

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 6 février 2020

Par

Clémence PAGÉS et Camille VAYSSETTES

Nées le 27 décembre 1991 à Montauban et le 05 mars 1992 à Rodez

**Bilan médical initial en soins primaires des
migrants arrivant sur le territoire français :
revue systématique de la littérature**

Directrice de thèse : Dr Mathilde BERODIER

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Professeur Guillaume MARTIN-BLONDEL

Assesseur

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Assesseur

Madame le Docteur Mathilde BERODIER

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGUOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LA GARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeurs Émérites	
		Professeur ADER Jean-Louis	
		Professeur ALBA REDE Jean-Louis	
		Professeur ARBUS Louis	
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTÉ Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LARENG Louis	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTES Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZIERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	
		Professeur SALVAYRE Robert	
		Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
		Professeur SIMON Jacques	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul.	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)		M. MESTHÉ Pierre	
Professeur Associé de Médecine Générale		Professeur Associé Médecine générale	
Mme IRI-DELAHAYE Motoko		M. ABITTEBOUL Yves	
		M. POUTRAIN Jean-Christophe	
		Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
		Mme MALAVAUD Sandra	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psy chiatrie	M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. TACK Ivan	Physiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	P.U. Médecine générale	
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Professeur Associé de Médecine Générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. BOYER Pierre	
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psy chiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psy chiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GUSEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOLX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI A deline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Equipe pédagogique DMG

Professeur Émérite	Professeur Bernard GAY	bernard.gay@u-bordeaux.fr
Professeur Émérite	Professeur Jean-Louis DEMAUX	jean-louis.demeaux@u-bordeaux.fr
Professeur	Professeur Jean-Philippe JOSEPH	jean-philippe.joseph@u-bordeaux.fr
Professeur associé	Docteur William DURIEUX	william.durieux@u-bordeaux.fr
Professeur associé	Docteur François PETREGNE	francois.petregne@u-bordeaux.fr
Professeur associé	Professeur Philippe CASTERA	philippe.castera@u-bordeaux.fr
Professeur associé	Professeur Laurent MAGOT	laurent.magot@u-bordeaux.fr
Maître de conférences associé	Docteur Sylvie DUHAMEL	sylvie.duhamel@u-bordeaux.fr
Maître de conférences associé	Docteur Christophe ADAM	christophe.adam@u-bordeaux.fr
Maître de conférences associé	Docteur Yves MONTARIOL	yves.montariol@u-bordeaux.fr
Maitre de conférences associé	Docteur Baptiste LUACES	baptiste.luaces@u-bordeaux.fr
Maitre de conférences associé	Docteur Marco ROMERO	marco.romero@u-bordeaux.fr
Chef de clinique	Docteur Arnaud CUGERONE	arnaud.cugerone@u-bordeaux.fr
Chef de clinique	Docteur Laurence DAHLEM	laurence.dahlem@u-bordeaux.fr
Chef de Clinique	Docteur Céline LAJZEROWICZ	celine.lajzerowicz@u-bordeaux.fr
Chef de Clinique	Docteur Camille LEVEQUE	camille.leveque@u-bordeaux.fr
Chef de Clinique	Docteur Emmanuel PROTHON	emmanuel.prothon@u-bordeaux.fr
Chef de Clinique	Docteur Nicolas ROUSSELOT	nicolas.rousselot@u-bordeaux.fr
Chef de Clinique	Docteur Yves Marie VINCENT	yves-marie.vincent@u-bordeaux.fr
Assistant associé	Docteur Guillaume CONORT	guillaume.conort@u-bordeaux.fr

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, président du jury

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Guillaume MARTIN BLONDEL ,

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger notre travail. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

Nous sommes très touchées de l'honneur que vous nous faites de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance sincère.

À Madame le Docteur Julie DUPOUY,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail en acceptant de le juger. Veuillez trouver ici le témoignage de toute notre reconnaissance également pour vos conseils le long de ce travail.

À Madame le Docteur Mathilde BERODIER, directrice de thèse,

Merci de nous avoir guider depuis le début, de la conception de ce travail aux dernières corrections. Tu as été un soutien et une aide précieuse. Merci de ta bienveillance, ton optimisme, de ta gentillesse et de ta rigueur. Tes messages positifs et pleins de motivation ont jalonné notre travail.

Nous remercions également le Docteur Hervé MAISONNEUVE pour ses conseils rédactionnels.

Remerciements personnels de Camille :

À Ma famille infaillible ; Maman et Papa pour votre soutien, votre encouragement votre patience et votre dévouement pour nous, Laura et J-C votre soutien aussi pendant ces années d'étude et vos passions pour tant de choses qui continuent de m'inspirer, à Noélie pour ta présence toujours bénéfique. À Mamie Sissi et Mamie Lisou, ressources morales et alimentaires inépuisables. À Éric, un tonton parrain à la bonne humeur contagieuse. Merci pour aujourd'hui et merci pour tout.

À Valou, coéquipier de bonheur quotidien. Des familiaux aux professionnels tu pourrais être cité dans toutes les lignes de ces remerciements.

À toute la Famille Héluain-Cros, toujours heureux de nous recevoir et qui ont aussi accompagné toutes les phases de ces années.

À Camille, Claudia et Mélanie sans qui l'externat ne serait pas un aussi bon souvenir, et ce bon vieil appart, studieux, plein de fêtes, de poussière et d'amour,

À la suite de cette famille innommable : Xav Paupau, Léa, Alizé, Ludo, Romain, Cha, Alice, Adri, Thomas, Vella, Alex, Coline, Constance ... De l'inté à l'ECN, de la BU aux post-partiels, du Laos à la Mongolie, en passant par l'Argentine, Séville, l'interrail, le Sénégal, Montgenèvre, Rosas, aux cours de MG, des vrais copains de toutes circonstances. Et aux + 1 qui viennent renforcer l'équipe Edouard, Lucas, Maxime, Suzie, ...

À mon petit village d'Arvieu et mes copines de toujours, Margot et Marie (et le nouveau petit sourire d'Ava), Jaufret.

À Pauline, Léa et Irène, toujours là à travers les années, nombreuses bien remplies.

À l'Aveyron et ce qu'il a de meilleur, les copains : Nath, Aude, Lise, Louise, Louise, Julia, Fanny, Justine, Margaux, c'est toujours un plaisir de vous retrouver

À toutes ces belles rencontres de l'internat ; de Pamiers à Albi, en passant par un retour à Rodez, David, Rémy, Noé et Vincent.... un peu sur tous les semestres, Marie, Samy, Mathilde, Marine, Arnaud...

À Lucie qui a égayé cette première année, avec Mathilda, ce fameux foyer et bien sûr Cam et Louise.

À mes maîtres de stage. Ceux de l'externat qui m'ont fait aimer tous mes stages et m'orienter vers cette spécialité transversale, je citerai le futur Dr Garric. Ceux de l'internat et leurs équipes autour : aux Marie et Marc pour cette formation humaine et globale, à Yves et Olivier pour la redécouverte de la médecine générale, à toute l'équipe de Pédiatrie et Gynéco de Rodez pour l'accueil et l'initiation à ces belles spécialités, à Yoann Théo Jean-Yves et Cathy pour votre confiance et votre accompagnement et à Benoit, Nicolas et Philippe pour m'avoir fait apprécier ce deuxième SASPAS.

À ceux qui ont accepté de m'accueillir "en plus" et de m'initier à la prise en charge du patient précaire, l'équipe de la Croix Rouge, l'équipe du dispensaire du Tarn, Isabelle Rayet en particulier, l'équipe du CLAT 31 et le Dr Jean Le Grusse ; le Dr Karine Pariente que nous remercions d'avoir accepté de juger ce travail et à qui nous présentons nos excuses pour les petits soucis administratifs ...

À l'association un ETAI, qui m'a permis de rencontrer Clémence et cette belle équipe Zazie Claudia et Alizé !

À Clémence, tu m'as suivie les yeux fermés dans ce travail et tu l'as fait grandir, tu nous as permis d'y mettre plus d'application et de rigueur que ce que j'espérais. Merci.

Remerciements personnels de Clémence

C'est l'heure de vous remercier ! Vous tous dont la présence dans ma vie est un sacré cadeau.

Mes parents, inévitablement et éternellement. Votre amour, votre présence, me permettent de tout faire. Merci d'être qui vous êtes, et d'être à nos côtés à tous les 3. Maman, Papa, peu de mots sont à la hauteur pour vous remercier de votre soutien, à chaque instant, toujours autant rempli d'amour ; mais je vous donne ceux-là quand même.

Cécile, ma grande sœur bien aimée. Ta douce présence est indispensable à ma vie. Le plus beau arrive maintenant. Adrien, Caroline et Lulu, revenez bon sang ! Le soleil, les tropiques ça va deux minutes.

Mes adoptées, Claire, Flo, Mathou, Zazie, Léon, Alex, Sarou, Camille, tant d'amitié, tant d'amour ! Je ne cesserai de vouloir partir en vrille avec vous. Avancer ensemble depuis aussi longtemps, fait définitivement de vous mes sœurs choisies ! Guillaume, je te mets dans ce même joyeux panier, petite tête.

Pour boucler la partie principale de cette thèse, j'envoie 1000 mercis à tous ceux qui de près ou de loin m'ont vraiment fait rire au cours de ces années d'études, et qui j'espère continueront de le faire.

Quentin et Valentin, ba boum qui a fini sa thèse en premier ? Allez bon courage ! Merci d'avoir fait de ce début d'internat une vie si drôle et un souvenir si doux.

Douce Lucille, pour cette rencontre. Au-delà de la médecine désormais.

Alizé, Claudia et Camille, ou la vie associative qu'on voudrait tous ! Ces jolis moments partagés nous amènent finalement à aujourd'hui. Camille, un immense merci pour cette thèse, de l'idée à la concrétisation. Tu as été d'une patience folle avec ma tendance à la procrastination et notre décalage horaire. Je te remercie beaucoup pour cette confiance (quand nos copines, ces traîtres, te disaient que j'étais dans le lagon, mais non ! je travaillais !) et te le redis noir sur blanc, je suis bien heureuse d'avoir partagé ça avec toi. Une belle signature à l'aventure d'un ÉTAI.

Elsa, Julie et Nathalie, l'externat avec vous, peut-être pas une deuxième fois, mais presque. (Petite mention à Julie pour ton soutien aux Marquises !).

Les copains d'Arcachon, Cécile, Sarah, Guilhem, Samantha, Marie : sans nos rires, je serai partie en dispo pendant 10 ans. La Pedia Baiona, Agathe, Lulu, Cécile, Rémi, Peyo, Grégory, Béa : pour ce semestre vraiment, mais alors vraiment enrichissant.

La Cocolloc de Pirae, Anaïs, Charlène, Pauline, Benjamin, Manu (et les nouveaux je pense à vous aussi) merci de ce soutien indéniabable ; sans vous je pense que cette thèse aurait été fini bien plus vite, il ne faut pas se leurrer. Vive vous, la Polynésie et Manuia.

Un ultime merci aux équipes avec lesquelles j'ai grandi pendant ces 3 années : Philippe Berthelemy et son amour de la Polynésie, Ramuntxo Arotcarena et sa rigueur, Juliette, Shifa et l'équipe paramédicale de gastro-entérologie de Pau dont je garde un souvenir absolument enchanté ; Marie-Alix Grégoire et sa gentillesse, Evelyne Sanchez et son dynamisme ; Javier Antia, Julien Soulé et la maison de santé de Port-de-Lanne en général (à bientôt !) ; Valérie, Sabrina, Elena, Teanini et Aurélia.

Merci de m'avoir montré votre Médecine, je n'ai peut-être pas encore trouvé la mienne mais elle s'inspirera beaucoup de la vôtre soyez-en sûrs !

Ces années d'études étaient riches mais avec vous tous, encore plus.

Table des matières

Liste des abréviations	12
Introduction	14
Matériel et méthode	17
Stratégie de recherche	17
Critères de sélection : critères d'inclusion et d'exclusion	20
Critères d'inclusion	20
Critères d'exclusion	21
Sélection des articles	21
Extraction des données et évaluation de la qualité des articles	22
Résultats	23
Sélection des articles	23
I - Généralités	27
A- État des lieux du bilan de santé à travers la littérature	27
B – Nécessité de données probantes.....	29
C - Les attentes des migrants.....	29
D - Modalités.....	30
E - La première consultation selon la littérature	30
II - Pathologies infectieuses	35
A - Parasitoses.....	35
B - Infections sexuellement transmissibles (IST).....	43
C - Tuberculose	55
D - Helicobacter Pylori.....	61
III - Vaccinations	62
A - Généralités.....	62
B - Intérêt des sérologies préalables	62
C - Risque d'hyperimmunisation.....	63
D - Ordre vaccinal	64
E - Les différents vaccins	65
IV - Santé de la femme	70
A - Examen clinique.....	70
B - Papillomavirus (HPV)	70
C - Cancer du sein	71
D - Contraception	72
E - Grossesse	72
F - Violences sexuelles.....	73
G - Mutilations	75

V - Santé mentale	76
A- Constat et indication du repérage	76
B- Modalités	78
C- Pathologies	81
D - Approche thérapeutique initiale	82
VI - Divers	83
1 - Hygiène bucco-dentaire	83
2 - Dermatologie.....	83
3 - Vitamine B 12	84
4 - Vitamine D.....	85
Discussion	86
I - Sélection des études.....	86
II - Discussion de nos résultats par thématique	87
III - Forces et limites de l'étude	102
IV - Perspectives	103
Conclusion	106
Bibliographie	107
Annexes	116
Annexe 1 : Tableau des exclus après lecture complète	116
Annexe 2 : Tableau analyse descriptive	117
Annexe 3 : Echelle de dépistage des sept éléments de Breslau	131
Annexe 4 : Echelle de dépistage des troubles de stress post-traumatique en soins de première ligne	131
Annexe 5 : PHQ 9	132
Annexe 6 : RHS 15.....	133
Annexe 7 : Boite à outils pour aller plus loin en consultation, liste non exhaustive	135
Annexe 8 : PRISMA 2009 Checklist.....	137
Annexe 9 : Bilan de base universel et bilan somatique spécifique.....	139

Liste des abréviations

Ag HBs : Antigène de surface du virus l'hépatite B
Ac anti-HBc : Anticorps de l'antigène c du virus de l'hépatite B
Ac anti-HBs : Anticorps de l'antigène s de surface du virus de l'hépatite B .
ADVIH : Auto-test de diagnostic rapide du VIH
ARN : Acide ribonucléique
ARS : Agence régionale de santé
ARV : Anti rétro viraux (médicament)
ASS : Afrique Sub-Saharienne
AV : Acuité visuelle
BCG : *Bilié de Calmette et Guérin*
CASO : Centre d'accueil de soins et d'orientation
CMP : Centre médico-psychologique
CLAT : Centre de lutte anti tuberculeuse
CPEF : Centres de Planification et d'éducation familiale
CSS : Complémentaire Santé Solidaire
DTPCA : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche
ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control
EEE : Espace économique européen
ELISA : Enzyme-linked immunosorbent assay
EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité
EPS : Examen parasitologique des selles
EPU : Examen parasitologique des urines
HAS : Haute Autorité de Santé
HPV : Papillomavirus
HCSP : Haut Comité de Santé Publique
ICT : Immunochromatographie
IDR : Intra-dermo-réaction
IE : Immuno-enzymatique
IFD : Immunofluorescence directe
IGRA : Interferon-Gamma Release Assays
ITL : Infection Tuberculeuse Latente

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
MSF : Mutilations Sexuelles Féminines
NAAT : Nucleic acid amplification test
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PCR : Polymerase Chain Reaction
PITC : Provider-Initiated HIV Testing & Counseling (Dépistage du VIH et Conseil en matière de santé à l'initiative du prestataire de soins)
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PUMA : Protection universelle maladie
RPR : Rapid Plasma Reagin
ROR : Rougeole, Oreillons, Rubéole
TM : Tuberculose Maladie
TNT : Test non tréponémique
TROD : Test rapide d'orientation et de dépistage
TPPA : *Treponema pallidum* Particle Agglutination test
TSPT : Trouble de stress post-traumatique
TT : Test tréponémique
UE : Union Européenne
VDRL : Veneral Disease Research Laboratory
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VZV : Virus de la varicelle

Introduction

La migration des êtres humains est un fait social, ancien et perpétuel. Le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) en 2009 estime que les migrants internationaux représentent plus de 200 millions de personnes, soit 3% de la population mondiale (1). L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) estime sur l'année 2013 à 232 millions le nombre de migrants internationaux (2).

En France au 15 janvier 2019, il y avait 3,76 millions d'étrangers nés hors de France, soit 5,6% de la population (3). L'origine et le nombre de migrants arrivant en France ont évolué : en 2013 et 2014, il est observé une intensification des déplacements de population vers l'Europe : nous parlons alors de « crise migratoire ».

S'appuyant sur les chiffres européens, le rapport annuel du COMEDE de 2019 (4) indique que depuis 2017, les flux d'immigration vers l'Europe décroissent avec par exemple, pour le premier trimestre de l'année, 6 fois moins d'arrivées que pour la même période en 2016. La France, se situe seulement au 20^{ème} rang européen sur 28 pour le nombre d'immigrants entrés sur son territoire rapporté à sa population. Contrairement à certaines idées reçues ce sont les pays frontaliers des zones de conflits comme le Liban, avec 25% de migrants dans sa population qui accueillent le plus de ressortissants étrangers (5). De plus, la migration pour raison de santé est rare, elle ne représenterait que 3% de la migration (6).

Ont été considérés migrants, selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, les « immigrés » (personnes résidant en situation régulière en France ayant ou non acquis la nationalité française) et ceux nés étrangers dans les pays exclus des accords de Schengen et devant se soumettre à un contrôle sanitaire à l'arrivée en France, c'est-à-dire les demandeurs de titre de séjour, les demandeurs d'asile et les étrangers en situation irrégulière, ainsi que les réfugiés. Notre sujet tend à traiter de la population « migrante » dans son intégralité, sans préjuger de son statut juridique.

En France, tous les étrangers, quelle que soit leur situation au regard du séjour, ont droit à la santé (7). Leur prise en charge par tout médecin, fait partie du code de déontologie. Malgré des besoins de santé souvent similaires à la population générale, les migrants présentent des spécificités à considérer par le médecin de soins primaires : la différence de prévalence des pathologies chroniques et infectieuses dans les pays d'origine, le biais de sélection des migrants en meilleure santé que la population à l'arrivée, les vulnérabilités

engendrées par le parcours de migration, la difficulté d'accès aux soins par la méconnaissance du système de soins et les différentes formes de discriminations, et enfin la variable culturelle.

De plus, la transition épidémiologique mondiale de problématiques infectieuses vers des problématiques chroniques, s'observe désormais aussi à l'échelle de l'individu migrant. De nombreuses publications s'intéressent à l'épidémiologie sanitaire de cette population ; les rapports des activités du COMEDE et les bulletins épidémiologiques hebdomadaires sont riches à ce sujet (8) (9) (10).

Nous avons choisi de traiter ici la prise en charge en soins primaires. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'objectif ultime des soins de santé primaires est une meilleure santé pour tous. (11) Pour parvenir à cet objectif, plusieurs éléments sont détaillés, mais un retient notre attention ; celui « d'organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations ». Soins Primaires, car cette forme de soin est définie comme « premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays », d'après la banque de données de Santé Publique (12).

Les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur, des barrières linguistiques et une connaissance réduite du système de soins ont plus de chance d'être pris en charge par un médecin de soins primaires que de recevoir des soins spécialisés. L'intensification du nombre de migrants nécessitant des soins et leur répartition actuelle sur le territoire (il existe désormais des Centres d'accueil de demandeurs d'asile CADA en zone rurale) font que tout médecin généraliste peut avoir à gérer ce type de consultation. Enfin, la prise en charge du "patient migrant s'exprimant mal en français" fait partie du rôle du médecin généraliste comme le décrit la situation 16 du Référentiel métier et compétence du médecin généraliste (13). Cette notion a été détaillée par la WONCA en 2015 à Istanbul (14).

Or, aucune recommandation n'existe concernant le bilan médical à réaliser à l'arrivée de la population migrante sur le sol français, en soins primaires et notamment au cabinet de médecine générale. Le 18 décembre 2018, la section Europe de l'OMS a publié des recommandations générales pour promouvoir la santé des migrants et des réfugiés : augmenter les politiques de santé publique, favoriser les services sociaux et l'éducation à la santé, former des professionnels à la prise en charge pluriculturelle avec des interprètes qualifiés, intégrer les associations dans le réseau de santé et partager les connaissances entres

les pays (15). Mais il manquait d'informations précises et pratiques, concernant spécifiquement la France. Ces constatations sont à l'origine de ce travail.

Notre objectif est de déterminer les données probantes sur lesquelles s'appuyer pour réaliser un bilan médical initial en soins primaires des migrants arrivant sur le sol français.

Matériel et méthode

Nous avons mené une revue de la littérature systématique afin d'analyser l'état actuel des connaissances et données probantes en termes de bilan de santé à la primo-arrivée des migrants dans les pays de destination. Elle a été menée selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA (16).

Cette revue a été réalisée du 1^{er} décembre 2018 au 1^{er} juin 2019. Une veille documentaire a ensuite été maintenue jusqu'au 1^{er} janvier 2020.

Elle a été menée par deux chercheuses. Une troisième chercheuse permettait de trancher en cas de litige. Cette méthode a permis de limiter le biais de sélection initial des articles.

Cette revue bénéficie d'un protocole, enregistré au registre prospectif international des revues systématiques, PROSPERO. Le protocole complet est donc consultable sur le site <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/> sous le numéro d'enregistrement : CRD42019124936.

Stratégie de recherche

Nous avons délimité les bornes de notre problématique et porté notre recherche sur le bilan médical initial, c'est-à-dire l'interrogatoire, l'examen clinique, les vaccinations ainsi que le bilan biologique standardisé s'il existait. Le tout devait être adapté à une prise en charge ambulatoire de soins primaires. Dès le départ, et nos équations de recherche ont été réalisées dans ce sens ; les modalités d'accès aux soins, de traitements des pathologies ainsi que les prises en charge spécialisées ont été exclues.

Lors de la phase exploratoire de la recherche bibliographique, nous avons consulté différents moteurs de recherche (GoogleScholar, Cairn, Pubmed, Scopus et Sudoc) afin d'estimer la richesse de la littérature en lien avec nos objectifs, de définir les moteurs de recherche les plus pertinents, et d'affiner les mots-clés et les stratégies de recherche.

Le recueil des données fut réalisé après interrogatoire des bases de données suivantes :

PubMed, Cismes, LISSA, EM Premium, Scopus, Web of science, Cochrane, Pascal et François, Base de données de Santé Publique (fermée au 1^{er} juillet 2019).

Nous avons également effectué une recherche dans la littérature grise (Sudoc).

Une recherche documentaire manuelle a permis de trouver d'autres documents, en particulier des recommandations nationales, classés dans la catégorie " hors-bases ".

La veille documentaire, à posteriori des résultats obtenus par nos équations, a permis de confronter des éléments aux résultats de notre analyse sans y être inclus.

Les équations de recherche établies devaient permettre de sélectionner les articles répondant à la question suivante : "quelles sont les données probantes sur lesquelles le médecin généraliste pourrait s'appuyer concernant la prise en charge médicale des migrants arrivant sur le territoire français en soins primaires ?"

Le Tableau 1 montre les équations de recherches utilisées pour chaque base de données. Elles ont été appliquées le 15 février 2019. En fonction des critères de sélections, des filtres de recherches, visibles dans le tableau des équations, ont été appliqués. Ils concernaient principalement la date et la langue de publication. Les articles trouvés en dehors de ces équations ont été considérés "hors-bases" et leur sélection a été possibles jusqu'au 1er juin 2019.

Tableau 1 : base de données et équations de recherche :

Base de données	Équations
Pub med	((("Emigrants and Immigrants"[Mesh]) OR "Refugees"[Mesh]) OR "Transients and Migrants"[Mesh])) AND (((("General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) AND ("last 10 years"[PDat] AND (English[lang] OR French[lang] OR Spanish[lang])))
Cismef	((migrant*.ti) OU (migrant*.mc) OU (réfugié*.ti) OU (réfugié*.mc) OU (émigra*.ti) OU (émigra*.mc) OU (immigr*.ti) OU (immigr*.mc)) ET ((médecin* général*.ti) OU (médecin* général*.mc) OU (soins de santé primaires.ti) OU (soins de santé primaires.mc) OU (médecins de premier recours.ti) OU (médecins de premier recours.mc))
LISSA	((migrant*.ti) OU (migrant*.mc) OU (réfugié*.ti) OU (réfugié*.mc) OU (émigra*.ti) OU (émigra*.mc) OU (immigr*.ti) OU (immigr*.mc)) ET ((médecin* général*.ti) OU (médecin* général*.mc) OU (soins de santé primaires.ti) OU (soins de santé primaires.mc) OU (médecins de premier recours.ti) OU (médecins de premier recours.mc))

EM premium	+ [migra*] + [médecin* general*]
Scopus	(((((transients AND migrants) OR (emigrants AND immigrants) OR (refugees)) AND ("General Practi*" OR primary AND health AND care OR physicians, primary AND care)))) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "re")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, "MEDI")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "French"))
Web of science	TS = (emigrants OR Refugess OR migrants) AND (Pirmary health care OR General Practitioners OR General Practice) 2009-2019 English, French, Spanish
Cochrane	((Transients and Migrants) OR (Emigrants and Immigrants) OR (Refugees)) AND ((General Practice OR General Practitioners OR Primary Health Care OR Physicians, Primary Care))
Sudoc	Migrant* ou émmigrant* ou réfugié dans le titre ET Médecin* general* dans tous les mots 2009-2019,
Pascal et Francis	((("Primary Health Care") OR keyword.*:(("General practitioner") OR keyword.*:(("General practice")) AND (keyword.*:(("MIGRANTS") OR keyword.*:(("Refugees") OR keyword.*:(("Immigrant")))) Après 2009, French English (Spanish 0)
Base de données de Santé Publique	Fulltext=1* Mcl=([migrant] OU [refugie]) ET ([medecin famille] OU [medecin generaliste] OU soins primaires))
Hors bases	Recommandations OMS / Guide du Comede / HAS / CDC

Nous avons tout d'abord extrait puis fusionné les références obtenues, via le logiciel Zotero. Nous avons ensuite exclu les doublons. Puis nous avons sélectionné les références pertinentes en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères de sélection : critères d'inclusion et d'exclusion

Tableau 2. Critères PICO

Patient	Migrants, homme ou femme, de plus 18 ans sur le territoire
Intervention	Bilan médical, interrogatoire, examen clinique, examens biologiques
Comparaison	Non applicable
Outcome	Données probantes sur le bilan de santé initial à proposer à notre population, à travers la littérature internationale, applicable à la France

Critères d'inclusion

La population étudiée devait être des patients adultes légalement (âge supérieur à 18 ans).

Les articles devaient traiter de la prise en charge ou bilan initial médical (interrogatoire, examen clinique, examen complémentaire en soins primaires uniquement), et pas de la prise en charge thérapeutique.

La date de publication devait être entre le 1^{er} janvier 2009 et le 1^{er} juin 2019, donc des articles datant de moins de 10 ans. Nos recherches préalables nous ont permis de faire ce choix. En effet, des articles plus anciens pouvaient concerner des vagues migratoires qui ne sont plus d'actualité, les prévalences sur lesquels les textes s'appuyaient souvent désuètes et les technologies disponibles différentes. Pour répondre à cette problématique d'actualité nous avons de nombreuses publications récentes, et donc plus pertinentes, sur lesquelles travailler.

Les publications devaient être accessibles dans une langue comprise par les auteurs, le français, l'anglais, et l'espagnol.

Le type d'étude pouvait être :

- méta-analyses et revues de la littérature
- études interventionnelles, à fortiori randomisées seraient d'une éthique et d'une réalisation discutables, mais étant le plus haut niveau de preuve, si certaines existent elles ne seront pas exclues

- études quantitatives
- études qualitatives
- textes types recommandations d'organismes nationaux ou internationaux, de sociétés savantes
- littérature grise

Critères d'exclusion

Les études étaient exclues si :

- la population de l'étude était déjà connue, ou sélectionnée, pour une pathologie spécifique (diagnostiquée, suivie ou traitée dans le pays d'origine)
- articles concernant uniquement une vague de migrations de localisation géographique précise ou une population spécifique,
- articles concernant les consultations spécialisées
- articles concernant principalement les traitements ou le suivi des pathologies
- articles concernant uniquement l'accès aux soins (droits/difficultés)
- études strictement épidémiologiques et études cas-témoins
- articles concernant uniquement l'exacerbation de fragilités liées à certaines situations : femmes enceintes, enfants, mineurs non accompagnés, personnes sans documents se déclarant mineurs
- articles non retrouvés en entier, après contact des auteurs, au 1er juin 2019.

Sélection des articles

Les sélections des articles à inclure dans l'analyse a suivi plusieurs étapes. D'abord, chacune des auteures a analysé les titres et les résumés, et sélectionné les articles correspondants à nos critères. Les sélections des deux auteures ont ensuite été comparées et unifiées. Il n'y a pas eu de litige nécessitant l'intervention de la 3ème auteure à ce stade.

Les articles sélectionnés ont ensuite été analysés intégralement par chaque auteure séparément. Aucun article n'a été exclu car non retrouvé. Une mise en commun a permis d'obtenir une sélection de 61 articles. Une recherche manuelle a permis d'enrichir la sélection de 8 documents "hors-bases". À ce stade, la troisième auteure a dû trancher pour

deux articles. Les articles lus intégralement et exclus sont cités en annexe avec leur cause d'exclusion. (Annexe 1)

L'analyse descriptive et l'extraction de résultats concernaient donc 70 articles (Annexe 2).

Extraction des données et évaluation de la qualité des articles

Chaque article remplissant les critères d'inclusion a été analysé. De manière systématique, les informations suivantes ont été relevées dans un tableur : auteurs, date de publication, schéma d'étude, objectif principal de l'étude, population étudiée, qualité de l'étude, conflit d'intérêt, résultat de l'objectif principal.

Pour chaque article sélectionné, nous avons procédé à une évaluation méthodologique adaptée au type d'étude selon les grilles proposées par le site <https://www.equator-network.org/>:

- AGREE pour les recommandations. Nous avons considéré que les recommandations de prises en charge de réfugiés ou migrants arrivants le territoire de pays socio-économiquement proches de la France étaient également à analyser dans notre travail (Union européenne, États-Unis, Australie, Canada).
- PRISMA et AMSTAR pour les revues de la littérature et l'analyse de notre propre travail
- CONSORT pour les essais cliniques
- STROBE pour les études observationnelles et la qualité du rapport
- COREQ pour les études qualitatives
- STARD pour les études diagnostiques

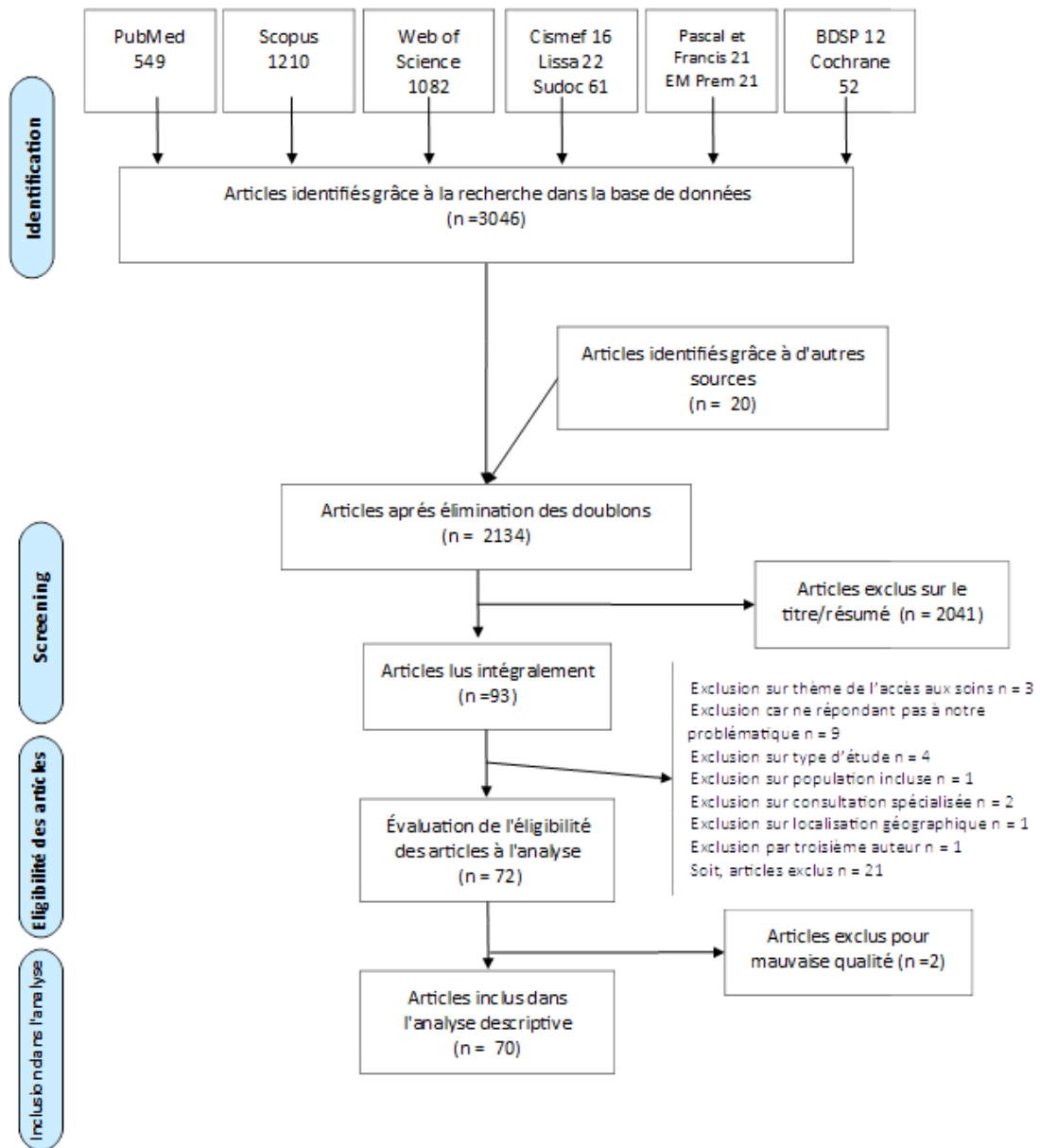
Nos articles ont donc été classés selon le type d'étude et leur qualité. Les résultats sont rédigés de sorte que les articles au meilleur niveau de preuves sont présentés en premier.

Résultats

Sélection des articles

L'ensemble des données sur la sélection des articles est résumé dans le diagramme de flux de sélection et d'inclusion des articles (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux selon les recommandations PRISMA 2009



L'analyse descriptive de ces 70 articles retenus, classés selon leur valeur scientifique est disponible en Annexe 2.

Voici ici la liste de nos articles sélectionnés, classés par thème :

Bilan général universel :

CDC - Medical Examination - Immigrant and Refugee Health (17)	CDC, HHS
Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on selecting preventable and treatable conditions (18)	Swinkels
Guidelines for the U.S. Domestic Medical Examination for Newly Arriving Refugees (19)	CDC
Évaluation d'une stratégie de dépistage multiple, en médecine de premier recours, chez la population migrante primo-arrivante à Marseille. Étude quantitative auprès des patients consultant à la PASS (20)	Begland
Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees (21)	Pottie
General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway -Practice-based shared reflections among participants in focus groups (22)	Hjorleifsson
Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries (23)	Priebe
Health screening of newly resettled refugees in a primary care setting (24)	Lacourse
How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review (25)	Seedat
Improving delivery of primary care for vulnerable migrants: Delphi consensus to prioritize innovative practice strategies (26)	Pottie
Infections chez les réfugiés adultes (27)	Notter
Infectious Disease Assessment for Migrants (28)	HPSC Scientific Advisory Committee - Irlande
Infectious diseases of specific relevance to newly arrived migrants in the EU EEA (29)	ECDC
Instruction 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé primo-arrivants (7)	Ministère des solidarités et de la santé
Migrant health guide: countries A to Z (30)	site internet
Primary care for refugees (31)	Eckstein
Primary Care for Refugees: Challenges and Opportunities (32)	Mishori
Prise en charge des patients migrants en médecine générale: étude réalisée dans deux Centres d'accueil et de soins pour migrants (33)	Mathieu
Public health needs of migrants, refugees and asylum seekers in Europe, 2015 Infectious disease aspects (34)	Semenza
Quel bilan de santé les médecins proposent-t-ils aux personnes migrantes arrivant sur le territoire français ? Résultats d'une enquête de pratique (35)	Vignier
Refugee New Arrival Medical Screening Checklis, Domestic Guidelines, Immigrant and Refugee Health (36)	CDC
Results from screening immigrants of low-income countries: data from a public primary health care (37)	Hladun
Soins et Accompagnement, guide pratique pour les professionnels (38)	COMEDE
The Australasian Society for Infectious Diseases and Refugee Health Network of Australia recommendations For health assessment for people from refugee-like backgrounds: an abridged outline (39)	Chaves
The refugee medical exam: what you need to do (40)	Bishop
WHO Immunization Country Profile (41)	site internet

Bilan spécifique somatique:

- Parasitoses:

Accuracy of Diagnostic Tests for Schistosoma mansoni Infection in Asymptomatic Eritrean Refugees: Serology and Point-of-Care Circulating Cathodic Antigen Against Stool Microscopy (42)	Chernet
Accuracy of parasitological and immunological tests for the screening of human. Schistosomiasis in immigrants and refugees from African countries: An approach with Latent Class Analysis (43)	Beltrame
Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic de la schistosomose (44)	HAS
Chagas Disease among the Latin American Adult Population Attending in a Primary Care Center in Barcelona, Spain (45)	Roca
Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants. At primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis (46)	Requena-Méndez
Évaluation des actes de diagnostic biologique des infections à Plasmodium (47)	HAS
Parasitic stool testing in newly arrived refugees in Calgary, Alta (48)	DeVetten
Prévalence, morbidité et stratégies de dépistage de la bilharziose chez les migrants originaires de zone d'endémie: revue de littérature et étude descriptive des patients dépistés au Comede entre 2006 et 2009 (49)	Petruzzi
Validation of a rapid immunochromatographic assay for diagnosis of Trypanosoma cruzi infection among Latin-American migrants in Geneva, Switzerland (50)	Chappuis

- IST :

Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic et à la prise en charge des hépatites B, C et D (51)	HAS
Dépistage et prise en charge de l'infection Neisseria gonorrhoeae : état des lieux, propositions (52)	HAS
Étude PREVAC B 2: prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et prévention de l'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie, en médecine générale en France (53)	Simon-don
Haute Autorité de Santé - Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France(54)	HAS
HIV testing in primary care: feasibility and acceptability of provider initiated HIV testing and counseling for Sub-Saharan African migrants (55)	Loos
Interventions for Increasing HIV Testing Uptake in Migrants: A Systematic Review of Evidence (56)	Aung
Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du Treponema pallidum (bactérie responsable de la syphilis) (57)	HAS
Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B (58)	HAS
Prévac B: prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zones de forte endémie, Afrique subsaharienne et Asie (59)	Aubert Catrice
Prise en charge des populations précaires fréquentant les permanences d'accès aux soins de santé, atteintes d'hépatites et ayant bénéficié d'une proposition systématique de dépistage : Etude PRECAVIR 2007-2015 (60)	Roudot- Thoraval
Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis (61)	HAS

- Tuberculose:

Effectiveness and cost effectiveness of screening immigrants schemes for tuberculosis (TB) On arrival from high TB endemic countries to low TB prevalent countries (62)	Sanneh
Haute Autorité de santé - Tests in vitro de dépistage de l'infection tuberculeuse latente par Détection de production d'interféron gamma (63)	HAS

Infections tuberculeuses latentes Détection, prise en charge et surveillance (64)	HCSP
The effectiveness and cost-effectiveness of screening for latent tuberculosis among migrants in the EU/EEA : A systematic review (65)	Greenaway
The effectiveness of primary care based risk stratification for targeted latent tuberculosis infection screening in recent immigrants to the UK: a retrospective cohort study (66)	Panchal
Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees (67)	Greenaway

- **Vaccination :**

Pratiques de rattrapage vaccinal des médecins français pour les personnes migrantes arrivant sur le territoire français (68)	Vignier
Vaccination des migrants primo-arrivants: enquête sur les pratiques des médecins généralistes français (69)	Moussaoui
Vaccinations chez les réfugiés adultes (70)	Tarr
Vaccine Scheduler ECDC (71)	ECDC

- **Santé de la femme:**

Pratiques professionnelles en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes hébergées à l'hôtel social: une enquête qualitative auprès de professionnels et structures de soins primaires en Essonne (72)	Masri Sidani
Systematic review of prevention and management strategies for the consequences of gender-based violence in refugee settings (73)	Asgary

- **Autres:**

Low levels of vitamin B12 can persist in the early resettlement of refugees: symptoms, screening and monitoring (74)	Benson
Vitamin D supplementation for nonspecific musculoskeletal pain in non-Western immigrants: A randomized controlled trial (75)	Schreuder

Bilan de santé mentale:

Assessing Severity of Psychological Distress Among Refugees With the Refugee Health Screener, 13-Item Version (76)	Bjarta
Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care (77)	Kirmayer
Development and validation of a mental health screening tool for asylum-seekers and refugees: the STAR-MH (78)	Hocking
Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands: A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners (79)	Teunissen
Patients from abroad becoming patients in everyday practice: torture survivors in primary care (80)	Tamblyn
Réfugiés traumatisés et victimes de torture au cabinet du médecin de famille (81)	Schwald
The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees (82)	Hollifield
Victimes d'actes de torture et victimes de guerre au cabinet (83)	Kläui

I - Généralités

A- État des lieux du bilan de santé à travers la littérature

En 2018, en France, le ministère des solidarités et de la santé estime nécessaire de mieux structurer et de renforcer le parcours de santé des migrants primo-arrivants (7). Pour cela, une instruction a été mise à jour en 2018, reprenant les recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) de 2015, relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers. En résumé, un « Rendez-vous Santé » est préconisé dans un délai optimal des 4 premiers mois après l'arrivée, avec une action en réseau de la part des structures tant sanitaires que sociales. Cet avis n'est pas contraignant. L'objectif est l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun.

Il ne faut pas confondre le bilan de santé recommandé pour les migrants et le contrôle médical réalisé par l'Ofii (Office français de l'immigration et de l'intégration). Dans une logique de prévention, le repérage des maladies infectieuses, psychiatriques ou chroniques, et le bilan de santé normalement accepté et souhaité par la personne, n'est pas compatible avec le contrôle effectué dans le cadre d'une demande du titre de séjour (4,7), à noter que ce contenu a été établi dans un décret datant de 2006.

La visite médicale obligatoire de l'Ofii est imposée aux étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à 3 mois (38). Cependant, depuis 2017, il existe des dérogations à l'obligation de cette visite médicale qui précède la délivrance du titre de séjour, si le demandeur du titre de séjour est présent en France depuis plusieurs mois au moment de la demande du premier titre de séjour ou pour les étudiants (84).

Ailleurs dans le monde, il a aussi été constaté que le flux actuel migratoire est tel que les états se doivent de mettre en place des stratégies de santé publique à l'arrivée des migrants. Certains pays comme le Canada (21), et l'Australie (39) ont établi des recommandations se basant sur des preuves avec une méthodologie disponible. D'autres pays se sont concertés mais la méthodologie pouvant affirmer que les résultats sont basés sur des preuves n'est pas disponible. C'est le cas des États-Unis (19), du Royaume-Uni (30), la France avec le guide du Comede (38) et l'avis de l'HCSP (7), et de l'Irlande (28). Les recommandations émises par l'Italie et la Finlande n'ont pas été analysées dans notre revue, car exclues des résultats de recherche initiaux sur le critère de la langue.

Concernant les maladies infectieuses, les pays européens ont adopté diverses méthodes de dépistage des infections chez les migrants. Une revue européenne de grande ampleur (25) portant sur 47 études (et 248 402 migrants), publiée dans *The Lancet*, a évalué la rentabilité des programmes de dépistage comme modérée à élevée en fonction du groupe de migrants et de la maladie ciblée. La problématique actuelle à l'échelle Européenne serait donc un dépistage trop restreint, se concentrant sur des maladies uniques et un sous-groupe restreint de migrants. En effet la plupart des programmes de dépistage sont axés sur les réfugiés et les demandeurs d'asile, et sur les maladies infectieuses uniquement (85).

Ensuite, une enquête qualitative européenne, interrogeant des experts (34) évalue les besoins de santé des patients migrants et, insiste sur la nécessité d'établir un système d'accueil pour les migrants nouvellement arrivés dans lesquels un bilan de santé serait effectué, avec vaccination et dépistage ciblé des pathologies infectieuses transmissibles si besoin, sans frais.

La législation canadienne en matière d'immigration exige que tous les résidents permanents, y compris les réfugiés et les demandeurs d'asile, subissent un examen médical d'immigration (21). Cet examen n'est pas réhibitoire. Les personnes migrantes sont protégées par une loi contre l'exclusion (*Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*). Pour les canadiens, des « lignes directrices fondées sur des données probantes fait partie des trois premières solutions pour faire face à la problématique de la santé des migrant » (26).

Les recommandations américaines préconisent un examen d'admission dans les 30 à 90 jours à l'arrivée aux États-Unis. Pour sa réalisation et la suite de la prise en charge si nécessaire, les réfugiés ne bénéficient de la couverture d'assurance Medicaid que pendant les 8 premiers mois. Cet examen médical est obligatoire pour tous les réfugiés arrivant aux États-Unis et tous les demandeurs hors des États-Unis qui demandent un visa d'immigrant (19,32).

Les textes irlandais (23) mettent à disposition des lignes directrices destinées à être utilisées dans un large éventail de services de santé. Ce pays ne propose pas de bilan de santé systématique.

B – Nécessité de données probantes

Plusieurs articles mentionnent la nécessité de données probantes, dans des domaines variés.

Une revue systématique de la littérature américaine (73) reprend cet absolue nécessité pour évaluer l'efficacité des diverses stratégies de prévention et de prise en charge des violences physiques dans les populations déplacées.

A l'échelle européenne également, il est nécessaire de disposer d'orientations fondées sur des données factuelles, en matière de prévention et d'évaluation des maladies infectieuses chez les migrants, à la fois pour garantir une approche cohérente au sein de l'Union Européenne (UE)/Espace économique européen (EEE) et pour aider les États membres qui ne disposent actuellement pas d'orientation dans ce domaine. L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) a aussi recommandé l'amélioration de la qualité des soins (34).

Par ailleurs, du côté des professionnels de santé français, les questions se posent. Une faible proportion de médecins s'estime expérimentée ou experte dans la thématique de la prévention des maladies infectieuses auprès des personnes migrantes (69) par rapport à une proportion de patients migrants grandissante dans les patientèles.

C - Les attentes des migrants

Les migrants sont susceptibles d'être proactifs en ce qui concerne leur santé, les programmes de dépistage faisant l'objet d'une forte participation et d'une bonne acceptabilité (85). Dans la revue de la littérature citée ci-dessus, sur l'exemple du dépistage ciblé de la tuberculose, le taux de dépistage était élevé (médiane 79,50%) en particulier dans les établissements de soins de santé primaires et parmi les migrants demandeurs d'asile et réfugiés.

La population migrante est en demande d'un bilan, notamment pour les personnes souhaitant faire le point sur les conséquences des violences subies (38).

Les attentes des migrants participant à l'étude française dans un centre d'accueil et de soins sont principalement : une écoute, du respect, un besoin d'être rassuré, une prise en charge médicale générale, un lieu de repos et de discussion. Le contexte compliqué comprenant les conditions de vie, les traumatismes récents et l'insécurité s'ajoute aux difficultés de prise en charge des patients interrogés (33).

D - Modalités

Sur les modalités de réalisation de ce bilan, plusieurs articles notent la nécessité de bénéficier des services d'un interprète professionnel qualifié pendant les visites chez le médecin. L'absence d'interprétariat de qualité entraîne un biais dans la relation médecin-patient et peut minorer la qualité du soin (7,26,27,32,33,38,80). À défaut d'un bon service d'interprétariat les consensus suisse et français (27,38) proposent d'utiliser des supports de communication multilingues, des moyens adaptés (images, traductions ...) pour les migrants.

À l'occasion de ce bilan, la nécessité serait également d'informer au mieux sur le système de soins du pays (7,22,38,40).

Une étude qualitative européenne (34), relève la nécessité de préférer les tests rapides et les traitements instantanés, meilleurs moyens de limiter la transmission de maladie infectieuse.

E - La première consultation selon la littérature

De nombreuses sources proposent sous forme de tableaux des diagnostics à évoquer selon la symptomatologie (27,29,31,32,35). Tous les éléments retrouvés comme pouvant faire partie intégrante du bilan santé initial sont cités ici.

1 - Interrogatoire

Lors de l'évaluation des besoins en matière de santé des migrants, les informations générales suivantes peuvent être recueillies à l'interrogatoire, selon plusieurs sources. Nous retrouvons fréquemment la notion d'interrogatoire fractionné selon le parcours migratoire (avant, pendant, après le processus migratoire) et les résultats sont présentés comme tels.

Sur les expériences de vie avant la migration :

- vie familiale (28)
- niveau de scolarité (28,32)
- emploi / statut économique (28,32)
- accès aux soins de santé dans le pays d'origine (27,28)
- antécédents médicaux et chirurgicaux, hospitalisations (7,27,28,32,40)

Sur les expériences pendant la migration :

- circonstances de migrations (28,32,40)
- processus de migration (27,28,32,40)
- itinéraire de migration avec pays traversés (27)
- durée de la migration (27)

Sur les conditions après la migration :

- conditions de vie actuelles (28) avec maladies infectieuses dans l'entourage (27)
- état de santé général / symptômes actuels (29) (27,35,40)
- vaccinations (7,27,40)
- violences subies ou témoins (7,32,68).

Le repérage de maladie mentale et/ou d'un traumatisme (39), en ciblant des syndromes psycho traumatiques (38), une souffrance psychique (35), est également cité. Les précautions à prendre lors de l'interrogatoire notamment sur les violences subies sont détaillées dans la partie santé mentale.

2 -Examen clinique

Nous reprenons ici les éléments de l'examen physique retrouvés dans notre analyse. Les experts suisses (27) nous rappellent que chez les réfugiés autant que la population générale, il faut savoir évoquer des diagnostics « typiques » plutôt que des diagnostics "exotiques". Ils préconisent d'effectuer un examen ciblé en fonction des symptômes présentés par les migrants nouvellement arrivés.

L'examen clinique général pourrait comprendre :

- poids (32,38,40)
- tension artérielle (32,38,40,68)
- température : recherche de fièvre/ maladies infectieuses (34,40)
- auscultation cardiaque, avec recherche de maladies cardio-vasculaires (32,38,40)
- auscultation pulmonaire, recherche de maladie des voies respiratoires pour personnes en milieux confinés (centre de rétention, d'accueil) (34), avec repérage des maladies pulmonaires chroniques (32,38,40)

- examen digestif : recherche de diarrhée sanglante, aqueuse, ictère aigu, infection parasitaire (34). Le cancer du côlon et du rectum doit être dépisté par une recherche de sang dans les selles et est recommandée chez les personnes âgées de 50 à 74 ans (HéMocult®/tests immunologiques), d'après l'article de Mishori (32). Selon le Comede : dépistage des cancers comme dans la population générale (38).

- repérage troubles visuels chez tous (38–40)

- repérage des troubles auditifs chez tous (38,39)

- repérage de la pathologie bucco-dentaire chez tous (21,38–40) (voir paragraphe Divers)

- examen cutané (voir paragraphe Divers)

-examen neurologique : en cas de céphalées, il faut évoquer en premier lieu une urgence d'après le COMEDE avec orientation hospitalière, sinon penser aux céphalées de tension (favorisées par des traumatismes psychiques, l'angoisse et des difficultés multiples dans ce contexte d'exil, d'exclusion et de précarité). La référence canadienne (21) mentionne la neurosyphilis (avec ponction lombaire à envisager), et l'étude qualitative européenne (34) cite les infections comme la méningite, l'encéphalite (38).

- examen rhumatologique : devant des douleurs ostéo-musculaires, il est important de ne pas méconnaître des antécédents de violence ou de torture. Les bilans radiologiques lésionnels pratiqués en première intention sont souvent inutiles (38).

- examen gynécologique (voir paragraphe Santé de la femme)

Enfin, l'orientation vers un spécialiste sera à envisager d'après deux sources françaises, les expert du Comede et après un travail sur les pratiques des médecins français, notamment en cas de pathologie décelée telle que l'épilepsie, l'asthme, des pathologies otorhino-laryngées ou relevant d'un avis par un ophtalmologiste (17,37) ; les australiens préconisent d'orienter les patients africains de plus de 40 ans et tous les patients au-dessus de 50 ans pour le dépistage du glaucome (39).

3 - Biologie

En France, d'après l'étude de Vignier et al. (35) évaluant les pratiques de 218 médecins généralistes français sur le bilan santé qu'ils appliquent aux patients migrants, ces médecins s'accordent sur la réalisation d'un interrogatoire et d'un examen clinique, ainsi

que sur la prescription des sérologies pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC) ; prise en charge compatible avec l'avis du HCSP 2015 (7). Cependant, les pratiques sont beaucoup plus hétérogènes concernant le dépistage de la tuberculose maladie, la recherche d'une infection tuberculeuse latente, des autres infections sexuellement transmissibles (IST) et des parasitoses. Les prescriptions varient notamment en fonction de l'expérience des médecins et selon leur mode d'exercice (35).

À travers les différentes sources analysées, les principaux éléments d'un bilan de santé biologique sont :

- Numération formule sanguine (NFS) pour la recherche d'une anémie et d'une hyperéosinophilie (32,35,37,38). D'après une étude observationnelle, il est mentionné que le genre féminin est prédicteur de risque d'anémie (37)

- Ionogramme (sans précision), urée, clairance de la créatinine (32,35,68)

- Bilan hépatique (35,37,68)

- Ferritinémie chez la femme en âge de procréer et toutes personnes ayant une fatigue inexplicquée (35,39)

- Vitamine B12 (voir paragraphe Divers)

- Vitamine D (voir paragraphe Divers)

- Analyse d'urine (7,32,37,38,40,68). D'après cette même étude observationnelle, le genre féminin est prédicteur de risque d'hématurie ou d'une analyse urinaire anormale (37)

- Exploration des anomalies lipidiques (32,35,40)

- Glycémie à jeun (7,32,35,38,68). En France, en population générale, le fait d'être migrant est un marqueur de risque de diabète au-delà de 45 ans, le dosage de la glycémie capillaire est dans ce cas recommandé par la HAS (86). Le guide du Comede recommande d'étendre ce dosage aux moins de 45 ans originaires de régions pour lesquelles le taux de prévalence du diabète est élevé : Afrique du Nord, Caraïbes, Asie du Sud (38).

- Électrophorèse de l'hémoglobine (Afrique Sub-Saharienne (ASS), Inde, Caraïbes) (7,35,38,68). Le Comede précise que ce dosage a un intérêt en cas de projet parental mais risque d'inquiéter inutilement un patient fragilisé par un exil récent (38). L'instruction du 8 juin ne le propose pas en systématique mais en fonction d'un faisceau d'arguments généralistes : « examen clinique, facteurs de risques, origine géographique, modes de vie » (7).

- Sérologies HIV (voir paragraphe Infection Sexuellement Transmissible)
- Sérologie Syphilis (voir paragraphe Infection Sexuellement Transmissible)
- Sérologie Hépatite B (voir paragraphe Infection Sexuellement Transmissible)
- Sérologie hépatite C (voir paragraphe Infection Sexuellement Transmissible)
- PCR *Chlamydia*, Gonocoque sur les urines chez les hommes d'âge inférieur à 30 ans et les femmes d'âge inférieur à 25 ans (voir paragraphe Infection Sexuellement Transmissible)
- Examen parasitologique des selles (voir paragraphe Parasitoses)
- Sérologies pré ou post vaccinales (voir paragraphe Vaccinations)
- Radiographie thorax et/ou tests immunologiques (voir paragraphe Tuberculose)
- Frottis sanguin/goutte épaisse (voir paragraphe Paludisme)
- autres examens réalisés par une faible proportion de médecins selon le profil du patient dans l'enquête de Vignier et al. (35) : CRP, VS, TSH, sérologie Hépatite A/D, albumine, électrophorèse protéines plasmatiques, sérologie anguillulose, sérologie toxoplasmose, sérologie filariose, quick-test tétanos, maladie de Chagas, coproculture, bHCG chez la femme

4- Éducation à la santé

L'importance de mettre en place des mesures d'éducation thérapeutique est reprise dans plusieurs articles dont le HCSP (34,38,64).

Le COMEDE cite la nécessité de prévention contre le tabagisme, et l'alcool, de conseils à propos de la nutrition, l'activité physique sont également à adapter à la population. Le domaine de la nutrition est particulièrement délicat face aux difficultés d'accès aux aliments de qualités avec parfois même difficultés d'accès à une cuisine. De nombreux conseils pratiques peuvent être donnés (fruits et légumes de saisons, faire les courses en groupes, les fins de marchés, éviter les boissons sucrées et alcoolisées...) (38).

II - Pathologies infectieuses

A - Parasitoses

1 Parasitoses digestives

a - Généralités et Éosinophilie

Pour les australiens, l'éosinophilie est à rechercher pour les personnes non traitées pour une parasitose digestive avant le départ de leur pays d'origine (en pratique tous en France) (39). Un traitement empirique à dose unique d'albendazole (supérieur à 10 kg ; 400 mg) est proposé, si l'éosinophilie est retrouvée. L'examen parasitologique des selles (EPS) est à effectuer si l'éosinophilie persiste 6 semaines après. Il est également possible de faire directement l'EPS et d'effectuer alors un traitement ciblé.

Pour les réfugiés nouvellement arrivés aux États-Unis qui n'ont reçu aucune thérapie avant leur départ ou une thérapie incomplète, des experts américains s'appuyant sur le « Center for Disease Control and Prevention » (CDC) recommandent le repérage des parasites (au moins deux EPS pour la recherche de vers nématodes) ou un traitement présomptif (40). Pour les américains (19,40), la recherche d'éosinophilie est aussi recommandée chez toutes les personnes migrantes arrivant sur le sol américain.

En France, pour Vignier et al. (35), le traitement présomptif des migrants originaires des zones à risque est une alternative à la recherche de parasitoses. Mais seuls 4,8% des répondants déclarent utiliser cette approche systématiquement et 24,4% au cas par cas (donc 70,8% ne prescrivent jamais de traitement présomptif). Le guide du COMEDE propose dans le bilan systématique : une recherche d'éosinophilie et une EPS ("3 EPS augmentent la sensibilité mais ne sont pas justifiés dans le dépistage"), dans un laboratoire expérimenté, en spécifiant recherche d'anguillule (38).

Les recommandations irlandaises de 2015 préconisent de faire une parasitologie des selles chez les sujets ayant une hyperéosinophilie ou ayant vécu dans des zones endémiques, et symptomatiques (28).

L'étude qualitative de Semenza et al. À échelle européenne reprenant l'ECDC, nous informe seulement que «les helminthes et protozoaires intestinaux sont actuellement dépistés dans l'UE» (34).

Le consensus d'expert suisse (27), comme les recommandations irlandaises (28), souligne l'importance de penser à la strongyloïdose face à une hyperéosinophilie asymptomatique, en particulier avant l'initiation d'un traitement par stéroïdes systémiques ou autres immunosuppresseurs (risque d'anguillulose maligne).

Une synthèse des recommandations américaines, non reprise par le CDC, préconise de faire le dépistage parasitologique uniquement chez les personnes ayant des douleurs abdominales, des troubles digestifs ou une éosinophilie, en faisant l'EPS trois matins successifs (41).

Seule l'évaluation méthodologique de Chernet et al. en Suisse, ne tranche pas sur l'intérêt de rechercher l'éosinophilie pour la bilharziose (critère secondaire de l'étude). Ils ont établi une corrélation statistiquement significative entre l'éosinophilie sanguine et les résultats concordants positifs de la sérologie et du test de diagnostic rapide (TDR) (42).

L'instruction du 8 juin 2015 propose un examen parasitologique des selles dans le bilan initial (7).

b - Strongyloïdose :

Selon les canadiens, la strongyloïdose apparaît plus fréquente chez les populations de réfugiés originaires d'Asie du Sud-Est. La strongyloïdose subclinique, par auto-infestation, peut persister des décennies. Si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner une morbi-mortalité importante par maladie disséminée, en particulier en cas de déficit immunitaire. Bien qu'ils ne préjugent pas de l'activité de l'infection, les tests sérologiques sont recommandés, plutôt que les tests traditionnels sur les selles, insuffisamment sensibles. Si la sérologie est positive, ils recommandent de traiter par l'ivermectine (21).

Selon le CDC, il est nécessaire de fournir un traitement présomptif par ivermectine ou d'effectuer un test diagnostique pour la strongyloïdose (par exemple, sérologies pour Strongyloïdes, 2 EPS ou plus, et / ou méthode de culture / gélose Strongyloïdes) chez tous les réfugiés (19).

c - Bilharzioses:

Pour rappel, selon les experts du COMEDE et la thèse descriptive de M. Petruzzi (38,49) : les schistosomiasis sont des infections parasitaires répandues qui touchent 200 millions de personnes dans le monde, en majorité en Afrique subsaharienne (85% des cas).

Liées aux contacts cutanés répétés avec l'eau douce, ce sont des infections d'évolution chronique. Il existe deux formes cliniques très différentes. Une forme urogénitale liée à *Schistosoma hæmatobium* en Afrique, qui se manifeste lorsqu'elle est symptomatique par une hématurie et des complications chroniques : dysurie, infections urinaires pouvant évoluer vers une insuffisance rénale. Et une forme digestive, hépatosplénique (*S. mansoni* en Afrique et Amérique du Sud/Caraïbes et *S. japonicum* ou *S. mekongi* en Asie) responsable d'une morbi-mortalité importante, qui peut se manifester par des signes d'hypertension portale liée à une cirrhose.

Les recommandations australiennes proposent la sérologie de la schistosomiase si les personnes ont vécu ou voyagé dans des pays endémiques (disponible dans la « Boîte à Outils » de l'annexe 7) (39). Les recommandations canadiennes sont plus généralistes et s'adressent « aux réfugiés arrivés d'Afrique » (21). Si la sérologie est positive, les deux proposent de traiter par deux doses de Praziquantel (20mg/kg à 4h d'intervalle). Les australiens laissent le choix avec un EPS à la recherche d'œufs, et un examen parasitologique des urines (EPU) si une hématurie est retrouvée (39). Si les tests parasitologiques sont positifs, un bilan des atteintes systémiques sera effectué avec prise en charge thérapeutique.

Selon une évaluation méthodologique italienne (43) recherchant la stratégie de dépistage la plus précise de la schistosomiase dans une zone de non-endémie, le test rapide d'immunochromatographie (ICT) est le test idéal. Il s'agit d'un test simple, ne nécessitant ni laboratoire, ni équipement spécial, qui peut être lu en quelques minutes. À noter que ce test serait encore plus approprié s'il était validé pour une utilisation sur du sang total obtenu par piqûre au doigt. Malheureusement, le promoteur de l'étude n'a pas encore validé cette procédure et il doit se faire par prise de sang. C'est le seul test qui exclut pratiquement l'infection, s'il est négatif. Dans un contexte de dépistage, ce test positif peut être utilisé seul pour décider du traitement. La seule alternative jugée raisonnable est en accord avec les recommandations australiennes (39) : un traitement présomptif de tous les immigrants en provenance de pays à prévalence élevée. En effet, au vu de la gravité potentielle de l'infection chronique, le traitement est relativement inoffensif et efficace. Le rapport coût-efficacité de l'une ou l'autre approche n'ont pas été évalués dans cette étude (43).

La récente flambée de schistosomiase urinaire en Corse, provoquée par une souche ouest-africaine, rappelle utilement que la transmission locale de la schistosomiase en Europe

est encore possible (43). La HAS a émis en 2017 un avis, à la suite des cas de bilharziose à *S. hæmatobium* en Corse, portant sur l'actualisation des actes de biologie relatifs au diagnostic de la bilharziose, où le TDR n'est pas cité (44).

Selon ce document HAS, la sérologie trouve sa place pour le diagnostic du schistosome notamment : chez toute personne migrante originaire de zone d'endémie (et pour dépistage de cas autochtones ; devant un signe évoquant une parasitose tel qu'une éosinophilie, hématurie, fièvre, malaise, toux sèche, myalgie, diarrhée...). Le diagnostic passe par la recherche des anticorps anti-schistosomes par au moins une des deux techniques suivantes : technique immuno-enzymatique « ELISA » ou technique d'hémagglutination indirecte « HAI » et une confirmation d'un résultat positif par Western-blot. La recherche des œufs dans les selles ou l'urine trouve également sa place dans le diagnostic de la schistosomiase (hors phase d'invasion). Elle est classiquement réalisée simultanément avec la sérologie (44).

L'étude descriptive suisse de Chernet et al, (42) évaluent les méthodes diagnostiques de Schistosomiase mansoni. La combinaison de la sérologie et du test de détection de l'antigène cathodique circulant (ACC) dans l'urine a été supérieure à la microscopie des selles lors du dépistage chez des réfugiés érythréens asymptomatiques. Ils rappellent aussi que le traitement par praziquantel est généralement bien toléré et peu coûteux. De plus, d'après eux, le seuil de traitement de tout résultat positif doit être bas, même si certains patients peuvent recevoir un traitement inutile en raison d'une sérologie ou test urinaire faussement positifs.

Le CDC (19) propose de fournir un traitement présomptif ou effectuer des sérologies pour la schistosomiase aux réfugiés de l'Afrique subsaharienne qui n'ont pas reçu de Praziquantel en pré-admission aux États-Unis.

Dans le guide du COMEDE, le dépistage systématique pour toute personne originaire de zone d'endémie est primordial (38). En 2015, le COMEDE proposait la combinaison d'un EPS et/ou EPU pour les patients originaires d'Afrique Sub-Saharienne, ainsi que la recherche d'éosinophilie et la réalisation de la sérologie, « en attendant un test de dépistage de qualité » qui pourrait être le TDR par ICT suscité.

Le consensus suisse de 2016 se basant sur la littérature non systématique pour des recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé suisses, cite seulement la sérologie à faire chez tous les réfugiés d'Afrique subsaharienne (27). De même,

la synthèse de pratiques américaines de 2011 mentionne de « traiter ou de tester » tous les réfugiés d'ASS présentant une hématurie (31).

En 2010 dans sa thèse, M. Petruzzi avait demandé l'avis d'experts français de Bordeaux, Marseille, Paris et Toulouse, répondant quasiment tous positivement à l'intérêt du dépistage des schistosomes *hæmatobium* et *mansoni*, mais les pratiques étaient très variables (49) :

- NFS + examens parasitologiques
- Sérologie + examens parasitologiques
- Examens parasitologiques seuls

Elle rappelle également que la bilharziose présente les critères de dépistage systématique définis par l'OMS. Plusieurs recommandations internationales datant d'avant 2009, sont synthétisées dans ce travail de thèse : toutes les méthodes proposées (BU, NFS, EPS, EPU, sérologies) ne pouvaient être utilisées seules par manque de sensibilité et le traitement présomptif chez les migrants originaires de zone d'endémie était proposé. Dans son étude, la combinaison sérologique ELISA/HAI 80 a montré sa haute sensibilité et sa bonne spécificité pour détecter des infections actives. Cette combinaison a montré sa supériorité en comparant avec, la réalisation d'un seul examen microscopique des selles (sensibilité faible) et d'un seul examen microscopique des urines des 24 heures. Il était conclu de procéder à des tests de repérage combinés puis des tests diagnostiques (EPU et/ou EPS) en cas de positivité (49).

d - Autres parasitoses intestinales

Le Guide du Comede détaille les symptômes et recommande de connaître (38) :

- L'ankylostomose, l'amébose, la giardiase : à dépister par l'EPS
- La loase, fréquente en Afrique centrale forestière : à rechercher par une sérologie et un frottis sanguin en milieu de journée
- L'hydatidose : pas de recherche systématique en raison de la bonne tolérance
- La cysticercose : à évoquer devant une comitialité chez un patient originaire d'un pays d'endémie.

Un consensus américain détaille les agents pathogènes courants chez les réfugiés non traités qui sont : *Ascaris lumbricoides*, l'ankylostome (*Ancylostoma duodenale* et *Necator*

americanus), Schistosoma species, Strongyloides stercoralis, Trichuris trichiura et Giardia lamblia (40). De nouveaux tests plus sensibles et spécifiques ont été mis au point pour de nombreux parasites, dont Cryptosporidium parvum, Entamoeba histolytica, G lamblia, S stercoralis et Schistosoma. Mais ils ne recommandent ces tests spécialisés que si le médecin soupçonne fortement un parasite spécifique chez le patient (40). Ils proposent aussi des pistes de traitements simples.

La synthèse américaine de 2011, par réalisation de trois EPS trois matins différents, recommande la recherche des parasites sus cités par le COMEDE et le consensus américain sus-cité, et ajoute le hookworm et Trichuris trichiura (whipworm) (38,40).

2 - Paludisme

Le Plasmodium falciparum est l'espèce causale du paludisme la plus fréquente, en particulier en Afrique. Elle est responsable des accès graves. La majorité des accès palustres à Plasmodium falciparum survient dans les 2 mois après l'exposition (38).

Les canadiens ne recommandent pas le dépistage systématique (21). Mais ils alertent les cliniciens devant être vigilants à l'égard des symptômes aspécifiques du paludisme, en particulier la fièvre. Ils rappellent que les migrants ayant vécu ou voyagé dans des zones d'endémie palustre sont vulnérables au paludisme aigu, en particulier au cours des trois premiers mois suivant leur arrivée. Les retards de diagnostics peuvent aller jusqu'au décès. Ils reconnaissent que l'intérêt du repérage nécessite plus d'études. Si nécessaire, les TDR fournissent des résultats dans les 5 à 20 minutes. Ces tests ont l'avantage de la portabilité et de la facilité d'utilisation (21).

Les australiens recommandent davantage ce repérage : « Les examens de dépistage du paludisme doivent être effectués sur toute personne provenant d'une région où le paludisme est endémique, ou ayant transité par cette région dans les 3 mois suivant son arrivée si elle est asymptomatique, ou dans les 12 mois si elle présente des symptômes de fièvre » (39). La goutte épaisse et le frottis sont recommandés en plus du TDR à base d'antigènes, car ce dernier seul n'est pas significativement sensible pour détecter toutes les infections non P. falciparum (39).

Aux États-Unis, pour le CDC (19,40), la méthode de détection à utiliser est la PCR, car la plus sensible. Si elle n'est pas disponible, ils proposent en alternative le frottis sanguin ou un test antigène rapide. Ils rappellent que tous les réfugiés d'Afrique subsaharienne qui n'ont pas reçu de traitement pré-départ selon les recommandations en vigueur, devraient recevoir un traitement présomptif ou un repérage lors de la visite médicale nationale (dans les 3 mois suivant leur arrivée). Lorsqu'un traitement présomptif du paludisme est jugé nécessaire, l'atovaquone-proguanil (4 comprimés une fois par jour pendant 3 jours) ou l'artéméther-luméfantrine (4 comprimés, quatre fois à 8 heures d'intervalle) sont les médicaments de choix aux États-Unis, comme en France actuellement.

Si les réfugiés sont symptomatiques, et viennent de zones endémiques, ils devraient être évalués d'autant plus rapidement pour la recherche de paludisme. Aucun traitement présomptif ou test de diagnostic n'est efficace à 100% pour toutes les espèces de paludisme (19). Les réfugiés originaires de régions autres que l'Afrique subsaharienne ne sont pas systématiquement traités ou testés, sauf indication contraire (19).

La recherche du paludisme en cas de fièvre en venant de zone d'endémie est souvent recommandée :

- En France, comme pour les voyageurs, par frottis et goutte épaisse devant toute fièvre dans les mois qui suivent le retour (38).
- L'équipe américaine de Mishori et al. (32) rejoint cette prise en charge, en précisant comme le CDC qu'un traitement présomptif est possible (19).
- Jusqu'à 12 mois après le retour en Suisse et en Irlande, aux migrants symptomatiques présentant une fièvre, par goutte épaisse et frottis simple (27,28).
- Pour l'équipe américaine de Eckstein et al., devant une thrombocytopénie, splénomégalie ou anémie, ou une fièvre sans étiologie retrouvée (31).

En France, depuis 2016, la HAS stipule que la technique d'immunochromatographie (ICG) ou TDR, de recherche de protéines plasmodiales dans le sang fait partie des outils de la stratégie diagnostique actuelle de l'identification d'un paludisme. Cependant, il convient de réaliser ces tests ciblant au moins deux antigènes plasmodiaux, en complément seulement du frottis sanguin /goutte épaisse (47).

La revue de l'ECDC cite le paludisme comme « actuellement dépisté dans l'UE» (34). Le consensus suisse nous rappelle qu'en cas de fièvre, même si une infection virale en est le plus souvent la cause, il ne faut pas hésiter à exclure des infections graves (27).

3 - Maladie de Chagas

La maladie de Chagas est provoquée par le parasite *Trypanosoma cruzi* transmis à l'homme par un insecte hématophage, retrouvé dans les fissures des vieux murs ou des toits des habitations pauvres (87). La problématique dans la population migrante est la phase chronique de la maladie (1/3 des personnes infectées) apparaissant après 10 à 20 ans d'infection silencieuse. Des lésions irréversibles peuvent toucher le système nerveux, cardiaque ou digestif. Il n'y a pas de traitement efficace à la phase chronique. L'OMS estime qu'en 2012, approximativement 8 millions de personnes étaient infectées par *Trypanosoma cruzi* dans les zones endémiques de 21 pays d'Amérique Latine (46).

Cette pathologie devient un problème de santé publique mondial en raison des échanges de population entre l'Amérique latine (zones endémiques) et d'autres régions, dont l'Europe.

Une analyse coût-efficacité européenne (88) a montré que la recherche de *T. Cruzi* chez les adultes asymptomatiques à risque d'infection c'est-à-dire originaires d'Amérique du Sud, ainsi que le traitement et le suivi des tests positifs, constituaient une stratégie rentable. Les modalités de repérage ont été étudiées par une équipe Suisse (50). Le Chagas Stat-Pak est un test de diagnostic rapide précis de l'infection à *T. cruzi* chez les migrants latino-américains vivant en Europe, avec une sensibilité de 96 %, et une spécificité de 99,8 %.

En France, le repérage de la maladie de Chagas dans la population migrante est inégal. Dans les travaux sur les pratiques en médecine générale française, il ressort que les médecins expérimentés sont plus enclins à prescrire une sérologie (méthode immuno-enzymatique ELISA) (35). Idéalement, ce repérage devrait être fait à l'arrivée en France chez toute femme en âge de procréer (risque de transmission congénitale élevé) et tout enfant né dans les pays à risque (Amérique Latine), en particulier s'ils ont vécu dans les quartiers pauvres des zones rurales ou périurbaines.

Dans nos articles, il n'existe pas de recommandations en France sur le type de test diagnostique à réaliser ni de test de référence.

Il semble nécessaire d'effectuer un repérage chez les migrants arrivant dans des pays non endémiques tel que l'Espagne (45), la France (38), le Royaume-Uni (30) et l'Europe en général (29,34), s'ils sont originaires d'Amérique latine. Notamment les femmes enceintes et en âge de procréer (30,38,45,50,68). Le traitement des femmes en âge de procréer peut réduire le risque de transmission verticale de *T. cruzi* pendant les grossesses ultérieures. Et le repérage systématique des femmes enceintes à risque permet la détection précoce de l'infection chez les nouveau-nés au moment de l'accouchement ou tôt après l'accouchement ; les antiparasitaires étant hautement efficaces et bien tolérés pendant les 3 premières années de vie.

B - Infections sexuellement transmissibles (IST)

1 - Généralités

A propos de la santé sexuelle, plusieurs pays la mentionnent comme faisant partie intégrante de la santé du patient (19,21,38,39). La santé sexuelle va au-delà des infections sexuellement transmissibles et correspond d'après l'OMS à un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité.

Les recommandations australiennes rappellent que les antécédents en matière de santé sexuelle doivent être remplis avec délicatesse, en tenant compte des questions de genre, en rassurant et en expliquant soigneusement la situation et la nécessité d'information. Pour cela, toute personne intéressée par un dépistage des IST doit pouvoir en bénéficier, facteurs de risque d'IST connus ou non (39).

Les américains préconisent d'obtenir l'historique des signes et symptômes et de procéder à un examen physique (19).

En Irlande, les personnes sexuellement actives qui sont originaires de pays avec un taux de VIH inférieur à 1% (c'est-à-dire hors prévalence particulière) devraient se voir offrir une évaluation de la santé sexuelle appropriée à leur histoire sexuelle, et non de manière systématique. Toutes les personnes présentant des symptômes d'IST devraient se voir offrir une évaluation clinique, un dépistage et un traitement des IST (28).

Les anglais proposent d'offrir à toutes les personnes sexuellement actives "un dépistage complet de la santé sexuelle" et des conseils sur la promotion de la santé en faveur du sexe et du "sécurisexe". Les modalités restent vagues et ne permettent pas une conduite à tenir en pratique de soins primaires (30).

Nous reprenons ici les facteurs de risque d'IST, comme énoncés dans les recommandations australiennes (39) :

- Toute personne présentant des symptômes ou des antécédents récents d'IST
- Personnes qui ont eu plus d'un partenaire récemment
- Femmes enceintes
- Personnes vivant avec le VIH
- Personnes qui s'injectent des drogues
- Les travailleuses / travailleurs sexuels et les personnes « clientes »
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et ceux qui s'identifient comme Lesbien Gay Bi Trans (LGBT)
- Adultes et adolescents ayant des antécédents d'incarcération, y compris dans les centres de détention de l'immigration

2 - Pathologies

a - Gonocoque (Neisseria gonorrhoeae)

Le repérage se fait chez toute personne :

- avec “activité sexuelle” (31) et si “âge approprié” (32). Selon le COMEDE , chez les hommes de moins de 30 ans et femmes de moins de 25 ans (38)
- femmes ayant subi ou pouvant potentiellement subir des violences sexuelles (19,32)
- avec un ECBU positif (19,32)
- symptomatique (19,28)

Pour mémoire, l'homme sera plus fréquemment symptomatique (urétrite purulente) que la femme, dont la moitié des infections sont asymptomatiques à la phase aiguë.

Les prélèvements à privilégier, pour la réalisation des tests de repérage en fonction des caractéristiques et des comportements des individus dépistés, sont communs à la plupart des pays, avec réalisation d'une technique par PCR :

- chez l'homme : sur le premier jet d'urines ; (19,28,31,39,52,68), ou par prélèvements urétraux (19,39,52)

- chez la femme : par auto prélèvement vaginal (19,39,52), ou sur le premier jet d'urines (19,28,31,39,52,68)
- en fonction des pratiques sexuelles, dans les deux sexes : prélèvement pharyngé et/ou anal (19,39,52)

b - Chlamydia (Chlamydia trachomatis)

Le repérage du *Chlamydia* se fait chez :

- toute personne avec activité sexuelle (28,31) et si âge approprié (32)
- toute personne ayant subi ou pouvant subir des violences sexuelles (19,32)
- devant un ECBU positif (leucocyturie) (19,32)
- femmes de moins de 25 ans selon le COMEDE et la HAS (38,61), “dépistage opportuniste systématique” aux États-Unis et au Royaume-Uni (19,30) et femmes de plus 25 ans présentant des facteurs de risque d'IST (cf. sus-cité) (61)
- hommes de moins de 30 ans selon COMEDE et HAS (38,61) (avec facteurs de risque IST (32)
- femmes enceintes consultant pour une interruption volontaire de grossesse (61)

L'identification de la bactérie reposera sur un test d'amplification nucléique (NAAT ou PCR) :

- sur premier jet d'urine, selon les recommandations australiennes (39), américaines (19,31,32) irlandaises (28), et françaises (38,61,68)
- sur prélèvement urétral ou cervical/vaginal (19,31,32,38,39,61,68). Selon la HAS, chez la femme, l'échantillon vaginal (prélèvement par un clinicien ou auto prélèvement) est préféré au prélèvement urinaire (61).
- l'écouvillon de gorge ou rectum est évoqué par les australiens (39)

c- Syphilis

Les indications de recherche de la syphilis sont :

- repérage systématique opportuniste chez les personnes avec facteurs de risque d'IST (28,39)

- repérage systématique chez toute personne migrante avec activité sexuelle (68) (7,19,28,31), particulièrement chez les personnes de la tranche d'âge 25-30 ans, d'Afrique, Europe et États-Unis (37)

Les Australiens, Américains et Canadiens utilisent une combinaison de tests tréponémiques TT et non tréponémiques TNT (19,21,39).

Pour rappel :

- tests tréponémiques TT (TPHA pour *Treponema pallidum* Hemagglutination Assay, TPPA pour *Treponema pallidum* Particle Agglutination test), par fluorescence (FTA pour Fluorescent *Treponemal* Antibody) ou immuno-enzymatiques (test ELISA ou apparentés). Ils sont plus spécifiques, et aucun intérêt à être quantitatifs car ils marquent seulement la présence (active ou guérie) de l'agent infectieux.

- non tréponémiques TNT (VDRL pour Veneral Disease Research Laboratory et RPR Rapid Plasma Reagin) quantitatifs, et ayant tendance à se négativer après guérison (57).

De même, la HAS a revu sa méthode diagnostique en 2015 en proposant un TT, de type immunoenzymatique (ELISA ou apparentées), qui sera confirmé par un TNT quantitatif en cas de positivité (57).

Les recommandations canadiennes (21) et un consensus d'expert suisse (27) précisent que devant des signes neurologiques comme des céphalées, symptômes visuels ou auditifs, il est important d'exclure une neurosyphilis au moyen d'une ponction lombaire, puis si besoin, d'orienter vers un infectiologue.

d - Hépatite B

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est un problème de santé mondial qui touche 350 millions de personnes dans le monde et entraîne chaque année un million de décès prématurés dus à une maladie hépatique chronique et à un carcinome hépatocellulaire (89). La prévalence élevée du portage chronique du VHB dans la population migrante originaire de zones de forte endémie (voir ci-dessous) montre l'urgence d'actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé qui accueillent cette population pour la première fois (59).

Les sujets chez qui le repérage est proposé sont communs à la majorité des pays :

- adultes et enfants de pays où la prévalence de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B est modérée ou élevée (prévalence de l'Antigène HBs supérieure à 2% de la population) (21,27–30,32,37,40,53,72)

- personnes symptomatiques (37), symptômes gastro intestinaux (28)

- les femmes enceintes à chaque grossesse (28,30,40) (contrôle de la transmission péri-natale)

- les travailleuses du sexe et victimes de la traite (28)

- les personnes usagères de drogues (28)

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (28)

- les contacts familiaux et sexuels de cas aigus ou chroniques identifiés (28)

- âge supérieur à 40 ans (37,59)

Une synthèse de recommandation américaine préconise le dépistage pour tous (31), ainsi qu'une étude française (68) et le COMEDE (38), compte tenu de la fréquence et de la gravité potentielle de l'hépatite B.

Plusieurs articles citent les pays de forte endémie pour lesquels de repérage est primordial pour les ressortissants :

- l'Afrique, (7,21,27,38,40,59) et en particulier Mali, Côte d'Ivoire, Sénégal, et Congo selon l'étude Française Prévac (53). Le Maroc ressort dans l'étude de Hladun et al. (37).

- l'Asie du Sud-Est (21,27,38,40)

- l'Europe orientale (7,21,27)

Modalités de repérage :

La triade sérologique est majoritairement recommandée dans nos sources : (21,27,38–40,51)

- AgHBs antigène de surface du virus l'hépatite B

- Anticorps anti-HBc (Ac anti Hbc) : anticorps de l'antigène c du virus de l'hépatite B

- Ac anti-HBs : anticorps de l'antigène s de surface du virus de l'hépatite B

Une synthèse de recommandations américaines (32) et les recommandations irlandaises (28) préconisent seulement : AgHBs et Ac anti-HBc. La HAS signale tout de même que des stratégies de repérage «Ac anti-HBc + Ac anti-HBs» ou «Ag HBs + Ac anti-HBs» sont possibles, et moins coûteuses par rapport à la triade biologique sus-citée (51).

En structure de soins primaires, comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'étude PRECAVIR conseille que les professionnels soient encouragés à proposer un prélèvement immédiat au premier contact avec le patient (60).

Dans un texte de la HAS (58), nous notons l'existence des TROD VHB et VHC, nullement mentionnés dans les autres sources. La HAS recommande l'utilisation des TROD du VHB, en association aux TROD du VIH et du VHC, comme des outils complémentaires au repérage biologique à destination des populations à risque éloignées des structures d'accès aux soins, et notamment en milieu médico-social et associatif. Elle rappelle, en 2016, que ces tests ne se substituent pas à la sérologie qui reste la référence. Au moment de la rédaction, la HAS vient de se prononcer sur la prise en charge simplifiée de l'Hépatite C (90) et le TROD devient un examen de repérage à part entière; un résultat négatif ne nécessitant pas un contrôle par la sérologie.

Résultats du repérage

L'orientation vers un spécialiste se fait si la détection des antigènes de surface de l'hépatite B est positive (21,51).

Concernant la prise en charge des Ac anti-HBc isolés, les recommandations internationales ne sont pas consensuelles. L'étude française Prevac B2 (53) nous informe que sans entrer dans le domaine spécialisé de l'hépatologie, il semble indiqué dans ce cas de pratiquer un dosage de l'ADN viral B, afin de repérer les cas d'hépatites occultes et de mutants : si la recherche d'ADN est négative on peut proposer une vaccination, avec de préférence une injection ; si elle est positive il faut adresser le patient pour une prise en charge spécialisée (53).

Prévention

Le consensus d'expert suisse a montré que la moitié des patients porteurs de l'AgHBs de l'échantillon ne connaissaient pas leur statut sérologique avant l'étude, malgré leur venue de pays de forte endémie (27). De même, dans l'étude Prévac, seulement 35% des 693 patients inclus avait été dépistés avant l'étude (plus de la moitié ne connaissaient pas leur statut sérologique) (59). La mise en place d'une stratégie préventive globale vis-à-vis du VHB est nécessaire, mais complexe, et doit être adaptée au profil sérologique du patient (27).

L'étude française PRECAVIR, montre que la stratégie de dépistage systématique des hépatites virales dans les PASS s'avère non seulement possible, mais également très efficace et rentable pour ces pathologies aux lourdes conséquences sur le coût des soins de santé. En effet, 292 sur 2870 patients (soit 10,2%) avaient une sérologie d'hépatites positive : 211 avaient un Ag HBs positif (7,4%) et 88 des AC anti-VHC positifs (3,1%). Une faible proportion de patients séropositifs pour le VHB (16,6%) et le VHC (21,6%) avait déjà été testé. Et une partie seulement connaissait leur statut, 5% pour le VHB et 11% pour le VHC. Au final, 239 patients séropositifs VHB et VHC confondus, avaient ensuite bénéficié d'un suivi dans un délai médian de 30 jours. Une autre des conclusions de cette étude est l'importance de la coordination des professionnels intervenant dans le dépistage et la prise en charge des personnes infectées (60).

e - Hépatite C

Les recommandations sont plus alignées pour le repérage de l'hépatite C.

Les régions où la prévalence de l'hépatite C est la plus élevée comprennent d'après plusieurs sources :

- l'Afrique du Nord (21,27,38,51)
- l'Asie centrale et orientale (21,27,38,51)
- Europe de l'Est (21,27,38)
- Moyen-Orient (7,21,27,38)

Il convient d'offrir un test de repérage de l'hépatite C aux personnes avec facteurs de risque, c'est-à-dire :

- vécu (ou ayant reçu des soins) dans un pays où la prévalence du VHC est élevée (supérieure à 3 %) (21,27,28,30,37-40,58)

- usager de drogues (28,30,39,40)
- incarcérées (40)
- les receveurs de sang, de tissus ou d'organes avant le dépistage universel obligatoire des donneurs de sang dans les pays concernés (30,39,40)
- les personnes tatouées, percées ou ayant subi d'autres pratiques culturelles impliquant une pénétration cutanée ou une cicatrisation (30,40)
- antécédents incertains de voyage (39)
- violences sexuelles (28,39,40)
- multiplicités partenaires sexuels (39,40)
- les personnes ayant tout autre type d'hépatite et les personnes nées entre 1945 et 1965 (40)
- femmes (32) . Un seul article a mentionné cette population cible, sans préciser si c'était dans le cas de la grossesse. Au vu de la qualité de l'article, la pertinence de cibler les femmes dans ce repérage sera à discuter.
- devant des taux élevés de transaminases hépatiques. En effet dans l'étude de Hladun (37), le dosage élevé des transaminases semble être le seul prédicteur, mais extrêmement pertinent, associé à l'hépatite C. Cela est repris par les directives anglaises sur leur site internet (30).
- tous (29,34,38,68), sans plus de précision

Modalités de repérage

- anticorps anti-virus de l'hépatite C sériques (19,21,27,28,30,39,51) (envoi d'un échantillon de sang coagulé de 2 à 6ml, et dosage immunoenzymatique type ELISA, hautement sensible 97% et 99% comme précisé dans les recommandations canadiennes (21)).

Si le résultat est positif, un test d'acide nucléique pour détecter l'ARN du VHC (qualitatif ou quantitatif) doit être effectué pour confirmer la présence de virus circulant (21,27,28,30,39,51), suivi d'une consultation avec un hépatologue.

À noter lors du repérage multiple des IST, les recommandations canadiennes préconisent d'être attentifs devant des résultats faussement négatifs en cas d'immunosuppression sévère, notamment chez les patients infectés par le VIH (21).

Comme vu précédemment pour l'hépatite B, un TROD pour l'hépatite C est disponible sur le marché français, et constitue actuellement un moyen de dépistage alternatif chez les personnes à risque éloignées des structures d'accès commun et chez les personnes à risque non ou insuffisamment dépistées (58).

f -Virus de l'immunodéficience humaine VIH

89 % des personnes migrantes séropositives ont découvert leur maladie en France (38).

La population migrante, comme expliquée par la HAS, est principalement concernée par le repérage du VIH en raison de deux facteurs : leur région d'origine souvent caractérisée par une forte prévalence d'infection par le VIH et les conditions de précarité auxquelles beaucoup sont confrontés après leur arrivée en France et qui favorisent leur exposition au VIH (54). Ce fait est repris dans une revue internationale (56), où il est dit qu'une forte proportion de migrants, même ceux originaires de zones à forte prévalence du VIH, l'acquièrent après leur migration vers les pays d'accueil européens.

Les prévalences les plus élevées sont retrouvées pour les personnes originaires d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique de l'Est, d'Haïti et des Caraïbes (38,56).

Le repérage de l'infection par le VIH est largement recommandé à travers les différentes sources :

- chez tous les réfugiés (30–32,34,40,54,68), de plus de 15 ans (29,39) (ECDC)
- personnes originaires de zones de haute endémie (prévalence supérieure à 1%) type ASS, Haïti et région des Caraïbes (21) (19,27,38)
- depuis janvier 2010, les réfugiés ne sont plus testés systématiquement pour l'infection par le VIH avant leur arrivée aux États-Unis. En effet, le CDC a supprimé l'infection par le VIH de la définition de maladie transmissible d'importance pour la santé publique : “Tous les réfugiés doivent faire l'objet d'un repérage sauf s'ils refusent de participer. Les réfugiés doivent être clairement informés oralement ou par écrit du moment où ils bénéficieront d'un test de repérage du VIH. La décision d'un réfugié de refuser un test VIH doit être documentée dans le dossier médical” (19,56)

- les recommandations américaines, irlandaises, anglaises, le Comede, mentionnent les femmes enceintes tout particulièrement (19,28,30,38)

Plusieurs articles rappellent la nécessité de répéter ce dépistage selon le délai par rapport au risque d'exposition ou selon le pays d'origine (forte prévalence d'infection du VIH ou non) (19,40,54).

Mode de transmission

La transmission hétérosexuelle est le principal mode d'acquisition du VIH parmi la population migrante dans l'étude de Aung contrairement à la population hôte (56).

Modalités

Il existe différentes méthodes selon les structures d'accueil concernées. Concernant le territoire français, la HAS (54) indique qu'il est difficile de conclure sur l'efficacité d'une modalité particulière en termes de réduction du retard au diagnostic.

Nous pouvons envisager d'effectuer :

- le test rapide d'orientation et de dépistage (TROD) ; simple à pratiquer et de résultat rapide (10 à 30 minutes). Il peut être réalisé sur sang total, salive, sérum et plasma en fonction du test unitaire mis à disposition. Il permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. La lecture et l'interprétation sont subjectives. Pour ce test, un résultat négatif 3 mois (et non 6 semaines comme pour un Elisa) après le dernier risque d'exposition peut être considéré comme signant l'absence d'infection à VIH. Tout résultat positif du TDR devra faire l'objet d'une confirmation par un WB ou un IB, afin d'éliminer un résultat faussement positif. En cas de résultat invalide (TDR ininterprétable), un test ELISA combiné devra être réalisé.

Le TROD est un test repris par le Comede (38). La HAS amène cependant quelques précisions : cela peut être une bonne alternative au repérage traditionnel de l'infection à VIH par test Elisa s'il y a suffisamment de personnel dans un service d'urgences par exemple. Hors établissements de soins, et réalisé par des professionnels de santé ou associatifs, le TROD permet de toucher des populations clés qui fréquentent moins les structures de soins, ou réticentes à l'utilisation des méthodes de dépistage classique ; et cela, malgré des

pratiques à risque. De plus, l'immédiateté de l'annonce du résultat diminuerait le risque de rupture entre le repérage, l'annonce et l'orientation vers le soin (54).

- l'autotest ADVIH (54) : les ADVIH sont des TROD pour lesquels le prélèvement, la manipulation et la lecture du résultat du test sont effectués directement par l'intéressé.

La HAS recommande ces tests pour la même population cible que les TROD. Un test est commercialisé en France en pharmacie depuis le 15 septembre 2015 (54).

- la sérologie (7,21,27,29,31,38,54) par test ELISA combiné (anticorps anti VIH 1 et 2 et Ag p24) et une confirmation par Western blot (WB) ou Immunoblot (IB) si le résultat est positif. Le délai est de 6 semaines après une pratique à risque pour signer l'absence d'infection.

Pour la France, la HAS préconise donc les mêmes modalités que la population générale donc bilan biologique avec test Elisa combiné ou TROD ou autotest (54).

Prévention

En prévention primaire et secondaire, le meilleur moyen de prévention reste le préservatif. Les conseils fournis par les canadiens, indiquent qu'en matière de réduction des risques, les conseils type utilisation du préservatif, se sont révélés plus efficaces lorsqu'ils sont ciblés sur les femmes et les hommes séropositifs à haut risque (21). Pour le Comede le préservatif féminin constitue un progrès majeur, car son usage relève en priorité de la volonté de la femme (38).

Une approche de la prévention réside dans le "conseil et dépistage du VIH à l'initiative du prestataire de soins" (PITC). En pratique de soins primaires et adapté à la pratique française, le PITC pourrait correspondre à une proposition de test systématique, avec conseils et informations sur la maladie, ses vecteurs, les moyens de prévention. Cela fait évoquer le RPIB, repérage précoce (conduite à risque) et interventions brèves (communications d'informations compréhensibles par le patient sur la maladie). Plusieurs résultats (54-56) (HAS) démontrent que la stratégie du PITC semble prometteuse pour augmenter efficacement le recours au repérage, si certaines contraintes logistiques sont surmontées (55,56).

En effet les données qualitatives de Loos et al (55) suggèrent que l'adoption du PITC dans le contexte des soins primaires aux États-Unis, est à la fois acceptable et faisable pour les patients et les omnipraticiens. Mais cela peut être une source d'inconfort pour les praticiens en l'absence de lien avec la demande des patients, des craintes de stigmatisation et des contraintes de temps persistantes dans les pratiques générales. Comme l'ont démontré Loos et al. elle pourrait être étendue aux migrants des pays à forte prévalence du VIH (55).

Une autre partie de la prévention concernent toutes les thérapeutiques existantes actuellement. En effet, l'utilisation des traitements antirétroviraux a évolué vers un cadre préventif (54) :

- le traitement post-exposition (TPE)
- « TasP » : Treatment as Prevention est recommandé en France (d'après le rapport Morlat 2013 actualisé en 2015 (91)) dans l'optique d'une diminution de la morbi-mortalité à l'échelle individuelle et de la transmission du VIH à l'échelle de la population.
- « PrEP » prophylaxie préexposition : utilisation du Truvada® (emtricitabine/tenofovir). La proposition d'un traitement préventif antirétroviral à des personnes non infectées par le VIH mais appartenant à des populations à haut risque de contamination, avec un élargissement de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 2016.

Après le repérage

Tout diagnostic d'une nouvelle infection par le VIH doit se traduire par une orientation vers une prise en charge médicale adaptée, avec un accompagnement psychologique et social, faisant appel à l'ensemble des acteurs de santé concernés (19,21,27). La HAS préconise que la proposition de repérage doit s'accompagner d'une information adaptée afin d'obtenir un consentement éclairé et d'une appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test (54).

C - Tuberculose

Intérêt du repérage

La tuberculose est la première cause de mortalité infectieuse dans le monde (environ trois millions de décès par an). Nous estimons qu'un tiers de la population mondiale est infecté. Dans leur grande majorité, les personnes infectées n'ont ni signe, ni symptôme de tuberculose et ne sont pas contagieuses, mais elles sont susceptibles de développer une tuberculose active et de devenir contaminantes. C'est l'infection tuberculeuse latente (ITL) (63).

Le risque global à vie de développement d'une tuberculose maladie (TM) après infection par le bacille tuberculeux est estimé de l'ordre de 5 à 10 %. Environ 90 % des personnes infectées présentant une réponse positive à un test diagnostique de l'ITL ne développeront jamais de tuberculose maladie (65,92).

Ainsi, la TM des sujets migrants est le plus souvent liée à la réactivation de l'infection importée acquise dans le pays à forte endémie tuberculeuse, et très peu à l'infection contractée dans le pays d'accueil (64).

Avec un taux d'incidence inférieur à 10 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an, la France se situe selon l'OMS parmi les pays de faible incidence de la tuberculose (93). Les migrants sont donc considérés comme une population cible prioritaire pour le repérage, selon le HCSP. En effet, ils ont un rôle majeur et croissant dans le poids de la tuberculose dans les pays à revenu élevé et à faible incidence de la tuberculose (64).

De même, au Canada, les personnes nées à l'étranger représentent 65% de l'ensemble des cas de tuberculose active. C'est pourquoi le repérage et le traitement de l'ITL demeurent des priorités pour les immigrants de pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud. La prévalence plus élevée d'ITL parmi la population réfugiée et le fait d'avoir vécu dans des conditions de surpeuplement, sont des facteurs contributifs à l'apparition de la TM (21).

Beaucoup d'articles soulignent l'intérêt du repérage de la tuberculose chez les migrants originaires de pays à forte incidence supérieure à 150 ou voire supérieure à 40 /100 000 (35,38,64–66,85) - voire chez tous (31)), parfois en jugeant même cette attitude rentable (25,65).

Certains rappellent également la nécessité de proposer un traitement et des mesures de suivi si le test est positif (34,64). Comme le notent Alsdurf et coll. (étude analysée dans

l'article de Greenaway (65)), seulement 18,8 % de toutes les personnes admissibles au dépistage avaient terminé un traitement d'ITL. Et dans la revue de la littérature (25) chez 24 à 62% des migrants, le repérage n'était pas terminé et le diagnostic final n'était pas posé.

Le HCSP en 2019 résume : pour l'OMS, le rapport bénéfice/risque du repérage de la tuberculose chez les migrants pourrait être en faveur du repérage et du traitement de l'ITL dans les pays à faible incidence. La priorité devra être accordée aux individus récemment infectés et aux migrants provenant de pays à forte incidence, sans pour autant que ce repérage puisse interférer dans la démarche administrative destinée à obtenir un titre de séjour. Très récemment, une publication de l'ECDC constate un surrisque d'ITL dans la population migrante, et un risque relatif plus important de passage à la TM dans la population migrante. (64). Cette notion est également retrouvée dans l'étude quantitative de Panchal et al. (66). L'ECDC conclut donc à une indication de repérage et de traitement de l'ITL. Comme l'OMS il préconise de « moduler selon les pays, la date d'arrivée et l'incidence de la TM dans les pays d'origine. » (64).

L'étude Canadienne (67) expose les facteurs prédictifs les plus forts de tuberculose active chez les populations immigrantes, retrouvés également dans d'autres études :

- la région d'origine (Afrique subsaharienne et Asie)
- la catégorie d'immigration : le risque de tuberculose active dans les populations de réfugiés est environ le double de celui des populations d'immigrants (21,66,67)
- la présence d'une comorbidité médicale sous-jacente (VIH en particulier)
- le temps écoulé depuis l'arrivée : le risque est plus élevé au cours des cinq premières années suivant l'arrivée dans une région à faible incidence, mais ils diminuent considérablement après la première année de l'arrivée (21,37,64,67).

Dans certains pays comme la Norvège, où environ 90% des cas de tuberculose surviennent chez des immigrés des pays de forte incidence, un programme de dépistage systématique obligatoire est effectué chez les migrants au niveau municipal (64).

Dans l'instruction du 8 juin (7), le bilan initial devra comporter une recherche de la tuberculose pour toutes les personnes ayant séjourné dans un pays de haute endémicité.

Modalités de repérage de la TM

Les recommandations canadiennes sont claires (21) : tous les patients pour lesquels les résultats d'un test cutané à la tuberculine sont positifs doivent passer une radiographie thoracique afin d'exclure une tuberculose active. Ils doivent également être interrogés sur les symptômes de tuberculose active (toux chronique, perte de poids, fièvre, sueurs nocturnes). En cas de suspicion de tuberculose active, il convient de prélever trois échantillons d'expectoration ou des échantillons provenant d'autres sites (par exemple, ganglions lymphatiques, liquide céphalo-rachidien) pour le frottis et la culture.

D'autres recommandations citent la radiographie thoracique avec des nuances :

- en Australie, radiographie thoracique chez tous les sujets de plus de 11 ans (39)
- en France, le Comede (38) recommande la radiographie thoracique chez tous, sauf femmes enceintes, et le diagnostic formel est bactériologique.
- en Suisse, (27) examen clinique et radiographie thoracique se feront pour tous aussi. Pour le diagnostic formel, ils citent l'analyse microscopique, la PCR et la mise en culture.
- aux États-Unis : radiographie du thorax chez les migrants de plus de 15 ans (19). Chez tous également, d'après la synthèse américaine (31)
- Au Royaume Uni : dépistage prioritaire de la tuberculose maladie par radiographie du thorax avant l'entrée pour les migrants qui ont l'intention de rester au Royaume-Uni pendant 6 mois ou plus et provenant d'un pays où la charge de tuberculose est élevée (30)
- en Irlande (28) : dépistage tuberculose, pour tous les migrants originaires de pays où la prévalence de la tuberculose est supérieure 40 cas pour 100 000 habitants. Si 16 ans ou plus, dépistage par radiographie du thorax
- selon l'ECDC : dépistage par radiographie pulmonaire rapidement après l'arrivée pour les migrants originaires d'un pays à forte incidence de tuberculose, puis mise en culture des crachats si la radio est anormale (29).

Modalités repérage de l'ITL

a – Quels tests ?

Deux tests sont actuellement utilisés pour dépister l'ITL. L'intradermo réaction à la tuberculine (IDR) et le test de détection de production d'interféron gamma (IGRA). Sauf cas

particulier, ils ne sont pas à utiliser en cas de symptômes pour diagnostiquer une tuberculose maladie (64,94). Ces tests diagnostiques permettent de mettre en évidence la présence d'une empreinte immunologique laissée par la rencontre antérieure avec des antigènes mycobactériens. La recherche d'un test exact, rapide et réalisable sur le lieu des soins pour diagnostiquer l'infection tuberculeuse latente (avec la tuberculose pharmaco-sensible et la tuberculose pharmaco-résistante) faisait partie des priorités mondiales de recherche sur les nouveaux outils, fixées par l'OMS en 2015 (95).

Les revues systématiques de Pai et coll. et Kahwati et coll analysées dans la revue de la littérature européenne ont évalué la performance de l'IDR et de l'IGRA dans les populations non vaccinées contre le bacille de Calmette-Guérin (BCG) et ont constaté que l'IDR, à un seuil de 10 mm, et l'IGRA avaient une sensibilité semblable et bonne (79 %) et une spécificité élevée (supérieur à 97 %) pour détecter l'ITL. Mais l'IDR était limitée par une spécificité plus faible (59 %) dans les populations vaccinées contre le BCG. Les deux prédisaient mal le développement de la tuberculose active (65,67).

Dans la revue de la littérature (65), quatre études ont rapporté que le repérage avec un seul IGRA était moins coûteux ou plus rentable que le repérage par IDR chez les migrants. Dans une étude menée aux États-Unis par Linas et ses collaborateurs, le fait de faire qu'un IGRA seul a été plus rentable qu'une stratégie avec IDR dans toutes les comparaisons. Toutefois, le repérage avec l'IGRA n'a été rentable financièrement qu'à un seuil de paiement inférieur à 62 400 EUR/QALY (quality-adjusted life year, « année de vie pondérée par la qualité ») par rapport à l'absence de repérage chez les migrants de moins de 25 ans. Pour les migrants de plus de 45 ans, l'intervention n'était probablement pas rentable. Deux études menées au Royaume-Uni par Pareek et al. ont montré que la réalisation d'un IGRA chez les migrants âgés de 16 à 35 ans et originaires de pays où l'incidence de la tuberculose est supérieure à 150 pour 100 000 était la stratégie la plus rentable (65).

D'autres études reprises dans cette revue ont trouvé que le test séquentiel IDR/IGRA a été préféré à l'IDR ou à l'IGRA seul, en particulier chez ceux qui avaient une forte probabilité d'obtenir une IDR réellement positive (prévalence de ITL supérieure à 5 %) et qui ont été vaccinés contre le BCG après la naissance.

Il n'y a pas eu d'étude portant directement sur l'efficacité des programmes de dépistage de la tuberculose latente sur les résultats des migrants en matière de santé (65).

b – Les différentes stratégies dans les pays à faible incidences

La majorité des résultats exposés ici sont issus du texte de HCSP de mai 2019 (64). Quand l'information a aussi été retrouvée ou complétée par une autre source, celle-ci est citée.

Selon l'OMS, les deux tests peuvent être utilisés en tenant compte des avantages et des inconvénients de chacun ; moindre coût et faisabilité plus simple pour l>IDR surtout pour les pays à faible ressources et plus grande spécificité des tests IGRA qui ne sont pas influencés par un BCG antérieur.

Selon l'ECDC les deux tests sont similaires quant à leur prédictivité de survenue d'une tuberculose maladie avec une valeur prédictive positive proche mais médiocre pour l>IDR et pour les tests IGRA (64,65). Les deux peuvent donc être utilisés. (25,64).

Australie : (39)

- pour les moins de 35 ans : dépistage ITL avec IDR (10mm) ou IGRA
- pour les plus de 35 ans : dépistage selon facteurs de risque
- utiliser l>IDR ou l'IGRA. Une IDR positive est l'induration de supérieure à 10mm chez les adultes et les enfants issus de milieux assimilables à des réfugiés ; ou supérieure à 5mm dans un contexte de malnutrition sévère, d'infection à VIH, d'immunosuppression.

Canada :

- migrants ayant moins de 20 ans
- modification de séquelles fibreuses à la radiographie pulmonaire
- réfugiés entre 20 et 50 ans
- comorbidités pouvant favoriser la réactivation (VIH en particulier)
- Utiliser une IDR principalement, et utiliser l'IGRA séquentiellement, après l>IDR, chez les personnes présentant un risque élevé de résultat faussement positif (c'est à dire ayant un faible risque d'infection). Cette recommandation est étayée par une récente analyse coût-efficacité (96) cité dans le document du HCSP. Si les résultats du test sont positifs, éliminer la tuberculose active, puis traiter une infection tuberculeuse latente (21).

Irlande :

- pour les plus de 16 ans
- devant une radiographie thoracique normale, faire une IDR si pays avec incidence supérieure à 500/100 000 (28)

Italie :

- IDR ou IGRA si BCG antérieur pour tous migrants de pays de forte incidence supérieure à 100/100 000
- Si personnes avec IDR positive (supérieure ou égale à 10 mm, supérieure ou égale à 5 mm en cas d'infection VIH ou de malnutrition sévère) ou test IGRA positif, faire une radiographie de thorax et autres tests diagnostiques
- Si TB éliminée, proposer un traitement préventif

Royaume-Uni:

- Dépistage si migrants entre 16 et 35 ans, arrivés depuis moins de 5 ans, venant de pays avec incidence supérieure à 150/100 000 et traitement si dépistage positif
- IDR à la tuberculine pour les personnes de 16 à 35 ans arrivées d'un pays à forte incidence (plus de 150 par 100 000) qui se présentent aux services de soins de santé. Si le test est positif (supérieure à 5 mm, quel que soit l'historique du BCG) : rechercher une tuberculose active et si le test est négatif, proposer un traitement pour l'ITL. Si l'IDR à la tuberculine n'est pas disponible, il est possible d'utiliser le test IGRA (30).

États-Unis :

- Tous les réfugiés nouvellement arrivés
- Tous migrants à risque d'être infectés et à risque moyen ou élevé de progression de la maladie
- Utiliser IDR ou IGRA indifféremment, et traitement si un des tests est positif.

En pratique, 19 de 36 pays européens ayant répondu à un questionnaire distribué par un groupe OMS / Europe déclarent dépister systématiquement l'ITL et 8 occasionnellement, dont 23 avec une combinaison IDR et test IGRA (64).

L'avis du HCSP : Dans cette population, les données disponibles ne permettent pas de recommander préférentiellement une modalité de repérage (IGRA ou IDR). Les IGRA ne nécessitent qu'une seule visite et ne sont pas affectés par une vaccination antérieure par le BCG, mais leur coût est plus élevé (la HAS (63) donnant un avis similaire). En cas de résultats indéterminés, il faut réaliser un deuxième test immunologique. Ils recommandent donc de dépister et traiter l'ITL chez les jeunes migrants âgés de plus de 18 ans et de moins de 40 ans, en provenance de pays avec une incidence supérieure à 100 /10⁵ arrivés en France depuis moins de 5 ans uniquement dans les conditions suivantes : immunodépression sous-jacente, vivant avec des enfants de moins de 18 ans, travaillant dans des collectivités d'enfants, et travaillant en milieu de soins.(64)

De plus, il est nécessaire de mettre en place une stratégie d'information et de formation des personnels de santé impliqués dans la filière de soins des migrants atteint de tuberculose, en s'appuyant sur l'expertise des CLAT. Il note la nécessité d'évaluer annuellement la réalisation des mesures de stratégie de prévention mis en place, leur impact, ainsi que leur coût.(64)

D - Helicobacter Pylori

Quatre études mentionnent le repérage de l'infection à *Helicobacter pylori* (H. pylori). Dans les recommandations australiennes (39), il est uniquement proposé chez les adultes à risque élevé (antécédents familiaux de cancer gastrique, présentant des symptômes d'ulcère gastroduodéal ou dyspepsie). Les méthodes proposées sont la recherche d'antigène dans les selles ou le test respiratoire. Chez les patients présentant des douleurs épigastriques non soulagées par un traitement symptomatique en France, le COMEDE propose une biopsie gastrique (38), et l'article américain de Mishori et al. (32) la recherche d'antigène fécaux ou le test respiratoire. Bien que basé sur des données anciennes, nous notons que l'article de Eckstein (31) évoque la recherche d'antigènes fécaux chez tous les migrants, sans précision sur les modalités pratiques de réalisation.

III - Vaccinations

A - Généralités

Les pratiques vaccinales des médecins prenant en charge des migrants sont hétérogènes en France (68). La traçabilité des vaccinations antérieures, la nécessité de sérologies pré ou post vaccinales et le nombre de vaccins possibles par consultation sont des problématiques fréquentes. L'importance de consigner les vaccins antérieurs, les preuves d'immunité et les antécédents de maladies sont rappelés dans plusieurs textes. (19,27,38,70). Aux États-Unis, l'absence de preuve de vaccination reportera même l'autorisation d'immigration (19).

D'après une étude observationnelle française (69), les médecins accorderaient plus de crédit aux déclarations des patients affirmant ne pas être à jour, que ceux affirmant être à jour. Face à cette situation, l'ECDC et plusieurs pays comme les États-Unis, le Royaume Uni, l'Allemagne ou l'Australie recommandent de ne pas tenir compte des déclarations du patient et d'effectuer un rattrapage vaccinal complet s'il n'y a pas de preuves écrites de vaccinations antérieures (19,27,39,69,70).

En avril 2018, Santé Publique France a émis sur son site "vaccinationinfoservice.fr" (réservé aux professionnels de santé), des éléments de réponses en cas d'absence de documentation vaccinale ou en cas de statut incertain ou inconnu (69).

Nous ne parlerons pas ici des vaccins recommandés lors d'un voyage retour au pays.

B - Intérêt des sérologies préalables

Les recommandations australiennes sont de « prévoir une vaccination de rattrapage pour que les personnes issues de milieux assimilables à des réfugiés soient vaccinées au même titre qu'une personne du même âge née en Australie. » La sérologie de routine contre une série de maladies évitables par la vaccination n'est pas recommandée. Seule la sérologie de l'hépatite B fait partie du dépistage médical initial. Les sérologies de la varicelle (si âge supérieur à 14 ans et pas d'antécédent d'infection naturelle) et rubéole (pour les femmes en âge de procréer) sont possibles (39).

En France, sur une étude menée sur 372 médecins de toutes spécialités, un tiers des médecins déclare refaire une primo-vaccination complète indépendamment de

l'interrogatoire (68). À l'inverse, 26,6% des médecins interrogés reprennent le calendrier vaccinal français en fonction de l'âge, en considérant que la primo-vaccination a bien eu lieu. Les sérologies pré-vaccinales sont une autre stratégie, utilisée par 32,8% des médecins interrogés. Enfin, une proportion plus faible de participants (17%) déclare pratiquer des sérologies un mois après une dose de rappel (pour les anticorps antitétaniques) et adaptent leur prescription au résultat. Cette pratique est significativement beaucoup moins fréquente parmi les médecins exerçant en soins primaires. Par contre presque 65% des interrogés attendant la sérologie hépatite B pour faire le vaccin (68).

Pour la HAS, concernant le VHB, le contrôle de l'immunité avant et après la vaccination ne se fait que chez les professionnels susceptibles d'être en contact direct avec des patients infectés (27). Chez les partenaires sexuels d'une personne à risque d'être infectée par le virus de l'hépatite B ou dans des situations d'immunodépression (vraie ou à risque), la HAS préconise un contrôle post-vaccination. Dans les deux cas, les migrants ne sont pas ciblés particulièrement par cette recommandation.

Aux États-Unis selon Mishori et al., les réfugiés qui n'ont pas de documentation vaccinale devraient recevoir des vaccins de routine, sauf pour la varicelle et l'hépatite B, pour lesquelles un test sérologique est recommandé ou plus rentable (32). L'équipe de Bishop en revanche, précise que dans leur pratique, ils testent régulièrement l'immunité de tous les adultes contre la varicelle, l'hépatite A, l'hépatite B et le ROR (40).

L'article suisse apporte une justification au propos sus-citée : "Il convient d'une manière générale d'éviter de réaliser des analyses sérologiques pour évaluer le besoin vaccinal : l'attente des résultats retarde inutilement la vaccination, l'interprétation des résultats n'est pas toujours facile, les titres d'anticorps faussement négatifs sont fréquents et la coordination de l'interprétation des résultats et des vaccinations entre les institutions et les médecins est fastidieuse (70)."

Il faut toutefois rester vigilants aux contre-indications, comme l'immunodépression et la grossesse pour les vaccins vivants atténués par exemple (70).

C - Risque d'hyperimmunisation

Assez uniformément les experts considèrent qu'il n'y a pas de risque à injecter plus de 2 vaccins lors d'une même consultation (21,26,68).

En revanche, le fait de reprendre une primo-vaccination complète pourrait exposer à un risque d'hyper-immunisation et à ses formes cliniques telles que l'œdème étendu du bras et le phénomène d'Arthus, vascularite rare et dont la physiopathologie est discutée (68) . Selon le travail de Moussaoui, ce phénomène est une « réaction d'hypersensibilité de type III qui mériterait d'être mieux précisée par un travail de revue de la littérature car son existence physiologique est discutée et sa fréquence est mal évaluée» (69). Le risque d'œdème local du bras ou de la jambe après administration d'une dose supplémentaire est, lui, mieux caractérisé et semble fréquent avec les vaccins à valences fortes de la diphtérie et coqueluche (69).

Ces réactions hyperimmunes sont rarement rapportées et justifient l'administration de doses réduites d'anatoxine diphtérique et anticoquelucheuse chez l'adulte. La majorité des recommandations internationales considère que ces réactions ne remettent pas en question le bénéfice-risque du rattrapage vaccinal et propose la reprise d'une primo-vaccination complète en l'absence de preuve vaccinales (19,53). C'est en particulier le cas des dernières recommandations de l'ECDC rendues publiques fin 2018 (68).

Les médecins généralistes interrogés dans l'étude observationnelle de Moussaoui (n=194) étaient 25 à estimer qu'il existait un risque de sur-vaccination/hyperimmunisation des migrants en France (30% chez ceux exerçant en PASS) (69).

Pour des sites d'expert, la sérologie est tout de même à réaliser pour le tétanos (voir infra).

L'article suisse, affirme qu'il n'y a pas de risque de trop vacciner : « il n'existe pas de données indiquant que des vaccinations excessives ou des vaccinations chez des personnes ayant déjà contracté la maladie en question puissent être dommageables » (70).

D - Ordre vaccinal

Pour l'équipe européenne, experts interrogés dans l'étude de Semenza, les vaccins à envisager dans un premier temps chez les migrants comprennent : la rougeole, la poliomyélite, la méningococcie, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (34).

Un autre article suisse précise que la priorité devrait être accordée à la protection contre les maladies infectieuses facilement transmissibles et/ou graves telles que rougeole, rubéole, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, Haemophilus (si moins de 6 ans, sauf indication contraire dans les rapports nationaux spécifiques) et l'hépatite B (avec ou sans

repérage, selon les directives nationales). Quand cela est possible, des vaccins combinés devraient être utilisés pour faciliter la vaccination (27).

En 2015/2016, la grippe et la varicelle ont fait partie des infections les plus souvent signalées chez les réfugiés en Allemagne. C'est pourquoi, les vaccinations contre la varicelle, la rougeole et la grippe sont particulièrement recommandées chez les réfugiés vivant dans des hébergements collectifs afin d'éviter des flambées de ces virus très contagieux et fréquemment signalés (70).

Donc pour les experts suisses, lors du premier contact au cabinet, les vaccinations à faire sont : 1 dose de dTpcA, 1 dose de ROR, 1 dose de vaccin contre la varicelle, 1 dose de vaccin contre l'hépatite B voire 1 dose contre la grippe si population à risque. Les rappels seront ensuite faits selon le schéma vaccinal national (70).

E - Les différents vaccins

Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)

Au Canada, il faut vacciner tous les immigrants adultes sans carnet de vaccination en utilisant une dose du vaccin ROR (21). De même aux États-Unis, en donnant la priorité aux patients de moins de 15 ans. Il est recommandé par le CDC avant l'immigration (19,31).

Pour le guide du Comede, un total de 2 doses de vaccin trivalent ROR doit être obtenu pour toutes les personnes nées depuis 1980 (38).

L'Irlande et la Suisse recommandent aussi 2 doses à au moins un mois d'intervalle pour tous les migrants n'ayant pas de preuves vaccinales (28,70).

Dans l'article de Lacourse aux États-Unis, une immunité sérologique à la rougeole, aux oreillons et à la rubéole a été constatée chez 55 sur 77 des patients testés dans une clinique de soins primaires. (24)

Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite

Au Canada il faut vacciner tous les immigrants adultes sans carnet de vaccination en utilisant une première série de vaccins antitétanique, antidiphtérie et antipoliomyélique inactivés (trois doses), dont la première devrait inclure le vaccin acellulaire contre la coqueluche (21).

Aux États-Unis, le vaccin Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche (DTPC) est recommandé par le CDC avant l'immigration (19), puis le statut vaccinal doit être vérifié

selon les recommandations nationales (34). Ils insistent sur l'intérêt de la vaccination contre la poliomyélite pour les enfants et les adultes provenant de pays qui exportent actuellement des poliovirus comme l'Afghanistan et le Pakistan, de pays infectés comme le Nigeria et la Somalie, ou de pays qui restent vulnérables à la propagation internationale, comme le Cameroun, la Guinée équatoriale, l'Éthiopie, l'Irak, Israël et la Syrie (34).

En France, le recours aux sérologies tétanos pré et post-vaccinales pour le tétanos concerne moins d'un quart des répondants à l'étude observationnelle française (68). Selon le Comede, un rattrapage dTP (diphtérie petite valence) chez une personne dont le statut est incertain par deux doses à deux mois d'intervalle, suivi d'une dose 8 à 12 mois après dont une dose dTPc contenant une valence contre la coqueluche. Ils ne recommandent « pas forcément » de faire de sérologie (38). Les recommandations irlandaises sont les mêmes (28).

Dans l'étude observationnelle française, la majorité des médecins généralistes libéraux se contentait d'un rappel seul suivi d'une reprise du calendrier vaccinal en fonction de l'âge pour le tétanos (69).

Cet travail reprenant l'ECDC explique que la sérologie tétanos, peu chère et fiable est recommandée par Infovac et le CDC pour le rattrapage vaccinal chez les personnes migrantes (69). Une autre étude française précise que dans ce cas la sérologie est à faire 4 à 6 semaines après une première injection (68). Dans son site internet, Santé publique France propose aux professionnels de santé de titrer chez les enfants et les adultes les anticorps tétaniques un mois après la vaccination DTPCa/dTPca en cas de doute et d'adapter.

Les experts Suisse détaillent cette démarche : « Après une dose de dTPca la marche à suivre ultérieure dépend du titre d'anticorps antitétanique 1 à 2 mois après cette vaccination. En cas de titre d'anticorps antitétanique non protecteur (inférieur à 0,1 U/ml ou inférieur à 100 U/l), deux doses supplémentaires de vaccin dTP sont nécessaires pour l'immunisation de base. En cas de titre d'anticorps antitétanique protecteur, la prochaine dose de rappel doit être administrée conformément au Plan national suisse de vaccination. » Cependant, ils ne la recommandent pas car cette stratégie en principe valide (y compris pour les vaccinations contre la varicelle et l'hépatite A), est compliquée chez les réfugiés (coordination de l'interprétation des titres et des vaccinations entre les différents médecins traitants et institutions, interprétation pas toujours évidente des titres d'anticorps,

documentation). Ils préconisent une immunisation de base avec un total de 3 doses (à 0, 2 et 8 mois pour DTP) et 1 dose pour la coqueluche pour les adultes entre 25 et 29 ans, les femmes enceintes et les adultes s'occupant de nouveau-né (70).

Varicelle

Au Canada, la vaccination contre la varicelle est recommandée dans la population générale. Aussi, les recommandations demandent de s'assurer que les immigrants et les réfugiés sont immunisés contre la varicelle, en dépistant les anticorps sériques contre la varicelle. Et donc de vacciner ceux qui se sont révélés sensibles (21).

Dans l'étude de Lacourse, une immunité sérologique à la varicelle a été constatée chez 84% des patients (77 patients) (24).

Ce vaccin est recommandé par le CDC avant l'immigration sur le sol américain (19,31).

En Irlande, toutes les femmes en âge de procréer qui n'ont pas d'antécédent de varicelle devraient faire vérifier leur immunité. Les femmes dont la sérologie est négative doivent être vaccinées (hors grossesse) ainsi que les patients immunodéprimés si leur taux de CD4 le permet (28).

Les autres articles s'intéressant aux vaccinations n'en parlent pas (34,38,69,70).

Hépatite B

Comme vu précédemment, le repérage de l'hépatite B par la recherche des trois marqueurs Ag HBS, Ac HBs et Ac HBc est recommandé.

Les canadiens recommandent de vacciner les patients négatifs pour les trois marqueurs (21).

De la même façon pour le guide du Comede, la vaccination est recommandée lorsque les anticorps anti-HBs et l'antigène HBs sont négatifs avec une injection à 0, 1 et 6 mois (38).

Il est recommandé par le CDC avant l'immigration (19,31).

Parmi les groupes qui devraient recevoir le vaccin anti-VHB, s'ils ne sont pas immunisés, selon les recommandations irlandaises nous trouvons les migrants provenant de régions où la prévalence du VHB est élevée ou intermédiaire (28).

A noter que selon l'étude Prévac B, la précarité est un facteur prédictif de non-vaccination. Seulement 41% des patients indemnes de contact étaient vaccinés avant l'étude. (nous notons ici que la précarité ne serait pas un facteur prédictif de contact au VHB d'après la même étude) (59).

Méningocoques

En France, comme dans la population générale, le vaccin antiméningococcique C est recommandé chez tous les nourrissons à l'âge de 12 mois et en rattrapage jusqu'à l'âge de 24 ans (dose unique) (38).

Pour l'ECDC, la vaccination contre les infections à méningocoques doit être effectuée de préférence avec des vaccins contre les sérogroupes A, C, W-135 et Y ; ou, si un pays n'utilise pas les vaccins quadrivalents, avec des vaccins contre les sérogroupes A et/ou C (34).

Le vaccin contre les méningocoques fait partie des vaccins requis pour l'immigration américaine (19,31).

Pneumocoques

En France, comme dans la population générale, la vaccination anti pneumocoque pour les adultes et enfants de plus de 5 ans est recommandée chez les sujets présentant une pathologie les exposant à un risque élevé d'infection invasive à pneumocoque (insuffisance respiratoire, cardiaque, syndrome néphrotique, « hépatopathies chez des sujets alcooliques », splénectomie ou asplénie fonctionnelle, drépanocytose homozygote, antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque, infection par le VIH) (38).

Le vaccin contre les pneumocoques fait partie des vaccins requis pour l'immigration américaine (19,31).

Hépatite A

Le travail de Vignier et al. sur les pratiques de rattrapages vaccinaux par les médecins généralistes en France nous apporte des informations sur cette vaccination. Peu de médecins font une place à la vaccination contre l'hépatite A, bien que cette dernière soit maintenant recommandée pour les enfants nés de familles dont au moins l'un des membres est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner (68). Cependant, la

communication sur ce vaccin est limitée, il n'est toujours pas remboursé dans cette indication et il implique des injections supplémentaires (rappel à 6 mois). Moins de 10% des généralistes de l'étude pensent que cette vaccination a sa place en dehors d'un contexte de retour au pays (68).

L'article sur le travail de Lacourse (n=77), précise que parmi les patients dépistés pour l'hépatite A, aucun patient n'avait d'hépatite active (24).

Il recommandé par le CDC avant l'immigration (19,31).

En Suisse, il est évoqué, et serait à faire selon les sérologies du patient (ces dernières n'étant pas systématiquement recommandées) (27).

Grippe

En France, la grippe constituant un problème majeur de santé publique pour les personnes fragilisées et les personnes âgées, la vaccination est indiquée chez les personnes de 65 ans et plus, ainsi que chez les personnes atteintes de diabète et de maladies chroniques (en particulier troubles respiratoires ou cardiovasculaires et maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose), ainsi que chez les personnes avec un IMC supérieur à 40 kg/m² (38).

En Suisse également la vaccination contre la grippe se fait chez les personnes à risque selon les recommandations nationales (70).

La vaccination est recommandée par le CDC, avant l'immigration pour toute personne migrante de plus de 6 mois, conformément aux recommandations dans la population générale (19).

Carnet de vaccination

Les recommandations internationales s'accordent sur l'intérêt d'avoir une documentation écrite de toutes les vaccinations administrées dans le dossier médical et dans un carnet de vaccination international. Mais en pratique, d'un pays à l'autre, d'une ville à l'autre et d'une consultation à l'autre ces carnets sont souvent perdus. Aussi les suisses proposent que le réfugié "photographie le carnet de vaccination avec son smartphone et pouvoir présenter la photo lors de toutes les consultations médicales ultérieures (le carnet de vaccination a plus tendance à se perdre que le smartphone!)" (70).

En présence d'un carnet de vaccination : il ne faut jamais reprendre la vaccination du début. En cas de séries de vaccinations interrompues et même en cas de lacunes vaccinales

de plusieurs années, il s'agit d'administrer tout simplement les doses manquantes aux intervalles recommandés (70).

Les sites gouvernemental anglais, l'ECDC, et de la World Health Organization fournissent des informations précises sur les recommandations vaccinales par pays et les taux d'immunisation par pays (30,41,71).

IV - Santé de la femme

A - Examen clinique

Les recommandations canadiennes sont les seules de notre analyse à conseiller une conduite à tenir pour l'examen physique (21). Il est préconisé de « commencer un examen pelvien avec un langage simple non médical » pour « créer une relation, augmenter le confort et responsabiliser les patientes ». Les praticiens devraient établir une relation, un processus qui peut prendre plusieurs visites.

La santé sexuelle est un point clé de la prise en charge de la femme migrante. Et le Comede ainsi que les lignes directrices anglaises évoquent la nécessité de parler de sexualité, et “sécurisexe” au cours de l'entretien (30,38).

B - Papillomavirus (HPV)

a- Vaccination

Les recommandations canadiennes préconisent de vacciner les patientes âgées de 9 à 26 ans contre le HPV humain afin de réduire les modifications invasives liées au cancer du col utérin (21). Etant donné que les filles immigrantes peuvent manquer des programmes de vaccination à l'école, selon leur âge à leur arrivée au Canada, la question doit être évoquée à chaque rencontre avec un professionnel de santé

Le vaccin contre le HPV a été retiré en 2009 de la liste des vaccins obligatoires pour les candidats immigrants sur le sol américain (19). Les recommandations sont les mêmes que la population générale, à savoir : vaccin recommandé pour toutes les personnes de moins de 26 ans. Pour les femmes âgées de 27 à 45 ans, les avantages pour la santé publique de la

vaccination contre le VPH étant minimes, la prise de décision clinique partagée est recommandée (97).

b- Dépistage

Les recommandations canadiennes orientent vers un dépistage des anomalies cervicales (frottis cervico-vaginal, FCV), de toutes les femmes sexuellement actives afin de détecter et de traiter les modifications invasives (21). En effet, d'après eux la notion de dépistage du cancer du col utérin est un nouveau concept pour beaucoup de femmes immigrantes, et donc, fournir des informations claires sur le dépistage du cancer du col utérin, établir des relations de confiance, et offrir l'accès à une praticienne permettrait l'acceptation des tests et le suivi.

Pour les modalités, les recommandations canadiennes préconisent d'utiliser les tests cytologiques cervicaux (liquides ou conventionnels) étant sensibles à 60% à 80% pour les lésions de haut grade et à 98% spécifiques. Alors qu'identifier le cancer du col utérin à l'aide du test de recherche de l'ADN du HPV est plus sensible mais moins spécifique que la cytologie cervicale (21).

Les recommandations australiennes sont d'offrir aux femmes un dépistage préventif standard, avec FCV en tenant compte des facteurs de risque individuels du cancer du col de l'utérus (sans les renoter) (39). Le dépistage n'est donc pas systématique pour toute femme en âge de procréer dans le bilan d'arrivée sur le territoire.

Le COMEDE préconise le dépistage du cancer du col utérin avec un FCV tous les 3 ans pour toute femme en âge de procréer après la réalisation de deux FCV normaux à 1 an d'intervalle donc calqué sur les modalités de dépistage français (38). Le praticien doit également noter la présence de condylomes à l'examen.

Aux États-Unis, les femmes devraient être sensibilisées au repérage du cancer du col de l'utérus, par FCV (32).

C - Cancer du sein

Évoqué par le COMEDE, le dépistage du cancer du sein est théoriquement recommandé pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, comme en population générale (38). En France il est également cité par l'article de Vignier et al. (68).

Aux États-Unis et en Australie, les femmes devraient être sensibilisées au dépistage du cancer du sein, mais les modalités pratiques ne sont pas exposées (32,39).

D - Contraception

Pour prévenir les grossesses non désirées, le repérage des besoins en contraception devrait commencer peu de temps après l'arrivée d'une femme au Canada (21). Donner aux femmes la contraception de leur choix, fournir cette méthode sur place et entretenir de bonnes relations médecin-patiente améliorent les résultats liés à la contraception. La méthode contraceptive doit tenir compte des aspects culturels, par exemple, l'utilisation de dispositifs intra-utérins est prédominante en Asie et en Amérique latine.

Ces mêmes recommandations canadiennes, précisent que dans certaines communautés, les préservatifs ont des connotations d'infidélité, de promiscuité ou d'infections sexuellement transmissibles ou ne sont utilisés qu'avec des partenaires non mariés. De plus, les femmes des pays en développement ignorent souvent la contraception d'urgence (21).

Les recommandations australiennes vont dans le même sens, en souhaitant offrir à toutes les femmes, y compris les adolescentes, “des conseils et une éducation appropriée sur les différentes étapes de la vie, y compris des conseils en matière de contraception, si nécessaire” (39).

Le Comede préconise d'expliquer les moyens de contraceptions disponibles en France, les recours pour les obtenir, le droit et recours à l'IVG (38).

En France, au niveau des comportements de prescription, dans une thèse qualitative, il est noté que les médecins libéraux proposent préférentiellement la pilule comme méthode de contraception, par manque de temps et de formation (72). Ils s'informent peu des conditions de vie des patientes et n'adaptent pas leur pratique à celles-ci. Les questions d'ouverture de droits sont souvent essentielles au suivi de la méthode contraceptive mais fréquemment mises de côté par les praticiens. Cette même étude suggère qu'orienter en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) , où la prise en charge est systématiquement médico-psycho-sociale, serait plus adapté (72).

E - Grossesse

Pour ce domaine, même les recommandations canadiennes ne peuvent pas se baser sur des données probantes car aucun outil ou intervention de repérage ne se concentre

spécifiquement les femmes enceintes, leur isolement social ou l'exposition à des environnements non protégés.

Les directives australiennes sont généralistes (39). Il est nécessaire d'offrir aux femmes des soins prénataux et périnataux conformes à ceux de la population générale. Chaque femme doit être considérée comme une femme en âge de procréer, et donc prendre en compte la grossesse et l'allaitement lorsque l'on prévoit une vaccination et un repérage après leur arrivée et traiter un résultat positif au repérage.

Les recommandations américaines du CDC sont d'effectuer un test de grossesse si doute clinique avant l'administration de tout vaccin ou médicament pouvant présenter un risque (19). Et si le test est positif, recommander des vitamines prénatales et une référence aux services spécialisés. Dans une synthèse de recommandations américaines sur les soins primaires aux réfugiés, il est mentionné d'effectuer un test de grossesse chez toutes les femmes en âge de procréer (32). Ce test systématique ne sera pas repris par les autres études.

En France, le COMEDE émet des lignes directrices (38). Chez les femmes migrantes, la prise en charge médico psycho sociale de la période périnatale est entravée par de multiples facteurs : difficultés d'accès aux soins, absence de protections maladie, barrière de la langue... Il est important de repérer les situations de grossesses, comme des périodes de fragilité chez les femmes migrantes, et de favoriser leur accès aux soins, de savoir les orienter les femmes vers des dispositifs de PMI ou de maternité. Le suivi médical de grossesse doit être le même que dans la population générale.

F - Violences sexuelles

Repérage

La question est de savoir comment repérer les femmes ayant été victimes de violences sexuelles ou conjugales, lors du bilan initial proposé.

Les recommandations canadiennes sont claires sur le sujet et il est dit de ne pas faire de repérage systématique de la violence entre partenaires intimes (21). Mais le praticien doit rester vigilant quant aux signes potentiels liés à la violence du partenaire intime et questionner davantage en cas de doute raisonnable ou après la divulgation d'information par la patiente.

Concernant la prévalence des violences, il est intéressant de noter que le taux de rapports de violences entre partenaires intimes est plus faible chez les immigrantes nouvellement établies que chez les immigrantes de longue durée et les femmes nées au Canada. Les facteurs immigration et précarité ne semblent pas être systématiquement liés aux violences.

Les facteurs retrouvés dans la revue canadienne (21), pour expliquer le refus de divulguer des informations ou les interventions proposées, par les femmes immigrantes et réfugiées victime de violence, sont : les barrières linguistiques, les dépendances financières, la crainte de perdre la garde des enfants, une connaissance limitée de la législation et des services de santé.

En Australie, ils reprennent la notion de vigilance à adopter par les praticiens envers les femmes et les filles vulnérables à la violence sexuelle pendant les conflits civils et les déplacements ultérieurs (39). Être conscient et sensible à la possibilité d'antécédents de violence sexuelle et/ou d'abus sexuels et de leurs conséquences sur la santé physique et mentale est primordial. Il n'est pas dit de rechercher systématiquement cette violence.

Aux États-Unis, les pratiques actuelles de repérage des séquelles de la violence sexuelle dans les populations déplacées sont de s'enquérir dès l'interrogatoire de savoir si la patiente a subi des mutilations génitales féminines dans son pays d'origine (32,73).

Le COMEDE met l'accent sur la notion de dépendance sexuelle vis-à-vis de l'hébergement chez les femmes migrantes en situations de grande précarité (38). Le guide définit les différentes violences liées au genre et leur implication sur le plan légal, mais ne fournit pas de conduite à tenir quant au repérage des violences sexuelles par le médecin généraliste.

Dans une étude qualitative française, par rapport aux structures d'accueil en France, il semblerait que le repérage des violences de genre serait plus pratiqué en Centre de Planification et d'éducation familiale CPEF qu'en PMI et en médecine libérale. De même les professionnels y exerçant reçoivent plus de demandes en lien avec les mutilations sexuelles. Cela fait le lien avec la nécessité d'une équipe de soins pluridisciplinaire pour la prise en charge des patients concernés par les violences sexuelles (72).

Interventions proposées en soins primaires

Au Canada, il est proposé d'orienter les femmes qui déclarent avoir passé au moins une nuit dans un refuge vers un programme structuré de services de soutien centrés sur le patient (21). Les modalités précises ne sont pas exposées ; nous ne savons pas si cela est systématique ou s'ils ont les moyens d'orienter toutes les femmes.

Aux États-Unis, les propositions concernent majoritairement des prises en charges ciblant les deux sexes, avec campagnes de sensibilisation, programmes éducatifs, thérapie en groupe (73) : des domaines de réflexion vastes et peu applicables en consultation de soins primaires. Sont proposées également une prophylaxie du VIH, gonorrhée et chlamydia, ainsi qu'une contraception d'urgence adaptée après divulgation d'information sur des violences subies (19). Dans un esprit de prise en charge globale, le CDC propose aussi "la transformation des normes socioculturelles" avec par exemple la possibilité d'emploi des femmes ; nous interprétons ça comme une réflexion à avoir avec la patiente, sur la définition du leadership dans le couple et le rôle de la femme.

En France, le Comede dit qu'en dernière ligne du bilan et de l'entretien, la reconnaissance des violences subies par l'établissement d'un certificat médical constitue une réponse essentielle et parfois suffisante (38).

G - Mutilations

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) correspondent à l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes ou toutes autres lésions des organes génitaux féminins pour des raisons non médicales. Il existe quatre types de MSF, pouvant produire des cicatrices vulvaires ou vaginales à l'origine de multiples complications (santé sexuelle, grossesse, accouchement, post-partum). C'est en Afrique Sub-Saharienne qu'elles sont les plus pratiquées, allant jusqu'à 90% dans certains pays (Somalie, Soudan entre autres), avec en majorité des mutilations de type III, c'est à dire une excision totale ou partielle des organes génitaux externes (ou infibulation) (38).

Au Canada, les praticiennes qui assistent à des naissances de mères somaliennes manquent de connaissances sur les mutilations génitales féminines et manifestent des attitudes non professionnelles à l'égard de ces femmes (21). Des suggestions sont proposées pour fournir des soins plus respectueux et moins interventionnistes, ainsi qu'une plus grande sensibilité pour les pratiques interculturelles.

En France, les femmes susceptibles d'avoir subi des mutilations sexuelles sont principalement originaires du Sénégal, du Mali, de Mauritanie, et de Guinée-Conakry (38).

Grâce au Comede, principale source de notre analyse concernant les MSF, et dans l'article de Bishop et al. sur le bilan médical conseillé aux États-Unis (40), il est spécifié quel type de repérage clinique le praticien doit effectuer. Au vu des complications à long terme possibles, spécifiques aux MSF, les omnipraticiens doivent surveiller les lésions traumatiques des organes de voisinage (vessie, anus...), symptomatiques via des troubles urinaires, abcès récidivants, une douleur pelvienne chronique (névrome) ou une gêne au moment des rapports sexuels. Cela rentre dans le bilan initial, et fait partie de l'examen clinique gynécologique que doit réaliser le praticien. Avant l'examen, le praticien peut s'enquérir de l'existence ou non de MSF chez sa patiente.

La prise en charge thérapeutique des femmes victimes de MSF est destinée à la fois à soigner les conséquences des mutilations et à prévenir la répétition de ces pratiques sur leurs filles. Les soins sont pluridisciplinaires, font intervenir gynéco obstétriciens, chirurgiens, sages-femmes, pédiatres, urologues, sexologues, psychiatres et psychologues. La réparation chirurgicale est de plus en plus pratiquée (38,40).

V - Santé mentale

A- Constat et indication du repérage

L'importance et la justification du repérage des troubles mentaux sont soulignées dans de nombreuses publications. Les réfugiés devraient faire l'objet d'un repérage de la dépression, de l'anxiété et du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). En outre de cette triade, tout symptôme psychiatrique est à rechercher activement (troubles de la mémoire de l'attention, perte de volonté, idées suicidaires, hallucinations, délire...). Cette conduite à tenir est reprise au Canada (21), Australie (39), Suède (76) Amérique à l'arrivée (32), ou plusieurs mois après l'arrivée (40), et en France (7,38), en Suisse (81). Les Pays-Bas sont l'un des rares États membres de l'UE où les réfugiés ont droit à l'accès aux services de santé au-delà des soins d'urgence peuvent donc recevoir des « soins médicalement nécessaires », dont des soins primaires santé mentale (79).

Une revue de la littérature épidémiologique internationale bien menée, note sur 40 pays en conflit, et 81 866 réfugiés concernés, un taux de prévalence (pondéré non ajusté rapporté dans toutes les enquêtes) pour le SSPT de 30,6%, et de 30,8% pour la dépression. Ce constat est considérable, avec des événements traumatiques fréquents chez les populations déplacées (98).

Une étude diagnostique de bonne qualité en Australie (78), évaluant un outil de repérage des troubles de santé mentale note le fait que dans la plupart des pays, les demandeurs d'asile ne sont en réalité soumis à aucun repérage de problèmes de santé mentale au cours de la procédure d'asile, et ce malgré les recommandations émises par les pays accueillants. C'est également le cas pour une grande proportion de réfugiés nouvellement réinstallés.

La revue effectuée au Canada (77), le COMEDE (38) et un article reprenant les conclusions d'un consensus d'experts suisses (81) définissent quelques notions, propre au parcours migratoire des réfugiés. L'évaluation du risque de problèmes de santé mentale inclut la prise en compte des expositions avant la migration, du stress, de l'incertitude pendant la migration, ainsi que des expériences de réinstallation post-migratoire. Il faut distinguer la notion de choc culturel normal, propre à l'expérience du voyage, et les manifestations psychopathologiques avérées.

Avant la migration, ils furent parfois des situations traumatisantes durables et répétées liées à la guerre, mais également à la torture. Par rapport à ces événements, plusieurs attitudes peuvent être adoptées, et nous détaillons les modalités de l'entretien dans le prochain paragraphe. D'après Pottie et al., 40% des migrants et réfugiés canadiens provenant de pays en guerre ou touchés par des troubles relationnels importants ont été exposés à des événements traumatisants avant leur migration (21).

Durant la migration, les patients peuvent être exposés à cette même violence, et d'autres situations stressantes comme l'incertitude d'arrivée, la durée du voyage, les conditions précaires rencontrées (81). Ensuite, l'insécurité continue quant à la possibilité de rester dans le pays d'accueil à l'avenir, un processus de demande d'asile de longue durée avec des logements trop étroits ou une pauvreté persistante augmentent fortement le risque de développer une maladie psychique ou d'aggraver un trouble psychique préexistant. Cette notion d'insécurité, renforcée par une demande d'asile prolongée, est reprise dans par un consensus d'experts suisse (81). En effet la différence entre les personnes en attente de

décision d'asile et celles qui ont obtenu une décision positive montre des résultats stupéfiants, avec une prévalence de symptômes graves deux fois plus élevée chez les personnes en attente de décision.

B- Modalités

1 - Généralités sur l'entretien et le repérage systématique

Les recommandations canadiennes sont claires (21). Il n'est pas préconisé d'effectuer un repérage systématique de l'exposition à des événements traumatiques, car le fait de demander la divulgation de ces événements chez des personnes considérées stables peut entraîner plus de tort que de bien. Ils conseillent de rester attentif aux signes et aux symptômes du syndrome de stress post-traumatique (symptômes somatiques inexplicables, troubles du sommeil ou troubles de la santé mentale tels que la dépression ou le trouble panique). Dans les directives sur le SSPT, concernant la violence entre partenaires intimes et l'isolement social pendant la grossesse, il est recommandé de ne pas effectuer de repérage systématique, mais de rester vigilant également.

De plus, la réalisation d'une évaluation clinique systématique, ou l'utilisation d'un questionnaire validé dans une langue comprise par le patient, sont recommandées seulement si le praticien est capable ensuite de relier les patients présumés atteints de dépression avec les structures de prise en charge. La majorité des personnes qui subissent des événements traumatiques guérira spontanément après avoir atteint la sécurité. L'empathie et la réassurance sont des éléments thérapeutiques clés du processus de rétablissement (21).

Les recommandations australiennes prennent le même virage (39). Il n'est généralement pas recommandé de poser des questions spécifiques sur l'expérience de la torture et des traumatismes, en particulier lors des premières visites. Une évaluation du bien-être émotionnel et de la santé mentale devrait faire partie bilan de santé, mais ce sont des sujets souvent évoqués à mesure que la confiance et les relations se développent. Il convient à tout praticien d'en évaluer les impacts potentiels sur la santé psychologique au fur et à mesure des consultations.

Tous les réfugiés demandeurs d'asile en Suède se voient proposer un repérage médical, avec une liste de contrôle d'éléments concernant la santé mentale: troubles du sommeil, problèmes psychologiques, toxicomanie ou expériences de guerre, torture,

séparation ou emprisonnement. Le repérage est donc effectué dès la première consultation (76).

Les recommandations américaines proposent un examen de l'état mental comprenant au minimum une évaluation de la cognition (compréhension), du jugement, de l'affect (de l'humeur) et du comportement (19). « L'abus de drogue » ou la « toxicomanie », et le diagnostic des troubles liés à une substance (tiré du DSM V) peuvent déterminer un motif médical d'interdiction de territoire dans la loi sur l'immigration et la nationalité. Une synthèse de recommandations américaines reprend l'importance de questions sur la santé mentale en lien avec le parcours migratoire (32). Il n'est pas précisé si la question sur les violences et tortures doit être systématique.

Français et suisses mentionnent que le fait de rappeler les interrogatoires et les tortures est inutile lors de l'entretien avec le médecin généraliste (38,83). Il faut savoir faire preuve de retenue, transmettre un sentiment de sécurité (préférez une lumière douce, éviter les claquements de porte...), ne pas chercher à "faire parler", ne pas interroger trop rapidement, éviter la banalisation. Il est recommandé également de ne pas vouloir rassurer trop vite. L'examen médical et le bilan de santé est une première étape clé pour la reconnaissance de ces symptômes.

Dans l'article suisse sus-cité reprenant le consensus d'expert suisse (83), bien que de faible qualité, une version d'interrogatoire est proposée : questions ouvertes utilisées devant certains symptômes, questions "miroir" devant l'évocation spontanée de violence subie par le patient. En ayant conscience que l'exploration trop directe des expériences traumatiques peut laisser les patients bouleversés durant des jours, l'utilisation de cette procédure est discutable devant l'absence de preuve d'efficacité dans le repérage des violences.

2- Outils

En France, d'après le guide du Comede, des directives non basées sur des preuves recommandent actuellement que l'entretien initial soit mené par un binôme constitué d'un médecin généraliste, et d'un psychiatre ou d'un psychologue (38). Il peut sinon être mené par un médecin généraliste formé. La mobilité des équipes psychiatriques des centres médico-psychologiques et leurs équipes mobiles (CMP) et les équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP), notamment au sein des dispositifs PASS, est encouragée.

Au Canada, si un programme de traitement intégré est disponible, il est nécessaire d'effectuer un repérage de la dépression chez l'adulte à l'aide d'une enquête clinique systématique ou d'un questionnaire de santé du patient validé (21,77).

Deux questionnaires cités par les recommandations canadiennes sont accessibles en soins primaires pour le trouble de stress post-traumatique (21). Un datant de 1999 (DSM IV), par Dr Breslau et collègues, sur 7 items, avec un seuil de positivité du diagnostic à 4 (voir Annexe 3). Nous avons pu trouver dans ces recommandations un deuxième test proposé, basé sur une étude observationnelle américaine de 2003, où un score de 4 ou plus, définit les cas positifs de SSPT avec une sensibilité de 80%, une spécificité de 97% (voir Annexe 4) (99). Au moment de ces recommandations, très peu d'instruments de repérage ont été testés pour la précision du diagnostic chez les immigrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile.

Un outil est cité mais non critiqué, par ces mêmes recommandations canadiennes (21), pour la dépression, le PHQ-9 (Annexe 5).

Une étude quantitative américaine a été réalisée pour établir un outil de repérage efficace de SSPT, anxiété et dépression (82). Le RHS-15 (Annexe 6) a été conçu pour les populations de réfugiés. Le score consiste à répondre à 14 questions avec une réponse cotée de 0 à 4, et d'une 15^{ème} question qui est une "échelle de problèmes émotionnels". Le score est positif si le total des réponses aux items 1 à 14 est supérieur à 12 ou si l'échelle est supérieure à 5. Les analyses de cet outil ont montré une bonne sensibilité (intervalle de 81%-95%) et spécificité (intervalle de 86% à 89%) chez deux des trois groupes ethniques testés dans l'étude (Irak, Burma et Bhoutan) Il existe une version traduite dans 12 langues. Les avantages sont multiples, tels que sa praticité d'utilisation, les auto-questionnaires sont possibles. Mais les faiblesses existent aussi ; le test a été établi à partir d'une population particulière de réfugiés, l'extrapolation aux autres populations déplacées n'a pas été étudiée et il n'a pas été comparé à un gold standard acceptable (82). Tous les rapports disponibles de tests cognitifs, de développement, neuropsychologiques peuvent être inclus dans le dossier médical (19).

En Suède, il n'existait aucune évaluation structurée de la santé mentale malgré la reconnaissance de symptôme dans le repérage. Une étude de cohorte a été réalisée sur le même système de repérage de la santé des réfugiés, avec une version à 13 éléments (RHS-13) (76). Cette version à 13 items de l'échelle a montré des propriétés psychométriques similaires. La

présente étude valide le seuil précédemment identifié de 12 en tant que seuil extrêmement sensible pour les symptômes légers de ces diagnostics.

C- Pathologies

Parmi les réfugiés, une dépression est généralement concomitante de stress post-traumatique et d'autres troubles de l'anxiété, ce qui peut compliquer sa détection et son traitement. Il est également original de noter que pour les canadiens, parmi les immigrants, la prévalence des problèmes de santé mentale courants est initialement inférieure à celle de la population en général, mais elle augmente avec le temps pour devenir similaire (21,77).

Dans les recommandations australiennes, une mention particulière est portée à l'évaluation du risque de suicide chez les personnes dont les problèmes de santé mentale sont évidents (39).

1 - Dépression

Dans une étude américaine observationnelle, nous notons que la torture sexuelle est associée à une prévalence accrue de dépression majeure (80).

En France, les syndromes dépressifs seraient plus fréquents chez les réfugiés mais ce sont les mêmes recommandations de prise en charge que la population générale (38).

2 - Troubles du sommeil et anxiété

La même étude américaine sus-citée a montré que la torture physique est associée à une prévalence plus élevée d'insomnie. La torture sexuelle également (80).

3 - État de stress post-traumatique

À titre de rappel, les éléments typiques de l'SSPT sont extraits de l'article suisse mais la définition est commune au DSM-V (83) :

1-Reviviscence: l'événement traumatisant est constamment revécu dans le présent de manière très pénible, sous la forme d'intrusions de souvenirs terriblement envahissants (flashbacks /cauchemars). Les facteurs déclenchants peuvent être variables.

2- Évitement: l'évitement se présente sous forme de retrait, d'absence d'intérêt, d'une rigidité, d'une distanciation émotionnelle. L'évitement a pour principal objectif la protection contre l'envahissement de souvenirs destructeurs, mais contribue sur le long terme à l'évolution vers la chronicité.

3-Hypervigilance: à l'origine fonction nécessaire à la survie, la vigilance se traduit ici par une nervosité permanente avec une tendance à sursauter à la moindre occasion, des accès fréquents de sudations profuses, des crises de panique et des insomnies.

De nouveau, l'étude américaine a montré que la torture physique est associée à une prévalence plus élevée de SSPT, et la torture sexuelle également (80). Les troubles de stress post-traumatiques s'accompagnent aussi souvent de douleurs chroniques. En règle générale, ces personnes souffrent de troubles du sommeil persistants, souvent associés à des cauchemars d'après la revue suisse (81).

Plusieurs fois, la notion de demandes cachées est reprise (38,81,83). Les plaintes spontanées des victimes de tortures sont le plus souvent peu spécifiques, cela peut être simplement la demande d'un "bilan" et le médecin non préparé ne les mettra probablement pas en relation avec les tortures subies. Souvent, les demandeurs d'asile ne parlent que de leurs symptômes mais n'abordent pas les événements traumatiques initiaux. Il arrive même que ces personnes n'arrivent même plus à se souvenir de ces événements ou ne peuvent pas en parler. L'examen clinique est alors primordial : cicatrices, perforations du tympan, déformations des pieds, nervosité et hyperexcitabilité neuro-végétative...

D - Approche thérapeutique initiale

Au Canada, une détection et un traitement efficaces peuvent nécessiter le recours à des interprètes professionnels ou à des agents de culture qualifiés (c'est à dire autres que les enfants ou les autres membres de la famille) (21,77).

Des experts Français du COMEDE et Suisse se retrouvent autour dans les consensus, sur une prise en charge globale du patient, et le concept d'alliance thérapeutique (38,83). La base d'un traitement psychothérapeutique (thérapies cognitives ou médicamenteuses) réside dans une relation thérapeutique solide et empreinte de confiance avec le patient, culturellement adaptée.

En France, ce sont les structures pivots tels que les CMP ou les EMPP, au sein des PASS, qui peuvent permettre un maillage avec le médecin de soins primaires pour la suite de la prise en charge au décours du repérage (7). Leur place dans cette prise en charge des troubles de la santé mentale est à asseoir davantage, ainsi que leur visibilité dans le réseau de soin.

Il est intéressant de noter que l'avis d'un spécialiste somatique peut être important, avec la prise en compte d'un symptôme (comme un chirurgien orthopédique pour une douleur séquellaire de fracture). En plus de l'appui psycho-social, l'aide technique peut participer à la reconnaissance du traumatisme (38).

En dernier lieu et cela peut commencer dès le premier bilan de santé, il est essentiel de fournir au patient des informations ouvertes, précises et exactes sur tous les aspects du diagnostic et du traitement, et leurs limites (38,81,83).

VI – Divers

1 - Hygiène bucco-dentaire

Un examen bucco-dentaire est préconisé pour tous dans plusieurs articles traitant de la prise en charge générale des migrants, compte tenu de la fréquence des caries en population générale et notamment chez les personnes en situation de précarité (21,32,38,39).

Les recommandations canadiennes 14 préconisent d'abord un interrogatoire simple « Avez-vous des problèmes ou des douleurs dans la bouche, les dents ou les prothèses ? », puis un examen clinique avec un examen de la bouche avec stylo optique et abaisse-langue, ensuite, si nécessaire, consulter un dentiste ou un spécialiste de la santé bucco-dentaire. De même, inspiré des recommandations américaines, l'article de Bishop (40) recommande un repérage simple puis un examen formel en donnant la priorité à ceux qui présentent des troubles évidents. Les modalités et la preuve de l'efficacité de cette stratégie n'ont pas été retrouvées dans notre étude.

En prévention, les recommandations canadiennes proposent de recommander aux migrants peu sensibilisés à la santé bucco-dentaire, le brossage de dents deux fois par jour avec dentifrice fluoré.

2 - Dermatologie

Un examen cutané est souvent recommandé (39).

En cas de prurit, il faut savoir évoquer rapidement une gale (38), notamment pour les personnes en milieux confinés (centre de rétention, d'accueil) (34). En effet, en Europe (29) et en Suisse (27), chez les réfugiés, il est recommandé de songer à une gale devant toute éruption cutanée prurigineuse et de traiter rapidement afin d'éviter les flambées épidémiques dans les centres d'accueil. Les poux/puces sont une problématique car vecteurs de maladies fébriles telles *Borrelia recurrentis*, *Bartonella quintana*, typhus épidémique dû à *Rickettsia prowazekii* ... Il faut savoir y penser devant un tableau fébrile (29). Puis après examen, il faut évoquer le prurit sine materia associé à une xérose, fréquent chez les sujets à peau noire.

Il est nécessaire également de rechercher des traces de brûlures, cicatrices, signes de traumatismes ou scarifications rituelles (40), des signes de violences (7). D'autres sources de plus faible qualité, des avis d'expert (81,83), ainsi que le Comede mentionnent la nécessité de réaliser cet examen cutané pour faire le tour des plaintes, des cicatrices ou séquelles de violence.

En cas d'ulcère cutané ne guérissant pas les recommandations pour la pratique clinique suisse (27) recommandent un prélèvement pour culture bactériologique générale. Il faut savoir évoquer des mycobactéries cutanées, une gale surinfectée, une leishmaniose cutanée (en fonction du pays d'origine, fréquente chez les réfugiés de Syrie) ou une diphtérie cutanée. Pour le diagnostic, il convient de réaliser une biopsie à l'emporte-pièce au niveau du bord de la lésion (pour PCR/culture des mycobactéries, PCR/examen microscopique de la leishmaniose).

Aux États-Unis, (19), l'examen physique requis à l'arrivée dans le pays comprend une recherche de signes cliniques évocateurs de lèpre (patch cutané anesthésique, plaies ou brûlures indolores, perte des sourcil...). Des tests supplémentaires peuvent être effectués si nécessaire pour confirmer le diagnostic, mais ne sont pas nécessaires pour démarrer le traitement.

3 - Vitamine B 12

Pour mémoire, l'article de Benson et al. re définit le déficit en vitamine B 12 : il peut être associé notamment à la dépression, à la fatigue, et à la macrocytose. Des niveaux extrêmes bas peuvent être à l'origine d'anomalies fœtales chez la femme enceinte, mais des niveaux de 151 à 240 pmol / L, plus fréquents, peuvent être associés aux symptômes neuropsychiatriques et au déclin cognitif. Cette carence en vitamine B12 peut donc revêtir

une importance particulière pour les réfugiés, dont beaucoup ont des antécédents de mauvaise santé psychologique. (74)

Les recommandations australiennes (39) mentionnent la nécessité de réaliser chez les migrants arrivés depuis moins de 6 mois le dosage de la vitamine B12 : si accès alimentaire limité, si régime végétalien ou chez les personnes originaires du Bhoutan, d'Afghanistan, d'Iran ou dans la Corne de l'Afrique.

La généralisation prudente des résultats de l'étude quantitative australienne (74) permettrait de dire que l'évaluation de la santé des réfugiés nouvellement arrivés doit inclure la mesure de la vitamine B12. En effet, elle conclut qu'il n'y a pas d'association significative entre les taux de B12 et les paramètres sanguins (par exemple, la macrocytose), les symptômes neurologiques ou les symptômes psychologiques. Donc les omnipraticiens ne pouvant pas se baser sur les symptômes ou la macrocytose pour déterminer quel patient a besoin d'un repérage du déficit en B12, le repérage systématique serait donc intéressant.

Une synthèse de recommandations américaines évoque le dosage de vitamine B12, sans plus de précision (32).

4 - Vitamine D

Dans un essai randomisé aux Pays-Bas (75) chez une population de 84 migrants non occidentaux, avec des douleurs musculosquelettiques non spécifiques persistantes, les patients du groupe recevant de la vitamine D étaient significativement plus susceptibles que leurs homologues du groupe placebo de déclarer un soulagement de la douleur 6 semaines après le traitement. D'autres études réalisées chez des patients à la peau blanche avec des taux de bases plus élevés ne retrouvaient pas d'amélioration significative des douleurs musculo squelettiques après la prise de vitamine D.

Les australiens (39) recommandent de faire le dosage, uniquement chez personnes à la peau noire ou peu exposé au soleil- comme les femmes portant le voile (40) -, et de ne traiter que celles qui ont un taux bas. Selon Mishori et al. (32), " les réfugiés devraient faire l'objet d'un repérage des carences notamment en vitamine D", sans que plus de précisions soient données.

Lacourse et al. (24) mentionne seulement une forte prévalence (71% des réfugiés de l'étude, n =77) de l'insuffisance en Vitamine D.

Discussion

I - Sélection des études

La sélection parmi les 2134 articles initiaux a parfois été difficile. Nous avons trouvé des travaux analysant l'accès aux soins, l'interprétariat, des populations spécifiques (migrants saisonniers travailleurs en Amérique ou Asie, ou migrants travailleurs permanents en Asie orientale, notamment entre la Chine et Shanghai), ou la prise en charge médicale dans les camps de réfugiés aux frontières des pays en guerre. Nous ne pouvions traiter tous ces sujets dans ce travail. Le suivi des femmes enceintes, des sujets victimes de violence, des maladies chroniques chez les migrants a été exclu.

Les articles concernant les migrants aux États-Unis et en Australie, faisaient souvent référence au bilan que ces pays demandent aux demandeurs d'asile avant l'entrée sur leur territoire. Ces points non applicables sur le territoire français ont été exclus.

Notre analyse a concerné tous les migrants arrivants sur le territoire français. Mais dans nos résultats, des disparités de santé ont été relevées selon le pays d'origine (et/ou les pays traversés) à propos de l'épidémiologie des maladies, non seulement transmissibles mais aussi chroniques (obésité, diabète) ou troubles psychiques.

Devant ces différences, il s'est avéré difficile de standardiser un bilan initial de santé.

Dans un premier temps, nous avons noté l'existence de l'effet du « migrant en bonne santé ». En effet, un biais de sélection d'un meilleur état de santé des immigrés arrivés existe, avec des personnes migrantes non représentatives de l'ensemble de la population du pays d'origine. C'est la population « en bonne santé » qui migre : les immigrés récemment arrivés sont, à âge et sexe comparables, plutôt en meilleure santé que les nationaux.

Ensuite, était récurrente, la notion de dégradation de l'état de santé du migrant après l'arrivée. Les conditions de vie que connaissent, ensuite, certains immigrés en France expliquent la détérioration de leur état de santé, qui tend à s'aggraver avec la durée de présence dans notre pays. Ce fait est confirmé par les recommandations canadiennes, ainsi que le groupe d'experts français ayant rédigé en mai et juin 2019 un dossier sur la santé des migrants dans la Revue du Praticien (6).

Ces éléments ont orienté notre travail vers le bilan médical à proposer aux migrants après une arrivée récente sur le territoire français.

II - Discussion de nos résultats par thématique

1 - Généralités

Les résultats étaient concordants sur la nécessité de structurer au mieux le parcours d'arrivée des migrants sur les territoires, notamment en termes de santé, dans les pays économiquement proches de la France. Les modalités de ce bilan sont variables. Les méthodes de dépistage commencent à être évaluées. Il faut encourager le dépistage systématique de certaines maladies pour améliorer la santé des migrants et limiter les risques infectieux, bien que faibles, pour le pays d'accueil. La tuberculose et l'hépatite B apparaissent dans les sources françaises comme une priorité.

En France, le parcours santé du patient migrant est pensé de telle sorte à avoir un « rendez-vous Santé », dans l'idéal dans les 4 mois après l'arrivée pour effectuer un bilan (présenté ci-dessus). Ce bilan n'est pas basé sur des données probantes telles les recommandations canadiennes. Le décret dans lequel il est présenté ne présage pas de son efficacité ni de son coût. En pratique, il ne semble pas être fait de manière systématique.

La population migrante apparaît être en demande de considérations générales dans plusieurs articles, telles que l'écoute, l'attitude empathique après des parcours migratoires difficiles. Il est nécessaire de noter ici que les représentations en termes de définition du soin peuvent être divergentes entre le soignant et le soigné. Les préoccupations du patient peuvent ne pas être familière au praticien. Nous noterons aussi le possible manque de familiarité de cette population avec les soins préventifs (selon le pays d'origine). Côté médecin également, les problématiques peuvent être différentes. Et leur ressenti lors d'une consultation peut être finalement éloigné de la logique d'efficacité et de rentabilité des stratégies de dépistage que les pays souhaitent mettre en place. L'obstacle culturel est certain et doit être pris en compte lors de la proposition de bilan médical au patient migrant. L'interprétariat, de qualité avec promotion de l'interprétariat professionnel, est évidemment mentionné, avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins par une compréhension claire des enjeux du bilan initial par le patient migrant.

L'information sur le système de soins du pays d'accueil est également fréquemment mentionnée ; il nous paraît judicieux de l'inclure dans le bilan initial comme faisant partie intégrante des messages d'informations à communiquer au patient migrant. Les tests rapides et les traitements instantanés sont plébiscités, bien que pour l'instant peu évalués. De plus, exclus de notre analyse de par les critères d'inclusion, nous avons pu lire des articles où le

bénéfice observé de mesures d'éducation à la santé telle que l'activité physique, est encourageant.

Nous avons tiré une trame d'une première consultation :

- l'interrogatoire selon les étapes du parcours migratoires du patient : la vie avant la migration avec les antécédents médicaux, puis les conditions de migrations (violence) et de vie après la migration (hébergement, vaccinations antérieures, symptômes ...)
- l'examen physique était parfois cité comme "complet", ou détaillé. Le plus souvent rapporté : poids, tension artérielle, température, auscultation cardio-pulmonaire, repérage des troubles neurosensoriel, examen bucco-dentaire. Mais aussi examen cutané, gynécologique, digestif, bandelette urinaire.

Aucun élément objectif nous a permis de hiérarchiser les éléments de l'examen clinique et du bilan biologique. Les contraintes de temps, déjà souvent bousculées par la barrière de la langue, l'acceptabilité par le patient qui a aussi ses attentes spécifiques, nos résultats en matière de santé mentale préconisant de ne pas être intrusif, nous font remettre en cause la faisabilité d'un tel panel lors d'une première consultation. Nous évoquons ici la possibilité de réaliser ce bilan initial en 2 voire 3 consultations.

De plus, en deçà des pathologies infectieuses, des vaccinations et des problématiques de santé mentale, il est désormais nécessaire d'évaluer le risque de maladies chroniques. Là aussi dans le bilan initial nous n'avons pas d'élément objectif permettant une hiérarchie mais nous retrouvons :

- la glycémie à jeun, assez consensuelle, est recommandée par la HAS après 45 ans
- NFS, ionogramme, urée, clairance de la créatinine, analyse d'urine et exploration des anomalies lipidiques et hépatiques sont les plus cités

Dans l'étude observationnelle de Vignier et al. (68), peu de généralistes proposaient entre autres CRP, TSH, électrophorèse des protéines, de l'hémoglobine, albuminémie. Rien n'indique qu'ils ont tort de le faire, excepté peut-être le coût d'un tel examen appliqué à tout le monde. Encore une fois, la rentabilité n'a pas été évaluée.

Aussi, sans autre donnée probante, il apparaît clair de lors d'une première consultation, le médecin doit s'adapter au patient, aux possibilités techniques de son réseau de proximité et au suivi ou non qu'il peut mettre en place avec le patient. C'est en fonction de cela qu'il pourra hiérarchiser les examens proposés ci-dessus et ceux dont nous allons discuter maintenant.

La synthèse du contenu de la première consultation est résumée en annexe (Annexe 9).

2 - Pathologies infectieuses

A – Parasitoses

1 - Parasitoses digestives

Les résultats retrouvés sont quasi exclusivement issus de recommandations nationales, uniformes dans les grandes lignes. Chez les migrants originaires de zone d'endémie de parasitoses, il faut soit rechercher les parasitoses digestives soit donner un traitement présomptif par ivermectine 200 µg/kg dose unique plus albendazole chez l'adulte 400 mg 3 jours , voire plus métronidazole selon le dossier de la Revue du Praticien (70).

Pour la recherche des parasitoses, si la recherche d'éosinophilie chez tous les migrants fait consensus, le reste de la stratégie est variable. La recommandation de trois examens parasitologiques des selles (EPS) sur trois jours et du recueil des urines de 24 heures, pouvant être difficilement applicable en médecine générale, notamment pour les migrants aux conditions de vie précaires ; ils sont tout de même réalisés dans certains centres. Un EPS avec recherche d'anguillulose, comme dans le texte officiel français (7), est réalisable. Pour la bilharziose spécifiquement, le nouveau test rapide est une alternative prometteuse intéressante mais il n'est pas encore disponible en France. En attendant, la sérologie ou le traitement présomptif par Praziquantel sont envisageables, chez les migrants originaires de zone d'endémie. Pour la strongyloïdose, la sérologie est possible.

2 - Paludisme

Le dépistage systématique est proposé par les recommandations australiennes et américaines, en l'absence de traitement présomptif. L'attitude proposée par toutes les autres sources - une vigilance devant tout signe clinique en particulier la fièvre, chez tout réfugié provenant de région endémique, en particulier l'Afrique sub-saharienne - semble plus consensuelle en France. Dans nos résultats, la PCR est jugée la meilleure technique et le test

rapide fiable. Cependant, le test rapide n'est pas disponible gratuitement en cabinet et certains laboratoires de ville ne pratiquent que l'association frottis et goutte épaisse. La recherche par frottis et goutte épaisse est acceptable à condition que le biologiste soit formé à la technique. En effet, en France, en 2017 la Société de pathologie infectieuse de la langue française recommande d'associer une « technique sensible (goutte épaisse, Quantitative Buffy Coat QBC ou technique de biologie moléculaire à réponse rapide) à un frottis mince (évaluation de la parasitémie et identification des espèces). Et si cette procédure n'est pas applicable il est recommandé de faire un TDR et un frottis sanguin en couche mince ». Le TDR est donc ici fait au laboratoire.

3 - Maladie de Chagas

Cette pathologie n'est que peu explorée dans notre analyse. Peu d'articles, mais de bonne qualité sont en accord avec le fait de faire un test de diagnostic rapide ou une sérologie chez les patients migrants d'Amérique Latine exposés, et notamment chez les femmes enceintes ou en âge de procréer. Le TDR a un intérêt pratique ; il est notamment utilisé en pratique sur le terrain, par les campagnes de Médecin Sans Frontière en Amérique du Sud, (bien que la source de cette donnée soit critiquable car provenant d'un cours universitaire) (100). Mais il n'est pas disponible gratuitement en cabinet de médecine générale en France et aucune étude n'a été retrouvée dans notre analyse pour évaluer son utilisation.

B - IST

1 Gonocoque/Chlamydia

Les études analysées sont convergentes à ce sujet. Il est recommandé d'effectuer un repérage par PCR pour le diagnostic de l'infection à gonocoque ou *Chlamydia*, sur le premier jet d'urine, ou sur un prélèvement urétral/vaginal (homme/femme), et possiblement pharyngé ou anal selon les pratiques sexuelles. Ce repérage s'effectuera d'après nos sources, chez toutes les personnes ayant initié une activité sexuelle, ou avec un ECBU positif, ou symptomatique, ou ayant subi des violences sexuelles.

En France, la HAS (61) préconise un dépistage systématique chez les femmes de moins de 25 ans, dépistage ciblé chez les femmes de plus de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans, ayant des facteurs de risque d'IST. En pratique, il semble raisonnable de le

proposer aussi à toute personne migrante concernée par les critères ci-dessus, ou souhaitant réaliser un dépistage.

2 - Syphilis

La recherche de la syphilis pourra être proposée à toute personne ayant débuté une activité sexuelle. La France, avec la HAS, recommande et inscrit dans la liste des actes remboursés par la sécurité sociale, le dépistage de la syphilis par la réalisation d'un TT suivi d'un TNT.

Selon notre expérience, les pratiques actuelles en France sont de réaliser la double prescription d'emblée par un souci de facilité de prescription. Dans cette population en particulier, lors du bilan initial, il paraît pratique de prescrire les deux tests d'emblée, comme en Australie, mais lorsqu'un suivi est assuré, dans une optique de réduction des coûts, il est préférable de commencer par un test tréponémique seul.

3 - Hépatite B

Réelle nécessité de diagnostic, la prévalence de l'hépatite B chez les migrants en Europe est estimée six fois plus élevée que dans la population générale. (85)

Le repérage de l'hépatite B fait unanimité dans les sources, avec l'utilisation de la triade sérologie Ag HBS, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc ; chez les patients provenant d'un pays de forte prévalence du VHB (infection chronique, prévalence supérieure à 2% : Afrique sub-saharienne, Maroc, Asie du Sud-Est, Europe orientale) ; seul critère de haut niveau de preuve retrouvé dans la majorité des études traitant du sujet. Le reste des motifs notables de repérage pour la pratique en soins primaires est : un âge supérieur à 40 ans, les femmes enceintes, les symptômes, les facteurs de risque d'IST.

L'étendue de la prescription à tous les migrants a été évoqué par d'autres études, notamment celles parlant des vaccinations où la sérologie est à faire avant, et repris par les groupes d'expert de la Revue du Praticien, et le Comede pour ce qui est de l'application aux migrants sur le territoire français. Il semble judicieux de conseiller un dépistage systématique de l'hépatite B.

4 - Hépatite C

À partir de notre analyse, il semble justifié de réaliser un repérage de l'infection par sérologie (Ac anti-VHC), suivi d'une quantification de l'ARN viral si positivité de la sérologie, chez les personnes ayant vécu ou reçu des soins dans des pays où la prévalence du VHC est élevée : Afrique du Nord, Asie centrale et orientale, Europe de l'Est, Moyen-Orient.

Les autres critères mineurs à noter sont les facteurs de risque d'IST et les violences sexuelles.

Le dépistage systématique est mentionné par quatre études (29,34,38,68) mais le niveau de preuves limité ne permet pas de le recommander clairement.

5 - VIH

Il est à noter qu'une des problématiques souvent soulevées est l'acquisition de la maladie après l'arrivée en France. Les stratégies de prévention doivent être prioritaires dans cette population, avec la mise à disposition d'une information claire et adaptée, et des moyens de préventions largement répandus (tels que les préservatifs). Le repérage rentre aussi en jeu avec selon la HAS (54), en 2016, l'épidémie d'infection à VIH principalement alimentée par les personnes séropositives non diagnostiquées, en particulier pendant la période de primo-infection au cours de laquelle le risque de transmission est élevé. Les patients conscients de leur séropositivité peuvent aussi être moins susceptibles d'avoir des comportements sexuels à haut risque. La démarche de prévention doit reposer sur une information renouvelée et des messages clairs adaptés aux différents publics.

Après notre analyse, les recommandations concernant le dépistage du VIH semblent converger entre les différentes sources. Au vu de la gravité potentielle de la maladie, il est recommandé de dépister le VIH chez tous les réfugiés adultes sauf en cas de refus du patient.

Actuellement, en France, le consentement éclairé après information adaptée est obligatoire est discuté par une réflexion faite sur le dépistage en "opt-out" (c'est-à-dire sans consentement spécifique) dans le document HAS (54) sur la ré-évaluation de la stratégie de dépistage. Cela pourrait permettre de faciliter le dépistage et banaliser la recherche du VIH au même titre que d'autres maladies infectieuses. Il n'y a pas de consensus actuellement à ce sujet que ce soit pour la population générale ou migrante. Il semble nécessaire d'évoquer

la nécessité de répéter le dépistage trois à six mois après l'arrivée, pour les réfugiés qui ont été récemment exposés à un risque potentiel de contamination.

Au vu des différentes modalités diagnostiques, il semble que la sérologie par ELISA, puis confirmation par WB ou IB, pour détection des AC anti VIH 1 et 2, est la technique la plus commentée dans les sources.

“L'après-dépistage” n'est pas un sujet abordé par beaucoup d'études dans notre analyse de par nos critères de sélection. Cependant il est apparu une notion clé à prendre en compte même pour le médecin de soins primaires. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont associées à l'évitement ou aux retards dans le repérage du VIH, aux retards dans la divulgation du statut séropositif aux partenaires et aux praticiens et au report ou au rejet du traitement. Ces effets sont amplifiés chez les groupes minoritaires socialement vulnérables d'après les recommandations canadiennes et l'article de Aung (56). Fournir des informations sur les options de dépistage du VIH et l'efficacité du traitement peut augmenter la probabilité de repérage et d'acceptation des soins, cela prend sens dans le bilan initial à proposer au migrant par le médecin généraliste. Cette stratégie est nommée comme “information-conseil personnalisée” à fournir au patient d'après la HAS (54), et repris par une majorité d'article traitant du VIH.

6 - TROD

Enfin, nous tenons à faire un point pratique sur les TROD, jugés utiles pour promouvoir une rapidité de diagnostic, et également de maintien dans une dynamique de soins. En France, d'après la HAS, ils sont considérés comme outils de repérage complémentaires. Pour le VHC, depuis le mois de septembre 2019, le TROD est considéré comme un outil diagnostic à part entière. Cependant, concernant le VIH, la HAS indique qu'il est difficile de conclure sur l'efficacité d'une modalité particulière en termes de réduction de retard au diagnostic, que ce soit par TROD ou AD VIH (101).

Décrits ainsi, ils semblent faire partie de l'arsenal diagnostique des médecins. Cependant, en pratique, aucune étude n'a été retrouvée pour évaluer ces tests. De plus, l'accès semble limité pour le médecin de soins primaires car il n'existe pas de cotation pour cet acte actuellement et ils ne sont pas disponibles gratuitement pour les médecins. Alors que dans son argumentaire, la HAS préconise que « pour ceux exerçant dans des zones géographiques dans lesquelles la prévalence de l'infection à VIH non diagnostiquée est

élevée et/ou ayant une patientèle particulièrement exposée à l'infection à VIH, des TROD doivent être mis gratuitement à leur disposition », actuellement, l'offre de dépistage par TROD est inégale (54). Ils sont financés seulement pour des structures de soins habilitées par l'Agence Régionale de Santé ARS et dans les CeGIDD, et/ou les associations de lutte contre le VIH (AIDS par exemple) pour cibler des populations clés, fréquentant moins les structures de soins. Pour les AD VIH, ils sont achetables en pharmacie ou sur internet mais au frais du patient (102).

C - Tuberculose

La tuberculose est le sujet sur lequel nous avons le plus de données de bonne qualité. Il apparaît clair que le dépistage de la tuberculose maladie est recommandée dans les pays à faible incidence comme la France, pour les migrants originaires de pays à forte endémie. Il doit être suivi d'une prise en charge s'il est positif. Au sein de cette population migrante, le risque de tuberculose maladie apparaît maximal chez les sujets jeunes, provenant de pays de haute endémicité de la tuberculose et arrivés récemment sur le territoire d'accueil.

Le seuil de "forte endémie" n'est parfois pas détaillé ou diffère d'une étude à l'autre pour le dépistage de la TM ; dans les études de Greenaway (65) (évaluant le rapport coût-efficacité), Panchal (66) et Seedat (85) il correspond à une incidence supérieure à 150 cas pour 100 000 habitants. Les recommandations irlandaises, ainsi que la publication dans la Revue du Praticien place ce seuil à 40/100 000. En Australie, aux États-Unis, au Royaume Uni, en Suisse, en Norvège et selon le Comede, la radiographie du poumon est à faire chez tous. De plus, plusieurs articles ont rappelé que la tuberculose chez les migrants est en grande partie lié aux mauvaises conditions de vie (38,85).

Devant toutes ces données sur la tuberculose, et le fait que la radiographie thoracique peut aussi repérer d'autres affections, la proposer systématiquement pour tous les migrants adultes semble une bonne attitude.

Pour le dépistage de l'ITL, les études coûts efficacités sont en faveur de l'IGRA seul. Les recommandations nationales permettent d'utiliser les deux et il n'y a pas d'étude sur l'effet sur la santé de ce dépistage. En France, il semble sage de suivre l'avis récent du HCSP se basant sur les autres sources. Pour rappel, ils recommandent donc de dépister et traiter l'ITL chez les jeunes migrants âgés de plus de 18 ans et de moins de 40 ans, en provenance de pays avec une incidence supérieure à 100 /100000 arrivés en France depuis moins de 5 ans uniquement dans les conditions suivantes : immunodépression sous-jacente, vivant avec

des enfants de moins de 18 ans, travaillant dans des collectivités d'enfants, et travaillant en milieu de soins.

Il est à noter qu'à ce jour, les IGRA ne sont pas remboursés dans le dépistage de l'ITL chez les migrants de plus de 15 ans (63). En ville chez l'adulte, il est remboursé en cas d'infection par le VIH ou avant traitements par anti TNF alpha. En pratique, l'IDR et la radiographie thoracique sont disponibles en ville tandis que l'IGRA, ne se fait qu'aux CLAT où la radiographie thoracique peut aussi se faire gratuitement, même sans couverture sociale.

D - Helicobacter pylori

Les quatre documents (31,32,38,39) l'évoquant sont d'accord : il n'y a pas de pas de dépistage systématique mais le repérage est à envisager en présence de signes cliniques.

3 -Vaccinations

Le sujet des vaccinations est aussi largement traité dans nos résultats, mais davantage dans les recommandations nationales et les rapports d'experts que dans des articles scientifiquement rigoureux. En somme, faire un rattrapage vaccinal en fonction des recommandations nationales est une grande ligne consensuelle. Les sérologies pré et post vaccinales sont possibles mais nécessitent un suivi et ne sont pas indispensables. En pratique, cette stratégie nous semble adaptée chez les migrants réticents à la re-vaccination, affirmant avoir déjà eu un rattrapage vaccinal récent dans d'autres pays ou d'autres régions de France sans preuve écrite.

Pour le DTP, reprendre un schéma complet est préconisé par plusieurs recommandations nationales, le risque lié à l'hyperimmunisation étant très limité. Selon la Revue du Praticien, des études interventionnelles ont aussi montré qu'une dose de DTP était souvent suffisante, nous n'avons pas eu de résultats en ce sens. Les sites de l'ECDC et de l'OMS (41,71) donnent des informations sur le profil vaccinal qu'on s'attendrait à trouver chez les migrants selon leur pays d'origine.

Le ROR est un vaccin prioritaire, en deux doses.

Le vaccin contre l'hépatite B est à faire après sérologie.

La varicelle et la grippe sont à faire selon les recommandations nationales de même que le méningocoque (si sujet de moins de 24 ans) et le pneumocoque (si sujet à risque).

Le vaccin contre l'hépatite A est recommandé aux États Unis, en France il n'est recommandé que dans des situations particulières (voir calendrier vaccinal 2019) dans les cas contacts, en particulier en milieu précaire.

4 - Santé de la femme

Après cette analyse, plusieurs axes se dégagent concernant la santé de la femme.

Un moyen de contraception doit être systématiquement proposé et adapté au souhait de la femme. Il semble important d'aborder la notion de contraception d'urgence. Il est important de se méfier de la prescription hâtive en France de contraception orale dans la pratique ambulatoire d'après une étude qualitative (72). Cela peut être une contraception non adaptée dans notre contexte, avec une difficulté d'observance (coût si pas de droit ouvert, régularité de la prise dans des contextes de vie précaires) ou une prescription mal comprise.

À propos du frottis cervico-utérin, les sources divergent sur sa réalisation systématique à l'arrivée. En France, le Comede et l'avis d'expert de la Revue du Praticien, recommandent la réalisation du frottis selon les mêmes critères que la population générale, c'est-à-dire tous les trois ans.

À l'instar du dépistage du cancer du col de l'utérus, en France, il apparaît consensuel que le cancer du sein soit recherché pour toute réfugiée, dans le cadre du programme national de dépistage.

Concernant la recherche de grossesse et les repérages au cours d'une grossesse, il manque de données probantes de par la difficulté à mener des études se concentrant spécifiquement sur cette population. Tout d'abord, il apparaît que le test de grossesse systématique n'est pas indiqué mais sera plutôt réalisé au préalable de repérage, vaccination ou traitement. Il sera fait au moindre doute d'après les avis d'experts de la Revue du Praticien. Ensuite, en soins primaires, le praticien doit considérer les problématiques spécifiques de cette population, en particulier les mutilations sexuelles féminines et les violences sexuelles dont elles ont pu être victimes. Le repérage de ces situations doit être indubitablement lié à une prise en charge rapide et globale et donc à une connaissance du réseau de soins autour du praticien (psychothérapeute, interprète).

Nous mentionnons ici que nos recherches axent le rôle du médecin généraliste sur le repérage plutôt que sur la prise en charge de ces deux problématiques.

Dans un premier temps, concernant le repérage des situations à risque de violences sexuelles, nous nous questionnons sur l'applicabilité des recommandations canadiennes en France, qui préconisent un dépistage ciblé pour toute femme ayant passé une nuit en structure d'accueil. À l'heure actuelle, aucune étude en France ne reprend ce facteur de risque.

De plus, il ressort que le repérage systématique à l'interrogatoire n'est pas de mise. Le Canada et l'Australie, orientent les médecins vers une vigilance muette. Alors que de plus en plus en France, un interrogatoire systématique sur l'existence de violences dans la population générale semble faire ses preuves. L'avis d'expert de la Revue Du Praticien oriente d'ailleurs dans ce sens pour la recherche des situations de vulnérabilité sexuelle ("Une question simple sur les antécédents de violences physiques ou sexuelles est posée aux femmes, comme aux hommes"). Cette pratique est reprise aux États-Unis. Cependant, il semblerait qu'avec la population migrante, l'exploration trop directe des expériences traumatiques pourrait laisser les patients bouleversés durant des jours (83).

En résumé, il faudrait envisager le recueil d'informations sur des violences subies sur plusieurs consultations, après création d'une relation médecin-patient de confiance. Et il est judicieux de rester vigilant quant aux signes fonctionnels, puis devenir plus "invasif" sur l'interrogatoire si le doute apparaît raisonnable.

5 - Santé mentale

La santé mentale et sa pluralité de pathologies sous-jacentes deviennent progressivement une priorité pour l'amélioration de la santé des migrants.

Plusieurs articles de notre analyse font état de la nécessité du repérage des troubles en santé mentale et le classe comme essentiel dans le bilan de santé initial. Cependant, les modalités pratiques sont difficiles à cerner, et les recommandations australiennes constatent que pour les demandeurs d'asile notamment, cela est rarement fait.

Un premier élément notable est le coût engendré. En effet nous avons vu plus haut que l'accès aux soins médicaux est rendu plus difficile par diverses barrières d'entrée. En termes de santé mentale, plusieurs sources indiquent que les demandeurs d'asile sont souvent

sous-diagnostiqués et reçoivent fréquemment un traitement inadéquat, ce qui se solde à la longue par des coûts accrus pour le système de santé (38,81).

Les pathologies le plus souvent évoquées sont les troubles de l'anxiété, le syndrome dépressif et le SSPT. Ces diagnostics doivent être principalement recherchés par le médecin de soins primaires, tout en ayant à l'esprit l'intrication fréquente de ces pathologies. Un autre élément ressort de notre analyse : la somatisation. Le praticien doit savoir évoquer les pathologies sus-citées devant des demandes vagues ou des plaintes non systématisées. Dans nos résultats d'équation un certain nombre d'article sur la prise en charge spécifique de ces troubles liés à la somatisation sont ressortis. Aucune pathologie n'est cependant spécifique de la migration comme le commente également la Revue du Praticien dans son dossier sur la Santé Mentale.

Au moment de cette revue, très peu d'instruments de dépistage ont été testés pour la précision du diagnostic chez les immigrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile. Un résultat commun aux différentes études traitant de la santé mentale est la nécessité d'utiliser un questionnaire adapté, et dans une langue comprise par le patient, mais les modalités pratiques ne sont que rarement présentées. Les tests RHS 15, RHS 13, Breslau et PHQ 9 sont évoqués dans nos résultats. On ne peut pas conclure quels tests utiliser.

Nous pouvons aussi retenir de cette analyse que le repérage des troubles de santé mentale implique que le praticien saura faire le lien avec la structure adaptée à la prise en charge du patient. Vient ici la problématique notamment en France, du manque de moyens, tant humains que matériels pour répondre à une telle nécessité. En effet, le COMEDE préconise un entretien en binôme (médecin généraliste et psychiatre par exemple). A l'heure actuelle, il semble difficile de pouvoir assurer ce suivi pour la population migrante par le médecin de soins primaires par des contraintes de temps disponible évidentes, bien qu'il existe dans certaines régions (l'Alsace en particulier) des dispositifs facilitant mis à disposition par l'ARS. La première étape, et nous axerons le rôle du médecin de soins primaires en ce sens, est le repérage par un interrogatoire adapté, guidé par l'utilisation d'un test dans la mesure du possible. Cependant, la reconnaissance n'est pas la résolution des problèmes, et il sera question d'évaluer plus avant les ressources publiques mises à dispositions pour cette problématique comme les équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP). Elles sont des dispositifs intersectoriels, entre secteur sanitaire et social, notamment

au sein des dispositif PASS, avec mission de rejoindre le patient précaire atteint de trouble de santé mentale “hors les murs”, pour des missions de prévention, d’éducation et accompagnement. Il serait bénéfique de renforcer le maillage entre ces structures et le médecin de soins primaires

Les études de qualité satisfaisante de notre analyse (21,62), sont unanimes sur la nécessité de ne pas utiliser des questions spécifiques sur l’existence de torture. Les justifications sont similaires à celles avancées dans le paragraphe “Santé de la femme” sur les violences subies.

Les addictions sont principalement mentionnées dans les revues américaines, car pouvant constituer un refus du droit d’asile. Autrement, c’est une question peu abordée, que nous ne reprendrons donc pas dans le bilan initial.

Enfin, une information devra être clairement communiquée au patient sur l’intérêt du repérage et le type de pathologies recherchées ; à fortiori pour ceux originaires de cultures où la pathologie psychiatrique est fortement stigmatisée.

7 - Divers

Nous notons ici l’unanimité des études concernant le sujet de l’hygiène bucco-dentaire. Il est recommandé de préconiser un examen bucco-dentaire et de communiquer un message de prévention par brossage des dents deux fois par jour.

Pour l’examen cutané, l’analyse effectuée permet de souligner deux choses :

- une recherche attentive de signes de scabiose : au vu de la contagiosité et de la difficulté de traitement en termes pratiques en milieu confinés, un repérage rapide de la pathologie est de mise devant un prurit.

- nous pouvons déplorer que la recherche de signes cutanés de tortures ou de violences n’apparaît que dans 2 de nos études. Il paraît primordial pour le praticien de soins primaires de repérer ces symptômes. En effet, comme vu précédemment, le dépistage de violences n’étant pas systématique, l’examen permettrait d’ouvrir la discussion avec le patient victime.

Concernant la vitamine B12, les recommandations ne permettent pas de consensus. Des lignes directrices sont données chez les migrants de certaines régions par les recommandations australiennes (Bhoutan, Afghanistan, Iran ou Corne de l’Afrique). Au vu des données lues, l’intérêt dans le repérage des carences en vitamine B12 est de savoir si une fois la carence supplémentée, l’amélioration de la qualité de vie du patient migrant est notable. Des études complémentaires seraient donc nécessaires. À l’issue de ce travail, nous ne préconisons pas le dosage de la vitamine B12 dans le bilan initial.

Pour le dosage de la vitamine D, nous concluons à l’absence de dépistage systématique, mais la supplémentation systématique semble bénéfique sur les douleurs musculaires chez les migrants non occidentaux. En France, la supplémentation en vitamine D en cas de doute sur une carence est communément admise, elle est donc facilement applicable aux migrants à la peau noire.

La nécessité de données probantes a été au cœur de beaucoup d’article et constitue un des constat phare de notre analyse. En France, il manque des données pour appuyer les actions à entreprendre par les praticiens de soins primaires auprès de la population migrante.

Enfin, au cours de nos recherches nous avons trouvé des informations et des sources qui peuvent être utiles à un médecin voulant aller plus loin dans sa connaissance sur la prise en charge de cette population. Nous en présentons une partie en annexe (Annexe 7).

Nous présentons ici nos résultats discutés sous forme de carte mentale.



III - Forces et limites de l'étude

1- Forces

Cette revue systématique de la littérature a été réalisée par deux auteures. La sélection des articles a pu être faite de manière indépendante par chacune des auteures, limitant le biais de sélection. L'intervention d'une troisième chercheuse a permis de trancher sur deux articles. Rédigée selon la grille PRISMA, notre revue remplit 20 critères sur 27, et les autres points n'étaient pas applicables (voir la grille complète en Annexe 9). Les résultats correspondants à nos critères de sélection ont été nombreux. Tous ceux dont la méthodologie était décrite ont été analysés par des grilles référencées. La fiabilité des informations a été jugée en fonction de la qualité des articles, comme retranscrit dans le tableau. La population de l'étude, l'absence de biais et la pertinence des résultats ont contribué au classement des résultats. Les travaux sans méthodologie décrite ont été classés en dessous ceux analysés grâce aux grilles référencées.

Notre sujet est au cœur de l'actualité. Depuis le début de notre travail de recherche des documents ont été diffusés : les directives de l'OMS de 2018 (15), le texte de loi de juin 2018 (7), le dossier en deux volumes par des experts dans la revue du praticien en juin 2019 (6). Nos résultats concordent en beaucoup de points avec ces publications. Aucune recommandation officielle sur la prise en charge initiale en soins primaires des migrants arrivant en France n'est à ce jour parue.

De plus, le comité de lecture PROSPERO ne valide les protocoles que s'ils sont uniques. Concernant notre revue de la littérature, aucun travail comparable n'a pu être trouvé à l'heure actuelle.

2 - Limites

L'hétérogénéité des publications était majeure, avec des risques de biais. Ces risques ont été caractérisés grâce aux analyses qualité réalisées.

Nous n'avons pas trouvé d'études interventionnelles, hormis une étude concernant la vitamine D, qui apporteraient un bien meilleur niveau de preuves à cette revue. Mais nous pouvons imaginer que des essais cliniques comparatifs, hormis sur des tests diagnostiques ne seraient pas éthiques dans ce cadre.

Beaucoup de nos données sont issues de recommandations nationales avec méthodologie décrite (Canada et Australie). Mais dans la majorité des cas, la méthodologie des recommandations n'était pas disponible.

Une limite de cette revue est qu'elle n'est exhaustive que pour les soins primaires. En effet, en incluant cette notion dans nos équations, nous avons pu manquer des articles intéressants traitant la prise en charge des migrants. C'est le cas de certaines études, comme l'étude PRECAVIR par exemple, trouvée manuellement. De même, en incluant le mot « migrants » dans nos équations les articles sur l'utilisation des tests de dépistage ne sont pas forcément ressortis. Nous avons aussi inclus les recommandations françaises de la HAS manuellement.

IV - Perspectives

Nous avons montré qu'au-delà des pathologies infectieuses, la santé mentale, le vécu douloureux et les maladies chroniques sont désormais des considérations essentielles pour les migrants récemment arrivés. Ce phénomène de transition épidémiologique doit être pris en compte. À propos de l'épidémiologie sanitaire, nous pouvons noter grâce au rapport détaillé d'activité du Comede que « parmi les maladies graves ainsi dépistées et diagnostiquées par les médecins et psychologues, les troubles psychiques représentent plus d'un tiers des cas (35%), les maladies infectieuses plus d'un quart (27%), les autres maladies chroniques, handicaps et risques médicaux graves représentant 38% des situations ». Et si dans l'opinion publique, l'immigration pouvait être un synonyme de menace pour la santé publique, les migrants ne représentent pas un risque significatif d'importation de maladies infectieuses contagieuses. La seule exception est la tuberculose pulmonaire restant cependant une maladie rare et dont la transmission est essentiellement confinée dans les réseaux communautaires atteignant peu la population générale.

L'accueil ou l'accès facilité aux soins est dans un premier temps un aspect particulièrement important de la prise en charge du patient migrant. Ces difficultés d'accès aux soins sont majorées par la méconnaissance du système et des démarches à entreprendre, les difficultés financières, une maîtrise limitée de la langue française. Si des solutions partielles existent à travers les PASS, les Centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO),

l'ouverture de droit d'Aide médicale d'État (AME), Protection universelle maladie (Puma) et Complémentaire santé solidaire (CSS), ou encore les différents services et outils d'interprétariat ; elles restent difficiles à mettre en œuvre. Bien que conscientes de l'importance de ces problématiques, notre revue de la littérature n'a pas étudié ce vaste domaine, pouvant à lui seul être l'objet d'une analyse approfondie. Trois articles, exclus de nos résultats fournissent des informations pertinentes (103–105).

Le site gouvernemental www.service-public.fr (106) permet aussi d'obtenir des informations claires et actualisées.

Dans un deuxième temps, le suivi et l'alliance thérapeutique apparaissent comme des notions clés dans la prise en charge globale du patient migrant. Le parcours migratoire souvent chaotique, voire traumatisant, est ensuite suivi d'une phase d'adaptation difficile dans le pays d'arrivée ; la personne migrante connaît donc des ruptures permanentes avec son état de vie antérieur. Le travail en continuité avec le même médecin est nécessaire au développement d'une relation de confiance. Pour cela, il faut encourager la répétition des consultations par le même médecin, éviter des changements trop fréquents ne permettant pas aux patients migrants de se confier ou leur évoquant un sentiment d'abandon. Le médecin généraliste dans son rôle de médecin traitant référent est peut-être le seul à pouvoir assurer ce suivi.

Ensuite, dans une logique de relation de confiance, il faut envisager la notion de variabilité culturelle. Le médecin de soins primaires doit pouvoir compter sur des formations transculturelles pour appréhender le patient dans sa globalité. L'alliance solide du médecin et du patient est nécessaire à une bonne prise en charge.

Un des autres objectifs de la prise en charge par le médecin de soins primaires est de désengorger des structures réservées aux personnes en situation irrégulière et/ou sans droits ouverts. Pour cela, il faut pouvoir optimiser les ressources à leurs dispositions. Nous avons vu au cours de l'analyse le manque d'outils (peu de test disponible en soins primaires notamment). Et sans l'avoir étudié dans nos résultats, nous pouvons supposer que le manque de temps et le défaut d'interprétariat est également un obstacle au bon déroulement d'une consultation. Une des solutions est l'association avec un réseau local de professionnel et de structures ; réseau qui doit être encouragé et accessible idéalement par des moyens de communications et des relations simples. Avec l'implication des médecins de soins

primaires dans la prise en charge de la population migrante, il y aurait un maillage plus large du territoire.

Enfin, le message principal de cette étude est la nécessité de trouver des données probantes sur lesquelles s'appuyer pour mettre en place un bilan de santé initial. L'utilité de ce bilan n'est plus à démontrer et ce pour plusieurs raisons ; d'une part, dans une optique de prise en charge optimale du patient migrant, avec le respect fondamental du droit à la santé, d'autre part, dans une logique de réduction des discriminations de la prise en charge médicale.

L'objectif ensuite, par l'association entre les différents acteurs autour du patient migrant, est de rendre le bilan de santé plus efficient. Bien que ne faisant peu partie de notre analyse, il serait intéressant d'évaluer les coûts que représenteraient un tel bilan de santé, et les ressources actuelles pour le financer.

Conclusion


Le bilan de santé initial à proposer aux migrants arrivant en France est une notion plurielle et complexe. Les données probantes à l'échelle internationale, permettent d'aider à l'élaboration d'un tel bilan. Un bilan « standardisé » paraît difficile à mettre en œuvre, mais une trame de bilan commun avec des variabilités propres à l'individu migrant est proposée dans ce travail. Les recommandations françaises à visée de repérage des pathologies infectieuses, chroniques et/ou psychiatriques, peuvent et doivent désormais s'adapter à la population migrante.

Les besoins de santé de cette population sont souvent similaires à la population générale, avec des spécificités devant être prises en compte par les professionnels de santé. Le médecin de soins primaires a une place pivot dans la prise en charge du patient migrant ; pivot intégré dans un réseau de soins afin d'avoir un support tant humain (interprétariat professionnel notamment) que technique (outils diagnostiques). L'applicabilité en médecine générale du bilan de santé proposé reste souvent dépendante de l'ouverture des droits.

Enfin, après cette revue de la littérature systématique sur la trame d'un bilan de santé initial, un travail pourrait concerner l'aval de ce bilan : la prise en charge thérapeutique. Il pourrait être intéressant de reprendre cette recherche pour les enfants et les mineurs non accompagnés. Un travail sur les coûts de ce bilan médical apporterait des informations pour son applicabilité pratique.

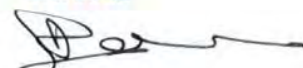
La diffusion de recommandations à l'échelle nationale concernant ce bilan de santé serait utile, notamment dans un but d'uniformisation des pratiques. Une formation adaptée à la prise en charge de la population migrante pourrait faire partie de la formation générale des praticiens de santé primaire tant la problématique est cruciale à l'heure actuelle.

Vu
Toulouse le 14/01/2020


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 14/01/2020

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



Bibliographie

1. Les migrations internationales : faits et chiffres [Internet]. La Cimade. 2019 [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/faq/les-migrations-internationales-faits-et-chiffres/>
2. OCDE, Nations Unies. Les migrations internationales en chiffres - Contribution conjointe des Nations Unies/DAES et de l'OCDE au Dialogue de haut niveau des Nations Unies sur les migrations et le développement, 3-4 octobre 2013 [Internet]. 2013 [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/migrations/mig/les-migrations-internationales-en-chiffres.pdf>
3. Ministère de l'Intérieur. Chiffres clés [Internet]. immigration.interieur.gouv. 2019 [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>
4. Rapports annuels | Comede [Internet]. Comede. 2019 [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>
5. Liban : en proie aux intempéries, les réfugiés syriens vivent dans des conditions misérables (ONU) [Internet]. ONU Info. 2019 [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2019/01/1033572>
6. Cailhol J, Lombrail P, Bouchaud O. Dossier SANTÉ DES MIGRANTS I et II. Rev Prat. 2019;69:20.
7. Instruction 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé primo-arrivants [Internet]. Sect. Directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application, N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 juin 8, 2018 p. 27. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf
8. Cavalin C. Populations migrantes : violences subies et accès aux soins / Migrant populations: Violence experienced and access to care. BEH. 25 juin 2019;(17-18):52.
9. Mangin F, Sulli L, Matra R, Nicoulet I, Deslandes A, Marmier M. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2019 [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_3.html
10. Lot F, Quellet S. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2017 [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/index.html>
11. OMS | Soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/
12. Crismer A, Belche J-L, Van der Vennet J-L. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne [Internet]. Cairn.info. 2017 [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-375.html>

13. Référentiels métiers et compétences - Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. 2010.
14. WONCA. WONCA Europe 2015 Istanbul Statement - Refugees should have access to equitable, affordable and high-quality health care services in all Europe. 2015.
15. World Health Organization Europe. Health promotion for improved refugee and migrant health: policy brief. 2018.
16. Liberati A. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration [Internet]. PLOS. 2009 [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000100>
17. CDC - Medical Examination - Immigrant and Refugee Health [Internet]. 2019 [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/exams/medical-examination.html>
18. Swinkels H, Pottie K, Tugwell P, Rashid M, Narasiah L, Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on selecting preventable and treatable conditions. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 6 sept 2011;183(12):E928-932.
19. Guidelines: Domestic Medical Exam Newly Arriving Refugees | Immigrant and Refugee Health | CDC [Internet]. 2019 [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/domestic-guidelines.html>
20. Begland E. Évaluation d'une stratégie de dépistage multiple, en médecine de premier recours, chez la population migrante primo-arrivante à Marseille. Étude quantitative auprès des patients consultant à la PASS [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2017.
21. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 6 sept 2011;183(12):E824-925.
22. Hjørleifsson S, Hammer E, Diaz E. General practitioners strategies in consultations with immigrants in Norway - practice-based shared reflections among participants in focus groups. Fam Pract. avr 2018;35(2):216-21.
23. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health. 25 mars 2011;11:187.
24. Lacourse S, Rybak N, Lewis C, Gartman J, Larkin J, McLaughlin S, et al. Health screening of newly resettled refugees in a primary care setting. R I Med J 2013. 2013;96(4):28-32.

25. Seedat F, Hargreaves S, Nellums LB, Ouyang J, Brown M, Friedland JS. How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review. *Lancet Infect Dis.* sept 2018;18(9):E259-71.
26. Pottie K, Batista R, Mayhew M, Mota L, Grant K. Improving delivery of primary care for vulnerable migrants: Delphi consensus to prioritize innovative practice strategies. *Can Fam Physician Med Fam Can.* janv 2014;60(1):e32-40.
27. Notter J, Labhardt N, Hatz C, Wallnöfer A, Vollgraff M, Ritz N, et al. Infections chez les réfugiés adultes. *Forum Méd Suisse.* 7 déc 2016;16(4950):1067-74.
28. Health Protection Surveillance Centre. Infectious Disease Assessment for Migrants. Irlande: Migrant Health Assessment Sub-committee of HPSC Scientific Advisory Committee; 2015 p. 77.
29. Infectious diseases of specific relevance to newly arrived migrants in the EU EEA. European Centre for Disease Prevention and Control; 2015.
30. Migrant health guide: countries A to Z [Internet]. GOV.UK. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/collections/migrant-health-guide-countries-a-to-z>
31. Eckstein B. Primary care for refugees. *Am Fam Physician.* 15 févr 2011;83(4):429-36.
32. Mishori R, Aleinikoff S, Davis D. Primary Care for Refugees: Challenges and Opportunities. *Am Fam Physician.* 15 juill 2017;96(2):112-20.
33. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale: étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2011.
34. Semenza JC, Carrillo-Santistevé P, Zeller H, Sandgren A, van der Werf MJ, Severi E, et al. Public health needs of migrants, refugees and asylum seekers in Europe, 2015: Infectious disease aspects. *Eur J Public Health.* 1 juin 2016;26(3):372-3.
35. Vignier N, Dreneau C, Rauzet G, Bottero J, Leroy H, Deniaud F, et al. Quel bilan de santé les médecins proposent-t-ils aux personnes migrantes arrivant sur le territoire français ? Résultats d'une enquête de pratique [Thèse d'exercice]. [Paris]: Sorbonne Université (Paris). Faculté de médecine; 2018.
36. Refugee New Arrival Medical Screening Checklist | Domestic Guidelines | Immigrant and Refugee Health | CDC [Internet]. 2019 [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/checklist.html>
37. Hladun O, Grau A, Esteban E, Jansà JM. Results from screening immigrants of low-income countries: data from a public primary health care. *J Travel Med.* avr 2014;21(2):92-8.
38. COMEDE. Soins et Accompagnement, guide pratique pour les professionnels. 2015^e éd. France: INPES; 2015. 536 p.

39. Chaves NJ, Paxton GA, Biggs B-A, Thambiran A, Gardiner J, Williams J, et al. The Australasian Society for Infectious Diseases and Refugee Health Network of Australia recommendations for health assessment for people from refugee-like backgrounds: an abridged outline. *Med J Aust.* 17 avr 2017;206(7):310-5.
40. Bishop D, Altshuler M, Scott K, Panzer J, Mills G, McManus P. The refugee medical exam: what you need to do. *J Fam Pract.* déc 2012;61(12):E1-10.
41. Organization WHO WH. WHO | Immunization Country Profile [Internet]. 2019 [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=FRA
42. Chernet A, Kling K, Sydow V, Kuenzli E, Hatz C, Utzinger J, et al. Accuracy of Diagnostic Tests for *Schistosoma mansoni* Infection in Asymptomatic Eritrean Refugees: Serology and Point-of-Care Circulating Cathodic Antigen Against Stool Microscopy. *Clin Infect Dis.* 15 août 2017;65(4):568-74.
43. Beltrame A, Guerriero M, Angheben A, Gobbi F, Requena-Mendez A, Zammarchi L, et al. Accuracy of parasitological and immunological tests for the screening of human schistosomiasis in immigrants and refugees from African countries: An approach with Latent Class Analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* 2017;11(6).
44. Suzie D. Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic de la schistosomose (bilharziose) [Internet]. France: HAS santé; 2017 [cité 14 août 2019] p. 53. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/argumentaire_schistosomose_vd.pdf
45. Roca C, Pinazo MJ, López-Chejade P, Bayó J, Posada E, López-Solana J, et al. Chagas disease among the Latin American adult population attending in a primary care center in Barcelona, Spain. *PLoS Negl Trop Dis.* 26 avr 2011;5(4):e1135.
46. Requena-Méndez A, Aldasoro E, Lazzari E de, Sicuri E, Brown M, Moore DAJ, et al. Prevalence of Chagas Disease in Latin-American Migrants Living in Europe: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* 13 févr 2015;9(2):e0003540.
47. Évaluation des actes de diagnostic biologique des infections à *Plasmodium* [Internet]. France: HAS santé; 2017 janv [cité 4 janv 2020] p. 104. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2636855/fr/evaluation-des-actes-de-diagnostic-biologique-des-infections-a-plasmodium
48. DeVetten G, Dirksen M, Weaver R, Chowdhury TT, Aucoin MW. Parasitic stool testing in newly arrived refugees in Calgary, Alta. *Can Fam Physician.* déc 2017;63(12):E518-25.
49. Petruzzi M. Prévalence, morbidité et stratégies de dépistage de la bilharziose chez les migrants originaires de zone d'endémie: revue de littérature et étude descriptive des patients dépistés au Comede entre 2006 et 2009 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2010.

50. Chappuis F, Mauris A, Holst M, Albajar-Vinas P, Jannin J, Luquetti AO, et al. Validation of a rapid immunochromatographic assay for diagnosis of *Trypanosoma cruzi* infection among Latin-American migrants in Geneva, Switzerland. *J Clin Microbiol.* 2010;48(8):2948-52.
51. HAS. Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic et à la prise en charge des hépatites B, C et D [Internet]. France: HAS santé; 2017 [cité 5 janv 2020] p. 31. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_synthese.pdf
52. HAS. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions. France: HAS santé; 2010 p. 143.
53. Simondon A. Étude PREVAC B 2: prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et prévention de l'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie, en médecine générale en France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
54. Haute Autorité de Santé - Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
55. Loos J, Manirankunda L, Hendrickx K, Remmen R, Nöstlinger C. HIV testing in primary care: feasibility and acceptability of provider initiated HIV testing and counseling for sub-Saharan African migrants. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ.* févr 2014;26(1):81-93.
56. Aung E, Blondell SJ, Durham J. Interventions for Increasing HIV Testing Uptake in Migrants: A Systematic Review of Evidence. *AIDS Behav.* 2017;21(10):2844-59.
57. HAS. Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du *Treponema pallidum* (bactérie responsable de la syphilis). France: HAS santé; 2015 p. 25.
58. HAS. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. France: HAS santé; 2016 juin p. 4.
59. Aubert J-P, Catrice M, Bouée S, Di Pumpo A, Santana P, Gervais A, et al. Prévac B: prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zones de forte endémie, Afrique subsaharienne et Asie. *Rev Prat.* 20 juin 2010;60(6 Suppl):13-20.
60. Roudot-Thoraval F, Rosa-Hézode I, Delacroix-Szmania I, Costes L, Hagège H, Labourdette C, et al. Prise en charge des populations précaires fréquentant les permanences d'accès aux soins de santé, atteintes d'hépatites et ayant bénéficié d'une proposition systématique de dépistage : Etude PRECAVIR 2007-2015. *BEH* 14-15. 20 juin 2017;263-70.
61. HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*. France: HAS santé; 2018 p. 3.

62. Sanneh AFNS, Al-Shareef AM. Effectiveness and costeffectiveness of screening immigrants schemes for tuberculosis (TB) on arrival from high TB endemic countries to low TB prevalent countries. *Afr Health Sci.* 2014;14(3):663-71.
63. Carole G. Haute Autorité de santé - Tests in vitro de dépistage de l'infection tuberculeuse latente par détection de production d'interféron gamma [Internet]. France: HAS santé; 2015 p. 80. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2021762/fr/tests-in-vitro-de-depistage-de-l-infection-tuberculeuse-latente-par-detection-de-production-d-interferon-gamma
64. HCSP. Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance. France: Haut Conseil de la Santé Publique; 2019 p. 88. (Avis et rapports).
65. Greenaway C, Pareek M, Abou Chakra C-N, Walji M, Makarenko I, Alabdulkarim B, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of screening for latent tuberculosis among migrants in the EU/EEA: a systematic review. *Eurosurveillance.* 5 avr 2018;23(14):24-44.
66. Panchal RK, Browne I, Monk P, Woltmann G, Haldar P. The effectiveness of primary care based risk stratification for targeted latent tuberculosis infection screening in recent immigrants to the UK: a retrospective cohort study. *Thorax.* avr 2014;69(4):354-62.
67. Greenaway C, Sandoe A, Vissandjee B, Kitai I, Gruner D, Wobeser W, et al. Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Can Med Assoc J.* 6 sept 2011;183(12):E939-51.
68. Vignier N, Moussaoui S, Aourousseau A, Nappez S, Cornaglia J, Delobre G, et al. Pratiques de rattrapage vaccinal des médecins français pour les personnes migrantes arrivant sur le territoire français [Thèse d'exercice]. [Paris]: Sorbonne Université (Paris). Faculté de médecine; 2018.
69. Moussaoui S. Vaccination des migrants primo-arrivants: enquête sur les pratiques des médecins généralistes français [Thèse d'exercice]. [France]: Sorbonne Université (Paris). Faculté de médecine; 2018.
70. Tarr P, Notter J, Sydow V, Wirz S, Wallnöfer A, Vollgraff M, et al. Vaccinations chez les réfugiés adultes. *Forum Méd Suisse.* 7 déc 2016;16(4950):1075-9.
71. Vaccine Scheduler | ECDC [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>
72. Masri Sidani E. Pratiques professionnelles en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes hébergées à l'hôtel social: : une enquête qualitative auprès de professionnels et structures de soins primaires en Essonne [Thèse d'exercice]. [France]: Sorbonne Université (Paris). Faculté de médecine; 2018.
73. Asgary R, Emery E, Wong M. Systematic review of prevention and management strategies for the consequences of gender-based violence in refugee settings. *Int Health.* juin 2013;5(2):85-91.

74. Benson J, Phillips C, Kay M, Hanifi H, Giri G, Leahy C, et al. Low levels of vitamin B12 can persist in the early resettlement of refugees: symptoms, screening and monitoring. *Aust Fam Physician*. sept 2015;44(9):668-73.
75. Schreuder F, Bernsen RMD, van der Wouden JC. Vitamin D supplementation for nonspecific musculoskeletal pain in non-Western immigrants: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. déc 2012;10(6):547-55.
76. Bjarta A, Leiler A, Ekdahl J, Wasteson E. Assessing Severity of Psychological Distress Among Refugees With the Refugee Health Screener, 13-Item Version. *J Nerv Ment Dis*. nov 2018;206(11):834-9.
77. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 6 sept 2011;183(12):E959-967.
78. Hocking DC, Mancuso SG, Sundram S. Development and validation of a mental health screening tool for asylum-seekers and refugees: the STAR-MH. *Bmc Psychiatry*. 16 mars 2018;18:69.
79. Teunissen E, van den Bosch L, van Bavel E, van den Driessen Mareeuw F, van den Muijsenbergh M, van Weel-Baumgarten E, et al. Mental health problems in undocumented and documented migrants: a survey study. *Fam Pract*. oct 2014;31(5):571-7.
80. Tamblyn JM, Calderon AJ, Combs S, O'Brien MM. Patients from abroad becoming patients in everyday practice: torture survivors in primary care. *J Immigr Minor Health*. août 2011;13(4):798-801.
81. Schwald O, Smolenski C. Réfugiés traumatisés et victimes de torture au cabinet du médecin de famille. *Prim Hosp Care*. 10 févr 2016;16(03):55-8.
82. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Toolson EC, Woldehaimanot T, Yamazaki J, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 mars 2013;35(2):202-9.
83. Kläui F. Victimes d'actes de torture et victimes de guerre au cabinet. *Forum Med Suisse* [Internet]. 2008 [cité 29 avr 2019]; Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/7076650/victimes-d-actes-de-torture-et-victimes-de-guerre-au-cabinet>
84. Simplification - Suppression de la visite médicale préalable à la délivrance d'un premier titre de séjour pour certains publics étrangers [Internet]. *Simplification*. 2019 [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <http://simplification.modernisation.gouv.fr/mesure/suppression-de-visite-medicale-prealable-a-delivrance-dun-premier-titre-de-sejour-certains-publics-etrangers/>
85. Seedat F, Hargreaves S, Nellums LB, Ouyang J, Brown M, Friedland JS. How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review. *Lancet Infect Dis*. sept 2018;18(9):E259-71.

86. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. Paris: HAS santé; 2014 oct [cité 12 oct 2019] p. 98. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf
87. Maladie de Chagas [Internet]. Institut Pasteur. 2015 [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-chagas>
88. Requena-Mendez A, Bussion S, Aldasoro E, Jackson Y, Angheben A, Moore D, et al. Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants at primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis. *Lancet Glob Health*. avr 2017;5(4):E439-47.
89. Les nouvelles données sur l'hépatite soulignent le besoin urgent d'une riposte mondiale [Internet]. 2017 [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/21-04-2017-new-hepatitis-data-highlight-need-for-urgent-global-response>
90. HAS. Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte - Fiche mémo HAS. France: HAS santé; 2019 p. 86. (FICHE MEMO).
91. Groupe d'experts pour la prise en charge des PVVIH : actualisation 2015 [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2015 [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/dossiers/groupe-dexperts-pour-la-prise-en-charge-des-pvvih-actualisation-2015-2/>
92. Tuberculose et test de détection de l'interféron gamma. Rapport du groupe de travail du Haut Conseil de la Santé Publique. [Internet]. France: Haut Conseil de la Santé Publique; 2011 [cité 10 janv 2019]. (Avis et rapports). Disponible sur: https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110701_interferongamma.pdf
93. OMS | Tuberculose: profils de pays [Internet]. WHO. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/fr/>
94. HAS. Actualisation acte et prestation ALD 29 Tuberculose. France: HAS santé; 2017.
95. OMS. Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente [Internet]. WHO/HTM/TB/2015.01; 2015. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137335/9789242548907_fre.pdf?sequence=1
96. Oxlade O, Schwartzman K, Menzies D. Interferon-gamma release assays and TB screening in high-income countries: a cost-effectiveness analysis. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis*. janv 2007;11(1):16-26.
97. Meites E. Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2019 [cité 17 déc 2019];68. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6832a3.htm>
98. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among

- populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 5 août 2009;302(5):537-49.
99. Breslau N, Peterson EL, Kessler RC, Schultz LR. Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*. juin 1999;156(6):908-11.
 100. Aubry pierre, Gauzere B. Trypanosomiase humaine américaine (THAm) ou Maladie de Chagas Actualités 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: www.medecin-tropicale.com
 101. HAS. Autotests de dépistage de l'infection par le VIH [Internet]. 2015 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2027005/fr/depistage-les-autotests-de-l-infection-par-le-vih
 102. Dépister le VIH [Internet]. 2019 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vih/depistage>
 103. Douillet D. Parcours médical des migrants primo-arrivants à Angers [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016.
 104. Mladovsky P, Ingleby D, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clin Med*. 6 janv 2012;12(3):248-52.
 105. Filippi MK, Faseru B, Baird M, Ndikum-Moffor F, Greiner KA, Daley CM. A Pilot Study of Health Priorities of Somalis Living in Kansas City: Laying the Groundwork for CBPR. *J Immigr Minor Health*. avr 2014;16(2):314-20.
 106. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? [Internet]. [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>

Annexes

Annexe 1 : Tableau des exclus après lecture complète

Titres	Auteur	Année	Causes du refus
A pilot with computer-assisted psychosocial risk - assessment for refugees	Ahmad et al.	2012	Accès aux soins
Assessing Adherence to Accepted National Guidelines for Immigrant and Refugee Screening and Vaccines in an Urban Primary Care Practice: A Retrospective Chart Review	Waldorf et al.	2014	Type d'étude, ne réponds pas à notre problématique
Assessing refugee healthcare needs in Europe and implementing educational interventions in primary care: a focus on methods	Lionis et al.	2018	Ne réponds pas à notre problématique
Breast cancer screening practices of African migrant women in Australia: a descriptive cross-sectional study	Ogunsiji et al.	2017	Ne concerne pas les soins primaires
Caring for migrant patients in the UK	Wagner et Jones	2011	Ne réponds pas à notre problématique
Experiences of primary care professionals providing healthcare to recently arrived migrants: a qualitative study	Lindenmyer et al.	2016	Ne réponds pas à notre problématique
Female genital mutilation: an update for primary health-care professionals	Todkari et al.	2018	Ne réponds pas à notre problématique
Good practices in migrant health: the European experience	Mladovsky et al.	2012	Accès aux soins
Healthcare for migrants, participatory health research and implementation science—better health policy and practice through inclusion. The RESTORE project	Mac Farlane et al.	2014	Ne réponds pas à notre problématique
High prevalence of hepatitis markers in immigrant populations: a prospective screening approach in a real-world setting	Heidrich	2014	Ne concerne pas notre population cible
Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: a qualitative participatory European study	Teunissen	2017	Ne réponds pas à notre problématique
Initial refugee health assessments. New recommendations for Minnesota.	Dicker	2010	Localisation géographique spécifique
Les mutilations sexuelles féminines : évaluation des connaissances des médecins généralistes et des médecins en consultation du voyage	Tantet	2016	Ne concerne pas les soins primaires
Parcours médical des migrants primo-arrivants à Angers	Douillet	2016	Accès aux soins
Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria	Martin-Cabo	2012	Ne réponds pas à notre problématique et qualité insuffisante

Refugee Mental Health: A Primary Care Approach	Walden	2017	Type d'étude
Somatization in refugees: a review	Rohlof	2014	Ne réponds pas à notre problématique
The health of newly arrived refugees to the Top End of Australia: results of a clinical audit at the Darwin Refugee Health Service	Johnston	2012	Type d'étude
The health of recent migrants from resource-poor countries	Eziefula	2010	Ne réponds pas à la problématique
The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service	Aragona	2011	Type d'étude
Sunlight exposure or vitamin D supplementation for vitamin D-deficient non-western immigrants: a randomized clinical trial	Wicherts	2011	Exclu par 3 -ème auteur, ne réponds pas à la problématique

Annexe 2 : Tableau analyse descriptive

Titre	Auteur	A	Localisation	Type	Schéma d'étude	Population étudiée	Objectif principal	Analyse qualité	%	Conflits d'intérêts	Résultats
Essai clinique											
Vitamin D supplementation for nonspecific musculoskeletal pain in non-Western immigrants: a randomized controlled trial	Schreuder	20112	Pays Bas, 10 cabinets de médecine générale	Article Annals of FAMILY MEDICINE	Essai clinique	84 migrants non occidentaux (Moyen-Orient, Turquie, Afrique du Nord et Somalie)	Evaluer l'effet de la supplémentation en vitamine D à forte dose sur les symptômes musculo-squelettiques chez les immigrants non occidentaux présentant un déficit en vitamine D.	CONSORT 28/37	75%	Aucun déclaré	Léger effet positif après 6 semaines de vitamine D3 sur la douleur musculo-squelettique non spécifique persistante.
Recommandations avec méthodologies											
Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees	Pottie	2011	Canada	Synthèse	Recommandations cliniques basées sur : revue de la littérature, engagement des parties prenantes, processus Delphi, consensus d'experts en santé des immigrants et des réfugiés.	-	Rédaction de recommandations à l'intention de médecins Canadiens de santé primaire	AGREE 64/86	90%	Multi- ples	Vaccinations (ROR, DTPCa, VZV, HBV et HPV) et dépistage (VHC, VHB, VIH, parasites intestinaux, carence en fer, douleurs dentaires, perte de l'acuité visuelle et cancer du col de l'utérus) devraient être systématiquement fournis aux migrants à risque. Paludisme, dépression, trouble de stress post-traumatique, maltraitance envers les enfants, violence entre partenaires intimes, diabète sucré et besoins en contraception à dépister.
The Australasian Society for Infectious Diseases and Refugee Health Network of Australia recommendations For health assessment for people from refugee-like backgrounds: an abridged outline	Chaves	2017	Australie, Adélaïde Centre de santé pour migrants	Article Medical Journal of Australia	Guidelines	Population réfugiée en Australie	Mise à jour des recommandations de 2009 pour le diagnostic, le contrôle et la prévention des maladies infectieuses chez les réfugiés récemment arrivés.	AGREE 39/86	55%	Minis- tère. santé + Victo- rian Refugee Health Fellows.	Tous les réfugiés devraient se voir offrir une évaluation de santé complète et un plan de gestion sur mesure, idéalement dans un délai d'un mois après leur arrivée en Australie et en tout temps si elle est retardée. Le dépistage recommandé doit être adaptée en fonction de l'âge, du sexe, du pays d'origine et de transit et du profil de risque. http://www.asid.net.au/documents/item/1225 .
Revue systématique de la littérature											
The effectiveness and cost-effectiveness of screening for latent tuberculosis among migrants in the EU/EEA: A systematic review	Greenaway	2018	UE/EEA	Article Euro-surveillance	Revue systématique de la littérature	Migrants vivant ou arrivant dans l'UE/EEA	Mener une étude systématique sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité du dépistage de la tuberculose latente chez les migrants vers l'UE/EEE afin d'éclairer les lignes directrices pour le dépistage des migrants	PRISMA 18/27 AMSTAR 9/11 ¹	90%	[1]	La tuberculose chez les migrants est abordée pour promouvoir la santé de cette population et de parvenir à l'élimination de la tuberculose dans l'UE. Les tests diagnostiques ne permettent pas de prévoir avec précision quelles personnes développeront une tuberculose active ; les traitements de longue durée, ainsi que plusieurs obstacles pour le patient, le prestataire et les institutions entraînent un faible taux de dépistage et la fin des traitements. Les programmes de dépistage de la tuberculose latente axés sur les migrants peuvent être efficaces et rentables s'ils sont très ciblés et bien mis en œuvre.

[1] : PK dirigeait et CG était un auteur des Lignes directrices canadiennes pour les migrants, y compris la tuberculose. AM a codirigé les travaux sur les lignes directrices de dépistage de la tuberculose-infection de l'OMS. MP détient une subvention de Gilead Sciences pour un projet en dehors du travail soumis.

Interventions for Increasing HIV Testing Uptake in Migrants: A Systematic Review of Evidence	Aung	2017	USA, Australie, Belgique et Uganda.	Article Aids and behavior IF 2.908	Revue systématique de la littérature	N=10 études - Patients > 15 ans, migrants internationaux	Examiner les interventions existantes visant à accroître le recours au test du VIH chez les migrants internationaux âgés de 15 ans et plus	PRISMA 20/27 AMSTAR 11/11	P 83% A. 100%	Aucun déclaré	Trois principaux types d'interventions ont été identifiés (exposition aux messages de prévention du VIH, programmes d'intervention et offre directe du test du VIH), avec des rapports mitigés sur le succès de l'augmentation du recours au test du VIH.
How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review	Seedat	2018	Europe	Article The Lancet Infectious Disease IF 25.148	Revue systématique de la littérature	Population de migrants (née à l'étranger) résidant dans les pays de l'UE ou de l'EEE. N=47 études (portant sur 248 402 migrants)	Documenter et évaluer l'efficacité et le rapport coût-efficacité des approches utilisées pour le dépistage des maladies infectieuses chez les migrants	PRISMA 18/27 AMSTAR 8/11	P 81% A 72%	SH : rédacteur en chef The Lancet Infectious Diseases	Stratégie de dépistage chez les migrants rentable et efficace, mais disparité entre études
Systematic review of prevention and management strategies for the consequences of Gender-based violence in refugee settings	Asgary	2013	USA	Article Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene	Revue systématique de la littérature	Femmes déplacées ayant subies des violences basées sur le genre	Evaluer les stratégies et les approches qui pourraient prévenir et/ou prendre en charge la violence liée au sexe et ses séquelles sanitaires dans les populations réfugiées ou déplacées	PRISMA 14/27 AMSTAR 7/11	P 90% A 100%	Aucun déclaré	Aucun article répondant aux critères d'inclusions. Besoin de recherches sur l'efficacité et l'efficience des diverses réponses à la violence liée au sexe pour permettre une transition d'une approche largement théorique à une approche pratique, davantage fondée sur des données probantes. Stratégies recommandées pour améliorer la collecte et l'analyse des données.
Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic et à la prise en charge des hépatites B, C et D	HAS	2017	France	Argumentaire	Analyse critique de la littérature synthétique identifiée par une recherche documentaire systématique	Etudes traitant du diagnostic et/ou du suivi des infections par le VHB, le VHC et le VHD et renseignements sur leur méthode d'élaboration, Niveau de gradation du niveau de preuve et indiquant la force de la recommandation. N=8	Evaluer la pertinence de l'actualisation de la liste des actes de biologie médicale, pris en charge par l'assurance maladie en France, et de recenser les indications des actes indiqués dans le diagnostic et le suivi des hépatites virales B, C et D.	PRISMA 13/27 AMSTAR 8/10	P 59% A 80%	-	VHB : dépistage par Ag HBs, Ac antiHBc et Ac anti-HBs. Recherche immunité pré et post-vaccinale. VHC : dépistage par Ac anti-VHC
Évaluation des actes de diagnostic biologique des infections à Plasmodium	HAS	2016	France	Argumentaire	Revue systématique de la littérature	20 recommandations de bonne pratique, position de sept organismes professionnels et du CNR paludisme	Evaluer les examens de biologie permettant d'établir le diagnostic biologique du paludisme en vue d'une inscription ou d'une modification d'inscription à la liste des actes, pris en charge par l'AM	PRISMA 14/27 AMSTAR 7/11	P 66% A 70%	-	Diagnostic, espèce, quantification du paludisme par examen direct du sang au microscope (frottis sanguin mince, goutte épaisse). Diagnostic d'urgence par recherche des protéines plasmodiales dans le sang par immunochromatographie (ICG) associé a examen direct.
Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du Treponema pallidum	HAS	2015	Royaume-Uni	Argumentaire	Analyse de la littérature synthétique Analyses des expériences de terrain	Recherche exhaustive de la littérature sur une période donnée, ainsi qu'une analyse de la littérature. N=5	Evaluer la validité du changement d'algorithme de détection de la syphilis	PRISMA 12/27 AMSTAR 6/10	P 60% A 66%	-	Association systématique d'un TT et d'un TNT remplacée par un seul TT confirmé par un TNT quantitatif en cas de positivité.

Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees	Greenaway	2011	Canada	Article Canadian Medical Association Journal	Revue systématique de la littérature	Immigrants et population canadienne	Quantifier le fardeau de la tuberculose dans la population migrante, identifier les personnes les plus à risque de tuberculose active, décrire l'efficacité du dépistage et du traitement pour la tuberculose latente, afin d'identifier les obstacles ou les défis à la mise en œuvre de tels programmes et les interventions possibles	PRISMA 15/27 AMSTAR 5/11	P 54% A 45%	Aucun déclaré	Intérêt du dépistage et du traitement de l'ITL chez migrants. Nombreux obstacles limitant l'application des directives actuelles. Efficacité pouvant être améliorée par éducation des patients et praticiens de soins primaires.
Effectiveness and cost-effectiveness of screening immigrants schemes for tuberculosis (TB) On arrival from high TB endemic countries to low TB prevalent countries	Sanneh	2014	-	Article African Health Science IF 0.842	Revue de la littérature non systématique	Cohortes rétrospectives portant sur des immigrants de régions où la tuberculose est endémique, avec une prévalence de la tuberculose de >= 40/100 000 habitants. N=4	Évaluer l'efficacité du dépistage actif de la tuberculose (IDR à l'entrée) dans le cadre du Programme d'action pour les immigrants des régions endémiques de la tuberculose par rapport au dépistage passif (en soins primaires) sur des populations immigrantes des régions endémiques de la tuberculose.	PRISMA 12/27 AMSTAR 5/11	P 57% A 45%	-	Dépistage « actif » par IDR à l'entrée dans le pays montrerait un avantage clair et constant dans la réduction de la période de contagiosité, et paraît pertinent dans les programmes de contrôle de la tuberculose dans les pays développés. Mais étude de pauvre qualité empêchant une généralisation des résultats.
Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care	Kir-mayer	2011	Canada	Recommandations canadiennes	Revue de la littérature systématique	Articles portant sur la détection, prévention, gestion des problèmes de santé mentale courants chez les immigrants et les réfugiés en soins primaires N=113 études	Étudier la prévalence et les facteurs de risque de problèmes de santé mentale courants liés à la migration, l'effet des influences culturelles sur la santé et la maladie et les stratégies cliniques pour améliorer les soins de santé mentale des immigrants et des réfugiés	PRISMA 8/27 AMSTAR 6/11	P 33% A 54%	[2] 2	Santé mentale des migrants liée aux difficultés de communication (langue, culture)
Etudes observationnelles quantitatives											
Étude Prévac B : prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zones de forte endémie, Afrique subsaharienne et Asie.	Aubert Catrice	2010	Royaume-Uni, soins primaires/hôpital	Article/Thèse d'exercice	Prospective, observationnelle	Investigateurs n=32 Patients n=732 - Patients adultes - Nés en Afrique subsaharienne ou en Asie.	Évaluer la faisabilité d'une action de prévention ciblée sur une population à risque : les migrants originaires d'Afrique et d'Asie	STROBE 27/34	90%	Plan Régional de Santé Publique (PRSP) 6 20 000 euros	Stratégies préventives VHB possibles au-delà de la vaccination. Proposition d'un logiciel expert pour les médecins, brochure d'information adaptée au statut sérologique pour les patients
Étude PREVAC B 2 : prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et prévention de l'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie, en médecine générale en Royaume-Uni	Simondon	2014	Royaume-Uni, soins primaires	Thèse d'exercice	Prospective, observationnelle	Investigateurs n=40 Patients n=598, > 18 ans, naissance dans un pays d'Afrique subsaharienne ou Asie	Mesurer, au sein de la population des migrants nés dans un pays de forte endémie du VHB, consultant les médecins généralistes français, la prévalence des différents profils sérologiques vis-à-vis du VHB	STROBE 25/34	89%	Laboratoire Bristol-Myers Squibb	Taux de portage VHB parmi les patients originaires des pays étudiés = 9,1% (IC95% = [6,7%-11,5%]). Confirme la nécessité de vigilance du médecin de soins primaires sur le dépistage du VHB et la prévention
Pratiques de rattrapage vaccinal des médecins français pour les personnes migrantes Arrivant sur le territoire français	Vignier	2018	Royaume-Uni	Article Médecine et maladies infectieuses	Observationnelle transversale	372 médecins de toutes spécialités (moyens de contacts : L'invitation à participer à l'enquête a été diffusée par plusieurs mailings utilisant les canaux des partenaires de l'enquête)	Décrire les pratiques de rattrapages vaccinaux des médecins français	STROBE 26/34	90%	Bourse groupe Vaccination prévention de la Spilf	Hétérogénéité des pratiques pour le rattrapage vaccinal dans un échantillon de médecins ; intérêt de rédiger des recommandations pratiques sous l'égide de la HAS et de la SPLIF ; nécessité du rattrapage vaccinal à intégrer dans une prise en charge globale des migrants primo arrivants, dont bilan de santé à l'arrivée comprenant un dépistage des pathologies infectieuses

[2] : LN/ honoraires d'orateur pour ses présentations sur «la santé dans les voyages» à GlaxoSmithKline.

The effectiveness of primary care based risk stratification for targeted latent tuberculosis infection screening in recent immigrants to the UK: a retrospective cohort study	Panchal	2014	Royaume Uni, soins premiers	Article Thorax	Observationnelle, Cohorte rétrospective	Enregistrement des soins de santé primaires (n=59 007) et cas de tuberculose nés à l'étranger (n=857)	Examiner la relation temporelle entre l'enregistrement des soins primaires des personnes nés à l'étrangers (Flag-4) et les notifications de tuberculose	STROBE 25/34	89%	Aucun déclaré	Le dépistage de la tuberculose-infection au moment de l'inscription aux soins primaires constitue une stratégie efficace pour identifier les immigrants à risque élevé de développer la tuberculose.
Prise en charge des populations précaires fréquentant les permanences d'accès aux soins de santé, atteintes d'hépatites et ayant bénéficié d'une proposition systématique de dépistage : Etude PRECAVIR 2007-2015	Roudot - Thoraval	2017	Royaume-Uni, PASS	Article BEH juin 2017	Observationnelle, prospective	Patients aux 2 PASS du Val-de-Marne de mai 2007 à décembre 2016 n=2870	Montrer la faisabilité d'un dépistage des hépatites B et C dans les PASS et l'intérêt de la mise en place d'un parcours de soins simplifié après un dépistage positif, pour permettre une prise en charge rapide et adaptée aux publics accueillis	STROBE 24/34	77%	-	Un résultat positif pour au moins un des virus responsables d'hépatite a été observé chez 292 consultants (10,2%). Au total, 239 patients (184 VHB,73 VHC et 6 VHB-VHC) ont bénéficié d'un premier bilan spécialisé dans un délai médian de 30 jours [22-44] après la première consultation. La stratégie de dépistage systématique des hépatites virales dans les PASS s'avère non seulement possible, mais également très efficace.
Vaccination des migrants primo-arrivant : enquête sur les pratiques des médecins généralistes français	Moussaoui	2018	Royaume-Uni	Thèse d'exercice	Observationnelle transversale	216 médecins généralistes français impliqués dans la prise en charge des migrants primo-arrivants	Décrire les pratiques des médecins généralistes recevant en consultation des migrants primo-arrivants, vis-à-vis du rattrapage vaccinal, et d'identifier les facteurs associés aux différences observées.	STROBE 22/34	76%	Aucun déclaré	Bien que les médecins généralistes soient nombreux à vacciner des personnes migrantes primoarrivantes quotidiennement, beaucoup ne s'estiment pas suffisamment expérimentés sur cette question et leurs pratiques rapportées sont très hétérogènes. L'élaboration des recommandations HAS/SPIIF, permettront sûrement d'appuyer les médecins généralistes dans leurs décisions
Results from screening immigrants of low-income countries: data from a public primary health care	Hladun	2014	Royaume-Uni, Centre de santé	Article Journal of Travel Medicine	Observationnelle, transversale	3 132 immigrants de pays à revenu faible et moyen	Dépister cinq maladies infectieuses (tuberculose, syphilis, VHB et VHC et statut sérologique du VIH) chez les migrants qui fréquentent une unité publique de soins de santé primaires à Barcelone dans une zone de forte concentration de migrants provenant de pays à revenu faible ou intermédiaire.	STROBE 20/34	71%	Aucun déclaré	Tests minimaux suggérés : dépistage de la tuberculose, en particulier chez les patients d'ASEst, de l'Ouest Pacifique et de la Méditerranée orientale / transaminase hépatique et dépistage subséquent du VHC si taux modifiés (Méditerranée orientale, de l'Afrique et de l'Europe) / dépistage du VHB chez les patients présentant des symptômes gastro-intestinaux et/ou du Maroc / détection de la syphilis chez les patients d'Afrique, d'Europe et des États-Unis / détection du VIH selon les facteurs de risque / diagnostic de l'anémie et l'hématurie chez la femme.
Parasitic stool testing in newly arrived refugees in Calgary, Alta	DeVetten	2017	Canada, Calgary, Centre de soins primaires pour réfugiés	Article Canadian family physician IF 1.833	Observationnelle	Réfugiés arrivés dans le centre entre 1 ^{er} mai 2011 et 30 juin 2013 n=1390	Déterminer la prévalence des parasites intestinaux et les taux de conformité des tests de selles, ainsi que les caractéristiques des patients, chez les réfugiés nouvellement arrivés	STROBE 21/34	61%	Aucun déclaré	74,1% ont subi au moins un test de dépistage des parasites dans les selles. Prévalence globale du parasite intestinal : 29,7%. (16,3% si exclusion des parasites les plus bénins). Dépistage ciblé : devrait être envisagé chez les réfugiés nouvellement arrivés présentant un risque accru, par test de dépistage des ovules et des parasites dans les selles (IE, si + confirmation par IFD + microscopie)

Quel bilan de santé les médecins proposent-t-ils aux personnes migrantes arrivant sur le territoire français ? Résultats d'une enquête de pratique	Vignier	2018	Royaume-Uni	Article/thèse	Observationnelle quantitative transversale, enquête de pratique	218 médecins exerçant en soins primaires (dans la thèse), 337 dans l'article (médecins hospitaliers en plus)	Evaluer les pratiques des médecins généralistes français de prescription de bilan de santé et de dépistage de la tuberculose, auprès des personnes migrantes	STROBE 22/34 (évalué sur la thèse)		Aucun déclaré	Accord des MG français sur l'interrogatoire et d'un examen clinique, ainsi que sur la prescription des sérologies VIH-VHB-VHC, les pratiques sont beaucoup plus hétérogènes en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose maladie, de l'ITL, des autres IST (syphilis, Chlamydia trachomatis) et des parasitoses. Variations selon l'expérience des médecins et leur mode d'exercice. La population à cibler pour le dépistage de l'ITL reste floue pour la majorité des médecins français malgré l'existence de recommandations nationales et internationales, mais qui restent peu lisibles.
The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, Depression, and PTSD in refugees	Hollifield	2013	Clinic, USA	Article General Hospital Psychiatry	Observationnelle transversale puis prospective	251 réfugiés originaires de 3 pays (Bhoutan, Burma, Irak) consultant à la clinique de Seattle responsable des bilans de santé des réfugiés	Le Refugee Health Screener-15 (RHS-15) a été développé empiriquement pour être un outil de dépistage valide, efficace et efficient des troubles mentaux courants chez les réfugiés.	STROBE 21/34	70%	Aucun déclaré	Le RHS-15 est un outil de dépistage des troubles mentaux courants chez les réfugiés nouvellement arrivés. Il semble être efficace, mais des recherches prospectives dans un plus large éventail de groupes de réfugiés sont nécessaires pour généraliser.
Assessing Severity of Psychological Distress Among Refugees with the Refugee Health Screener, 13-Item Version	Bjarta	2018	Suède, Centre pour demandeurs d'asile	Article The Journal of Nervous and Mental Disease	Observationnelle	Sujets > 18 ans, demandeurs d'asile ou asile récemment accordé (parlant dari, farsi, somali, tigrinya, arabe) n=510	Déterminer si le RHS-13 peut être utilisé comme un moyen de dépistage pour distinguer les niveaux de gravité des symptômes de détresse psychologique	STROBE 19/34	67%	Aucun déclaré	Efficacité du RHS-13 pour identifier les symptômes de détresse mentale liés à l'anxiété, à la dépression et au stress post-traumatique. Seuil de positivité du test à 11.
Patients from abroad becoming torture survivors in everyday practice: torture survivors in primary care	Tamblyn	2010	États-Unis, Clinique de soins primaires	Article Journal of Immigrant and Minority Health	Observationnelle, Cohorte rétrospective	Adultes ayant survécu à de la torture consultante dans une clinique de soins primaires entre 2004 et 2007. N=61	Décrire la population de survivants à la torture, en incluant les problèmes médicaux et psychiatriques pour lesquels ils ont été traités dans le centre de soins primaires, et la relation entre le type de torture et les diagnostics.	STROBE 17/34	58%	Aucun déclaré	Tous les patients ont subi des tortures : 71 % de tortures physiques, 74 % témoins de tortures infligées, 21 % de torture sexuelle. 66% ont des plaintes somatiques (maux de tête, douleurs abdominales) sans signe de maladie organique. 45 % souffrent de dépression majeure, 48 % de SSPT, 31 % de trouble anxieux. 50 % souffrent d'insomnie, 29 % d'hypertension, 14 % de dyslipidémie, 6 % des personnes dépistées sont séropositives au VIH, 32 % ont une tuberculose.
Low levels of vitamin B12 can persist in the early resettlement of refugees: symptoms, screening and monitoring	Benson	2015	Australie, Adélaïde Centre de santé pour migrants	Article Australian Family Physician	Observationnelle prospective	Réfugiés nouvellement arrivés >18 ans et ayant fréquenté le service de santé pour migrants de la ville entre octobre 2011 et novembre 2012 n=136	Documenter l'association entre les dosages de vitamine B12 et les symptômes neuropsychiatriques, et décrire les changements dans les dosages après la réinstallation dans une cohorte de réfugiés.	STROBE 20/34	63%	Aucun déclaré	Pas d'association entre taux de B12 et paramètres sanguins (macrocytose), symptômes neurologiques ou psychologiques. Intérêt du dépistage systématique à discuter.

Chagas Disease among the Latin American Adult Population Attending in a Primary Care Center in Barcelona, Spain	Roca	2011	Royaume-Uni, Centre de santé	Article PLOS Neglected Tropical Diseases IF 4.367	Transversale, observationnelle	Tous patients d'Amérique latine > 14 ans présentés au centre de santé entre octobre 2007 et 2009. n=766	Evaluer la prévalence de l'infection à Trypanosoma cruzi dans la population adulte d'Amérique latine du centre de santé	STROBE 13/34	52%	-	Prévalence chez les patients latino-américains = 2,87% (boliviens = 16,53%). Dépistage de la maladie de Chagas dans des pays non endémiques chez tous les patients d'Amérique latine continentale envisageable si : antécédents épidémiologiques suggestifs, femmes enceintes, immunodépression, symptômes évocateurs ou souhait de dépistage (non objectif principal).
Health screening of newly resettled refugees in a primary care setting	Lacourse	2013	USA, Centre de soins de santé primaire	Article Pediatrics IF 4.23	Descriptive	Patients ayant subi un examen d'admission à la clinique de protection des réfugiés, entre octobre 2008 et octobre 2010 (23 mois) n=77	Examiner les résultats de tests de dépistage sélectionnés pour la tuberculose latente, les parasites des selles, la vitamine D et les maladies évitables par la vaccination	STROBE 12/34	50%	Aucun déclaré	Echantillons de selles positifs pour les parasites chez 40% des réfugiés. 71% Insuffisance en vitamine D (<30 ng/ml). I.T.L diagnostiquée par un TCT> 10 mm chez 64% des patients. 70% non immunisés pour VHB. 71% d'immunité sérologique à rougeole, oreillons et rubéole. 84% d'immunité sérologique pour varicelle.
Etude coût-efficacité											
Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants at primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis	Requena - Méndez	2017	Europe	Article The Lancet Global Health IF 53.254	Etude coût-efficacité, selon un modèle de Markov	Population cible de 100 000 personnes originaires d'Amérique latine, de pays d'endémie de Chagas ; 4,2 % présumés infectés par T. cruzi .	Etablir une évaluation économique du dépistage systématique de la maladie de Chagas chez la population latino-américaine fréquentant des centres de soins de santé primaires en Europe.	-	-	[3] ³	Dépistage de la maladie de Chagas chez des adultes latino-américains asymptomatiques vivant en Europe = stratégie rentable (par rapport au traitement et suivi des patients uniquement symptomatiques)
Tests diagnostiques											
Development and validation of a mental health screening tool for asylum-seekers and refugees: the STAR-MH	Hockin g	2018	Australie. Menée en multicentrique, 36 pays	Article BMC Psychiatry IF 2.666	Evaluation d'un test diagnostique	Adultes arrivés dans un Centre de Ressources pour Demandeurs d'Asile ≤ 6 mois, pas diagnostiqués ou traités pour un trouble psychiatrique depuis leur arrivée	Développer un outil bref, sensible et rapidement administrable par les agents de santé autres que de santé mentale afin de dépister le trouble dépressif majeur et les stress post-traumatiques chez les demandeurs d'asile et réfugiés.	STARD 30/34	90%	Aucun déclaré	Un outil à 9 items avec un temps d'administration médian de six minutes a été généré, comprenant deux items de dépistage « immédiat ». Avec un seuil diagnostique ≥ 2, sensibilité de 93%, spécificité de 75% et précision prédictive de 80,7 %. Validité externe à interpréter avec prudence.
Accuracy of parasitological and immunological tests for the screening of human Schistosomiasis in immigrants and refugees from African countries: An approach with Latent Class Analysis	Beltrama	2017	Royaume-Uni, Centre pour Maladies Tropicales	Article PLOS Neglected Tropical Diseases IF 4.367	Evaluation de tests diagnostics	Demands d'asile africains de tous âges soumis au dépistage de routine de la schistosomiase avec les 4 méthodes comparées n=373	Identifier la stratégie de dépistage plus précise de la schistosomiase dans une zone non endémique	STARD 27/34	79%	Aucun déclaré	Dans un contexte de dépistage, les TDR par ICT devraient être utilisés comme outil de décision pour traiter ou non la schistosomiase. Alternative pratique à considérer : traitement présomptif par Praziquantel de la population à risque.

³ : ES a été soutenu par un fonds de recherche pendant le développement de l'étude: par la Swiss TPH (numéro de subvention OPP1037660); par le Malaria in Pregnancy Consortium, via la Liverpool School of Tropical Medicine (numéro de subvention 46099); les deux étant financés grâce à une subvention de la Fondation Bill & Melinda Gates. Par Imperial College London. Tous les autres auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Validation of a rapid immunochromatographic assay for diagnosis of Trypanosoma cruzi infection among Latin-American migrants in Geneva, Switzerland	Chappuis	2010	Suisse, unité mobile de soins premiers	Article Journal of Clinical Microbiology	Evaluation d'un test diagnostique	999 migrants latino-américains sans papiers vivant à Genève	Évaluer et comparer la performance diagnostique du Stat-Pak de Chagas sur des échantillons de sang et de sérum provenant d'une cohorte de migrants latino-américains originaires de divers pays où la maladie de Chagas est endémique et vivante à Genève	STARD 24/34	70%	[4]	Chagas Stat-Pak : test de diagnostic rapide précis de l'infection à T. cruzi chez migrants latino-américains vivant en Europe. Sensibilité 96 % (IC 95 %, 91 % à 98,3 %), et Spécificité 99,8 % (IC 95 %, 99,2 % à 99,9 %).
Accuracy of Diagnostic Tests for Schistosoma mansoni Infection in Asymptomatic Eritrean Refugees: Serology and Point-of-Care Circulating Cathodic Antigen Against Stool Microscopy	Cherrett	2017	Suisse, Centre pour demandeurs d'asile	Article Infectious Disease IF 9.055	Descriptive, transversale	Primo-arrivants érythréens en Suisse asymptomatiques n=107	Evaluation de 3 méthodes diagnostiques pour S. Mansoni : microscopie des selles, sérologie et test d'urine d'antigène cathodique circulant au point de ponction (POC-CCA)	STARD 23/34	67%	Aucun déclaré	Combinaison de la sérologie et du POC-CCA (antigène cathodique circulant au point de service) plutôt que microscopie des selles comme test diagnostique de S. mansoni.
Recommandations nationales											
Infections tuberculeuses latentes Détection, prise en charge et surveillance	H CSP	2019	Royaume-Uni	Recommandations nationales	Rapport de 14 experts s'appuyant sur bibliographie et recommandations internationales	-	Le HCSP présente les tests de dépistage des ITL et leurs limites. Il détaille la stratégie de dépistage selon les groupes de populations considérés à haut risque (personnes migrantes en faisant partie)	-	-	Aucun déclaré	Le HCSP recommande d'étendre le dépistage aux migrants âgés de 18 à 40 ans dans certaines conditions. Il propose une approche médicoéconomique relative à la prise en charge des ITL susceptible de faciliter la comparaison des pratiques par rapport aux recommandations et ainsi d'identifier les améliorations nécessaires.
Soins et Accompagnement, guide pratique pour les professionnels	COMED	2015	Royaume-Uni	Livre	-	-	-	-	-	-	Recommandations pour la pratique incluse dans les résultats
Guidelines for the U.S. Domestic Medical Examination for Newly Arriving Refugees	CDC	-	USA	Instructions techniques et directives	-	-	Instructions techniques : accord de visa de réfugiés / Directives : aides aux praticiens	-	-	-	-
Refugee New Arrival Medical Screening Checklist Domestic Guidelines Immigrant and Refugee Health CDC	CDC	-	USA	Instructions techniques et directives	-	-	Recommandations cliniques pour une liste de dépistage à appliquer aux migrant	-	-	-	-
Haute Autorité de Santé – Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en Royaume-Uni	HAS	2017	Royaume-Uni	Synthèse de recommandations	Synthèse de l'analyse systématique de la littérature/exploitation statistique des bases de données de l'AM/actualisation de la « cascade VIH »/modélisation économique	-	Evaluer la pertinence de maintenir la stratégie de dépistage proposée par la HAS dans ses recommandations de 2009 dans une logique de rationalisation des coûts	Méthodologie non évaluable	-	-	Dépistage annuel pour populations migrantes provenant d'un pays de forte prévalence (Afrique sub saharienne et Caraïbes). Modalités identiques à population générale : bilan biologique avec test Elisa combiné OU TROD OU auto-test. Différence d'accès selon la structure utilisée (hôpital, dispensaire, structures associatives).
Infectious Disease Assessment for Migrants	HPSC Scientific Advisory Committee	2015	Royaume-Uni	Recommandations nationales	Synthèse de recommandations à travers une revue de la littérature non systématique	-	Donner des orientations appropriées en ce qui concerne l'évaluation des maladies infectieuses courantes chez les migrants.	AGREE 32/86	37%	-	Recommandations de pratique clinique incluses dans les résultats

Dépistage et prise en charge de l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : état des lieux et propositions	HAS	2010	Royaume-Uni	Rapport d'orientation pour établir des propositions (non recommandations)	Revue de la littérature non systématique, état des lieux, évaluation de la pertinence et avis du groupe de travail	-	Etat des lieux des données disponibles / identifier l'ensemble des problèmes posés par la prise en charge diagnostique et thérapeutique / réflexion sur l'opportunité du dépistage et les stratégies envisageables	Méthode non évaluable	-	-	Culture non adaptée à un contexte de dépistage ; si asymptomatique : tests multiplex <i>N. gonorrhoeae</i> /C. trachomatis utilisant les TAA, quel que soit le site du prélèvement (génital, urinaire, pharyngé et anal).
Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i>	HAS	2018	Royaume-Uni	Synthèse de recommandations en Santé Publique	Enquête nationale de pratique / Revue de la littérature non systématique sur les outils de dépistage	-	Ré évaluation de la stratégie de dépistage des infections à Ct, à la demande de la Direction générale de la santé	Méthode non évaluable	-	-	Dépistage opportuniste systématique : femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans, et femmes enceintes ; Dépistage opportuniste ciblé : hommes et femmes sexuellement actives > 25 ans si facteurs de risque, femmes enceintes consultant pour une IVG. Modalités : PCR en temps réel.
Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic de la schistosomose (bilharziose)	HAS	2017	Royaume-Uni	Recommandations nationales	Revue de la littérature non systématique	-	Evaluer la pertinence des propositions des actes et recenser les indications pour lesquels sont proposées des modifications, et les techniques utilisées dans le diagnostic et le suivi de la schistosomose (bilharziose).	-	-	Aucun déclaré	Sérologie pour le diagnostic de la schistosome chez toute personne migrante originaire de zone d'endémie. Pas d'utilité clinique du suivi itératif. Recherche des œufs dans selles ou urine pour le diagnostic d(hors phase d'invasion). Réalisation des 2 tests simultanément. Biopsie si signes cliniques (urinaires, digestif, génitaux) pour lesquels bénéfique/risque à évaluer au cas par cas.
Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B	HAS	2016	Royaume-Uni	Synthèse de recommandations en Santé Publique	-	-	Définir la place des TROD dans le dépistage de l'hépatite B	Méthode non évaluable	-	-	TROD VHB recommandé comme outil de dépistage complémentaire au dépistage biologique dès lors qu'il peut se révéler plus adapté pour atteindre des populations à risque non ou insuffisamment dépistées et éloignées des structures d'accès commun.
Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du <i>Treponema pallidum</i> (bactérie responsable de la syphilis)	HAS	2015	Royaume-Uni	Argumentaire	Revue de la littérature non systématique Analyses des expériences de terrain	Critères d'inclusion des articles : recherche exhaustive de la littérature sur une période donnée, ainsi qu'une analyse de la littérature. N=5	Evaluer la validité du changement d'algorithme de détection de la syphilis	PRISMA 12/27 AMSTAR 6/10	P 60% A 66%	-	Remplacement de l'association systématique d'emblée d'un test tréponémique TT et d'un test non tréponémique TNT par un seul TT sur Ig totales, de type immunoenzymatique (technique ELISA ou apparentées comme l'EIA ou la CMIA), qui sera confirmé par un TNT quantitatif en cas de positivité.
Primary Care for Refugees: Challenges and Opportunities	Mishori	2017	USA	Article American Family Physician	Synthèse de recommandations – Pas de méthodologie	-	Résumer les problèmes fréquemment rencontrés en soins primaires chez les réfugiés nouvellement arrivés	-	-	-	Examen médical dans les 30 j suivant l'arrivée pour tout réfugié. Aide pour surmonter les obstacles aux soins de santé / interprète professionnel qualifié / recherche du paludisme (de régions endémiques avec fièvre) /évaluation de la réactivation de l'ITL (si symptômes) / dépistage de la dépression, de l'anxiété et du SSPT / anémie, HTA, diabète, carences, maladies pulmonaires, surpoids ou obésité / vaccins en l'absence de documentation du statut, sauf pour VZV /VHB (sérologie préalable).

The refugee medical exam: what you need to do	Bishop	2012	USA	Article The Journal of Family Practice	Consensus d'expert	-	Proposer un guide pour apporter des soins compréhensifs, basés sur les recommandations du CDC, les données disponibles et l'expérience	Méthode non évaluable	-	Aucun déclaré	2 évaluations pour les Royaume-Uni et les parasites avec une numération globale différentielle lors du dépistage des infections parasitaires chez les réfugiés. Dépistage VIH chez tous les adolescents et adultes réfugiés. Plombémie chez tous les enfants de 6 mois à 16 ans à leur arrivée aux États-Unis B et 6 mois plus tard.
Public health needs of migrants, refugees and asylum seekers in Europe, 2015: Infectious disease aspects	Semenza	2016	Europe	Article European Journal of Public Health	Qualitative par entretiens d'expert et revue de la littérature non systématique.	-	Evaluer les besoins de santé publique des migrants ou des personnes qui demandent l'asile ou le statut de réfugié	-	-	Aucun déclaré	Nécessité d'établir un système d'accueil pour les migrants nouvellement arrivés avec bilan de santé ; vaccination et dépistage si besoin, sans frais. Favoriser TDR et traitements instantanés. Importance sanitaire de logements adéquats. Éducation à la santé et promotion de la santé.
Haute Autorité de santé – Tests in vitro de dépistage de l'infection tuberculeuse latente par détection de production d'interféron gamma	HAS	2015	Royaume-Uni	Argumentaire	Revue de la littérature	-	Etablir si les données issues de l'analyse critique des recommandations de bonne pratique sont cohérentes avec la demande d'inscription à la Liste des actes et prestations (LAP) pris en charge par le système d'assurance maladie français, des « tests IGRA »	-	-	-	Les tests IGRA constituent une modalité diagnostique (et donc pris en charge) chez : - patient VIH pour le dépistage de l'ITL (renouveler le test IGRA si résultat indéterminé ou négatif) - aide au diagnostic de TBM si forme extra-pulmonaire et/ou diagnostic difficile chez l'enfant. Sinon réaliser IDR pour ITL.
Infections chez les réfugiés adultes	Notter	2016	Suisse	Article Forum Médical Suisse	Revue de la littérature narrative	-	Guide pratique pour les médecins de famille : prise en charge des réfugiés	-	-	Aucun déclaré	Recommandations incluses dans résultats
Vaccinations chez les réfugiés adultes	Tarr	2016	Suisse, chez les médecins généralistes	Article Forum Médical Suisse	Consensus d'experts	-	Recommandations pour une vaccination judicieuse lors du premier contact médical et des consultations suivantes.	-	-	Aucun déclaré	Les réfugiés doivent être considérés comme non vaccinés, sauf si carnet de vaccination. Contrôler les titres d'anticorps pour déterminer le besoin vaccinal n'est pas recommandé. Les réfugiés doivent être vaccinés conformément à la version actuelle du Plan suisse de vaccination de l'Office fédéral de la santé publique. Et prioritaire : le plus rapidement possible (idéalement, dans les quelques jours suivant l'arrivée dans des hébergements collectifs et priorité aux enfants).
Réfugiés traumatisés et victimes de torture au cabinet du médecin de famille	Schwald	2016	Suisse, Croix Rouge	Article Primary and Hospital Care	Consensus de deux experts	Réfugiés	Fournir des informations concrètes pour la pratique des médecins de famille dans le traitement des victimes de torture et de guerre	-	-	Aucun déclaré	Dépister les troubles psychiatriques (angoisse, anxiété, ESPT, douleurs chroniques) fréquentes dans le contexte / Avoir une attitude et un discours ouvert, expliquer les possibilités et les limites, prendre à compte les adaptations culturelles / Approche pluridisciplinaire coordonnée / Si besoin intervention d'un interprète Royaume-Uni

Victimes d'actes de torture et victimes de guerre au cabinet	Kläui	2008	Suisse, Croix Rouge	Article Forum Medical Suisse	Consensus de deux experts	-	Apporter aux médecins quelques connaissances utiles dans leur pratique quotidienne sur les conséquences psychiques et somatiques de la torture et des traumatismes de guerre.	-	-	-	Le suivi des réfugiés traumatisés fait partie des missions du médecin de famille. Dans les situations difficiles, soutien dans les consultations ambulatoires spécialisées pour les victimes de tortures et de guerre
Infectious diseases of specific relevance to newly arrived migrants in the EU EEA	ECDC	2015	Europe	Guide technique à l'attention des agents de santé de soins primaires Sans méthodologie décrite		-	Liste de contrôle de maladies infectieuses, afin de fournir une aide à la pratique	-	-	-	Recommandations incluses dans résultats
Primary care for refugees	Eckstein	2011	USA	Synthèse de recommandations	Pas de méthodologie décrite	-	Proposer un guide pour les médecins de soins premiers s'occupant des réfugiés	-	-	Aucun déclaré	Recommandations pour les généralistes essentiellement basées sur des articles antérieurs à 2009 : évaluation de la situation sociale, recherche de parasitoses si symptômes digestifs, recherche de paludisme si symptômes, appui par un traducteur.
Thèses quantitatives											
Prévalence, morbidité et stratégies de dépistage de la bilharziose chez les migrants originaires de zone D'endémie : revue de littérature et étude descriptive des patients dépistés au Comede entre 2006 et 2009	Petruzzi	2010	Royaume-Uni, Comede	Thèse d'exercice	Revue narrative et étude descriptive	80 patients ayant eu un diagnostic de bilharziose au Comede entre 2006 et 2009	Discuter de l'intérêt d'un dépistage systématique de la bilharziose	STROBE (pour la partie descriptive) 10/34	32% (mais grille peu adaptée)	Aucun déclaré	Dépistage des schistosomiasis pour tout migrant originaire de zone d'endémie. Stratégie la plus appropriée aujourd'hui en Royaume-Uni : association NFS (hyperéosinophilie), sérologie et examen parasitologique des selles et/ou des urines en laboratoire médical expérimenté.
Études qualitatives											
Évaluation d'une stratégie de dépistage multiple, en médecine de premier recours, chez la population migrante Primo-arrivante à Marseille. Étude quantitative auprès des patients consultant à la PASS	Begland	2017	Royaume-Uni, Pass médico-sociale. Marseille.	Thèse d'exercice	Descriptive, transversale, unicentrique	Tous patients migrants primo arrivants et primo consultants à la PASS sur la base du volontariat (hors mineurs) n=100	Enquête de prévalence sur des paramètres de santé cliniques et biologiques au sein d'une population migrante dans une PASS	STROBE 14/34	56%	-	Résultats épidémiologiques inclus dans résultats. Résultats généralisables : intérêt d'un bilan systématique, sensibilisation des professionnels à cette population, stratégie de prévention à développer, accent sur la santé mentale (parent pauvre des maladies dépistées)
Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries	Priebe	2011	Europe, soins primaires et hospitaliers (multicentrique, 16 pays)	Article, Biomed Central	Qualitative par entretiens structurés individuels, avec transcriptions soumises à une analyse de contenu thématique	Praticiens ambulatoires et hospitaliers n=240	Evaluer les difficultés rencontrées par les professionnels lors de soins fournis aux migrants, et ce qu'ils considèrent être une bonne pratique pour surmonter ces problèmes ou limiter leur impact négatif sur la qualité des soins.	COREQ 18/32	56%	Aucun déclaré	1) 8 problèmes : barrières linguistiques/ absence de couverture maladie/ privations sociales et expériences traumatisantes/ manque de familiarité avec le système de soins de santé/ différences culturelles/ conceptions différentes de la maladie et du traitement, attitudes négatives du personnel et des patients et manque d'accès aux antécédents médicaux. 2) éléments de bonne pratique : flexibilité organisationnelle / services d'interprétation/ travail avec les familles et les services sociaux/ sensibilisation culturelle du personnel/ programmes éducatifs et matériel d'information pour les migrants/ relations avec le personnel/ directives claires sur les droits aux soins de différents groupes de migrants.

Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on selecting preventable and treatable conditions	Swinkels	2 0 1 1	Canada	Recommandations canadiennes	Processus de consensus Delphi modifié	Praticiens de soins primaires, via questionnaire (3 tours) n=45	Elaboration de directives cliniques préventives à l'intention des immigrants nouvellement arrivés et des réfugiés au Canada	COREQ 23/32	79%	[5]	20 conditions pour l'élaboration de lignes directrices reflétant les besoins et les priorités des praticiens des soins primaires travaillant avec des réfugiés : maladies infectieuses (x9), chroniques maladie bucco-dentaire, nutrition, baisse d'acuité visuelle, santé maternelle et infantile et santé mentale (x4)
HIV testing in primary care: feasibility and acceptability of provider initiated HIV testing and 129ounselling for Sub-Saharan African migrants	Loos	2 0 1 4	Royaume-Uni, soins primaires	Article, The Guilford Press	Qualitative, par entretiens semi-dirigés et discussion en focus groupe	Omnipraticiens n = 65. Consultants des patients d'ASS et disposé à mettre en œuvre le PITC dans leur pratique	Evaluer qualitativement l'acceptabilité et la faisabilité des médecins généralistes de mettre en œuvre le PITC de manière routinière	COREQ 24/32	75%	-	L'adoption du PITC dans les établissements de soins primaires adaptés aux besoins de la SAM était à la fois acceptable et faisable.
Improving delivery of primary care for vulnerable migrants: Delphi consensus To prioritize innovative practice strategies	Pottie	2 0 1 4	Canada	Article, Canadian Family Physician	Processus de consensus Delphi modifié	Praticiens de soins primaires n=41	Identifier et hiérarchiser les stratégies innovantes pour résoudre les problèmes de santé des populations migrantes vulnérables	COREQ 20/32	74%	Aucun déclaré	Interprétariat, soins interdisciplinaires complets et lignes directrices fondées sur des données probantes sont les trois stratégies de pratique les mieux classées pour faire face aux problèmes de prise en charge des migrants.
General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway – Practice-based shared reflections among participants in focus groups	Hjorleifsson	2 0 1 8	Norvège, soins primaires	Article, J FAM PRACTICE IF 0.534	Qualitative par focus groupes	Médecins généralistes de Bergen n=28	Explorer l'opinion des médecins généralistes norvégiens sur les stratégies qu'ils pourraient utiliser pour rencontrer des patients immigrants	COREQ 23/32	71%	Aucun déclaré	Stratégies de consultation des immigrants apparues : (1) respect et connaissance de la culture des immigrants, (2) préciser le diagnostic et les soins en tenant compte des connaissances épidémiologiques et culturelles, (3) informer sur les soins de santé norvégiens, (4) organiser les ressources (temps, traducteurs et équipes interdisciplinaires).
Pratiques professionnelles en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes hébergées à l'hôtel social : une enquête qualitative auprès de professionnels et structures de soins primaires en Essonne	Masri Sidani	2 0 1 8	Royaume-Uni, Essonne	Thèse d'exercice	Qualitative	Professionnels de santé exerçant à proximité d'un hotel hébergeant des femmes migrantes. N=14	Rendre compte du travail des professionnels de santé de premier recours en santé sexuelle et reproductive	COREQ 30/32	93%	-	Les médecins libéraux enquêtés ne réalisent pas d'acte gynécologique et proposent préférentiellement la pilule comme contraception, par manque de temps et de formation. Ils s'informent peu des conditions de vie des patients et n'adaptent pas leur pratique. Obstacles : langue, absence de couverture sociale. Au CPEF et en PMI, prise en charge médico-psycho-sociale, interprétariat professionnel accessible, choix de la méthode contraceptive plus adapté. Dépistage des violences de genre davantage pratiqué en CPEF qu'en PMI et en médecine libérale.
Prise en charge des patients migrants en médecine générale : étude réalisée dans 2 Centres d'accueil et de soins pour migrants	Matthieu	2 0 1 1	Royaume-Uni, Calais	Thèse d'exercice	Qualitative	17 migrants consultants dans des centres de soins gratuits	Décrire les attentes des migrants quand ils consultent un médecin généraliste.	COREQ 29/32	91%	-	Attentes des migrants participant à l'étude : écoute, respect, besoin d'être rassuré, prise en charge médicale générale, lieu de repos et de discussion. Frein principal : interprétariat entraînant des problèmes de communication dans la relation médecin-patient. Autres obstacles : contexte compliqué de par les conditions de vie, les traumatismes récents et l'insécurité.

Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands: A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners	Teunissen	2015	Pays-Bas	Article, Scandinavian Journal of Primary Health Care IF 1.809	Qualitative par entretiens semi-structurés. Analyse basée sur une méthode comparative constante.	Médecins généralistes n=16	Explorer les points de vue et les expériences des omnipraticiens en matière de reconnaissance, diagnostic et traitement des problèmes de santé mentale des migrants	COREQ 22/32	68%	Aucun déclaré	1) obstacles : faibles taux de consultation/ somatisation des problèmes de santé mentale/ nombre élevé de problèmes annexes/ manque de confiance des personnes sans-papiers envers les professionnels de la santé/ contraintes de temps et difficultés à faire référence aux soins mentaux. 2) solutions évoquées : soins personnalisés/ diriger les patients vers d'autres professionnels de soins primaires (travailleurs sociaux ou des infirmières en soins de santé mentale) plutôt que vers des soins de santé mentale
Textes de lois											
Instruction 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé primo-arrivants	Ministère des solidarités et de la santé	2018	Royaume-Uni	Texte de loi, Instruction	-	-	Encourager la construction de parcours de santé des migrants adaptés aux territoires par une animation de l'offre locale	-	-	-	Conseils de réalisation d'un « Rendez-vous Santé » et modalités d'exécution, inclus dans les résultats
CDC – Medical Examination – Immigrant and Refugee Health	Département américain de la santé et des services à la personne (HHS).	2016	USA	Règle finale (équivalent texte de loi)	-	-	Modifier la réglementation régissant les examens médicaux que les étrangers doivent subir avant de pouvoir être admis aux États-Unis	-	-	-	Points d'évolution des recommandations éditées par le CDC : retrait de 3 infections bactériennes de la liste spécifique des maladies transmissibles d'importance pour la santé publique / Exigence d'une preuve de vaccination / Trouble mental considéré comme diagnostic psychiatrique / Trouble physique comme diagnostic médical
Outils d'aide à la consultation											
WHO Immunization Country Profile	site internet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Migrant health guide: countries A to Z	site internet	-	Royaume-Uni	-	-	-	Guide pratique pour les médecins de famille pour la prise en charge des réfugiés	-	-	-	-
Vaccine Scheduler ECDC	site internet	-	Europe	Recommandations européennes	-	-	-	-	-	-	-

[4] : This work was supported by the Foundation Simon I. Patino, the World Health Organization, the Geneva University Hospitals, and the Faculty of Medicine of the University of Geneva. The authors declare no conflict of interests

[5] : LN : honoraires d'orateur de Glaxo-SmithKline pour une présentation sur la santé des voyageurs. PT, président du comité de surveillance du journal de l'AMC, est coauteur de cet article.

Annexe 3 : Echelle de dépistage des sept éléments de Breslau

1- Depuis les événements, évitez-vous de vous en souvenir en fuyant certains lieux, certaines personnes ou certaines activités? Oui/Non

2- Avez-vous perdu votre d'intérêt pour des activités que vous aimiez pratiquer auparavant? Oui/Non

3- Vous sentez-vous plus isolé ou distant des autres? Oui/Non

4- Trouvez-vous plus difficile d'avoir de l'affection pour d'autres personnes? Oui/Non

5- Avez-vous l'impression qu'il ne sert à rien de faire des plans? Oui/Non

6- Avez-vous plus de mal qu'auparavant à vous endormir ou à demeurer endormi? Oui/Non

7- Êtes-vous plus nerveux ou plus susceptible de sursauter en cas de bruit ou de mouvement banal? Oui/Non

Annexe 4 : Echelle de dépistage des troubles de stress post-traumatique en soins de première ligne

Dans votre vie, avez-vous déjà vécu une expérience aussi effrayante, horrible ou bouleversante qu'au cours du dernier mois, vous...

1. Avez-vous fait des cauchemars ou y avez-vous pensé quand vous ne le vouliez pas?

OUI NON

2. Vous avez essayé de ne pas y penser ou vous avez tenté d'éviter les situations qui vous le rappelaient?

OUI NON

3. Avez-vous été constamment sur vos gardes, vigilant ou facilement surpris?

OUI NON

4. **Vous vous** êtes senti engourdi ou détaché des autres, des activités ou de votre entourage?

OUI NON

Annexe 5 : PHQ 9

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NAME: _____ DATE: _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
(use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself...or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself	0	1	2	3


add columns + +

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card). TOTAL:

10. If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	Not difficult at all	_____
	Somewhat difficult	_____
	Very difficult	_____
	Extremely difficult	_____

Copyright © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc. A2663B 10-04-2005

Annexe 6 : RHS 15



**PATHWAYS
TO
WELLNESS**
Integrating Refugee Health and Well-Being

Refugee Health Screener-15 (RHS-15) French Version

Bilingual versions of the RHS-15 have been translated by an iterative process involving experts in the field, professional translators, and members of the refugee community so that each question is asked correctly according to language and culture. The English text is provided for reference only; using the English alone negates the sensitivity of this instrument.

DEMOGRAPHIC INFORMATION

Name: _____ Date of Birth: _____

Gender: _____ Date of Arrival: _____ Health ID: _____


Administered by: _____ Date of Screen: _____

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.I. Murdoch Charitable Trust. Production of the French RHS-15 was made possible by the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

© 2013 Pathways to Wellness. Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Astan Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hofffield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

LE DEPISTAGE MEDICAL DU REFUGIE (RHS-15)
REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)



DATE: _____

INSTRUCTIONS: Veuillez indiquer le point auquel vos symptômes vous ont dérangé ce mois dernier en utilisant l'échelle qui se trouve à côté de chaque symptôme. Cochez la colonne qui convient. Si vous n'avez pas eu ce symptôme au cours du mois dernier, alors cochez "PAS DU TOUT."

INSTRUCTIONS: Using the scale beside each symptom, please indicate the degree to which the symptom has been bothersome to you over the past month. Place a mark in the appropriate column. If the symptom has not been bothersome to you during the past month, circle "NOT AT ALL."

	PAS DU TOUT NOT AT ALL	UN PEU A LITTLE BIT	ASSEZ MODERATELY	BEAUCOUP QUITE A BIT	EXTRÊMEMENT EXTREMELY
1. Douleurs des muscles, des os, des articulations <small>Muscle, bone, joint pains</small>	0	1	2	3	4
2. Se sentir abattu(e) ou triste <small>Feeling down, sad, or blue most of the time</small>	0	1	2	3	4
3. Penser excessivement ou avoir trop de pensées <small>Too much thinking or too many thoughts</small>	0	1	2	3	4
4. Se sentir impuissant(e) (incapable) <small>Feeling helpless</small>	0	1	2	3	4
5. Etre soudainement effrayé(e) sans cause <small>Suddenly scared for no reason</small>	0	1	2	3	4
6. Vertige, affaiblissement ou vous sentir comme si vous alliez vous évanouir <small>Faintness, dizziness, or weakness</small>	0	1	2	3	4
7. Nervosité, instabilité ou tremblement à l'intérieur du corps <small>Nervousness or shakiness inside</small>	0	1	2	3	4
8. Se sentir agité(e), ne pas pouvoir rester tranquille <small>Feeling restless, can't sit still</small>	0	1	2	3	4
9. Pleurer facilement <small>Crying easily</small>	0	1	2	3	4

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.I. Murdoch Charitable Trust. Production of the French RHS-15 was made possible by the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

© 2013 Pathways to Wellness Integrating Refugee Health and Well-Being
Pathways to Wellness Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Astan Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hofffield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

ID# _____
DATE: _____

LE DEPISTAGE MEDICAL DU REFUGIE (RHS-15)
REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)



Les symptômes suivant peuvent être liés aux expériences traumatisantes (moments difficiles) vécues pendant la guerre et votre déplacement à cause de la guerre. Combien de fois, au cours du mois dernier, avez-vous:

The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:

SYMPTOMES SYMPTOMS	PAS DU TOUT NOT AT ALL	UN TOUT A LITTLE BIT	A MOYEN MODERATELY	BEAUCOUP GREAT DEAL	EXTREMEMENT EXTREMELY
-----------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	------------------------	--------------------------

10. Eu l'expérience de revivre le traumatisme (moment difficile), ou avez agi ou senti que vous reviviez ces moments difficiles?
Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again? 0 1 2 3 4
11. Eu des réactions PHYSIQUES (par exemple: transpiration ou battements de cœur plus rapides) quand vous vous rappelez du traumatisme (moment difficile)?
Been having physical reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma? 0 1 2 3 4
12. Eu le sentiment de ne sentir aucune émotion ou de sentir émotionnellement insensible (par exemple, vous sentir triste sans pouvoir pleurer ou incapable d'avoir des sentiments affectueux)?
Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)? 0 1 2 3 4
13. Été plus nerveux(se) ou sursauté plus facilement (par exemple, quand quelqu'un vous approche par derrière)?
Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)? 0 1 2 3 4

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.I. Mardock Charitable Trust. Production of the French RHS-15 was made possible by the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.
© 2013 Pathways to Wellness Integrating Refugee Health and Well-Being
Pathways to Wellness Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@canw.org.

ID# _____
DATE: _____

LE DEPISTAGE MEDICAL DU REFUGIE (RHS-15)
REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)

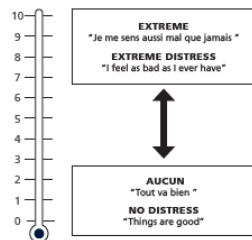


14. Entourez l'une des meilleures réponses ci-dessous. Sentez-vous que :
Circle the one best response below. Do you feel that you are:

- | | |
|--|---|
| Vous parvenez à surmonter ou vaincre tout ce qui vous arrive
Able to handle (cope with) anything | 0 |
| Vous parvenez à surmonter ou vaincre la plupart des choses qui vous arrivent
Able to handle (cope with) most things | 1 |
| Vous parvenez à surmonter ou vaincre certaines choses, mais incapable d'en surmonter d'autres
Able to handle (cope with) some things, but not able to cope with other things | 2 |
| Vous ne parvenez pas à surmonter ou vaincre la plupart des choses
Unable to cope with most things | 3 |
| Vous ne parvenez pas à rien surmonter
Unable to cope with anything | 4 |

Add Total Score of items 1-14

15. Echelle de Problèmes Emotionnels (Soucis)
Distress Thermometer



S'il vous plaît entourez le numéro (0-10) qui décrit les mieux de les problèmes émotionnels (soucis) que vous avez ressent pendant cette dernière semaine y compris aujourd'hui.

Please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week, including today.

SCORING SCREENING IS POSITIVE IF: ITEMS 1-14 IS ≥12 OR DISTRESS THERMOMETER IS ≥5

CHECK ONE: POSITIVE NEGATIVE SELF-ADMINISTERED NOT SELF-ADMINISTERED

LEGAL NOTICE 2013 © Pathways to Wellness Integrating Refugee Health and Wellbeing. Pathways to Wellness is a partnership of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle and King County and Michael Hollifield, MD of Pacific Institute for Research and Evaluation. All Rights Reserved.

Annexe 7 : Boite à outils pour aller plus loin en consultation, liste non exhaustive

A propos des pathologies parasitaires digestives :

Pays sources de schistosomiasis selon les recommandations australiennes

Angola	Gambia	Oman
Benin	Ghana	Rwanda
Brazil	Guinea	Santa Lucia
Burkina Faso	Guinea-Bissau	Sao Tome and Principe
Burma	Indonesia	Saudi Arabia
Burundi	Iraq	Senegal
Cambodia	Kenya	Somalia
Cameroon	Lao People's Democratic Republic	South Africa
Central African Republic	Liberia	South Sudan
Chad	Libya	Suriname
China	Madagascar	Swaziland
Congo	Malawi	Syria*
Côte d'Ivoire	Mali	Togo
Democratic Republic of the Congo	Mauritania	Uganda
Egypt	Mozambique	United Republic of Tanzania
Equatorial Guinea	Namibia	Venezuela (Bolivarian Republic of)
Eritrea	Niger	Yemen*
Ethiopia	Nigeria	Zambia
Gabon	Philippines	Zimbabwe

*These countries have had significant decreases in disease incidence due to WHO control programmes, but disease is still prevalent.

Liens internet suisses d'aide pour la prise en charge des troubles de santé mentale, liés ou non à la torture :

A propos de la prise en charge des troubles de santé mentale, liés ou non à la torture (source Suisse)

- Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre :

<http://www.redcross.ch/fr/node/3635>

- Amnesty international : <http://amnesty.ch/fr/themes/torture>

- Organisation Mondiale contre la Torture : <http://www.omct.org>

- Sous-comité pour la prévention de la torture des Nations Unis :

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/OPCAT/Pages/OPCATIndex.aspx>

A propos de la tuberculose :

- une aide à l'utilisation des IDR IGRA <http://www.tstin3d.com/index.html>

- un référencement de la liste des CLAT : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/tuberculose/notre-action>

- sur les actualités et prévalence mondiale de la tuberculose :

<https://www.who.int/topics/tuberculosis/fr/>

A propos de la vaccination :

En France le site <https://www.mesvaccins.net/> propose des carnets de vaccinations électroniques, sur un espace que le patient crée. Il peut ainsi noter ces vaccinations et les faire valider par un professionnel. Des centres de vaccinations ont des logiciels reliés à ce site (exemple; Colibri), ainsi l'information est consignée dans le dossier patient du centre de vaccination et dans un carnet électronique accessible par le patient avec un accès internet.

A propos des mutilations sexuelles féminines :

- des recommandations de l'OMS :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206440/WHO_RHR_16.03_fre.pdf?ua=1

- le guide réalisé par Gynécologie sans frontière “Le Praticien face aux mutilations sexuelles féminines”, pour aller plus loin <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>.

Ces documents ne font toutefois pas de distinction entre population migrante ou résidente dans le pays concerné par ces pratiques.

Site des recommandations du Royaume Uni classé par pays :

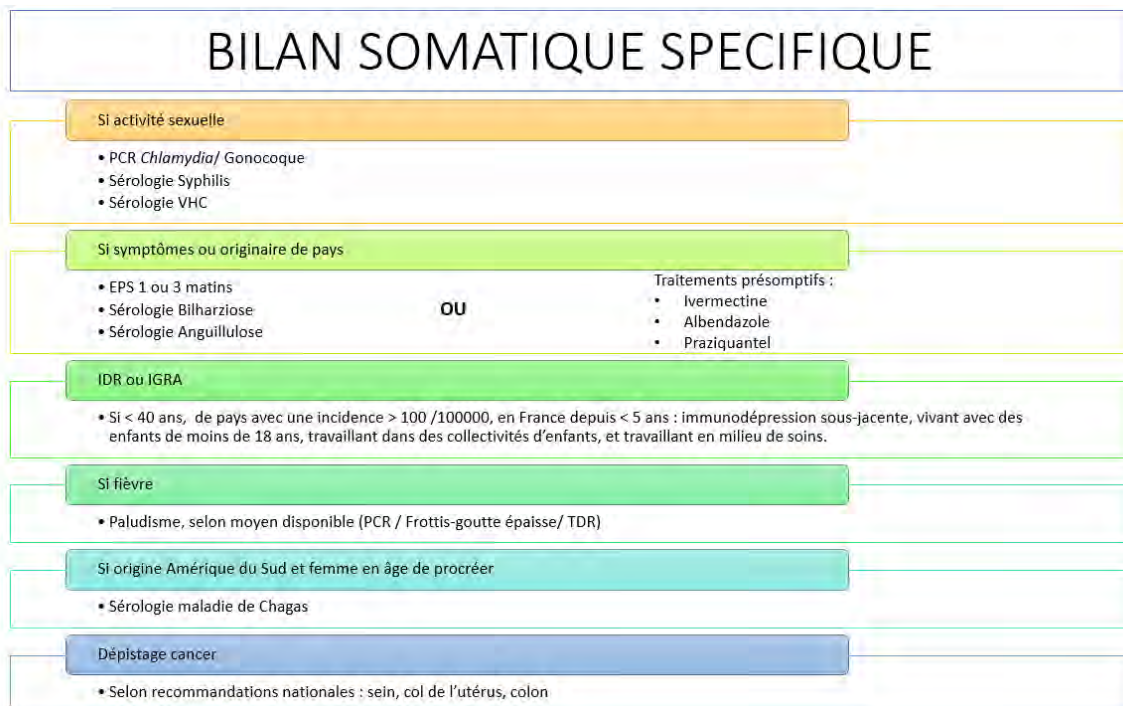
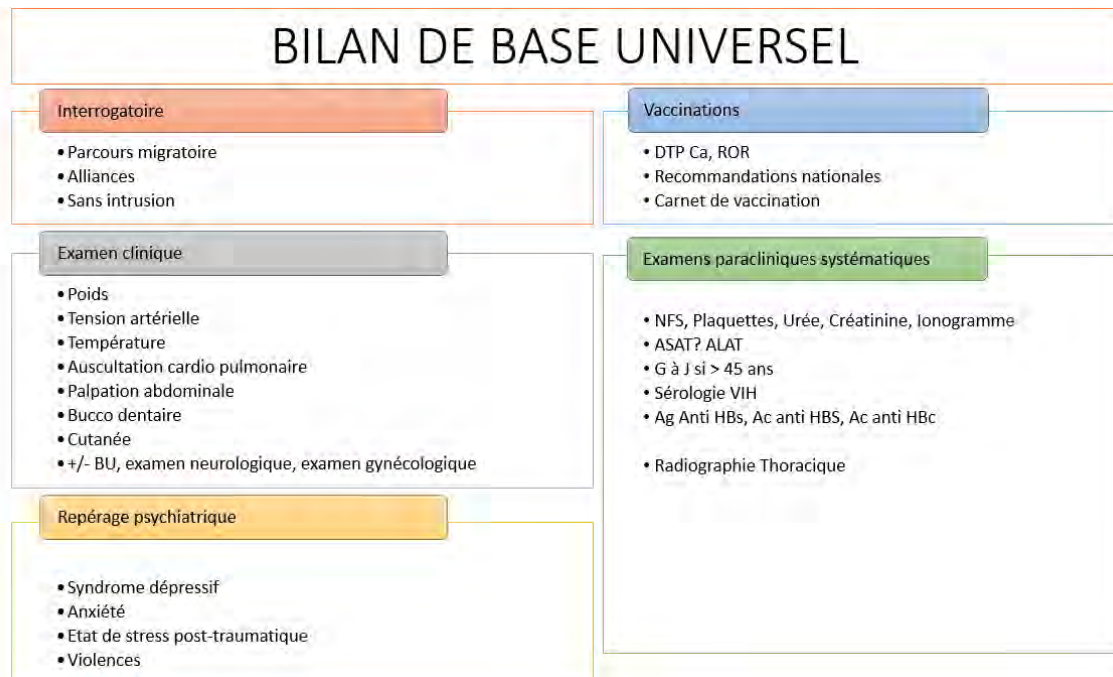
<https://www.gov.uk/government/collections/migrant-health-guide-countries-a-to-z>

Annexe 8 : PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Validation
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	X
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	X
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	X
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	X
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	X
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	X
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	X
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	X
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	X
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	X
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	X
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	X
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	NA
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I ²) for each meta-analysis.	NA

Section/topic	#	Checklist item	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	NA
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	NA
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	X
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	X
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	X
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	X
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	NA
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	NA
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	NA
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	X
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	X
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	X
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	X

Annexe 9 : Bilan de base universel et bilan somatique spécifique



Bilan médical initial en soins primaires des migrants arrivant sur le territoire français : revue systématique de la littérature

Contexte : La santé des migrants est un enjeu en termes de santé publique et de dignité d'accueil pour les prochains mois tant le phénomène migratoire s'amplifie.

Objectif : L'objectif de ce travail est de déterminer les données probantes sur lesquelles s'appuyer pour réaliser un bilan médical initial commun en soins primaires des migrants arrivants sur le sol français.

Méthode : Revue systématique de la littérature, incluant des articles publiés entre janvier 2009 et juin 2019, réalisée selon les recommandations PRISMA. Les bases de données PubMed, Cismes, LISSA, EM Premium, Scopus, Web of science, Cochrane, Pascal et Francis, Base de données de Santé Publique ont été explorés au moyen d'équations de recherche. Chaque étape de sélection a été réalisée indépendamment par deux chercheuses. Des grilles d'évaluations ont permis d'apprécier la qualité de chaque article. Sur 2134 articles, 70 articles ont été inclus dans l'analyse descriptive.

Résultats : Les modalités du bilan médical initial sont hétérogènes entre les recommandations internationales. Les interventions principales en France peuvent être : l'interrogatoire adapté au parcours migratoire du patient, l'examen clinique complet et orienté, sans négliger la recherche de signes physiques de violences, un bilan biologique systématique (NFS, ionogramme, urée, créatinine, ASAT, ALAT); le repérage des troubles de la santé mentale et le lien avec les structures de suivi; le bilan des pathologies infectieuses, chroniques, de la santé de la femme avec une contraception adaptée, et la mise à jour des vaccinations.

Conclusion : Les modalités de ce bilan initial doivent faire l'objet de recommandations officielles à des vues d'uniformisation des pratiques, et d'amélioration des conditions d'arrivée des patients migrants.

Initial medical check-up in primary care for migrants in France: systematic review of the literature

Background: The health of migrants continues to be a challenge to both public health and the dignity of the host country as the migration phenomenon grows.

Objective: The aim of this work is to gather data to form the basis of a common initial medical check-up protocol in the primary care of migrants arriving on French territory.

Study design: A systematic review of the literature, including articles published between January 2009 and June 2019, was conducted according to the PRISMA recommendations. The databases PubMed, Cismes, LISSA, EM Premium, Scopus, Web of science, Cochrane, Pascal and Francis, Public Health Database were explored using designed search procedures. Each selection step was carried out independently by two researchers. Evaluation grids were used to assess the quality of each article. Of the 2134 articles examined, 70 were included in the final descriptive analysis.

Results: The methods used to carry out the initial medical check-ups are heterogeneous among the various international recommendations. The main interventions in France are : questioning adapted to the patient's migratory path, a complete and directed clinical examination, including a search for physical signs of violence, a systematic biological check-up (CBC, ionogram, urea, creatinine, ASAT, ALAT) ; identification of mental health disorders and a link to follow-up procedures; an assessment of infectious, chronic and women's health pathologies with adapted contraception, and an updating of vaccinations.

Conclusion: The modalities of this initial assessment should be the subject of official recommendations with a view to standardising practices and improving the conditions of arrival of migrant patients. Future work could focus on the cost of such a health check-up, its application in practice in primary care centres and paediatric care.

Discipline: Médecine générale

Mots-clés: Migrants – Bilan médical – Soins primaires – Médecin généraliste – France

Keys Words: Migrants – Medical check-up – Primary care – General practitioner – France

UFR des Sciences médicales 146 rue Léo Saignat – Case 16 – Espace Santé – 33076 BORDEAUX

Faculté de Médecine de Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France