



# **DIPLOME UNIVERSITAIRE SANTE DES MIGRANTS**

Année 2024-2025

## **MEMOIRE**

Etat des lieux des pratiques concernant le bilan de santé d'une  
personne adulte migrante primo-arrivante dans les PASS de Nouvelle  
Aquitaine en 2025.

**Docteur Sylvain BRUNET**

Médecin généraliste

PASS/EMSP CH de Pau

CEGIDD/Planning familial 64

## Table des matières

Introduction .....	3
Matériel et Méthodes .....	4
Résultats .....	5
Description des PASS répondantes : .....	5
Données autour de l'interrogatoire : .....	6
➤ Interprétariat : .....	6
➤ Dépistage des mutilations génitales féminines : .....	6
➤ Dépistage du psycho-traumatisme : .....	7
Données autour du bilan biologique : .....	7
➤ Le bilan biologique non infectieux : .....	7
➤ Le bilan biologique des sérologies virales et IST : .....	8
➤ Le bilan biologique parasitologique et HTLV1 : .....	8
Remarques libres .....	10
Discussion .....	11
Conclusion .....	14
Bibliographie .....	15
Annexes .....	16
Annexe 1 : Tableau de Synthèse du bilan de santé systématique recommandé chez une personne migrante primo-arrivante asymptomatique adulte. [4] .....	16
Annexe 2 : Questionnaire de recherche .....	18

### **Abréviations :**

CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse

CDV : Centre De Vaccination

CES : Centre Examen de Santé

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic

COMEDE : Comité pour la Santé des Exilés

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

EPS : Examen Parasitologique des Selles

EPU : Examen Parasitologique des Urines

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

## Introduction

Depuis le début de mon activité en PASS, un sujet me revenait régulièrement en tête, celui du dépistage systématique des patients migrants que je recevais en consultation. J'ai donc voulu explorer les recommandations en la matière.

En 2015, le Haut Conseil de la Santé Publique émet des recommandations publiées en 2018 sur l'organisation et le contenu du bilan de santé à proposer aux personnes migrantes primo-arrivantes [1]. Il recommande un « rendez-vous de santé » dans un délai optimal de 4 mois après l'entrée sur le territoire ; détaché de toute fonction de contrôle et strictement soumis au secret médical ; ayant pour objectifs l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun.

En 2018 la Direction Générale de la Santé publie une circulaire relative à la mise en place de ce « rendez-vous de santé » et demande aux ARS d'identifier sur les territoires des « structures médicales pivots » [2]. Elle écrit que « les PASS sont appropriées pour les personnes présentant un problème de santé et ne bénéficiant pas encore d'une prise en charge de leurs frais de santé. » Puis que « plusieurs types de structures médicales sont également en mesure d'initier ce rendez-vous santé : centres de santé, maisons pluri professionnelles, etc. ».

Le COMEDE (Comité pour la Santé des Exilés), référence en matière de santé et droits des personnes migrantes, liste sur son site les structures proposant un bilan de santé pour les personnes sans protection maladie :

- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
- Les Centres Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)
- Les Centres de Lutte Antituberculeuse (CLAT)
- Les Centres De Vaccination (CDV)
- Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)
- Les Centres Associatifs de Santé

Il précise qu'elles réalisent « une partie du bilan de santé dans la limite de leurs activités ». [3]

Cela laisse donc un flou sur le rôle des PASS dans ce bilan systématique chez des personnes sans problème de santé. D'autant que bien souvent du fait des nombreuses barrières administratives de l'accès aux droits de cette population, la structure médicale de premier recours dans les 4 premiers mois est la PASS.

Pour compléter ces recommandations, la Société française de pathologie infectieuse de langue française, la Société française de pédiatrie et la Société française de lutte contre le sida ont proposé en Juin 2024 un éclaircissement du bilan à réaliser. [4]

Elles proposent de réaliser un bilan dans les 4 mois d'arrivée sur le territoire, à l'aide d'un interprète professionnel. L'interrogatoire veillera plus spécifiquement aux conditions de vie, à la vulnérabilité, au statut vaccinal, aux mutilations génitales féminines, à la santé mentale et aux troubles de l'usage de substances. L'examen clinique complet sera accompagné dans certains cas d'une bandelette urinaire et d'une glycémie capillaire. Le bilan paraclinique contiendra un ECG, une radiographie thoracique associée à un test de dépistage de la

tuberculose, un bilan classique non infectieux, et un bilan des infections sexuellement transmissibles (IST). A cela s'ajoute un bilan parasitologique et viral selon la zone d'origine de la personne. La synthèse de ces recommandations est présentée en Annexe 1.

La lecture des recommandations confirme que nous ne réalisons dans mon service qu'une partie du bilan recommandé. La raison évoquée par l'équipe est que le bilan systématique ne rentre pas dans les missions de la PASS. Cependant il est inclus dans le bilan systématique les sérologies des IST devant la découverte notamment d'une grosse incidence d'hépatite B actives.

Après recherche bibliographique, il ne semble pas exister d'études évaluant la mise en application de ces recommandations au sein des PASS.

Je me suis donc questionné sur les pratiques des autres PASS de la région. Arrivent-elles à réaliser le bilan tel que recommandé ? Et quels freins sont rencontrés à la réalisation de ce bilan systématique ?

## Matériel et Méthodes

C'est une étude observationnelle descriptive prospective.

Un questionnaire en ligne a été envoyé par mail aux 45 PASS de la région Nouvelle Aquitaine, via la coordination régionale des PASS.

Les réponses en ligne ont été collectées entre le 30 Janvier 2025 et le 30 Mars 2025 puis analysées une fois toutes les données collectées.

Le critère d'inclusion était d'être professionnel d'une PASS de Nouvelle Aquitaine quelle qu'elle soit. Le seul critère d'exclusion était une réponse en doublon d'un même professionnel.

Le questionnaire comportait 17 questions et est disponible en Annexe 1.



La plus petite PASS avait une file active de 110 patients, la plus grosse 3000 patients, pour une moyenne de 670 patients.

Une faible majorité de 59 % des personnes interrogées avait déjà connaissance des recommandations.

Données autour de l'interrogatoire :

➤ Interprétariat :

Une grande majorité utilisait une application de traduction pour les consultations, seulement 30% utilisait un interprétariat professionnel.

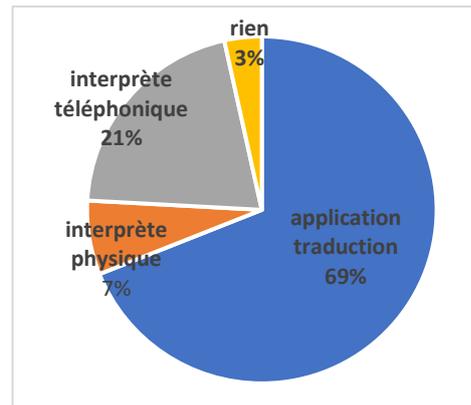


Figure 2 : Type d'interprétariat

➤ Dépistage des mutilations génitales féminines :

Le dépistage des mutilations génitales féminines n'était réalisé que dans 21% des réponses.

La plupart des professionnels ayant répondu, orientaient les patientes vers un partenaire qui ferait ce dépistage. Mais certaines personnes avaient une appréhension à rajouter de l'anxiété ou raviver un psycho-traumatisme. Enfin certains ont évoqué le manque de temps ou la posture inconfortable en tant que soignant masculin.

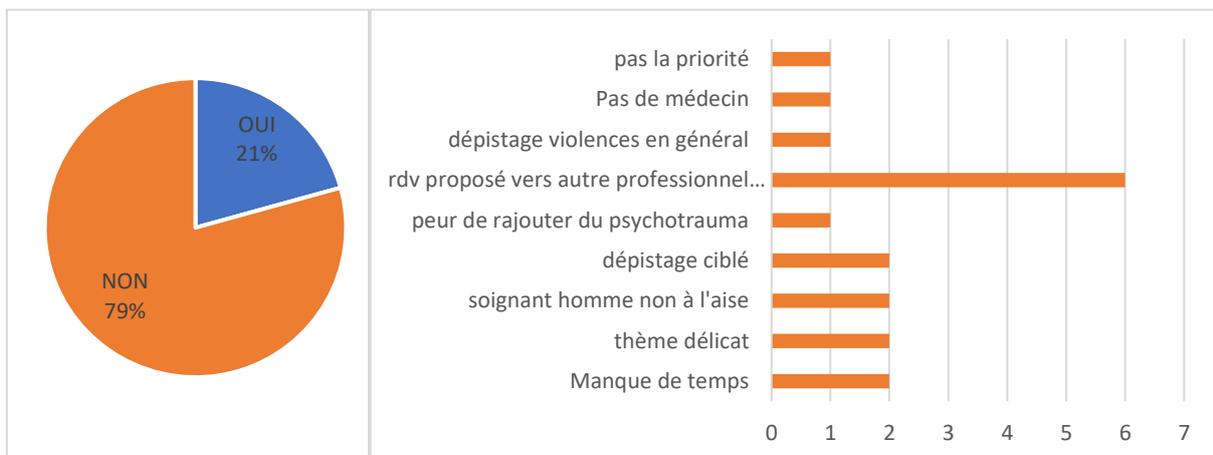


Figure 3 : Proportion de dépistage des mutilations génitales féminines, et raisons du non dépistage systématique

➤ Dépistage du psycho-traumatisme :

Les échelles de dépistage du psycho-traumatisme n'étaient pas utilisées. Les professionnels préférant un dépistage informel lors de l'interrogatoire. Les raisons évoquées étaient principalement la non connaissance des échelles.

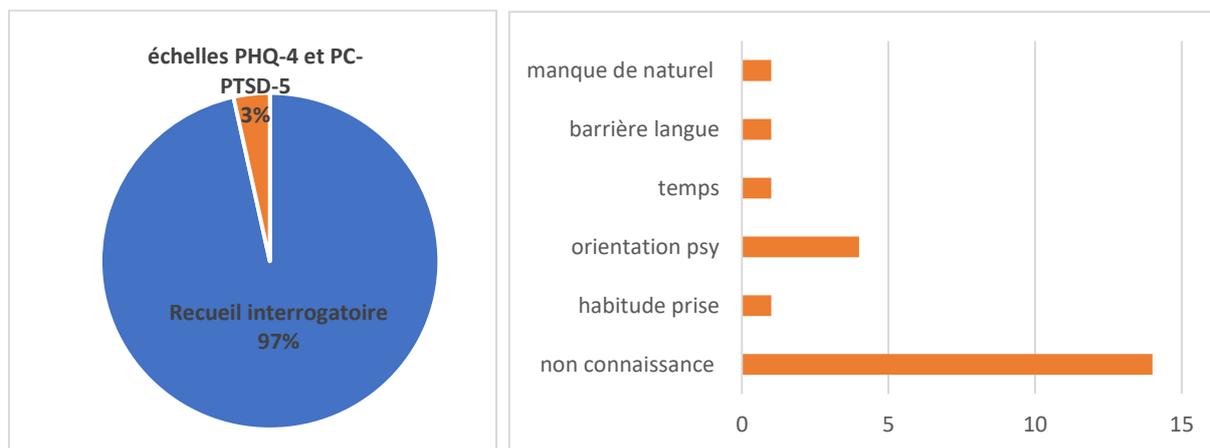


Figure 4 : Proportion de dépistage du psycho-traumatisme et de l'anxiété, et raisons du non dépistage systématique.

Données autour du bilan biologique :

➤ Le bilan biologique non infectieux :

Le bilan biologique non infectieux n'était pas réalisé tel que recommandé dans 69% des cas, pour diverses raisons.

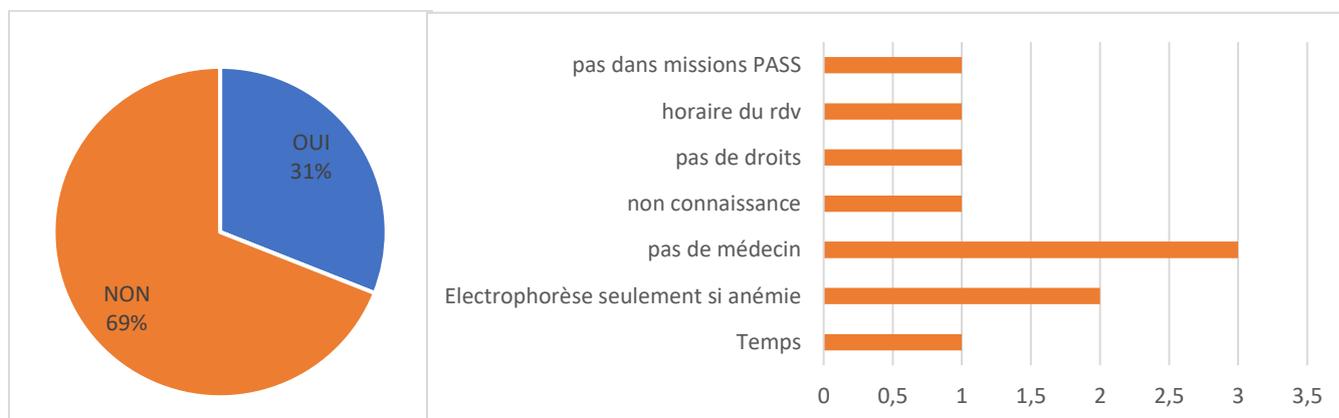


Figure 5 : Réalisation du bilan biologique non infectieux et raisons de sa non réalisation.

➤ Le bilan biologique des sérologies virales et IST :

Le dépistage des IST était majoritairement non réalisé en l'état des recommandations pour 72% des réponses. La raison unique évoquée est l'orientation vers un service adapté à ce dépistage.

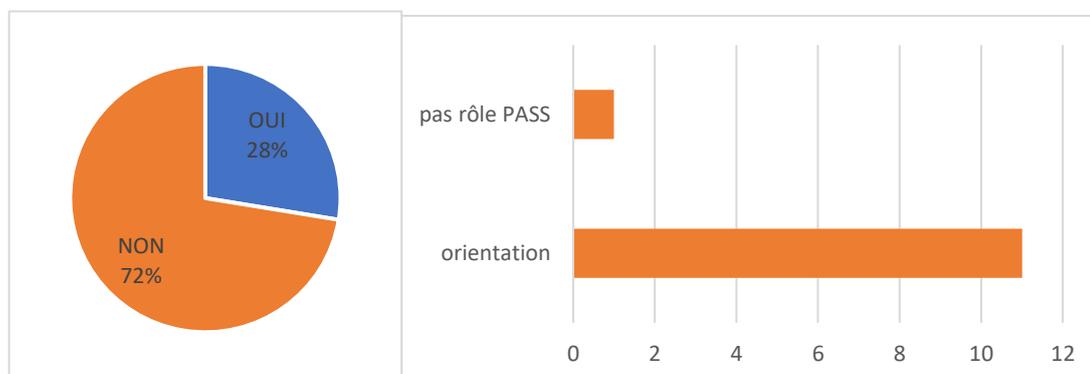


Figure 6 : Réalisation du dépistage des IST et raisons de sa non réalisation.

➤ Le bilan biologique parasitologique et HTLV1 :

Le Tableau 1 présente la proportion de réponses concordantes avec les recommandations.

On observe que la pathologie la mieux dépistée en adéquation avec les recommandations semble être la Schistosomose avec 17% de concordance.

Tandis que toutes les autres pathologies ne retrouvent que 0, 1 ou 2 concordances tout au plus.

Examen	Nombre concordante réponse aux recommandations
Sérologie Schistosomose (bilharziose)	5 (17%)
Examen parasitologique des urines x 1	2 (6.9%)
Sérologie filariose et microfilarémie diurne	1 (3.4 %)
Examen parasitologique des selles x 3	1 (3.4 %)
Sérologie maladie de Chagas chez les femmes en âge de procréer	1 (3.4 %)
Sérologie Strongyloïdose (anguillulose)	0 (0 %)
Sérologie HTLV1 chez les femmes en âge de procréer	0 (0 %)

Tableau 1 : Pourcentage de concordance des pratiques avec les recommandations concernant le bilan parasitologique et HTLV1

Puis les raisons évoquées des discordances entre la pratique et les recommandations sont présentées dans les figures 7 à 13.

La première cause évoquée pour toutes les pathologies est la non connaissance de celle-ci. La deuxième cause étant le manque de moyen financier et humain.

Concernant les EPS, les professionnels ont mentionné la complexité de la réalisation et se questionnent sur la nécessité de pratiquer cet examen.

Enfin une des raisons de la non prescription des examens est l'orientation vers un partenaire le réalisant.

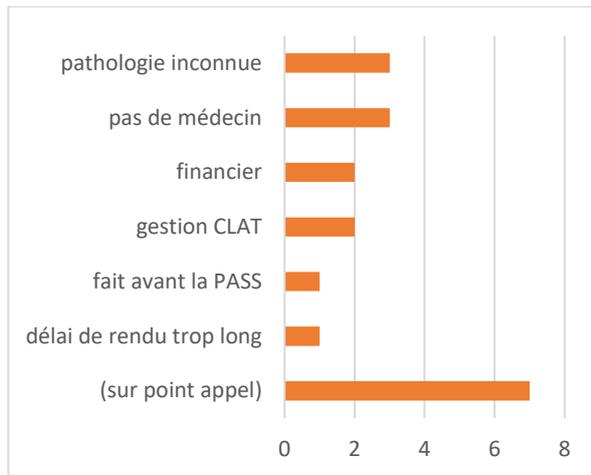


Figure 7 : Raison de la non réalisation Schistosomose

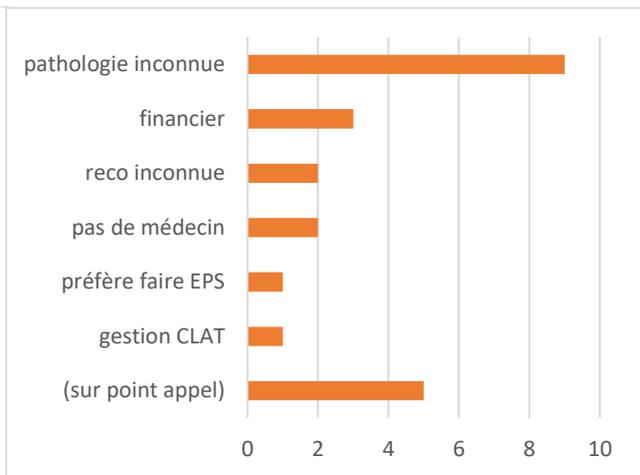


Figure 8 : Raison de la non réalisation Strongyloïdose

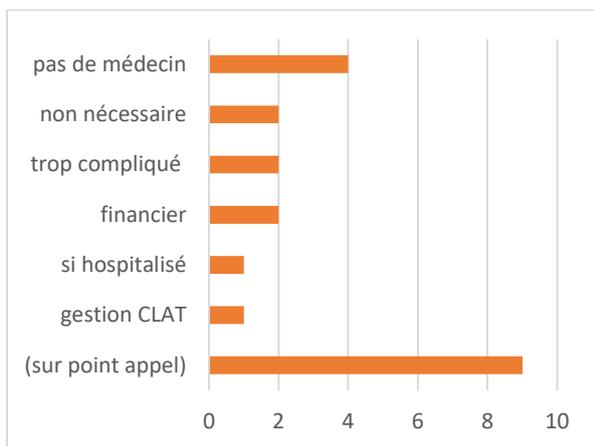


Figure 9 : Raison de la non réalisation EPS

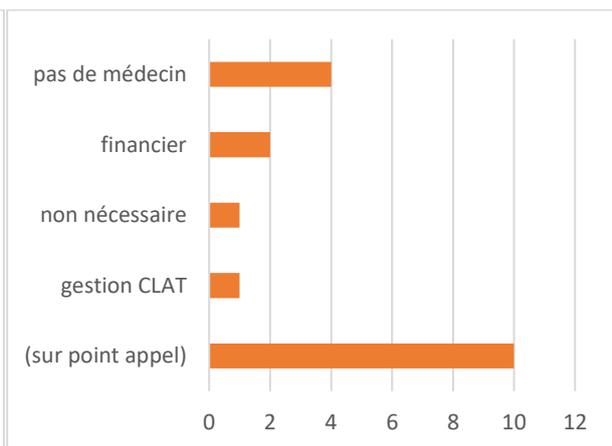


Figure 10 : Raison de la non réalisation EPU

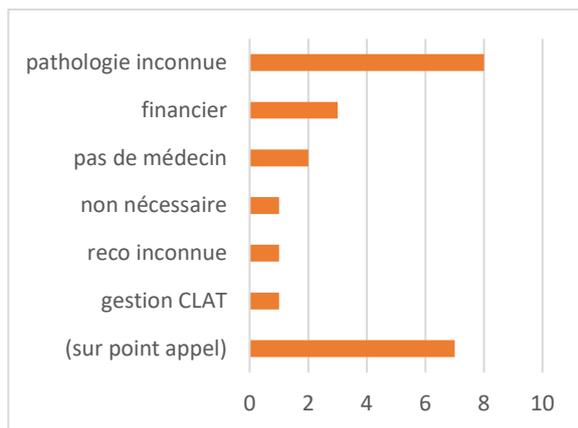


Figure 11 : Raison de la non réalisation Filariose

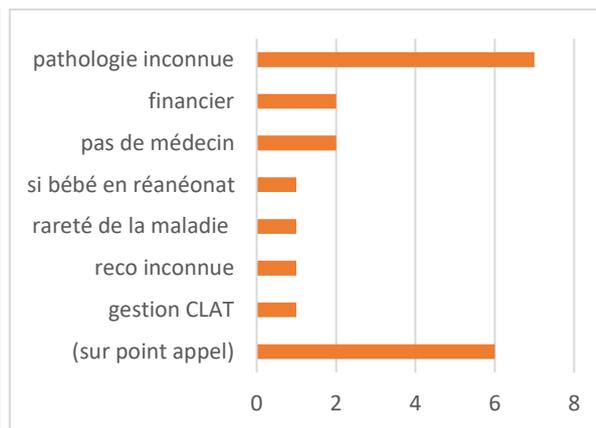


Figure 12 : Raison de la non réalisation HTLV1

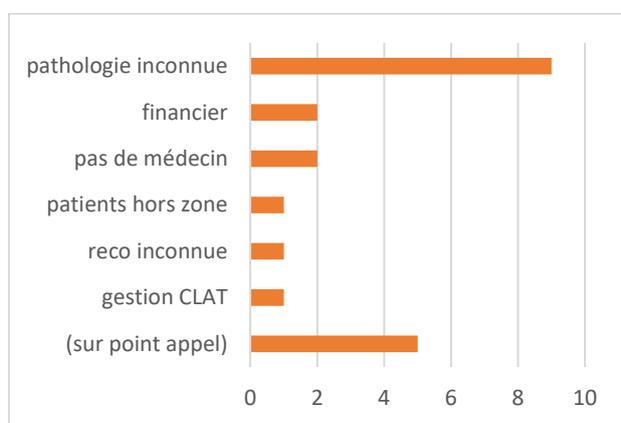


Figure 13 : Raison de la non réalisation Trypanosomose

## Remarques libres

Les PASS ont souligné le manque de moyen alloués pour réaliser un dépistage.

Certaines ne répondent qu'à la demande urgente de soins sans s'occuper du dépistage.

D'autres ont pris le parti de ne réaliser que le dépistage des maladies transmissibles de façon respiratoire ou sexuelle, qui leur semblait plus urgent.

Les PASS maternité ont soulevé la difficulté de réaliser un dépistage entier en plus du suivi de grossesse devant être réalisé.

## Discussion

Les recommandations semblent assez peu connues au sein des PASS, ce qui est questionnant au vu du public accueilli par ces structures. Une limite importante de cette étude est l'inconnue de la fonction de la personne répondant au questionnaire au sein de la PASS. Nous estimons qu'une majorité de répondant était médecins, sages femmes, ou infirmiers mais il est possible que d'autres professionnels aient pu répondre. De plus certaines PASS en milieu rural ont un public spécifique ne correspondant pas forcément à un public migrant.

Il n'a pas été retrouvé de comparaison dans la littérature sur les connaissances de ces recommandations auprès des professionnels de santé.

L'interprétariat professionnel est sous utilisé dans les consultations, ce qui concorde avec les données de la littérature. Une étude de la Direction Générale de la Santé sur l'usage et l'opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé s'est intéressée à l'usage de l'interprétariat dans des hôpitaux parisiens ayant signé une convention avec ISM interprétariat. Seulement 1/3 des médecins déclaraient avoir recours aux services d'un interprète professionnel.[5]

Plus localement une étude de Février 2023 réalisée par l'Observatoire Régionale de la Santé de Nouvelle Aquitaine a fait un état des lieux de l'interprétariat dans les structures sanitaires, médico-sociales et sociales de la région. 75% avaient déjà renoncées à utiliser un interprétariat professionnel. Les trois principales raisons évoquées étaient le coût pour la structure, la disponibilité de l'interprète et l'organisation très compliquée. [6]

Un point fort et inquiétant des résultats est celui du sous dépistage considérable des mutilations génitales féminines.

La dernière estimation du nombre de femmes vivant en France avec des mutilations génitales féminines remonte aux années 2010, elle était estimée à 125 000 femmes mais elle est probablement sous-estimée du fait du manque de dépistage. [7]

Les causes de la non réalisation du dépistage sont concordantes avec la littérature sur le sujet : manque de formation et manque de temps principalement. [8] En discutant avec mes collègues, se sont effectivement ces arguments qui reviennent, nous avons donc cherché des moyens de se former ensemble.

Il existe un guide de bonne pratique de la HAS sur la Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours datant de 2020. [9] Des formations menées par des associations telles que l'association 1000 parcours [10] ou l'association les orchidées rouges [11] sont possibles à réaliser au sein des PASS, pour sensibiliser et former les professionnels.

Les échelles de dépistage du psycho-traumatisme n'étaient pas utilisées dans les pratiques mais les professionnels semblaient sensibilisés à recueillir les symptômes d'alerte lors

de l'interrogatoire. La recommandation émet d'ailleurs une réserve sur leur utilisation lors d'une première consultation d'un migrant primo-arrivant : « Il existe des limites à l'utilisation de ces tests. La première étant la barrière de la langue et le fait que les questionnaires ne soient pas encore traduits dans toutes les langues. Par ailleurs, l'utilisation de ces outils pourrait être difficile lors de la consultation « bilan de santé » possiblement longue et éprouvante ». Ces réserves sont concordantes avec les données retrouvées.

Nous avons vu que le bilan biologique prescrit n'était pas aussi complet que celui recommandé, du fait d'abord d'une méconnaissance des pathologies en question. Je n'ai pas trouvé d'études sur le sujet ou de formations spécifiques. Mais il serait intéressant de réfléchir à une formation spécifique pour les professionnels des PASS sur les infections parasitaires et virologiques pouvant être rencontrées en consultations.

L'autre cause mentionnée était un frein financier. Je me suis donc questionné au sein de la PASS de Pau sur l'impact financier que pourrait engendrer l'application complète des recommandations. J'ai comptabilisé le nombre de patients concernés sur 2024 par les examens que nous ne réalisons pas encore systématiquement, ce qui représenterait l'estimation financière suivante (Tableau 2).

Maladie	Nombre de patients	Cout 1 dépistage	Cout global
Filariose	161	B80 = 20 €	3 220 €
HTLV1	193	B65 = 16.25 €	3 136 €
Trypanosomiase	22	B40 = 10 €	220 €
Strongyloïdose	977	B60 = 15€	14 655 €
EPS	664	B105 = 26.25	17 430 €
		<b>TOTAL</b>	<b>38 661 €</b>

Tableau 2 : Impact financier des biologies non réalisés en 2024 si les recommandations avaient été appliquées

Pour avoir un ordre de grandeur, cette enveloppe correspond environ au financement d'une infirmière à mi-temps sur 1 an.

Enfin la dernière cause de non réalisation était l'orientation vers un autre service pratiquant le dépistage. Sur le territoire de Pau, les patients migrants primo-arrivants peuvent réaliser leur bilan à l'aide des structures suivantes :

- PASS (hôpital) : Dépistage IST + sérologie bilharziose
- CLAT (hôpital) : Dépistage tuberculose + sérologie bilharziose
- CDV (hôpital) : Mise à jour vaccinations + Dépistage IST
- CPEF (hôpital) : Dépistage IST
- CeGIDD (planning familial) : Dépistage IST
- CES (Sécurité sociale) : Dépistage IST + sérologie bilharziose

Aucune de ces structures ne propose les examens de dépistage inscrit dans le tableau 2. Les patients doivent donc attendre d'être orienté vers la médecine de ville pour bénéficier de ce

dépistage, pour la proportion qui surmonte les barrières de l'accès aux droits et aux soins. Pour les autres aucun dépistage parasitologique n'est donc fait.

A l'inverse la multiplicité des structures engendre de possibles doublons dans les prélèvements. Un canal de communication commun ou une plateforme de résultats commune permettrait d'éviter ces mésaventures pour les patients. A défaut pour l'instant un carnet de santé papier est remis au patient afin de centraliser les résultats.

L'exploration du dépistage de la tuberculose et de la mise à jour des vaccinations n'a pas été inclus dans le questionnaire. Nous avons dans l'idée que les CLAT et CDV sont maintenant bien développés sur le territoire et qu'ils remplissent cette mission. Mais une étude plus complète sur le maillage des acteurs aux niveaux locaux serait intéressante, notamment pour mettre en lumière les complexités du parcours de soins de cette population et le renoncement aux soins qui en découle.

## Conclusion

Cette petite étude montre que les recommandations de Juin 2024 pour le bilan de santé primo-arrivant ne sont pas appliquées en totalité dans les PASS de Nouvelle Aquitaine.

Les moyens alloués aux PASS ne semblent pas pouvoir répondre en totalité aux besoins de dépistage de ces patients. Certaines parties du bilan autour de la tuberculose, des IST et des vaccinations sont réalisés par d'autres structures du territoire. Mais il persiste des zones d'ombre notamment concernant le bilan parasitologique. Un plaidoyer pour un renforcement des PASS en ce sens semble pertinent.

La formation et la sensibilisation au dépistage des mutilations génitales féminines est nécessaire afin d'inclure cet axe dans les consultations des PASS.

La formation et la sensibilisation aux parasitoses et viroses exotiques telles que HTLV1, trypanosomose, strongyloïdose et filariose serait également un prérequis à la réalisation d'un bilan plus complet.

Enfin la réflexion autour de la réalisation de ce bilan de santé pousse à se demander si un service de santé publique regroupant les missions de la PASS, du CLAT, du CEGIDD, du CDV et du CPEF faciliterait l'accès à ce dépistage. Il permettrait aux personnes migrantes arrivant sur le territoire de recevoir tous les soins adaptés dans une même unité de lieu. Les renoncements aux soins dues à la complexité de l'offre de soins en seraient certainement diminués.

## Bibliographie

1. HCSP. Visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2015 mai [cité 26 avr 2025]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=672>
2. Instruction relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [Internet]. N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 juin 8, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43755>
3. Bilan de santé [Internet]. Guide du Comede. [cité 27 avr 2025]. Disponible sur: <https://guide.comede.org/bilan-de-sante/>
4. SPILF, SFP, SFLS. Bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante [Internet]. 2024 juin [cité 27 avr 2025]. Disponible sur : <https://www.infectiologie.com/fr/actualites/recommandations-bilan-de-sante-personne-migrante-primoarrivee-n.html>
5. Schwarzing M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/sida, de la tuberculose et du diabète [Internet]. Direction Générale de la Santé; 2012 [cité 26 avr 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/usage-et-opportunite-du-recours-a-l-interpretariat-professionnel-dans-le>
6. ORS Nouvelle Aquitaine [Internet]. 2023 [cité 26 avr 2025]. Interprétariat linguistique en santé en Nouvelle-Aquitaine. Disponible sur : <https://www.ors-na.org/publications/interpretariat-linguistique-en-sante-en-nouvelle-aquitaine/>
7. Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivante en France. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(21):392-9. Disponible sur : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019\\_21\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019_21_1.html)
8. Bernard S. Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) : comment sont-elles dépistées et quelle prise en charge est proposée aux victimes par des professionnels de santé réalisant du suivi gynécologique de prévention et/ou du suivi obstétrical dans le Finistère et le Morbihan ? Étude qualitative, descriptive, multicentrique réalisée auprès de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologue-obstétricien entre mars 2020 et novembre 2020 dans le Finistère et le Morbihan. 14 avr 2021;47.
9. HAS. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours [Internet]. 2020 févr [cité 26 avr 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours)
10. Formation FAM#2 – Mille Parcours [Internet]. [cité 26 avr 2025]. Disponible sur: <https://milleparcours.org/formation-fam2/>
11. Les Orchidées Rouges [Internet]. [cité 26 avr 2025]. Nos formations. Disponible sur: <https://lesorchideesrouges.org/nos-formations/>

## Annexes

Annexe 1 : Tableau de Synthèse du bilan de santé systématique recommandé chez une personne migrante primo-arrivante asymptomatique adulte. [4]

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

	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen Orient	Asie centrale et du Sud-Est	Amérique centrale et du Sud	Caraïbes	Europe de l'Est
Sérologie syphilis Ou TROD Syphilis	X					
PCR <i>Chlamydia</i> /gonocoque 1 <sup>er</sup> jet d'urine (homme) ou auto-prélèvement vaginal (femme) ± anal et pharyngé selon pratiques	± si ≤25 ans ou FdR*					
Sérologie schistosomose (bilharziose)	X	Égypte				
Sérologie strongyloïdose (anguillulose)	X					
Examen parasitologique des selles (EPS) (x3)	±		±	±		
Examen parasitologique des urines (EPU) (x1)	±	± Égypte				
Sérologie filariose et recherche de microfilarémie diurne	Afrique centrale forestière <sup>o</sup>					
Sérologie HTLV-1 chez les femmes en âge de procréer	X			X	X	
Sérologie maladie de Chagas chez les femmes en âge de procréer				X <sup>5</sup>		
Anticorps antitétaniques et anticorps anti-HBs 4 à 8 semaines après un rappel des vaccins dTPca et HepB si indiqués	X					
Sérologie varicelle en l'absence d'ATCD si <40 ans	X					
Programmes nationaux de dépistage selon recommandations nationales (frottis du col de l'utérus 25-65 ans ou PCR HPV 30-65 ans, mammographie ≥50 ans, sang dans les selles ≥50 ans)	X					

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

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

\* ; <sup>4</sup> Les IGRA sont à ce jour remboursés dans cette indication jusqu'à l'âge de 15 ans mais pas encore pour ceux âgés de 16-18 ans ni pour les 18-40 ans avec indication détaillée ci-dessus. Ces derniers peuvent réaliser un IGRA gratuitement dans les Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) présents dans tous les départements ou bénéficier d'une IDR ; <sup>5</sup> Facteurs de risque : rapports sexuels non protégés, multipartenariat, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, situation sociale précaire exposant à des situations de vulnérabilité sexuelle ; <sup>o</sup> personnes originaires des zones forestières de l'Angola, du Cameroun, du Gabon, de la Guinée équatoriale, du Nigéria, de la République du Congo, de République centrafricaine, de République démocratique du Congo, du Soudan du Sud et du Tchad). Les personnes originaires des zones à risque et n'ayant séjourné qu'en zone urbaine sans séjour prolongé en zone rurale peuvent être exemptés de ce dépistage. La microfilarémie diurne peut ne pas être accessible en ville, dans ce cas sérologie filariose seule ; <sup>5</sup> y compris chez les femmes dont la mère est originaire de zone d'endémie. A noter que la sérologie est susceptible d'être facturée en ville si elle est réalisée hors nomenclature.

## Annexe 2 : Questionnaire de recherche

Question 1 : Quelle est votre file active sur la PASS ? (en nombre de patients/an)

Question 2 : Connaissez-vous la recommandation du bilan de santé d'un migrant primo-arrivant, émise par le Groupe Migrants et Populations vulnérables de la SPILF ?

- OUI
- NON

Question 3 : Quel type d'interprétariat majoritaire utilisez-vous dans vos consultations ?

- google traduction ou autre application
- proche aidant
- interprète téléphonique professionnel

Question 4 : Réalisez-vous un dépistage systématique des Mutilations génitales féminines ?

- OUI
- NON
- Si non : pourquoi ?

Question 5 : Réalisez-vous un dépistage de l'anxiété et du psycho-traumatisme ?

- Oui pendant l'interrogatoire avec le recueil des symptômes
- Oui avec les échelles PHQ-4 et PC-PTSD-5
- Non

Question 5bis : Si vous n'utilisez pas les échelles , pour quelle(s) raison(s) ?

- Je ne connaissais pas les échelles
- Autre :

Question 6 : Le bilan biologique des maladies non transmissibles recommandé est le suivant :

- Bandelette urinaire

- NFS, Créatinine, ASAT, ALAT

- Glycémie à jeun ou dextro si  $\geq 45$  ans\*

\*  $\geq 35$  ans si originaire du sous continent indien, d'Afrique ou en surpoids

-  $\pm$  Electrophorèse de l'hémoglobine  $\boxtimes$

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

Est-ce celui que vous réalisez ?

- OUI
- NON
- Si non : pourquoi ?

**Question 7 :** Le bilan biologique des viroses chroniques et IST recommandé est le suivant :

- Sérologies VIH, VHB (Ag HBs, Ac anti HBs, Ac antiHBc) et VHC
- Ou TRODs VIH, AgHBs et VHC
- Sérologie syphilis
- Ou TROD Syphilis
- PCR Chlamydia/gonocoque 1er jet d'urine (homme) ou auto-prélèvement vaginal (femme) ± anal et pharyngé selon pratiques. Si ≤ 25 ans et ou situation exposant à un risque dont situations de vulnérabilité sexuelle.

Est-ce celui que vous réalisez ?

- OUI
- NON
- Si non : pourquoi ?

**Question 8 :** Concernant le bilan parasitologique et du HTLV1, cochez ce que vous réalisez :

	Afrique Subsaharienne	Afrique du Nord et du Moyen Orient	Afrique centrale forestière	Asie centrale et du Sud Est	Amérique latine	Caraïbes	Europe de l'Est
Sérologie Schistosomose (bilharziose)							
Sérologie Strongyloïdose (anguillulose)							
Examen parasitologique des selles x 3							
Examen parasitologique des urines x 1							
Sérologie filariose et microfilarémie diurne							
Sérologie HTLV1 chez les femmes en âge de procréer							
Sérologie maladie de Chagas chez les femmes en âge de procréer							

**Question 9 :** Si sérologie Schistosomose (bilharziose) non réalisée, pourquoi ?

- Je ne connais pas cette pathologie
- Autre :

Question 10 : Si sérologie Strongyloïdose (anguillulose) non réalisée, pourquoi ?

- Je ne connais pas cette pathologie
- Autre :

Question 11 : Si Examen parasitologique des selles x 3 non réalisé, pourquoi ?

- Je ne connais pas cette pathologie
- Autre :

Question 12 : Si Examen parasitologique des urines x 1 non réalisé, pourquoi ?

- Je ne connais pas cette pathologie
- Autre :

Question 13 : Si sérologie filariose et microfilarémie diurne non réalisées, pourquoi ?

- Je ne connais pas cette pathologie
- Autre :

Question 14 : Si sérologie HTLV1 non réalisée, pourquoi ?

- Je ne connais pas cette pathologie
- Autre :

Question 15 : Si sérologie maladie de Chagas non réalisée, pourquoi ?

- Je ne connais pas cette pathologie
- Autre :

Question 16 : Rajoutez-vous quelque chose que nous n'avons pas mentionné dans votre bilan systématique ?

Question 17 : remarques libres