 5 questions sont posées au patient.

	Oui	Non
<i>Il arrive parfois aux gens des choses inhabituelles ou particulièrement effrayantes, horribles ou traumatisantes. C'est le cas, par exemple d'un accident grave ou un incendie, d'une agression ou un abus physique ou sexuel, d'un tremblement de terre ou une inondation, d'une guerre, voir une personne tuée ou gravement blessée ou encore la mort d'un proche par homicide ou suicide.</i>		
<i>Avez-vous déjà vécu ce type d'événement ?</i>	<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.</i>		STOP
<i>Au cours du mois dernier, avez-vous...</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>fait des cauchemars à propos de l'événement (des événements) ou pensé à l'événement (des événements) lorsque vous ne le vouliez pas ?</i> 	1	0
<ul style="list-style-type: none"> • <i>fait des efforts pour ne pas penser à l'événement (aux événements) ou fait des efforts pour éviter des situations qui vous rappellent l'événement (les événements) ?</i> 	1	0
<ul style="list-style-type: none"> • <i>été constamment sur vos gardes, vigilant ou facilement surpris ?</i> 	1	0
<ul style="list-style-type: none"> • <i>vous vous êtes senti insensible ou détaché des gens, des activités ou de votre environnement ?</i> 	1	0
<ul style="list-style-type: none"> • <i>vous vous êtes senti coupable ou incapable d'arrêter de vous en vouloir ou en vouloir les autres pour le(s) événement(s) ou les problèmes que le(s) événement(s) a (ont) pu causer ?</i> 	1	0
<i>SCORE :</i>		<i>/ / sur 5</i>

Si une personne interrogée reconnaît avoir été exposée à un traumatisme, elle peut obtenir un score de 0 à 5 sur le PC-PTSD-5, qui correspond au nombre de réponses "oui" aux cinq questions sur la manière dont le traumatisme l'a affectée au cours du mois écoulé. Un score ≥ 4 est habituellement considéré comme positif. Un score ≥ 3 mérite une orientation pour évaluation en milieu spécialisé.

Tout test doit être apprécié et interprété par le clinicien qui garde la responsabilité de la décision d'adresser le patient au professionnel de santé de son choix.

Il existe des limites à l'utilisation de ces tests. La première étant la barrière de la langue et le fait que les questionnaires ne soient pas encore traduits dans toutes les langues. Par ailleurs, l'utilisation de ces outils pourrait être difficile lors de la consultation « bilan de santé » possiblement longue et éprouvante. Il pourrait donc être pertinent, en fonction des situations, de revoir le patient lors d'une consultation dédiée à la santé mentale, avec un cadre plus contenant. Dans ce cas, la question inaugurale du PC-PTSD-5 peut être utile pour orienter.

Si le PC-PTSD-5 est positif, le PCL-5 (syndrome de stress post traumatique) est un outil complémentaire qui pourrait être administré pour préciser la suspicion diagnostique (voir Annexe 2).

Tableau de synthèse 2 : Bilan de santé systématique recommandé chez un enfant migrant primo-arrivant asymptomatique

	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen Orient	Asie centrale et du Sud-Est	Amérique centrale et du Sud	Caraïbes	Europe de l'est
Interrogatoire détaillé / ATCD	X					
Évaluation du développement psychomoteur, alimentation et sommeil, croissance et puberté	X					
Recherche ATCD de violences physiques et/ou sexuelles et de mutilation génitale féminine (MGF) pour les pays à risque (Figure 1)	X					
Recherche trouble anxieux, épisode dépressif, syndrome de stress post traumatique et/ou trouble de l'usage ou de la dépendance aux substances psychoactives	X					
Examen physique complet avec température, tension artérielle, poids, taille, IMC (\pm PC si ≤ 5 ans), puberté, examen dentaire, de la vision et de l'audition	X					
Bandelette urinaire*	±					
β -HCG et identification besoins non pourvus en contraception	X (filles à risque de grossesse)					
Intradermoréaction à la tuberculine ou IGRA**	X si originaire d'un pays de forte incidence de la tuberculose ($\geq 40/100\ 000$) et arrivé.e en France depuis moins de 5 ans					
Radiographie pulmonaire	Si suspicion tuberculose clinique et/ou biologique ou si IDR ou IGRA positif					
NFS, créatinine, ASAT, ALAT	X					
Ferritinémie	Si ≤ 5 ans ou facteurs de risque (dénutrition, adolescente pubère, hémoglobinopathie associée)					
TSH	1 mois-2 ans <1mois si Guthrie impossible					
Plombémie ϕ	Si ≤ 16 ans			±		
Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X	X	X (région intertropicale)	X	
Déficit en G6PD***	±					
Sérologies VIH, VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc) et VHC Ou TRODs VIH, AgHBs et VHC	X					

Sérologie syphilis Ou TROD syphilis	± si adolescent (e) et/ou suspicion d'exposition sexuelle					
PCR <i>Chlamydia</i> /gonocoque urinaire ou auto-prélèvement vaginal	± si adolescent (e) et/ou suspicion d'exposition sexuelle					
Sérologie schistosomose	X	Égypte				
Sérologie strongyloïdose	X si migration après acquisition de la marche					
Examen parasitologique des selles (EPS) (x3) [°]	± sur signes d'appel cliniques ou biologiques					
Examen parasitologique des urines (EPU) (x1) ^{°°}	±	± Égypte				
Sérologie filariose et recherche de microfilarémie diurne	Afrique centrale forestière %					
Sérologie maladie de Chagas				X ^{\$}		
Anticorps antitétaniques et anticorps anti-HBs 4 à 8 semaines après vaccins d'TPca/DTPCa et HepB ou Hexavalent (en fonction de l'âge) si absence de preuve vaccinale	X					
IgG anti-hépatite A	Enfants de 1 à 18 ans susceptibles de séjourner en zone d'endémie					
Sérologie varicelle en l'absence d'ATCD	≥ 12 ans					
Test de dépistage néonatal (« Guthrie »)	≤ 1 mois &					

ATCD : antécédent ; IMC : Indice de masse corporelle ; PC : périmètre crânien ; IGRA : test de détection de la sécrétion in vitro de l'interféron gamma spécifique de *Mycobacterium tuberculosis* ; DTPCa : vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, et la coqueluche acellulaire ; HepB : vaccin contre l'hépatite B ; TRODs : tests rapides d'orientation diagnostique

* recherche hématurie : régions à risque de schistosomose ; recherche protéinurie recommandée à l'examen systématique des 6 ans chez tous les enfants en France ; ** Les IGRA sont à ce jour remboursés dans cette indication jusqu'à l'âge de 15 ans mais pas encore pour ceux âgés de 16-18 ans ; ° Carte actualisée des pays à risque disponible sur <https://leadpollution.org> ; *** Sur point d'appel clinique (antécédent d'hémolyse, ictère), en cas de bilan pré-thérapeutique ou de diagnostic d'autres maladies du globule rouge ; % personnes originaires des zones forestières de l'Angola, Cameroun, du Gabon, de la Guinée équatoriale, du Nigéria, de la République du Congo, de République centrafricaine, de la République démocratique du Congo, du Soudan du Sud et du Tchad). Les personnes originaires des zones à risque et n'ayant séjourné qu'en zone urbaine sans séjour prolongé en zone rurale peuvent être exemptés de ce dépistage. La microfilarémie diurne peut ne pas être accessible en ville, dans ce cas sérologie filariose seule ; ° EPS ou PCR multiplexe parasitoses sur 3 prélèvements de selles à quelques jours d'intervalle ; °° EPU ou PCR schistosome urinaire sur miction complète (premières urines du matin si possible), ou sur urines des 24h si réalisable (mieux) en cas de sérologie schistosomose positive ou si de réalisation facile ; \$ chez les filles en âge de procréer et y compris chez les filles dont la mère est originaire de zone d'endémie. Sérologie facturée hors nomenclature par certains laboratoires ; & après avoir prévenu le Centre Régional de Dépistage Néonatal

Tableau 3 : Synthèse des conduites à tenir en cas de positivité d'une recherche ou d'un examen chez un adulte ou un enfant primo-arrivant en France

	Conduite à tenir en cas de positivité d'une recherche ou d'un examen
<p>Interrogatoire détaillé (ATCD, situation sociale, barrière de la langue, symptômes, contagé, etc.)</p>	<p>Les adresses des structures de santé citées ci-dessous peuvent facilement être trouvées sur le site www.sante.fr.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si diabète, hypertension ou autre comorbidité : <ul style="list-style-type: none"> - Si la personne dispose d'une couverture maladie, orientation en médecine générale et/ou médecine spécialisée. La prescription d'un premier bilan et le renouvellement des traitements au long cours est utile en attendant l'organisation du suivi. La mobilisation d'équipes spécialisées et d'éducation thérapeutique peut être utile dans certains cas. <ul style="list-style-type: none"> - En l'absence de couverture maladie, orienter vers une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalière ou ambulatoire. - Si besoin de soins urgents, orientation vers un service d'urgence où l'indication d'une hospitalisation sera évaluée. - En l'absence de logement et si besoins de soins, un hébergement en lit halte soins santé (LHSS) ou en lit d'accueil médicalisé (LAM) peut être envisagé. - Pour les demandeurs d'asile non hébergés, il est possible d'établir un certificat de vulnérabilité médicale à adresser au médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) pour prioriser la mise à l'abri. En cas de procédure Dublin, il peut être aussi rédigé un certificat argumentant la nécessité de l'accès ininterrompu au système de santé, et contre-indiquant une rupture de suivi médical, en particulier en cas de sortie du territoire, si elle expose à une aggravation prolongée de l'état de santé et engage le pronostic vital. - Si déficience ou handicap, orientation vers une structure spécialisée avec l'aide de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). En l'absence de logement, se faire aider pour une mise à l'abri dans une structure adaptée. - Pour les enfants de moins de 6 ans, adresser vers les PMI de secteurs pour le suivi de proximité, parallèlement aux éventuelles orientations complémentaires. - En présence de vulnérabilités sociales, mobiliser si disponible un ou une médiatrice en santé, un ou une assistante sociale et orienter vers des structures spécialisées dans le soutien social. Privilégier les équipes pluridisciplinaires afin de ménager l'adaptation du parcours de soin¹⁹. <ul style="list-style-type: none"> - En l'absence de domicile : la mise à l'abri des personnes est une priorité bien que complexe actuellement en France, elle débute par la sollicitation d'un hébergement d'urgence auprès du 115 avec réalisation précoce d'une fiche SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation) par un travailleur social. <ul style="list-style-type: none"> - Si insécurité alimentaire : orienter vers les soupes populaires et restaurants solidaires, et vers les épiceries solidaires. - Si absence de couverture maladie, orienter précocement vers un.e travailleur.se social.e, une PASS et/ou une caisse primaire d'Assurance maladie après avoir sensibiliser la personnes aux documents nécessaires au dépôt d'une demande. - Si situation administrative irrégulière : orienter vers un soutien juridique (le plus souvent en milieu associatif) et/ou un guichet unique d'accueil des demandeurs d'asile (GUDA) selon les situations. - En l'absence de moyen de transport ou de ressources suffisantes pour se déplacer, orienter vers des associations de solidarité. - Devant une littératie en santé faible, considérer une orientation vers des structures d'éducation à la santé comme les ateliers santé ville et solliciter l'aide d'un.e médiateur.rice en santé si disponible.

¹⁹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_coordo_pass_fiche_reflexe_reperage_prekarite-2.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> - En présence de symptômes évocateurs de tuberculose maladie, si suspicion de tuberculose pulmonaire (toux chronique, hémoptysie, amaigrissement, sueurs nocturnes, etc.), orienter le patient vers les urgences pour réalisation d’une imagerie thoracique et placement en isolement air. Pour les suspicions de forme extra pulmonaires, orienter en médecine générale ou en milieu spécialisé (maladies infectieuses) pour bilan diagnostique. - Si le statut vaccinal n’est pas à jour, prescrire les sérologies pré-vaccinales indiquées (si non encore réalisées) et entreprendre le rattrapage vaccinal conformément aux recommandations HAS/SPILF 2019²⁰ - Rattrapage vaccinal avec le calendrier vaccinal en vigueur²¹ - A cette fin les personnes peuvent être orientées vers les centres de vaccination les plus proches, en médecine générale et dans les PMI pour les enfants. Les infirmiers et les pharmaciens de ville peuvent également participer au rattrapage vaccinal.
<p>Évaluation du développement psychomoteur, alimentation et sommeil, croissance et puberté (enfants)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d'anomalies du développement psychomoteur à l’examen clinique, : <ul style="list-style-type: none"> - le praticien pourra s’aider des guides de repérage et orientation des enfants à risque émis par la HAS²², ainsi que de l’échelle de Denver ou de la grille OMS pour les acquisitions neuromotrices. - L’évaluation du développement psychomoteur peut être mis en difficulté en contexte d’allophonie, ou être perturbé par d’éventuels évènements à caractère traumatique vécus par l’enfant. - Les enfants ayant des troubles du neurodéveloppement suspectés ou avérés doivent être orientés précocement dans les parcours de soin dédiés, les aides administratives (MDPH, ALD) sollicitées dès que la situation sociale le permet, et la scolarité adaptée à leur situation en lien avec la médecine scolaire. - Les anciens grands prématurés peuvent être redirigés vers les réseaux de périnatalité locale afin de bénéficier du suivi des complications de la prématurité par des équipes spécialisées. - La croissance staturo-pondérale est le plus souvent difficile à évaluer sur une consultation ponctuelle, le plus souvent sans carnet de santé ou antériorité disponible et peut nécessiter plusieurs consultations afin de caractériser ou d’infirmier les troubles. - Une attention particulière doit être portée à l'insécurité alimentaire en particulier chez les plus jeunes enfants, ainsi qu’aux troubles de comportement alimentaire de type PICA qui doivent être recherchés. - En cas de dénutrition ou de retard de croissance, les enfants doivent être évalués en pédiatrie et les autres causes potentielles doivent être investiguées afin de ne pas méconnaître une pathologie sous-jacente.
<p>Recherche ATCD de violences et situations de vulnérabilité sexuelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En présence de violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles et/ou d’exploitation ou de traite des êtres humains vécues dans le pays d’origine, sur le parcours migratoire ou en France : <ul style="list-style-type: none"> - Orienter vers une prise en soins médico-psycho-sociale et juridique adaptée. Si besoin, se faire aider par le 3919 ou une association spécialisée pour orienter au mieux une femme ayant vécu des violences. Les Maisons des femmes peuvent également être d’une grande aide. - Pour les enfants, au besoin, solliciter l’expertise des Unités d’Accueil Pédiatrique Enfance en Danger (UAPED) départementales. - Si la personne est demandeuse d’asile (pour venir en complément du récit si séquelles) ou si les violences sont survenues sur le territoire français (en vue d’un

²⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf

²¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_avr2024.pdf

²² https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

	<p>dépôt de plainte), il est possible d'élaborer un certificat médical initial en respectant les règles de bonne rédaction de ce dernier (voir notamment le Guide du Comede²³).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la personne souhaite déposer plainte, orienter vers une Unité médico judiciaire et/ou un commissariat. Des ressources peuvent être trouvées sur le site Arrêtons les violences²⁴ et sur celui de la HAS²⁵. <p>- En présence d'une situation de vulnérabilité sexuelle ou d'une sexualité exposant à un risque d'infections sexuellement transmissibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux besoins essentiels et sociaux - Proposer un dépistage - Informer sur les outils de la prévention diversifiée : droit de refuser des rapports sexuels non souhaités, dépistage et traitement précoce des infections sexuellement transmissibles, vaccination contre le VHB, préservatif, prophylaxie préexposition au VIH (PrEP), traitement post exposition au VIH (TPE), traitement précoce et maintien dans le soin des personnes vivant avec le VIH. A cette fin, les personnes peuvent être orientées en médecine générale, au Centre gratuit d'information, de dépistage, de diagnostic du VIH et des IST (CeGIDD) ou au Centre de santé sexuelle (CSS) le plus proche (structures ouvertes à tous y compris aux personnes sans couverture maladie). - Répondre aux besoins non satisfaits en termes de contraception
<p>Recherche de grossesse (interrogatoire ± test), MGF pays à risque et besoins non pourvus en contraception</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de grossesse confirmée ou d'un test de grossesse positif : <ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux besoins essentiels et sociaux - Compléter le bilan initial (sérologies CMV, toxoplasmose, rubéole ± recherche de paludisme occulte par PCR <i>Plasmodium</i> sp. dans l'année qui suit l'arrivée si originaire d'un pays d'endémie) - Prescrire une supplémentation en acide folique - Adresser rapidement en consultation de suivi de grossesse à la PMI, dans un service d'obstétrique ou en ville (sage-femme libérale et certains médecins libéraux). - Contacter si besoin les réseaux de santé en périnatalité, qui peuvent être d'une aide précieuse. - En présence d'une mutilation génitale féminine/excision (MGF) : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la présence de complications : douleur, gêne urinaire, infections gynécologiques, difficultés obstétricales, psychologiques et sexuelles. - Repérer un éventuel mariage forcé ou des violences conjugales associées. - Informer la femme ou la fille/la famille de l'existence de structures d'accompagnement spécialisées et orienter uniquement si la femme le souhaite. - Dans tous les cas, assurez-la de votre disponibilité pour aborder le sujet avec une écoute bienveillante et proposer un suivi en soins primaires ou gynécologique si la femme/la fille le souhaite (espace de parole, gestion de la douleur, santé sexuelle, etc.) en lien avec les autres professionnels (psychologue, gynécologue, médecin de la douleur, etc.) - Pour les filles mineures excisées, un signalement est à considérer surtout si la famille est composée d'autres filles non excisées à risque de l'être à l'occasion d'un retour au pays. Dans ce cas, un signalement à la cellule des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental est réalisé. La CRIP effectuera une enquête sociale et fera un signalement si cela est jugé nécessaire. Si le risque est imminent (départ au pays) ou si la MGF a été pratiquée sur le territoire français, un signalement doit être fait au procureur de la république en mettant en copie la CRIP conformément aux recommandations de la HAS²⁶. Chez les autres filles excisées au pays avant leur arrivée en France sans risque pour une sœur ni voyage au pays, l'enjeu est la prise en soin et le suivi médical de la fille.

²³ <https://guide.comede.org/15-2-certification-medecale-et-demande-dasile/>

²⁴ <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel>

²⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple#toc_1_1_5

²⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours

	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les femmes en âge de procréer sans désir de grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - Informer sur les possibilités de maîtrise de la procréation - Répondre aux besoins non satisfaits en termes de contraception pour les femmes demandeuses. - A cette fin, les femmes peuvent être orientées en médecine générale, auprès d'un ou d'une sage-femme ou d'un gynécologue ou dans un Centre de santé sexuelle (CSS), anciennement appelés centres de planification familiale, et dans certains centres de protection maternelle et infantile (PMI)
<p>Dépistage des troubles anxieux et du syndrome dépressif caractérisé (échelle PHQ-4), du syndrome de stress post traumatique (échelle PC-PTSD-5) et de la notion de trouble de l'usage ou de dépendance aux substances psychoactives.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble anxieux : un score $\geq 3/6$ aux deux premières questions du PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4) évoque un trouble anxieux. Dans ce cas : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les besoins d'aide sociale et juridique - Orienter en médecine générale, en permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ou vers un ou une psychologue pour une prise en soins adaptée initiale avec éventuelle orientation secondaire vers le secteur psychiatrique. - Évaluer l'indication d'un traitement anxiolytique. - Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) peuvent être sollicitées pour évaluer et orienter le patient. - Le score peut être complété du score GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7, voir Annexe GT2) pour conforter le diagnostic de trouble anxieux. - Troubles de l'humeur : Un score $\geq 3/6$ aux deux dernières questions (3 et 4) du PHQ-4 évoque un épisode dépressif caractérisé. Dans ce cas : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les besoins d'aide sociale et juridique - Évaluer le risque suicidaire (le numéro national de prévention du suicide 3114 peut être communiqué) - Orienter en médecine générale, en PASS ou vers un ou une psychologue pour une prise en soins adaptée avec éventuelle orientation secondaire vers le secteur psychiatrique. - Évaluer l'indication d'un traitement antidépresseur. - Les EMPP peuvent être sollicitées pour évaluer et orienter le patient. - Le score peut être complété du score PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9, voir Annexe GT2) pour conforter le diagnostic de trouble dépressif majeur. - Syndrome de stress post traumatique : un score $\geq 3/5$ au PC-PTSD-5 (The Primary Care PTSD Screen for DSM-5) évoque un trouble de stress post-traumatique. Dans ce cas : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les besoins d'aide sociale et juridique - Orienter idéalement vers une équipe de psychiatrie spécialisée dans le psycho-traumatisme. - A défaut, orienter en médecine générale, en PASS ou vers un ou une psychologue pour une prise en soins adaptée avec éventuelle orientation secondaire vers le secteur psychiatrique. - Évaluer l'indication d'un traitement anxiolytique, antidépresseur et/ou d'un somnifère. Il est utile de noter ici que les benzodiazépines sont déconseillées en première intention chez les patients présentant un PTSD. - Les EMPP peuvent être sollicitées pour évaluer et orienter le patient. - Le score peut être complété du score PCL-5 (voir Annexe GT2) pour conforter le diagnostic de trouble de stress post traumatique. - D'une manière générale, en cas de délais de rendez-vous prolongés pour des soins spécialisés, réorienter vers le soin primaire (médecine générale, PASS, EMPP) pour évaluer l'indication d'entreprendre un premier traitement psychotrope et une psychothérapie de soutien en attendant l'accès à des soins spécialisés. - En présence d'un trouble de l'usage ou d'une dépendance à une substance psychoactive ou à des médicaments psychotropes :

	<ul style="list-style-type: none"> - Des échelles d'évaluation de la dépendance peuvent être utilisées (questionnaire ASSIST²⁷, questionnaire CAGE²⁸, questionnaire AUDIT-C²⁹, pour l'alcool et Fagertröm³⁰ pour le tabac, disponibles en Annexe) - Un score d'intervention sera établi selon le niveau de consommation avec propositions d'interventions courtes ou approfondies (orientation). - Orienter vers un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), en consultations jeunes consommateurs (CJC), dans un service d'addictologie, ou à la PASS en cas de consommation problématique. En France la prise en soins des troubles addictifs est proposée à toutes les personnes concernées sans nécessité de couverture maladie et contribue à un accès à une prise en soins globale de la santé. - Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) peuvent aussi accompagner les plus éloignés du soin, notamment dans une démarche de réduction des risques mais aussi d'accompagnement psycho-socio-éducatif. - Les acteurs de soins primaires, de santé mentale et associatifs peuvent aussi apporter une aide et des soins utiles.
<p>Dépistage du syndrome anxio-dépressif, du syndrome de stress post traumatique et de la notion d'usage nocif de substances psychoactives (enfants).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Des échelles et outils d'évaluation sont disponibles sur le site afpa.org³¹ - Pour les MNA, les échelles de dépistage du trouble anxio-dépressif et du trouble de stress post-traumatique proposées pour les adultes (échelle PHQ-4 et échelle PC-PTSD-5), peuvent également être utilisées, bien qu'elles ne soient pas validées dans cette catégorie d'âge. - Si un trouble de stress post-traumatique ou un autre trouble psychiatrique sévère est suspecté, orienter vers l'unité de pédopsychiatrie de secteur, si possible spécialisée, ou solliciter une équipe dédiée pour aider à l'orientation la plus adaptée.
<p>Examen clinique complet avec prise de TA, température et examen dentaire, de la vision et de l'audition (périmètre crânien chez les ≤ 5 ans)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'est pas possible de détailler ici la conduite à tenir devant un ou des symptômes, les situations étant trop nombreuses. D'une manière générale il convient de prendre en soin les personnes migrantes comme tout patient. Bien qu'il existe quelques spécificités épidémiocliniques, il n'existe pas une médecine des migrants et toute personne migrante devrait pouvoir être soignée comme tout patient dans les lieux de soins habituels. - Une attention particulière sera portée aux situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Si symptômes de tuberculose maladie (toux chronique, asthénie, amaigrissement, anorexie, sueurs nocturnes, hémoptysie notamment) : au moindre doute, adresser le patient pour mise en isolement air et recherche de tuberculose à l'hôpital. - En présence d'une fièvre : <ul style="list-style-type: none"> - Si arrivé depuis moins de 3 mois d'une zone d'endémie palustre, adresser aux urgences afin de réaliser en urgence un frottis sanguin / goutte épaisse ou un test de diagnostic rapide du paludisme (toute fièvre au retour est un paludisme jusqu'à preuve du contraire). - Dans les autres cas, orienter en médecine générale, en PASS, aux urgences ou en service de maladies infectieuses selon les signes associés et le terrain afin de compléter le bilan étiologique et les soins. - En présence d'une hypertension artérielle (tension artérielle systolique ≥140 mm Hg et/ou tension artérielle diastolique ≥90 mm Hg au repos), orienter en médecine générale ou en PASS pour conforter le diagnostic et envisager un traitement adapté. Chez l'enfant (se référer aux normes pédiatriques), orienter en pédiatrie.

²⁷ <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2> (version interactive :

<https://pro.addictohug.ch/assist/>)

²⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf

²⁹ https://www.grandestaddictions.org/sites/default/files/field-files/questionnaire_audit-c.pdf

³⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf

³¹ https://afpa.org/content/uploads/2022/03/MonPsy_Evaluations_enfants_adolescents.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> - En présence de caries dentaires, chicots, dents manquantes ou cassées, orienter vers un dentiste ou un stomatologue. Pour les personnes sans couverture maladie, orienter vers les PASS dentaires ou les Bus dentaires existant dans certaines régions. - Devant des troubles de la vision, orienter vers un bilan ophtalmologique dès que possible. Des structures associatives peuvent aider à un appareillage solidaire. - Devant un trouble de l'audition, orienter vers un bilan ORL dès que possible - Devant la découverte d'un goitre chez l'enfant (et plus généralement de tout signe de dysthyroïdie), orienter vers un pédiatre et si possible un endocrinologue pédiatre
Bandelette urinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une hématurie micro ou macroscopique chez les personnes originaires de zone d'endémie : <ul style="list-style-type: none"> - Recherche des signes de pathologie systémique (vascularite notamment) - Confirmer l'hématurie par un ECBU et/ou compte d'Addis - Rechercher une schistosomose urinaire : prescrire un EPU ou une PCR <i>Schistosoma</i> urinaire et une sérologie schistosomose si non encore réalisés. - Rechercher une infection urinaire par ECBU + PCR <i>Chlamydia</i>/gonocoque (si facteur de risque) - Effectuer un dosage de la créatinine sérique. - Prescrire une échographie des voies urinaires ± un abdomen sans préparation ou un uroscanner pour éliminer une atteinte du tractus urinaire, une lithiase, une lésion tumorale et rechercher la présence de calcifications. - Devant une protéinurie : <ul style="list-style-type: none"> - Faire un dosage du rapport protéinurie/créatininurie sur échantillon et un dosage de la créatinine plasmatique associée à une albuminémie. - Si la protéinurie est confirmée orienter en médecine générale et si besoin en consultation néphrologique pour bilan étiologique. Chez l'enfant, orienter en consultation de néphropédiatrie. - Devant une glycosurie : <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher une cétonurie : si présente, adresser aux urgences. - Rechercher un diabète en effectuant un dextro immédiat, en dosant la glycémie à jeun et en s'assurant de l'absence de symptômes de décompensation de diabète nécessitant une orientation dans un service d'urgences. - Devant une leucocyturie ± associée à la présence de nitrites : <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher des symptômes d'infection urinaire ou urétrite à l'examen clinique - Prescrire un ECBU - Prescrire PCR <i>Chlamydia</i>/gonocoque si facteur de risque - Rarement une leucocyturie isolée peut révéler une tuberculose urinaire qui sera recherchée - Rechercher une autre pathologie rénale en l'absence de diagnostic.
Dextro ou glycémie à jeun	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une glycémie à jeun > 1,26 g/L ou une glycémie > 2 g/L associée à des symptômes à n'importe quel moment de la journée, évoquer un diabète qui devra être confirmé sur un deuxième prélèvement. En présence d'un diabète, prescrire le dosage de l'hémoglobine glyquée, un bilan lipidique à jeun et un bilan rénal, réaliser un ECG si disponible et orienter en médecine générale, à la PASS ou dans un service d'endocrinologie pour une prise en soins adaptée.
NFS, créatinine, ASAT, ALAT	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une anémie, une anomalie des globules blancs, une thrombopénie, une augmentation de la créatinine sérique ou une cytolysé hépatique, orienter la personne en médecine générale ou en milieu spécialisé pour un bilan complémentaire. - En cas d'anémie, rechercher une carence martiale, une hémoglobinopathie, un paludisme (par réalisation d'un frottis sanguin/goutte épaisse voire par une PCR

	<p><i>Plasmodium</i> sp. chez la femme enceinte) et éventuellement d'autres causes en fonction des caractéristiques, et proposer un traitement adapté.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Devant une hyperéosinophilie, en plus des sérologies schistosomose et strongyloïdose : <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le bilan parasitaire par la réalisation de trois examens parasitologiques des selles et d'un examen parasitologique des urines (si originaire de zone d'endémie de la schistosomose) si non encore réalisés - En l'absence de diagnostic positif, le bilan diagnostique peut être élargi à d'autres sérologies parasitaires et aux diagnostics différentiels (allergiques, hématologiques, etc.). - En l'absence d'orientation étiologique précise, un traitement d'épreuve par ivermectine 200 µg/kg en prise unique + albendazole 400 mg/j pendant 5 jours peut être prescrit chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans en respectant les précautions d'emploi chez l'enfant (cf. Tableau 4 ci-dessous) - Pour plus d'information sur l'interprétation et la conduite à tenir devant des anomalies de la NFS, le chapitre 60 du livre en accès libre ePILLY Trop peut être consulté en ligne : https://www.infectiologie.com/fr/pillytrop.html
Électrophorèse de l'hémoglobine	<ul style="list-style-type: none"> - Devant la mise en évidence d'une anomalie de l'hémoglobine à l'électrophorèse de l'hémoglobine : <ul style="list-style-type: none"> - En présence de formes hétérozygotes A/S, A/C, β-thalassémie hétérozygote : <ul style="list-style-type: none"> - l'information doit être communiquée au patient et/ou à ses parents à la consultation de suivi, et une fiche d'information (en cours d'actualisation sur site de la filière MCGRE) ainsi que des ordonnances de dépistage (étude de l'hémoglobine) doivent être remises au patient et sa famille (indication de dépistage des parents et de la fratrie). En cas de projet de grossesse, les familles pourraient être orientées vers les équipes de conseil génétique. Selon la région, ils pourront également être orientés vers les centres d'information et de dépistage de la drépanocytose (CIDD) pour être informés ou bénéficier d'un dépistage. - si projet de parentalité : orienter vers une consultation pré-conceptionnelle en milieu spécialisé : service d'obstétrique ou CIDD - En présence d'un syndrome drépanocytaire majeur (notamment drépanocytose homozygote SS ou hétérozygote SC), anémie, microcytose ou symptôme : <ul style="list-style-type: none"> - Proposer une supplémentation en acide folique et un bilan martial - Adresser en milieu spécialisé (hématologie, médecine interne, centre de compétence des syndromes drépanocytaires/des maladies du globule rouge : https://filiere-mcgre.fr/).
Ferritinémie (enfants)	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de carence martiale identifiée (ferritine <12µg/l si <5 ans, <15µg/l si >5 ans) : <ul style="list-style-type: none"> - Supplémenter en fer avec une galénique et une posologie adaptée à l'âge du patient. - Rechercher une parasitose sous-jacente par trois EPS dans les mesures de l'acceptabilité et de la faisabilité locale, ou à défaut traiter par albendazole pendant 5 jours. - En cas de dénutrition clinique associée ou de signes de malabsorption, élargir le bilan nutritionnel et référer en pédiatrie.
TSH (enfants)	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de bilan thyroïdien perturbé ou signe clinique de dysthyroïdie : <ul style="list-style-type: none"> - Avis spécialisé pédiatrique et si possible d'un endocrinologue pédiatre
Déficit en G6PD (enfants)	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de diagnostic de déficit en G6PD : <ul style="list-style-type: none"> - Il convient de prendre en charge le patient selon la raison du dépistage de la maladie conformément aux recommandations du PNDS 2017. <p>Il convient d'informer et remettre au patient +/- ses parents / représentants légaux la liste des médicaments contre-indiqués (http://ansm.sante.fr/g6pd), d'expliquer les</p>

	<p>règles de préventions hygiéno-diététiques (ex. ingestion de fèves), faire établir la carte de soins d'urgences (carte disponible sur demande du médecin depuis 2015 via http://goo.gl/forms/tj0qpvSLZC) et de noter le diagnostic dans le carnet de santé.</p> <p>Concernant le suivi, il s'agit principalement du médecin traitant pour les sujets déficitaires de type 2 et 3. Pour les patients atteints d'un déficit de classe 1 le suivi implique d'orienter vers le service spécialisé de proximité (centre de référence / centre de compétence de maladie du globule rouge). https://filiere-mcgre.fr/</p>
Radiographie pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> - En présence de signes radiologiques évocateurs d'une tuberculose maladie (notamment infiltrats alvéolo-interstitiels des lobes supérieurs et/ou caverne) : <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le risque de contagion et proposer un masque au patient. Porter un masque FFP2. - Adresser le patient pour isolement air, scanner et recherche de tuberculose maladie à l'hôpital. - En présence d'images fibreuses d'allure séquellaires ou d'un ou plusieurs nodules isolés à la radio pulmonaire : <ul style="list-style-type: none"> - compléter par un scanner thoracique et adresser le patient en consultation spécialisée dans un CLAT, en pneumologie ou en maladies infectieuses.
IDR ou IGRA	<ul style="list-style-type: none"> - En présence d'un test IGRA positif ou d'une IDR positive (IDR à considérer comme positive si ≥ 10 mm indépendamment de l'ATCD de vaccination par le BCG) : <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher une tuberculose maladie à l'interrogatoire, à l'examen clinique et à l'imagerie orientée par l'examen clinique. - Rechercher des facteurs de risque d'exposition à une tuberculose résistante (incarcération, pays d'Europe de l'Est et de l'ex URSS) et dans ce cas adresser pour avis spécialisé. - En l'absence de tuberculose maladie et de contre-indication : <ul style="list-style-type: none"> - Prescrire un traitement d'infection tuberculeuse latente (ITL) par rifampicine (10 mg/kg/j avec une dose maximale de 600mg/j) + isoniazide (5 mg/kg/j avec une dose maximale de 300 mg) à prendre en une prise à jeun pendant 3 mois. La rifampicine a des interactions médicamenteuses avec de nombreux médicaments qui devront être recherchées. - Un schéma alternatif utile en période de pénurie de rifampicine ou en présence d'interactions médicamenteuses est le traitement par isoniazide seule en monothérapie pendant 6 mois. - Un suivi et un bilan biologique mensuel est recommandé pendant toute la durée du traitement. - Ces explorations et ce traitement peut être assuré par le Centre de lutte antituberculeuse (CLAT du département de résidence si le prescripteur du bilan ne peut l'assurer ou en l'absence de couverture maladie). - L'infection tuberculeuse latente de l'enfant de moins de 18 ans est à déclaration obligatoire. - En présence d'un test IGRA en zone grise : <ul style="list-style-type: none"> - Effectuer un nouveau test IGRA, si possible avec un autre type de test IGRA ou une IDR
Sérologies VIH, VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc) et VHC	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une sérologie VIH positive en ELISA et Western Blot (ou un TROD VIH positif), prescrire une sérologie de confirmation associée à une charge virale et à un dosage des CD4 et orienter le ou la patiente dans un service de maladies infectieuses ou de pédiatrie (en urgence si fièvre ou symptômes et rapidement en l'absence de symptômes -délai maximum d'une semaine-). - Devant un antigène HBs positif (ou un TROD Ag HBs positif) : <ul style="list-style-type: none"> - Prescrire, en plus des transaminases hépatiques, une recherche d'ADN VHB, d'antigène HBe, d'anticorps anti-HBe, une sérologie hépatite Delta, une sérologie VHA, albumine, TP, TCA et une échographie hépatique (\pmune mesure de l'élastométrie hépatique si accessible)

	<ul style="list-style-type: none"> - Orienter le ou la patiente dans un service d'hépatologie ou de maladies infectieuses pour le suivi. - Les patients avec une infection chronique par le VHB sans cytolyse (transaminases normales à plusieurs reprises), sans antigène HBe, avec une répllication faible du VHB (ADN VHB ≤ 20000 UI/ml) et sans fibrose hépatique ni anomalies à l'échographie hépatique peuvent être suivis en ville³². - Si l'antigène HBs est négatif : <ul style="list-style-type: none"> - interpréter le reste de la sérologie et envisager un rattrapage vaccinal selon les recommandations en vigueur³³ - Devant une sérologie hépatite C positive (ou un TROD VHC positif) : <ul style="list-style-type: none"> - en plus des transaminases hépatiques, prescrire un dosage quantitatif de l'ARN VHC. <ul style="list-style-type: none"> - Si l'ARN VHC est négatif, l'hépatite C est guérie : s'assurer de l'absence de fibrose hépatique et de complication (par la réalisation d'une échographie hépatique et d'une évaluation non invasive de la fibrose). * En l'absence de dysmorphie hépatique, informer sur les risques de réinfection et les autres facteurs de risque d'hépatopathie * En présence de dysmorphie hépatique/cirrhose : adresser en hépatologie pour suivi. <ul style="list-style-type: none"> - Si l'ARN VHC est positif, compléter le bilan selon les recommandations en vigueur et envisager un traitement selon les recommandations en vigueur³⁴. Ce dernier peut être prescrit en soins primaires ou en milieu spécialisé dans un service d'hépatologie ou de maladies infectieuses.
Sérologie VHA (IgG) (HSH et <u>enfants</u>)	<ul style="list-style-type: none"> - En présence d'IgG anti-hépatite A, immunité acquise, il n'y a pas d'indication à un rattrapage vaccinal ni à un dosage des IgM - En l'absence d'IgG anti-hépatite A, indication à une vaccination chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et chez les enfants à partir de l'âge de 1 an susceptibles de séjourner en zone d'endémie
Sérologie syphilis	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une sérologie syphilis positive avec un test tréponémique (TT) positif (ex : TPHA, TPPA, ELISA, EIA ou CMIA) et un test non tréponémique (TNT) positif (ex : VDRL ou RPR) : <ul style="list-style-type: none"> - En l'absence de symptômes cliniques : prescrire un traitement de syphilis latente tardive par benzathine benzylpénicilline 2,4 MUI une injection en IM par semaine pendant 3 semaines - En présence de symptômes cliniques de syphilis primaire ou secondaire : prescrire un traitement de syphilis précoce par benzathine benzylpénicilline 2,4 MUI une injection en IM unique - En présence de symptômes cliniques de neurosyphilis, de syphilis compliquée, de syphilis tertiaire ou de co-infection VIH : orienter en milieu spécialisé dans un service de maladies infectieuses. - Si notion de sérologie antérieure positive, demander un avis spécialisé. - Dans tous les cas proposer un dépistage et une notification au partenaire. - Devant un TT positif et un TNT négatif : <ul style="list-style-type: none"> - Confirmer la négativité du TNT par une deuxième mesure à deux semaines d'intervalle afin d'éliminer une syphilis débutante. - Dans les situations où le TT est fortement positif (et/ou, en dehors du champ de ces recommandations, de symptomatologie compatible avec une syphilis secondaire), il peut également être utile de s'assurer que le biologiste a vérifié l'absence de phénomène de prozone en testant le sérum dilué pour le TNT surtout si l'index du TT est élevé.

³² https://www.has-sante.fr/jcms/p_3324682/fr/prise-en-charge-des-personnes-infectees-par-les-virus-de-l-hepatite-b-c-ou-d

³³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf

³⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_memo_hepatite_c.pdf.

	<ul style="list-style-type: none"> - L'interrogatoire doit rechercher : <ul style="list-style-type: none"> - des facteurs d'exposition à la syphilis, - la notion d'un antécédent de syphilis par un traitement précédent par pénicilline retard en IM, - des signes de tréponématose non vénérienne dans l'enfance pour les personnes originaires des zones d'endémie (voir Figure 16 dans le chapitre GT3), à savoir des pseudo-perlèches, des lésions circinées palpébrales évocatrices d'un Bejel, des lésions ulcérées du tronc ou des membres et des lésions bourgeonnantes du Pian, chez des enfants vivant en milieu rural et tropical - Un examen clinique complet à la recherche d'une syphilis précoce ou tardive (stade tertiaire). - S'assurer de l'absence d'immunodépression et de grossesse devant motiver un avis spécialisé. - Si la négativité du TNT est confirmée et en l'absence de signes cliniques de syphilis précoce ou tardive et d'exposition à risque récente (< 1 mois) à la syphilis, il est recommandé de ne pas retenir le diagnostic de syphilis active et de ne pas traiter par antibiotique. - En cas de risque de perte de vue rendant le contrôle à 2 semaines incertain et/ou de possible exposition récente, discuter un traitement immédiat par benzathine benzylpénicilline 2,4 MUI en une injection unique IM. Le traitement peut aussi être envisagé chez la femme enceinte.
<p>PCR <i>Chlamydiae trachomatis</i>/gonocoque 1^{er} jet d'urine, par auto-prélèvement vaginal et/ou pharyngé et anal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une PCR <i>Chlamydiae trachomatis</i> positive chez une personne asymptomatique : <ul style="list-style-type: none"> - Prescrire un traitement par doxycycline 100 mg x2/j pendant 7 jours ou par azithromycine 1g en dose unique si doute sur l'observance ou possible grossesse. - Rechercher des signes d'infection génitale haute chez la femme. - En cas de PCR <i>Chlamydiae trachomatis</i> anale positive chez l'homme, rechercher une lymphogranulomatose vénérienne (envoi du prélèvement pour typage) et traiter par doxycycline 100 mg x2/j pendant 21 jours sans attendre le résultat. - Devant une PCR gonocoque positive chez une personne asymptomatique, prescrire un traitement par ceftriaxone 1g IM en dose unique - Dans tous les cas : <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher les autres IST, et proposer une information et un dépistage des partenaires - Identifier les sites de contamination possibles selon les pratiques orales, anales ou vaginales - Prévoir un contrôle après traitement ou régulièrement selon les pratiques à risque - Si symptômes autres qu'une urétrite simple : adresser en maladies infectieuses
<p>Sérologie schistosomose (bilharziose)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une sérologie schistosomose positive en ELISA et en Western Blot : <ul style="list-style-type: none"> - compléter le bilan par : trois examens parasitologiques des selles et un examen parasitologique des urines et/ou par PCR <i>Schistosoma</i> urinaire, un ECBU, un ionogramme, le dosage de la créatinine sérique, un bilan hépatique complet et par une échographie abdomino-pelvienne - prescrire un traitement par praziquantel 40 mg/kg en dose unique (à prendre avec un peu d'eau si possible le soir au cours ou après un repas), à répéter un mois plus tard (voir Algorithmes 1 et 2 ci-dessous et tableau 4 pour l'enfant). - Devant une sérologie schistosomose positive en ELISA et négative en Western Blot, ne pas retenir le diagnostic de schistosomose active et ne pas prescrire de traitement

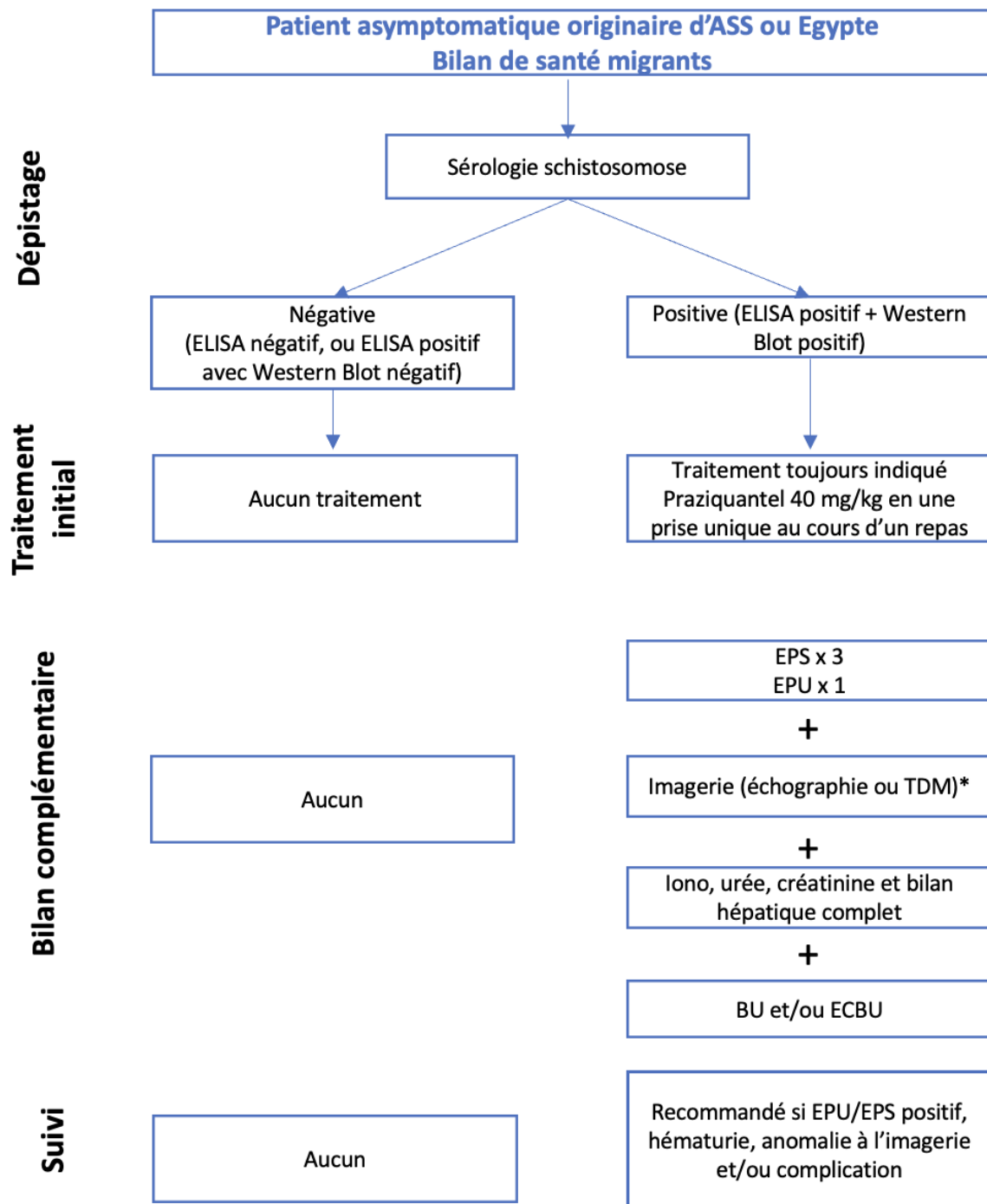
<p>Sérologie strongyloïdose (anguillulose)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une sérologie strongyloïdose positive : <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le bilan par trois examens parasitologiques des selles avec technique de Baermann ou PCR multiplex sur les selles intégrant la recherche de <i>Strongyloides stercoralis</i> - S'assurer de l'absence de co-infection par le virus HTLV-1 pour les personnes originaires de zone d'endémie ou d'immunodépression - Prescrire un traitement par ivermectine 200 µg/kg en prise unique chez l'immunocompétent (voir tableau 4 pour l'enfant)
<p>Examen parasitologique des selles (EPS) (x3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d'examen parasitologique des selles ou de PCR positive : <ul style="list-style-type: none"> - Entreprendre le traitement étiologique de la ou des parasitoses diagnostiquées si elle appartient à la famille des parasitoses pathogènes (voir Figure 14 et 15 ci-dessous). - Le traitement de chaque parasitose peut être consulté gratuitement dans l'ouvrage ePILLY Trop³⁵ disponible en ligne et est résumé dans l'argumentaire du GT 4 Parasitoses ci-dessous (voir tableau 4 pour l'enfant). - Ne pas traiter les parasitoses non pathogènes. - Demander un avis ou adresser en maladies infectieuses en cas de doute, d'échec ou de complication.
<p>Examen parasitologique des urines (EPU) (x1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Devant la mise en évidence d'œufs de <i>Schistosoma haematobium</i> à l'EPU ou d'ADN de <i>Schistosoma</i> sp. à la PCR urinaire : <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le bilan par un ECBU, ionogramme, dosage de la créatinine et une échographie abdomino-pelvienne (ou un scanner abdomino-pelvien) - Prescrire un traitement par praziquantel 40 mg/kg en dose unique, à répéter un mois plus tard (voir tableau 4 pour l'enfant). - Demander un avis ou adresser en maladies infectieuses en cas de doute ou de présence d'anomalies ou complications.
<p>Sérologie filariose et recherche de microfilarémie diurne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une sérologie filariose positive et/ou une recherche de microfilarémie diurne positive, ne pas entreprendre de traitement en première intention (risque d'effets indésirables graves avec l'ivermectine en présence d'une microfilarémie élevée) et adresser le ou la patiente en consultation spécialisée de maladies infectieuses et tropicales.
<p>Sérologie HTLV-1 chez les femmes en âge de procréer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une sérologie HTLV-1 positive : <ul style="list-style-type: none"> - Adresser la patiente en consultation de maladies infectieuses et tropicales. - Chez la femme enceinte et/ou allaitante, contre indiquer l'allaitement maternel en s'assurant de l'accès effectif à du lait maternisé (dans le cas contraire, prendre un avis spécialisé).
<p>Sérologie maladie de Chagas chez les femmes en âge de procréer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Devant une sérologie maladie de Chagas positive : <ul style="list-style-type: none"> - Adresser la patiente en consultation de maladies infectieuses et tropicales.
<p>Anticorps antitétaniques et anticorps anti-HBs 4 à 8 semaines après un rappel des vaccins d'TPca et HepB si indiqués</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interpréter les anticorps post vaccinaux conformément aux recommandations HAS/SPILF de 2019³⁶ - Poursuivre le rattrapage vaccinal si le taux d'anticorps ne permet pas de conclure à une réponse anamnesticque
<p>Sérologie varicelle en l'absence d'ATCD si âgé de 12 à 40 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En l'absence d'immunité acquise contre la varicelle, et en l'absence de contre-indication à un vaccin vivant atténué (grossesse et immunodépression en particulier), proposer une vaccination contre la varicelle par deux doses espacées de 4 à 8 semaines (pour le vaccin Varivax®) ou de 6 à 10 semaines (pour le vaccin Varilrix®).

³⁵ <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/epilly-trop/livre-epillytrop2022.pdf>

³⁶ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf

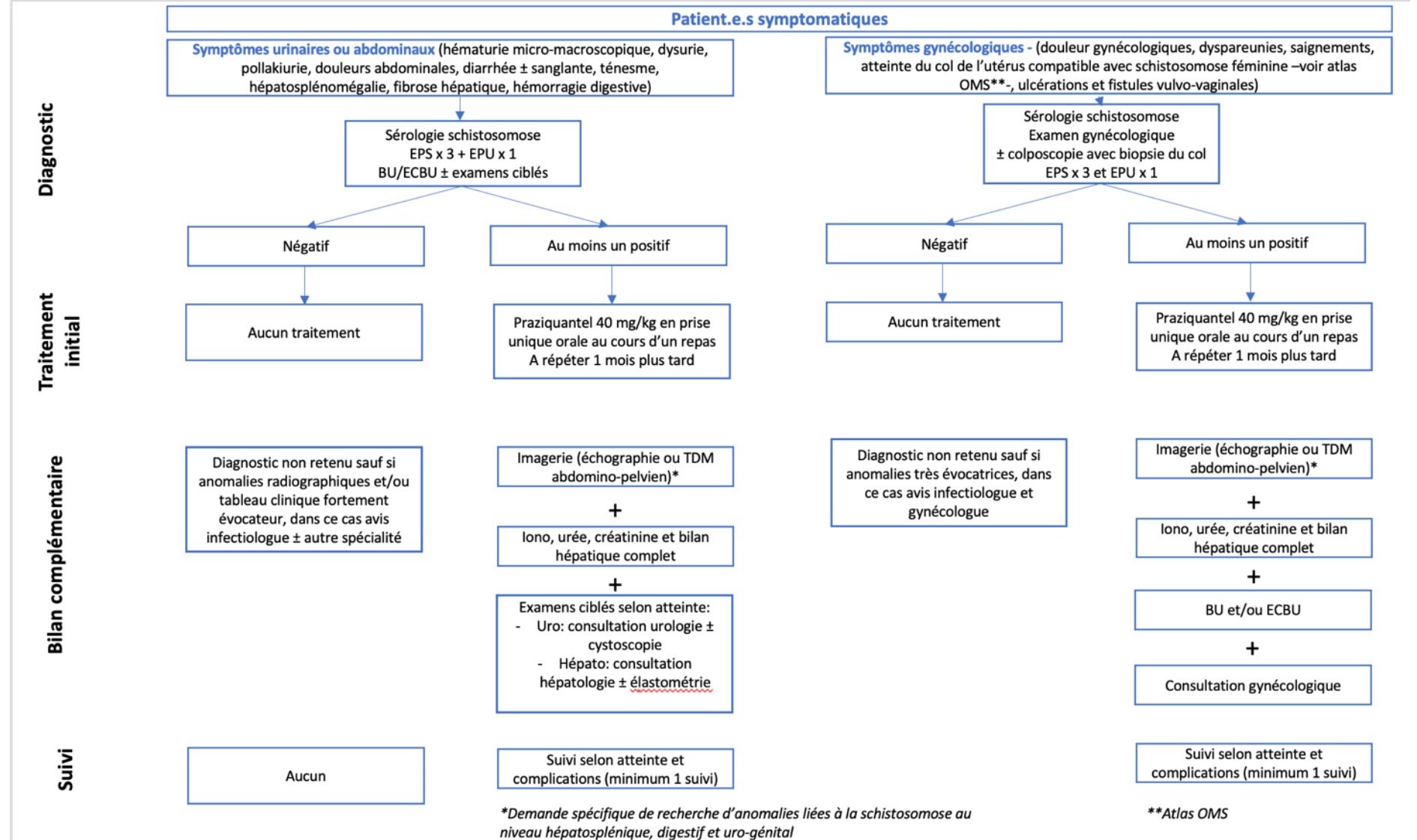
Programmes nationaux de dépistage selon recommandations nationales (frottis du col de l'utérus 25-65 ans ou PCR HPV 30-65 ans, mammographie \geq50 ans, sang dans les selles \geq50 ans)	- En cas d'anomalie au dépistage, orienter vers les filières spécialisées de prise en soins (gynéco-sénologique ou gastroentérologique)
---	---

Algorithme 1 : Dépistage de la schistosomose

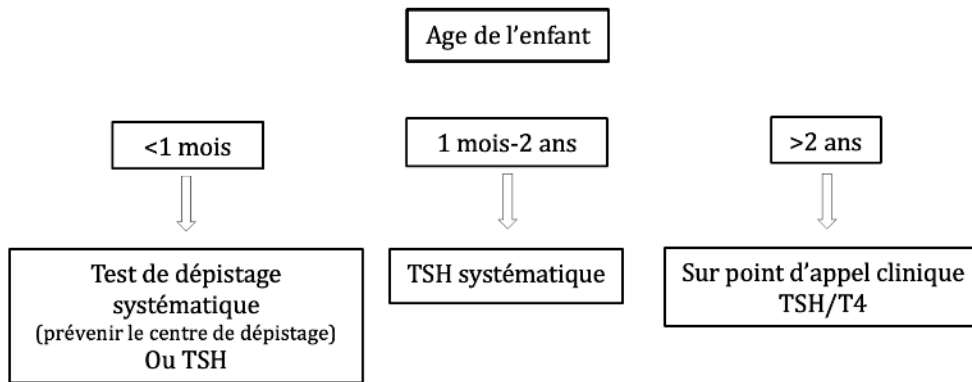


**Demande spécifique de recherche d'anomalies liées à la schistosomose au niveau hépatosplénique, digestif et uro-génital*

Algorithme 2 : Conduite à tenir devant une hématurie ou des symptômes évocateurs de schistosomose



Algorithme 3 : Dépistage des dysthyroïdies chez l'enfant



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

* pouvant être visibles à l'œil nu.

Figure 14 : Principaux parasites pathogènes pouvant être trouvés dans les selles

Amibes	<i>Entamoeba coli</i>
	<i>Entamoeba hartmanni</i>
	<i>Entamoeba polecki</i>
	<i>Entamoeba dispar*</i>
	<i>Endolimax nanus</i>
Flagellés	<i>Pseudolimax (Iodamoeba) butschlii</i>
	<i>Trichomonas intestinalis (Pentatrichomonas hominis)</i>
	<i>Chilomastix mesnili</i>
	<i>Embadomonas intestinalis (Retortamonas hominis)</i>
	<i>Enteromonas hominis</i>
Coccidies	<i>Dientamoeba fragilis**</i>
	<i>Sarcocystis hominis</i>
Autre protozoaire	<i>Blastocystis hominis**</i>

* cette forme ne peut pas être distinguée en microscopie optique d'*Entamoeba histolytica*, seule forme d'amibe pathogène pour l'homme ; ** pour certains auteurs, ces deux parasites peuvent occasionner des symptômes dans certaines conditions

Figure 15 : Protozoaires digestifs pouvant être trouvés dans les selles et habituellement non pathogènes

Reproduit d'après ANAES. Gastroenterol Clin Biol 2003 (24)

Tableau 4 : Conduite à tenir devant un dépistage parasitaire positif pour la schistosomose ou la strongyloïdose ou la présence de symptômes chez un enfant migrant en France

<i>Situation clinique</i>	<i>Traitement</i>	<i>Contre-indication</i>
Présence de symptômes* ou de signes biologiques**, et dépistage non réalisable	<p>Albendazole pendant 5 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 12 mois : Non recommandé • 12-23 mois : 200 mg une fois par jour • > 2 ans : 400 mg une fois par jour 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant de moins de 1 an • Cysticercose oculaire³⁷ • Crises d'épilepsie sans étiologie connue³⁸ • Grossesse • Allergie connue
Sérologie strongyloïdose +	<p>Ivermectine en dose unique</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 15 kg : avis spécialisé • > 15 kg : 200 µg/kg en une fois 	<ul style="list-style-type: none"> • Microfilarémie positive à <i>Loa Loa</i> • Grossesse ou allaitement enfant < 1 mois • Allergie connue
Sérologie schistosomose + et/ou EPU +	<p>Praziquantel en dose unique</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 1 an : non recommandé • > 1 an : 40 mg/kg 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant de moins de 1 an • Crises d'épilepsie sans étiologie⁴ connue • Cysticercose oculaire⁴ • Allergie connue

* Diarrhée, douleurs abdominales, syndrome dyspeptique, cassure ou infléchissement staturo-pondéral, dénutrition³⁹, signes de malabsorption, notamment signes de carence en vitamine A, prolapsus rectal, occlusion intestinale, et/ou émission de vers

** Anémie microcytaire, carence martiale, et/ou éosinophilie > 500/mm³

³⁷ En cas de suspicion de neurocysticercose connue ou de notion de crise d'épilepsie non étiquetée, ne pas administrer d'albendazole ou de praziquantel et avis spécialisé nécessaire

³⁸ En cas de suspicion de neurocysticercose connue ou de notion de crise d'épilepsie non étiquetée, ne pas administrer d'albendazole ou de praziquantel et avis spécialisé nécessaire

³⁹ Définition HAS de la dénutrition de l'enfant : 1) Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel ; 2) IMC < courbe IOTF 18,5 ; 3) Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé 2 couloirs en dessous du couloir habituel de l'enfant.

