



PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS À LEUR ARRIVÉE EN FRANCE

Document à destination des médecins généralistes
Réalisé par le Centre Fédératif Prévention Dépistage
Juin 2023

CHU de Nantes

LA TUBERCULOSE (TB)

INDICATIONS DU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE LA TB CHEZ LES MIGRANTS

QUI DÉPISTE-T-ON ?

Les personnes originaires d'un pays de forte endémie tuberculeuse (incidence TB > 40/10⁵ hab.)*

La liste actualisée des pays de haute endémie de tuberculose (incidence annuelle de tuberculose maladie >40/100 000 hab.) ainsi que celle de l'incidence de la tuberculose dans le monde par pays, selon les estimations de l'OMS, peuvent être consultées sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/tuberculose/donnees/#tabs> (tableaux 12 et 13)

Calendrier vaccinal 2023 ; Avis du HCSP 18/05/2018 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=668>

QUAND FAIRE LE DÉPISTAGE ?

- Dès l'arrivée en France (dans les 4 mois suivant l'arrivée en France)
- Rattrapage et suivi : dans les cinq ans suivant le départ de la zone à risque mais non recommandé après.

QUE DÉPISTE-T-ON ?

LA TUBERCULOSE MALADIE (TM)

C'est la forme active de l'infection par le BK (Bacille de Koch). Elle peut toucher tous les organes, mais la **forme la plus courante et contagieuse est l'atteinte des voies respiratoires** (80% des cas de TM, par atteinte essentiellement des poumons, mais aussi des bronches et/ou du larynx).

- Interrogatoire + examen clinique + radio thorax de face systématiques
- Autres examens selon points d'appel (BK crachats...)

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire

L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL)

L'ITL témoigne d'une exposition avec infection par le BK. Cette infection est toutefois contrôlée par la réponse immunitaire qui empêche la multiplication et la propagation du bacille. A ce stade, le patient est généralement asymptomatique et toujours **non contagieux**.

L'ITL est à déclaration obligatoire pour les enfants de moins de 18 ans.

Le risque de passage de l'ITL à la maladie est d'environ :

- 10% chez l'adulte immunocompétent (soit 90% des cas qui ne développeront jamais de TM de leur vie)
- 30 à 50 % chez les enfants âgés de moins de 2 ans et les immunodéprimés.

Ce risque peut être diminué d'environ 70% par le prise d'un traitement antituberculeux prophylactique.

On la dépiste par l'intermédiaire de **tests indirects** qui explorent la réponse immunitaire à l'infection :

- **test cutané à la tuberculine par IDR** (mesure du diamètre transversal de l'induration à 48-72h)
- **test sanguin IGRA (*)** (Interferon Gamma Releasing Assay) (*Quantiferon®*, *T-SPOT TB®*) :

IGRA () : très spécifiques de l'infection tuberculeuse et n'interagissent pas avec la vaccination BCG. Remb. S.S à 60% et uniquement pour les enfants de moins de 15 ans. Dans les autres cas, si nécessaire et sur décision médicale spécialisée, ils peuvent être réalisés et pris en charge au CLAT.*

INDICATIONS D'UNE CONSULTATION SPÉCIALISÉE AU CLAT

- **ATCD de tuberculose**, personnel ou entourage proche
- **Immunodépression** (pathologie ou thérapeutique)
- **Symptômes évocateurs de TB** (évolution depuis plusieurs semaines, parfois très discrets), tels que :

Signes généraux

- Altération de l'état général : asthénie, anorexie, amaigrissement
- Fièvre plus ou moins élevée
- Sueurs nocturnes abondantes, qui trempent les draps

Signes locaux

- Formes respiratoires
 - Toux prolongée, résistante aux antibiotiques habituels

NB : une radio de thorax est recommandée devant toute toux chronique (>1 mois)

 - Expectorations plus ou moins sales

Parfois : hémoptysies, dyspnée, douleurs thoraciques
- Formes extra-respiratoires
 - Les symptômes sont fonction de la localisation (adénopathies, douleurs vertébrales...)

- **Anomalies radiologiques évocatrices de tuberculose**

DÉPISTAGE DE LA TB CHEZ LES MIGRANTS PRIMO ARRIVANT DE PAYS DE FORTE ENDÉMIE (INCIDENCE DE LA TB > 40/10⁵) ET CONDUITES A TENIR SELON LES RESULTATS

Test (sert seulement au dépistage de l'ITL) = IDR ou IGRA; Test négatif = IDR < 5 mm ou IGRA négatif
Si IDR ne permet pas de conclure: possibilité de faire IGRA soit le jour de la lecture de l'IDR, soit au moins 1 mois après
Suivi clinico-radiologique : examen clinique + radio de thorax de face

EN CAS DE SUSPICION DE TB OU D'ATCD CONNU DE TB OU D'INFECTION TUBERCULEUSE, IL N'Y A PAS LIEU DE RÉALISER DE TEST PAR IDR OU IGRA

	< 10 ans	10-17 ans	≥ 18 ans
Modalités de dépistage <i>d'après les recommandations françaises (1)</i>	• Clinique • Test • RP (possibilité de faire test en 1^{ère} intention et RP seulement si test positif)	• Clinique • RP • Test	• Clinique • RP • +/- Test : indication optionnelle. A proposer dans certains cas seulement (1) et si intention de mise en place d'un traitement préventif en cas d'ITL
Conduite à tenir selon les résultats <i>(propositions faites par CFPD44)</i>	Test négatif : stop suivi et vaccination BCG en l'absence d'ATCD de BCG (écrit ou cicatrice vaccinale)	Test et RP négatifs : • stop suivi • si moins de 15 ans : +/- vaccination BCG en l'absence d'ATCD de BCG (écrit ou cicatrice vaccinale)	RP normale : Suivi clinico-radiologique annuel pendant les 2 ans suivant le départ de la zone de forte endémie • <u>Si indication test</u> : ☐ Test négatif: stop suivi ☐ IDR entre 5 et 9 mm : Suivi radio annuel pendant les 2 premières années de vie en France ☐ IDR de 10 à 14 mm : faire IGRA ☐ IDR ≥ 15mm ou phlycténulaire ou IGRA + : avis CLAT
	• IDR de 5 à 9 mm : <u>Vacciné</u> : stop suivi si RP normale <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : ☐ Si âge < 2 ans : Avis pédiatrique ou Faire IGRA + RP si non faite ☐ Si âge ≥ 2 ans : Faire IGRA + RP si non faite • IDR de 10 mm à 14 mm <u>Vacciné</u> : ☐ Si âge < 2 ans : Avis pédiatrique ☐ Si âge ≥ 2 ans : Faire IGRA + RP si non faite <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : RP et avis pédiatrique ou CLAT pour tous • IDR ≥ 15 mm ou phlycténulaire ou IGRA positif : RP et avis pédiatrique ou CLAT pour tous	RP normale et : • IDR de 5 à 9 mm : Suivi clinico-radio à 1 et 2 ans quel que soit le statut vaccinal BCG • IDR de 10 mm à 14 mm Faire IGRA • IDR ≥ 15 mm ou phlycténulaire ou IGRA positif : avis pédiatrique ou CLAT pour tous	
	CLINIQUE ET /OU RP évocatrice de TB : orientation vers le CLAT		

(1) D'après les Recommandation du HCSP mai 2019 : Infections tuberculeuses latentes – Détection, prise en charge et surveillance : Indication au dépistage de l'ITL pour les jeunes migrants de 18-39 ans ET Incidence TB dans le pays d'origine est > 100/10⁵, et le plus tôt possible après l'arrivée et pas après 5 ans de vie en France, ET uniquement dans les conditions suivantes (au choix): Immunodépression sous-jacente OU Vit avec enfants de – de 18 ans OU Travail dans collectivités d'enfants OU Travail en milieu de soins.

RATTRAPAGE VACCINAL

Toutes les doses de vaccins reçues comptent indépendamment du délai écoulé depuis la dernière dose reçue dès lors que l'âge minimal, l'intervalle minimal entre les doses et la dose d'antigène recommandée pour l'âge ont été respectés.

	≤ 2 ans	3- 5 ans	6-10 ans	11-13 ans	14-15 ans	≥ 16 ans
Vaccination DTCP+/-Hib	Vaccin pentavalent (DTCaPHib) (M0)		Vaccin tétravalent (DTCaP) (M0)		Vaccin dTcaP (M0)	
	1 mois plus tard sérologie Tétanos (M1)					
	Conduite à tenir en fonction de la sérologie • ≥ 1 UI/ml = réponse anamnétique → Pas de dose supplémentaire* • 0,1 à 1 UI/ml = schéma antérieur possiblement incomplet → Refaire une dose 6 mois plus tard (pour les personnes de 14 ans et plus, on complètera avec un dTP)* • < 0,1 UI/ml = n'a probablement jamais été vacciné → Refaire une dose à 2 mois et à 8-12 mois après la 1^{re} dose (pour les personnes de 14 ans et plus, on complètera avec un dTP)* * puis prévoir la date du prochain rappel selon le calendrier vaccinal en vigueur					
	<u>A chaque grossesse</u> : dTcaP entre 20 et 36 SA					
Pneumo (Prévenar 13)	• De 2 à 11 mois : M0-M2-M11 • De 12 à 23 mois : M0-M2					
ROR	• 2 injections aux âges de 12 mois et 16 mois • Rattrapage : les personnes de plus d'un an, nées après 1980 doivent recevoir 2 doses de vaccin ROR, à 1 mois d'intervalle, quels que soient les antécédents vis-à-vis des 3 maladies. La sérologie VIH doit être négative, mais une sérologie rougeole préalable n'est pas nécessaire.					
Méningite B	• Primovaccination de 2 doses à 2 mois d'intervalle puis : • Si PV de 2 à 11 mois : une dose de rappel à partir de l'âge de 12 mois à 2 mois d'intervalle • Si PV de 12 à 23 mois : une dose de rappel avec 12 à 23 mois d'intervalle					
Méningite C	• De 5 à 11 mois : 1 dose puis une dose à partir de 12 mois avec 6 mois d'intervalle • De 12 mois à 24 ans : 1 seule dose quelques soient les antécédents vaccinaux					
Hépatite B	Faire une sérologie incluant les 3 marqueurs : Ac antiHBs, Ac antiHBe et Ag HBs <i>En même temps que la sérologie tétanos et que les sérologies VIH, hépatite C, syphilis +/- varicelle</i>					
	Si sérologie négative (= 3 marqueurs négatifs) :					
	Vaccination avec vaccins enfants : M0-M1-M6			Vaccination avec vaccins adultes : M0-M6		Vaccination avec vaccins adultes : M0-M1-M6
	Si sérologie positive (= un des marqueurs positif) : <i>Cf. interprétation et conduite à tenir avec le tableau hépatite B ci-contre</i>					
HPV				Vaccin nonavalent, selon l'âge de l'initiation : • Entre 11 et 14 ans révolus : M0-M6 • Entre 15 et 19 ans révolus : M0-M2-M6 • HSH[°] jusqu'à 26 ans révolus : M0-M2-M6 [°] HSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes		
COVID Grippe	Selon les recommandations en vigueur					

DÉPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

LES SÉROLOGIES (à réaliser en même temps que la sérologie tétanos)

- VHB : Anticorps (Ac) antiHBs, Ac antiHBc , Antigène (Ag) HBs
- VHC
- VIH
- Syphilis : TPHA/ELISA/EIA
- Varicelle entre 12 et 40 ans en l'absence d'antécédent : vacciner si sérologie négative

AIDE À L'INTERPRÉTATION DES DIFFÉRENTES SÉROLOGIES

(en dehors de contacts récents < 3 mois)

HÉPATITE B

RÉSULTATS DE LA SÉROLOGIE			INTERPRÉTATION ET CONDUITE À TENIR
Ac antiHBs en UI/L	Ac antiHBc	Ag HBs	
< 10	-	-	Patient probablement non protégé contre le VHB • Si jamais vacciné : faire un schéma complet • Si déjà vacciné : compléter le schéma vaccinal avec les doses manquantes • Si statut inconnu : vaccination avec 3 doses ou administrer une dose puis titrer les Ac antiHBs 4 à 8 semaines plus tard
10 < Ac < 100	-	-	Immunité acquise par la vaccination • S'il a eu ses 3 injections (avec un schéma classique M0-M1-au-delà de M6) : patient protégé • Sinon, compléter les doses manquantes en respectant les intervalles du schéma recommandé (1 mois entre 1^è et 2^è dose, 5 mois entre 2^è et 3^è dose) • Si statut vaccinal inconnu : compléter avec 2 doses à 6 mois d'intervalle
> 100	-	-	Patient immunisé par vaccination
> 10	+	-	Patient immunisé par infection ancienne
< 10	+	-	Contact avec le virus hépatite B : faire bilan hépatique (BH) • BH normal et personne immunocompétente : contrôle sérologique à 6 mois pour vérifier l'apparition ou non des Ac anti-HBs → Aucune vaccination à réaliser • BH perturbé ou immunodépression ou grossesse ou professionnel de santé : PCR VHB (Si PCR positive : Programmer une consultation spécialisée (maladies infectieuses ou hépato-gastro-entérologie)
< 10	+	+	Hépatite B active : consultation spécialisée (maladies infectieuses ou hépato-gastro-entérologie)

HÉPATITE C

Si la sérologie est négative, le patient n'a eu aucun contact avec le virus.

Si la sérologie est positive, il s'agit soit d'une cicatrice d'un contact avec le virus, soit d'une maladie active.

➔ Faire PCR VHC :

- Si PCR négative : contact ancien et guérison
- Si PCR positive : maladie active. Programmer une consultation spécialisée (maladies infectieuses ou hépato-gastro-entérologie)

VIH

Si la sérologie est positive, faire un contrôle sur un nouveau prélèvement et adresser le patient en consultation spécialisée (maladies infectieuses)

Tout résultat IST positive doit amener au dépistage des autres IST (ex. : PCR chlamydiae et gonocoque)

DÉPISTAGE DES PARASITOSE

LE BILAN BIOLOGIQUE

À faire de façon systématique pour les personnes originaires de pays de forte endémie

- **NFS-plaquettes** à la recherche d'une hyperéosinophilie (et/ou d'une anémie)
- **Pour les migrants originaires du continent africain**
 - **Sérologies :**
 - **bilharziose** pour les migrants issus d'Afrique sub-saharienne ou d'Egypte,
 - **filariose** pour ceux issus d'Afrique centrale,
 - **anguillulose** si hyperéosinophilie ou suspicion clinique chez migrants originaires d'Afrique sub-saharienne, Amérique du Sud et Asie du Sud-Est
 - **Examens parasitologiques des selles** (spécifier sur l'ordonnance « avec recherche de larves d'anguillules et schistosoma ») : 3 prélèvements espacés de quelques jours, selles fraîchement émises
 - **Examens parasitologiques des urines si indication de recherche de bilharziose**: 3 prélèvements espacés de quelques jours, après un petit effort physique (sauter sur place, monter/descendre les escaliers, courir...)

NB : en cas de positivité d'un des examens, vous pouvez orienter le patient en consultation dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Nantes ou de médecine interne/infectiologie de l'Hôpital Privé Le Confluent ou de médecine polyvalente du CH de Saint-Nazaire ; en consultation d'infectiologie pédiatrique du CHU de Nantes ou du CHD de La Roche Sur Yon.

DEPISTAGE DES MALADIES CHRONIQUES

- Ionogramme sanguin, créatinine, NFS, transaminases
- Glycémie à jeun si FdR
- Dépistages organisés selon recommandations nationales (frottis, mammographie, hemocult)
- Bilan dentaire au centre de soins dentaires du CHU de Nantes

PEDIATRIE

EXAMEN CLINIQUE

- Prise de tension artérielle et BU (protéinurie) si > 6 ans
- Dépistages visuels et auditifs à organiser (PMI, médecin traitant...)
- Dépistage de troubles du développement/comportement -> à adresser
- Recherche de maladies chroniques et malformations sous-jacentes (souffle cardiaque etc)
- Consultation dentaire annuelle

BILAN BIOLOGIQUE

- Ionogramme sanguin, urée créatinine, NFS, transaminases
- Sérologies VIH VHB VHC, parasitoses selon FdR (cf ci-dessus)
- Quantiféron, RP (cf p3)
- Sérologies syphilis si suspicion infection congénitale, VZV si >12 ans sans antécédent connu
- Dosage de la plombémie si < 5 ans
- Electrophorèse de l'hémoglobine si antécédent familial ou anémie sans carence martiale
- bHCG, PCR chlamydia gonocoque si FdR

COORDONNEES UTILES DANS LE DEPARTEMENT 44

CENTRE FÉDÉRATIF PRÉVENTION DÉPISTAGE 44 (CFPD44)

COORDINATION :

CHU de Nantes - Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 08 70 93
Fax : 02 40 08 71 67
Mail : cfpd44@chu-nantes.fr

CENTRE DE RECOURS NANTES

• CVP CHU de Nantes
Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 08 74 57
Fax : 02 40 08 70 75

• CeGIDD CHU de Nantes
Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 08 31 19
Fax : 02 40 08 70 94

• Clat CHU de Nantes
Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 73 18 62
Fax : 02 53 48 29 38
Mail : clatnantes@chu-nantes.fr

UNITÉ TERRITORIALE DE ST-NAZAIRE:

• CVP / CH de Saint Nazaire
cité sanitaire
11 bd Georges Charpak
44606 Saint Nazaire
Tel : 02 72 27 84 32
Mail : vaccination.polyvalente@ch-saintnazaire.fr

• CeGIDD / CH de Saint Nazaire
bâtiment prévention et promotion
de la santé "Les Alizés"
57 rue Michel-Ange - Parc d'Heinlex
44 606 Saint-Nazaire
Tel : 02 40 90 52 22
Mail : cegid44600@ch-saintnazaire.fr

• Clat / CH de Saint Nazaire
Cité sanitaire – 11 bd Georges Charpak
44606 Saint Nazaire
Tel : 02 72 27 82 67
Mail : clat@ch-saintnazaire.fr

UNITÉ TERRITORIALE D'ANCENIS

Antenne Prévention Dépistage du Pays
d'Ancenis – CH Erdre et Loire
160 rue du Verger – 44150 Ancenis
Tel : 02 40 09 42 98
Mail : santepublique@ch-erdreloire.fr

UNITÉ TERRITORIALE DE CHÂTEAUBRIANT

Unité territoriale dépistage et
vaccination de Châteaubriant
CH Châteaubriant - Nozay - Pouancé
9 rue de Verdun
BP 229 - 44146 Châteaubriant cedex
Tel : 06 22 81 27 88
Mail : cfpd@ch-cnp.fr

**Un médecin de prévention répond à vos questions à l'adresse mail suivante :
ist.vaccin.voyage@chu-nantes.fr**

SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES (SMIT)

CHU de Nantes - Hôtel Dieu (7^e étage)
Secrétariat consultations (hors VIH) : 02 40 08 33 55
Consultation VIH : 02 40 08 31 12

SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE-HÉPATOLOGIE

CHU de Nantes - Hôtel Dieu (2^e étage)
Secrétariat consultations : 02 40 08 31 52

SERVICE DE PÉDIATRIE

CHU de Nantes – Hôpital Mère Enfant
Secrétariat consultations : 02 40 08 34 80

