**Transposition des recommandations SPILF-SFLS-SFP sur le bilan de santé pour les personnes migrantes primo-arrivantes**(1)**, aux personnes migrantes entrant en détention en France**

**Bilan d’arrivée en détention :**

Incidence de la tuberculose par pays :

<https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&iso2=%22AF%22&lan=%22EN%22>

|  |  |
| --- | --- |
| **Recommandations actuelles de bilan clinique, biologique et radiologique d’arrivée en détention**(2)**:**  | **Ajouts recommandés chez les personnes migrantes entrant en rétention** |
| Examen clinique complet et évaluation psycho-sociale  | Contexte socio-économique et vulnérabilités sociales (logement instable, précaire ou sans-abrisme, insécurité alimentaire, défaut ou incomplétude de la couverture maladie, situation administrative précaire, niveau d’éducation, barrière de la langue, ressources limitées et isolement social en particulier) \*Passage en Centre de Rétention Administratif ? Recours au système de santé depuis l’arrivée ? Accompagnement associatifRecherche d’antécédents de violences et de situations de vulnérabilité sexuelle, de mutilation sexuelleRecherche de dépression\* : PHQ-4 et PC-PTSD-5Recherche d’addiction\*Examen dermatologique, examen abdominal, fièvre, perte de poids, vomissements, syndrome métabolique |
| Bilan biologique d’entrée à décision du médecin de l’USMP | Bilan biologique d’entrée à décision du médecin de l’USMP Ajout :* Créatinine sérique et des transaminases hépatiques
* Glycémie veineuse à jeun à toutes les personnes âgées de 45 ans et plus (35 ans et plus si originaire du sous-continent indien, du Moyen Orient ou d’Afrique, antécédents familiaux de diabète, antécédent de diabète gestationnel, en présence de facteurs de risques cardiovasculaire et/ou de surpoids)
* Bilan lipidique à jeun aux hommes âgés de 40 ans et plus, aux femmes âgées de 50 ans et plus, aux personnes présentant un ou des facteurs de risque cardio-vasculaire et/ou aux femmes avant une prescription de contraception hormonal
* NFS pour recherche éosinophilie et anémie chez les personnes nées en zone tropicale

Si anémie ou grossesse : électrophorèse de l’hémoglobineSI éosinophilie : bilan parasitaire (cf ci-dessous)* Ajout BU pour recherche hématurie (bilharziose urinaire chez les personnes originaires de zones d’endémie), de protéinurie (glomérulopathie) et de glycosurie (diabète)
* En cas de fièvre dans les 3 mois après retour d’un pays d’endémie ou pour les détenus de Guyane : réaliser un frottis sanguin / goutte épaisse (recherche de paludisme)
 |
| Tuberculose maladie :Le dépistage de la tuberculose maladie est basé sur un examen clinique à la suite duquel le médecin de l’USMP décide, s’il y a lieu, d’un examen radiologique. Dans ce cas, le cliché doit être réalisé dans les délais les plus brefs et interprété, au plus tard, dans les huit jours suivant l’incarcération. Le dépistage radiologique de la tuberculose maladie a une spécificité et une sensibilité bien meilleures que l’examen clinique seul | Radiographie pulmonaire systématique (3) |
| ITL : En ce qui concerne l’infection tuberculeuse latente, dont la recherche n’est pas recommandée en routine à l’heure actuelle, il faut rappeler qu’en France il n’est conseillé de la dépister que lorsqu’on a l’intention de la traiter. Les recommandations actuelles sont de ne traiter que les infections tuberculeuses latentes (ITL) récentes (de moins de deux ans) chez l’adulte. Elles doivent en revanche être systématiquement traitées chez les enfants de moins de 15 ans et les personnes immunodéprimées. À l’inverse, on évite habituellement de les traiter chez les sujets âgés. Le risque d’évolution de l’ITL vers la tuberculose maladie est particulièrement majoré chez les sujets immunodéprimés, mais aussi chez les fumeurs, les personnes dépendantes de substances psycho-actives (en particulier l’alcool), les diabétiques, les insuffisants rénaux, les personnes dénutries, les personnes atteintes d’hémopathie maligne ou de certains cancers solides, ou ayant des antécédents de gastrectomie, de silicose ou de tuberculose, ainsi que chez les personnes en situation de précarité. Ce risque est également plus élevé chez les personnes récemment (deux à cinq ans) arrivées de pays où la tuberculose a une forte incidence, ou ayant des contacts proches avec des personnes récemment arrivées de pays de forte incidence | Dépistage de l’ITL recommandé par un test IGRA pour : * En attente recommandation HAS et étude sur complétude traitement
 |
| VIH, hépatites, IST : Le dépistage du VIH et des hépatites B et C doit être * systématiquement proposé à l’entrée en détention
* proposé périodiquement au cours de l’incarcération
* systématiquement proposé en cas de refus à l’entrée, de prise de risque, dans le cas d’exposition connue et avérée ;
* renouvelé à la demande spontanée des personnes auprès des personnels de l’unité sanitaire ;
* proposé systématiquement lors de la consultation de sortie réglementaire pour les personnes condamnées.

PCR gonoque/chlamydia et sérologie syphilis : Le rythme de répétition du dépistage est adapté selon les situations à risque. Il va du dépistage unique en cas de prise ponctuelle de risque, au dépistage régulier, au minimum une fois par an, en cas de prise de risque récurrente. | Ajout PCR chlamydia/gonocoque urinaire systématiquement \* Sur 1, 2 ou 3 sites en fonction des pratiques sexuelles. |
|  | Sérologie schistosomose (bilharziose) systématique chez les personnes originaires d’Afrique subsaharienne ou d’Égypte  |
|  | Sérologie stongyloïdose (anguillulose) systématique chez les personnes originaires de zones d’endémie (Amérique centrale et du Sud, Caraïbes, Afrique, Asie centrale, du Sud et du Sud Est, Indonésie, Europe de l’Est) |
|  | En présence de troubles digestifs, de prurit, ou d’hyperéosinophilie : examen parasitologique des selles (EPS) répété à trois reprises espacés de quelques jours chez les personnes originaires de zones d’endémie (Amérique centrale et du Sud, Caraïbes, Afrique, Asie centrale, du Sud et du Sud Est, Indonésie) si cela est possible et acceptable par la personne |
|  | En présence d’une hématurie ou d’une sérologie schistosomose positive : si cela est possible et acceptable par la personne, réalisation d’un examen parasitologique des urines (EPU) (sur échantillon, idéalement sur miction complète matinale, ou, mieux, si cela est réalisable, sur urines des 24 heures) chez les personnes originaires d’Afrique subsaharienne ou d’Egypte |
|  | Sérologie filariose associée à une recherche de microfilarémie diurne systématiques chez les personnes originaires de zones forestières d’Afrique centrale (Angola, Cameroun, Gabon, Guinée équatoriale, Nigéria, République du Congo, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad). Les personnes originaires de ces zones à risque et n’ayant séjourné qu’en zone urbaine sans séjour prolongé en zone rurale peuvent être exemptées de ce dépistage.  |
|  | Devant une hyperéosinophilie, en plus des sérologies schistosomose et strongyloïdose :- Compléter le bilan parasitaire par la réalisation de trois examens parasitologiques des selles et d’un examen parasitologique des urines (si originaire de zone d’endémie de la schistosomose) si non encore réalisés- En l’absence de diagnostic positif, le bilan diagnostique peut être élargi à d’autres sérologies parasitaires et aux diagnostics différentiels (allergiques, hématologiques, etc.).- En l’absence d’orientation étiologique précise, un traitement d’épreuve parivermectine 200 µg/kg en prise unique + albendazole 400 mg/j pendant 5 jours peut être prescrit chez l’adulte et l’enfant de plus de 2 ans en respectant les précautions d’emploi chez l’enfant. Mise en garde : risque d’exacerbation d’une loaose infraclinique sous ivermectine. Pour les personnes originaires d’Afrique centrale forestière nécessité d’un dépistage préalable - Pour plus d’information sur l’interprétation et la conduite à tenir devant des anomalies de la NFS, le chapitre 60 du livre en accès libre ePILLY Trop peut être consulté en ligne : https://www.infectiologie.com/fr/pillytrop.html |
|  | Femmes enceinte ou en âge de procréer originaires d’Afrique subsaharienne, d’Amérique latine et des Caraïbes et du Japon, prélever une sérologie HTLV-1 (contre indique l’allaitement) |
|  | Femmes en âge de procréer originaires (ou dont la mère est originaire) d’Amérique du Sud, réaliser une sérologie maladie de Chagas (sauf Guyane) |
| **Sérologies pré ou post-vaccinales :** |
| Sérologie hépatite B dépistage (=pré-vaccinale si négative) et 4 à 8 semaines après vaccination | Sérologie hépatite B dépistage (=pré-vaccinale si négative) Dosage des anticorps anti-HBs 4 à 8 semaines après vaccination HepB en cas de statut vaccinal inconnu et de sérologie pré-vaccinale négative Sérologie VZV si < 40 ans et absence d’ATCD de varicelleDosage des anticorps anti-tétaniques 4 à 8 semaines après vaccination dTPca en cas de statut vaccinal inconnuDosage des IgG hépatite A si homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ou pathologie hépatique en vue d’une vaccination si négatif |
| Programmes nationaux de dépistage des cancers dans le cadre des recommandations nationales | Même programmes de dépistage \* * frottis du col de l’utérus chez les femmes âgées de 25 à 65 ans ou PCR papillomavirus à haut risque (HPV-HR) chez les femmes âgées de 30 à 65 ans
* mammographie chez les femmes âgées de 50 à 74 ans
* recherche de sang dans les selles chez les hommes et les femmes âgées de 50 à 74 ans
* autres dépistages indiqués en présence d’antécédents familiaux
 |

\*comme pour toute personne placée sous main de justice

**Tableau récapitulatif**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Afrique subsaharienne** | **Afrique du Nord/moyen Orient** | **Asie Centrale et Sud-Est** | **Amérique Centrale et du Sud** | **Guyane** | **Caraïbes** | **Europe de l’Est** |
| **Évaluation psycho-sociale : Examen abdominal et dermatologique** | +\* |
| **Recherche ATCD de violences, de****mutilation génitale féminine****(MGF) si pays à risque,****et de situations de vulnérabilité****sexuelle** | + |
| **NFS à la recherche éosinophilie et anémie** | + |
| **BU à la recherche d’hématurie/glomérulopathie****Créatinine****ASAT/ALAT** | + |
| **Dextro ou glycémie à jeun** | Si ≥ 45 ans (≥35 ans si ATCD familiaux, FdR CV et origine du sous-continentIndien, du Moyen Orient, ou d’Afrique et/ou en surpoids) |
| **Bilan lipidique à jeun** | Si homme ≥40 ans, femme ≥50 ans, en présence de FdR CV, avant prescriptiond’une contraception hormonale |
| **Radiographie pulmonaire** | +\* |
| **Sérologie ou TROD VIH VHB VHC Syphilis** **PCR Gonocoque/Chlamydia** **+/- sérologie VHA** | +\* |
| **Sérologie VZV si < 40 ans et absence d’ATCD de varicelle** | +\* |
| **Sérologie schistosomose (bilharziose)** | + | Egypte |  |  |  |  |  |
| **Sérologie strongyloïdose (anguillulose)** | + |
| **EPS X 3 si orientation clinique ou hyperéosinophlie** | ± |  | ± | ± | ± | ± |  |
| **EPU X 1 si hématurie ou sérologie schistosomose positive** | ± | ± (Egypte) |  |  |  |  |  |
| **Sérologie filariose et recherche de microfilarémie diurne** | Afrique centrale forestière |  |  |  |  |  |  |
| **Sérologie HTLV-1 chez femmes enceintes ou en âge de procréer** | + |  |  | + | + | + |  |
| **Sérologie maladie de Chagas chez femmes en âge de procréer** |  |  |  | + | A moduler |  |  |

\*comme pour toute personne placée sous main de justice

**Vaccination** :

|  |
| --- |
| **Recommandations vaccinales actuelles** |
| Le séjour en détention représente donc une opportunité pour proposer les vaccinations recommandées pour les mineurs et les adultes, voire pour initier une vaccination en fonction de risques particuliers, et poursuivre le suivi des vaccinations obligatoires chez les mineursUne attention particulière aux personnes âgées ou à risque, pour leur faire bénéficier des vaccinations antigrippale, anti-pneumococcique, anti-méningococcique, anti-hépatitesLa vaccination contre l’hépatite B (VHB) est recommandée chez les personnes détenues non immunisées, parce qu’elles peuvent cumuler des facteurs de risques d’exposition à la maladie. |

|  |
| --- |
| **Propositions de recommandations vaccinales pour les personnes migrantes** |
| **J0** | **J3-J7** | **S4-S8** | **M2** | **M8-M12** |
| dTcaP |  | +/-dosage des Ac anti tétaniques | +/- dTcaP (selon dosage anti-tétanique) | +/- dTcaP (selon dosage anti-tétanique) |
|  | ROR 1 (après IDR/IGRA si indiqué et après résultat dépistage VIH) |  | ROR 2 |  |
| Méningocoque ACWY si < 24 ans\* |  |  |
| HPV 1 (15-25 ans)\* | HPV2 | HPV 3 si initié > 15 ans |
| Sérologie VHB\* | Lecture résultats et HepB 1 selon sérologie initiale | +/- dosage Ac anti HBs  | +/-HepB 2  | +/-HepB 3 |
| Sérologie VZV si pas d’ATCD et <40 ans \* |  | +/- Varicelle 1 si sérologie négative (>28j du ROR) | +/- Varicelle 2 (>28j du ROR) |  |
| Grippe/COVID/VRS/Pneumocoque/Zona selon calendrier vaccinal \* |
| Hep A 2 doses à 6 mois d’intervalle si pathologie hépatique ou HSH \* |

\*comme pour toute personne placée sous main de justice

Le dépistage des infections à VIH n’est pas une condition préalable à l’administration de vaccins vivants.

Sources :

(2,4–12)

1. Recommandation de la Société française de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), de la Société française de pédiatrie (SFP) et de de la Société française de lutte contre le sida (SFLS) sur le Bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante (adulte et enfant) [Internet]. 2024. Available from: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\_acte\_usuels.pdf

2. Ministère de la justice. guide\_methodo\_2019\_ppsmj.

3. HAS. Évaluation des stratégies de dépistage et de repérage précoce de la tuberculose pulmonaire [Internet]. 2025. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?view=map&year=2023

4. Petitclerc-Roche Solenne. Mémoire : Mise en place d’une consultation spécifique « migrant » à l’arrivée en détention. Diplôme Universitaire Santé des Migrants; 2024.

5. HAS. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants [Internet]. 2019. Available from: www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=668

6. HCSP. Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance. 2019.

7. Recommandation de la Société française de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), de la Société française de pédiatrie (SFP) et de de la Société française de lutte contre le sida (SFLS) sur le Bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante (adulte et enfant). 2024;

8. Niaux M, Boutrou M, Daniel M, Schiemsky V, Vierendeels E, Djossou F, et al. Tuberculosis in prison: What about after release? The example of French Guiana. Glob Public Health. 2024;19(1).

9. Cords O, Martinez L, Warren JL, O’Marr JM, Walter KS, Cohen T, et al. Incidence and prevalence of tuberculosis in incarcerated populations: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health [Internet]. 2021 May 1 [cited 2024 Sep 11];6(5):e300. Available from: /pmc/articles/PMC8168455/

10. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. The Lancet [Internet]. 2016 Sep 10 [cited 2024 Sep 11];388(10049):1089–102. Available from: http://www.thelancet.com/article/S0140673616304664/fulltext

11. Kamarulzaman A, Reid SE, Schwitters A, Wiessing L, El-Bassel N, Dolan K, et al. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. www.thelancet.com [Internet]. 2016 [cited 2024 Sep 11];388. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/

12. Marie CARTRY. Mise en place d’une consultation médicale pour les détenus migrants à leur arrivée en détention à la Maison d’Arrêt de Nantes et évaluation de son acceptation par les patients et par l’équipe médicale. 2025.