

Dépistage de la tuberculose maladie parmi les migrants primo-arrivants

Résultats d'une enquête de pratiques auprès des CLAT

Louise Luan et Dr Nicolas Vignier, CLAT Sud 77

Journée d'hiver du Réseau national des CLAT, 3 décembre 2019

Contexte

❖ Nombreuses recommandations

(CSHPF 2005, HCSP 2011, HCSP 2015, HCSP 2018)

❖ Objectif principal : mieux connaître les pratiques des médecins exerçant en CLAT

❖ 2 hypothèses :

- sous-dépistage du fait d'une surcharge de travail des CLAT
- dépistage au-delà des recommandations

Active TB

Offer active TB screening using chest X-ray (CXR) soon after arrival for migrant populations from high-TB-incidence countries. Those with an abnormal CXR should be referred for assessment of active TB and have a sputum culture for *Mycobacterium tuberculosis*.

Le HCSP considère :

- que la définition d'un seuil d'incidence pour préciser les indications de dépistage de la tuberculose (TM ou ITL) chez les immigrants ne peut être univoque et dépend de l'âge de l'immigrant, des conditions dans lesquelles la migration s'est effectuée, des outils utilisés pour le dépistage, de l'ancienneté de l'immigration et de considérations médico-économiques.
- que les données disponibles montrent que le seuil d'incidence de la tuberculose (dans le pays d'origine) à partir duquel le dépistage de la tuberculose chez les immigrants peut devenir "coût-efficace" est supérieur à 40/10⁵, en particulier pour les adultes, chez lesquels le seuil le plus bas est plutôt 100/10⁵.
- qu'en raison de l'insuffisance de ces données et de la nécessité d'une expertise médico-économique, la question de la définition d'un seuil d'incidence de la tuberculose dans le pays d'origine pour décider de la stratégie de dépistage de l'ITL et de la TM, en particulier chez les immigrants, doit être traitée par les groupes d'experts travaillant actuellement sur ces deux sujets (stratégie de détection précoce de la tuberculose maladie par la HAS et définir une stratégie de dépistage et de prise en charge de l'ITL par le HCSP).

Contexte (2)

- ❖ Une 1^{ère} étude en 2017-2018 auprès de médecins généralistes et spécialistes



29th
ECCMID Amsterdam, Netherlands
13-16 April 2019

 **ESCMID**

**Screening for tuberculosis among newly arrived migrants in France.
Results from a practice study.**

L. Luan, C Charlois, H Leroy, J Bottero, H Cordel, S Dimi, J Figoni, M Lachatre, M Lefebvre, C Rouyer, F Mechai, M Mechain, N Vignier

 Groupe hospitalier
Sud Île-de-France

 Inserm

 MÉDECINE
PRÉVENTIVE

 FACULTÉ
DE MÉDECINE

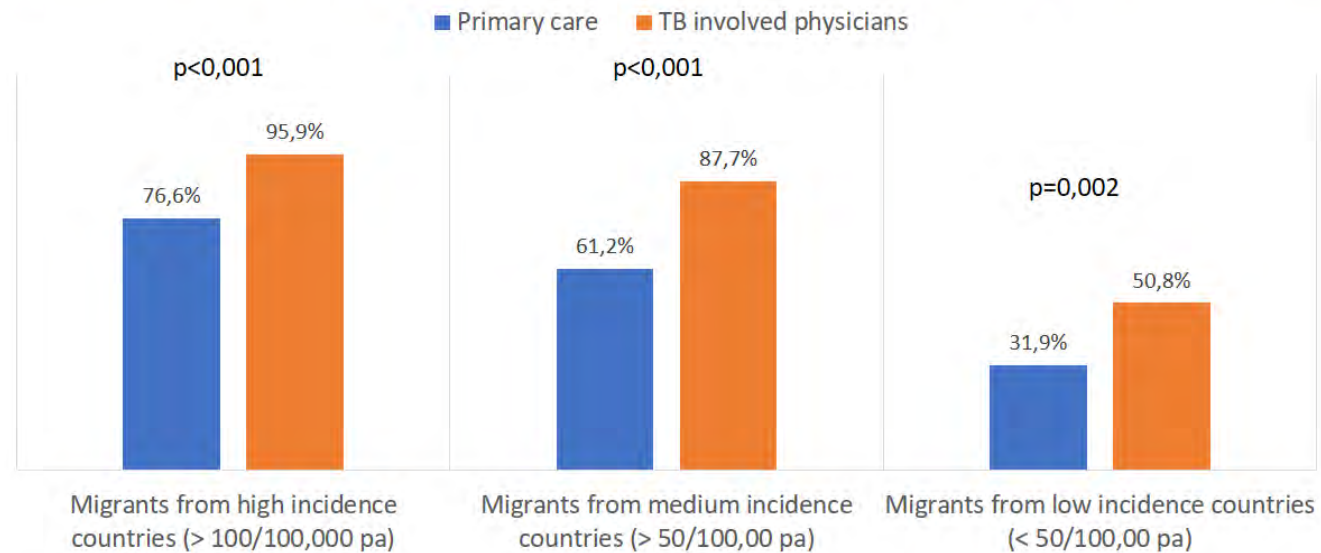
 UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

 SMV



Contexte (2)

Systematic CXR according to home country TB incidence



aOR for primary care physicians = 0.14 [0.05-0.42], p<0.001

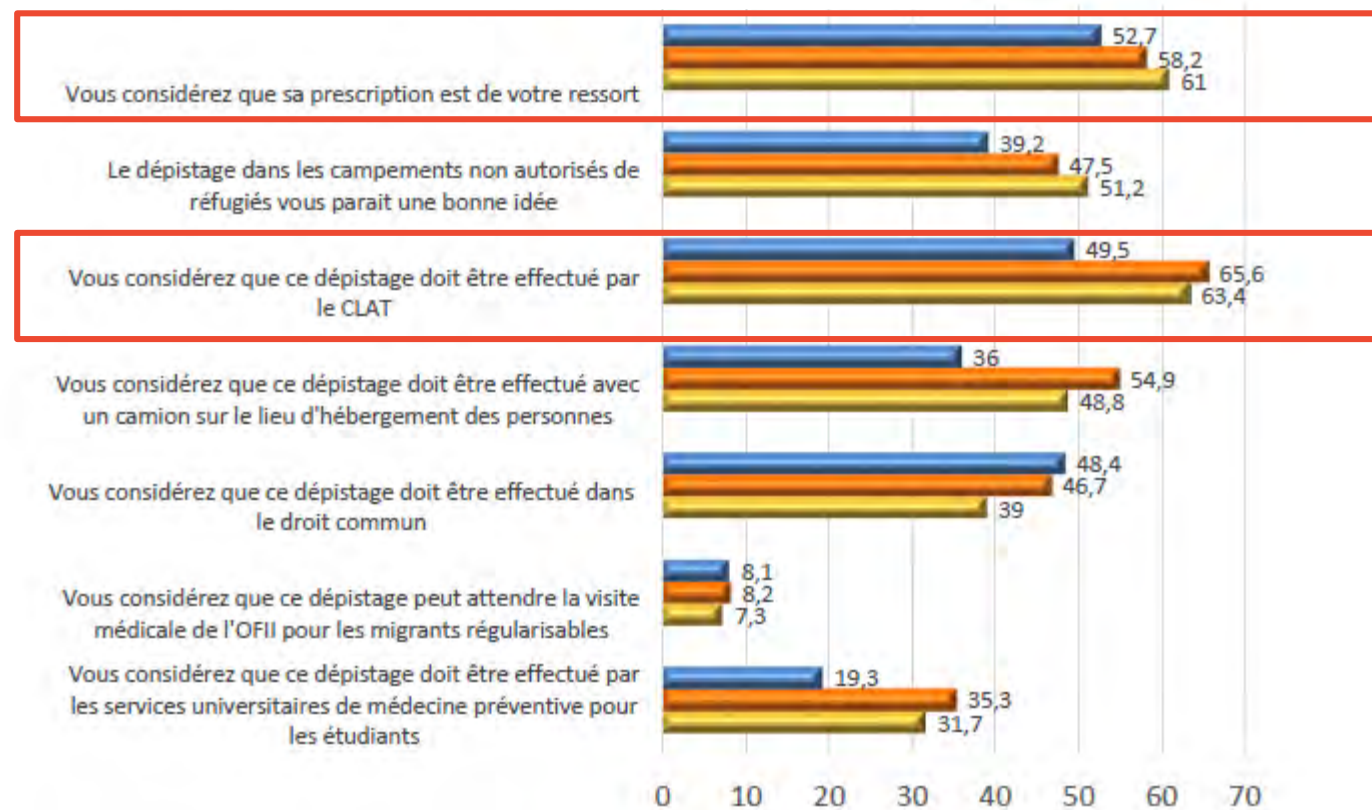
aOR for primary care physicians = 0.21 [0.09-0.48], p<0.001

aOR for primary care physicians = 0,52 [0.31-0.87], p=0.01

Still significant after logistic regression on sex, age, experience and daily practice of migrants' care

Physicians working in **TB control centres** and **pulmonologists** were twice as many to enlarge screening to **low** TB incidence regions (76.9% vs 35.3%, p<0.001).

Contexte (2)



Matériel et méthodes

- ❖ Enquête de pratiques conduite entre décembre 2018 et mars 2019
- ❖ Auto-questionnaire en ligne, 5 questions sur les pratiques de dépistage de la TM
- ❖ Diffusé par email via le Réseau national des CLAT
- ❖ Relances téléphoniques



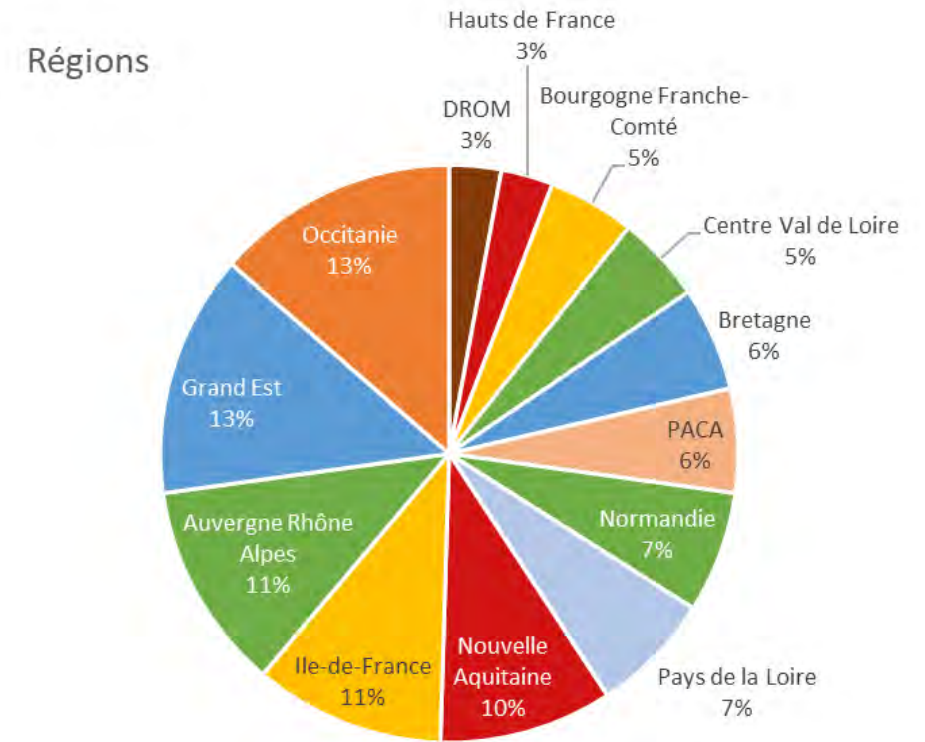
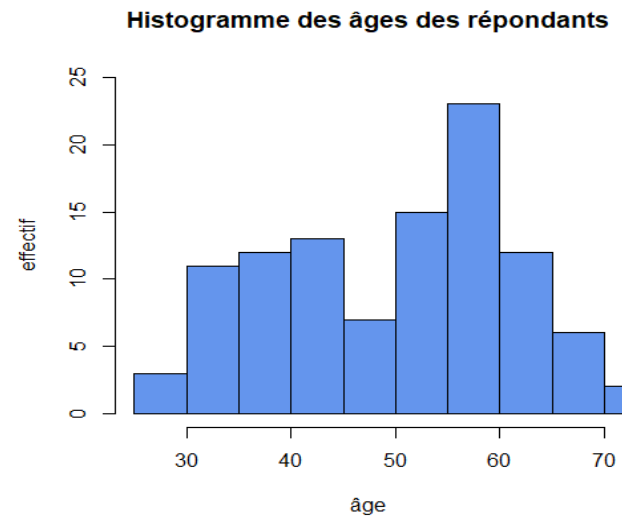
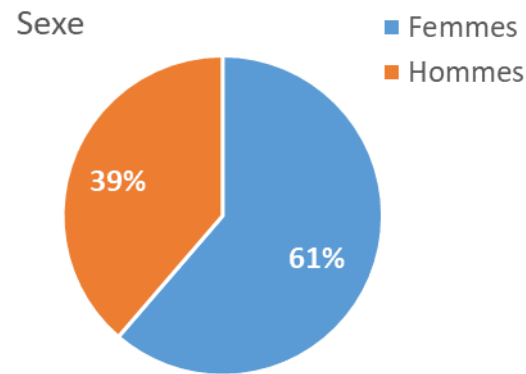
Résultats

Profil des répondants

❖ 106 répondants, appartenant à 83 CLAT

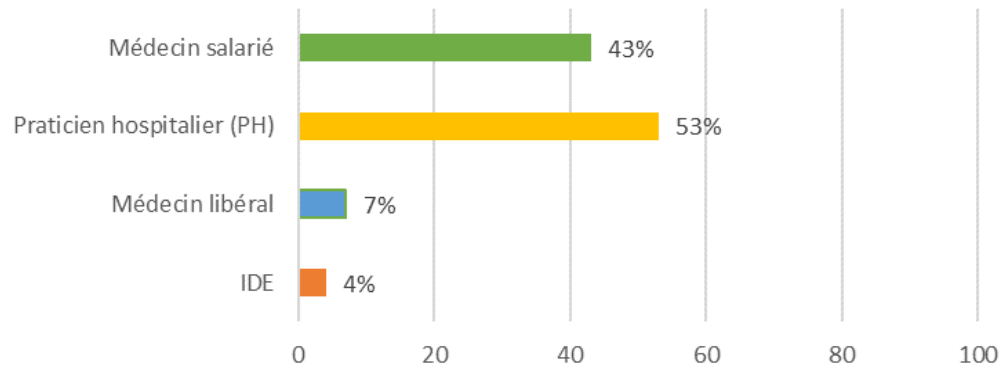
soit environ 64% des CLAT

❖ 51 ans en moyenne

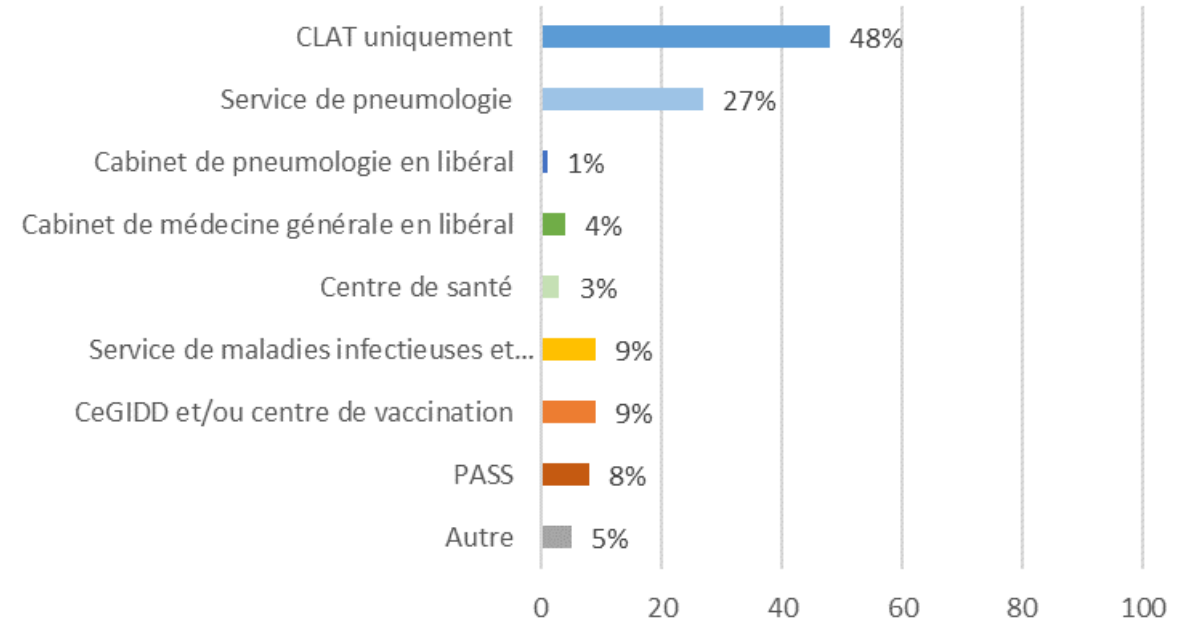


Profil des répondants (2)

Statut professionnel



Structure d'exercice

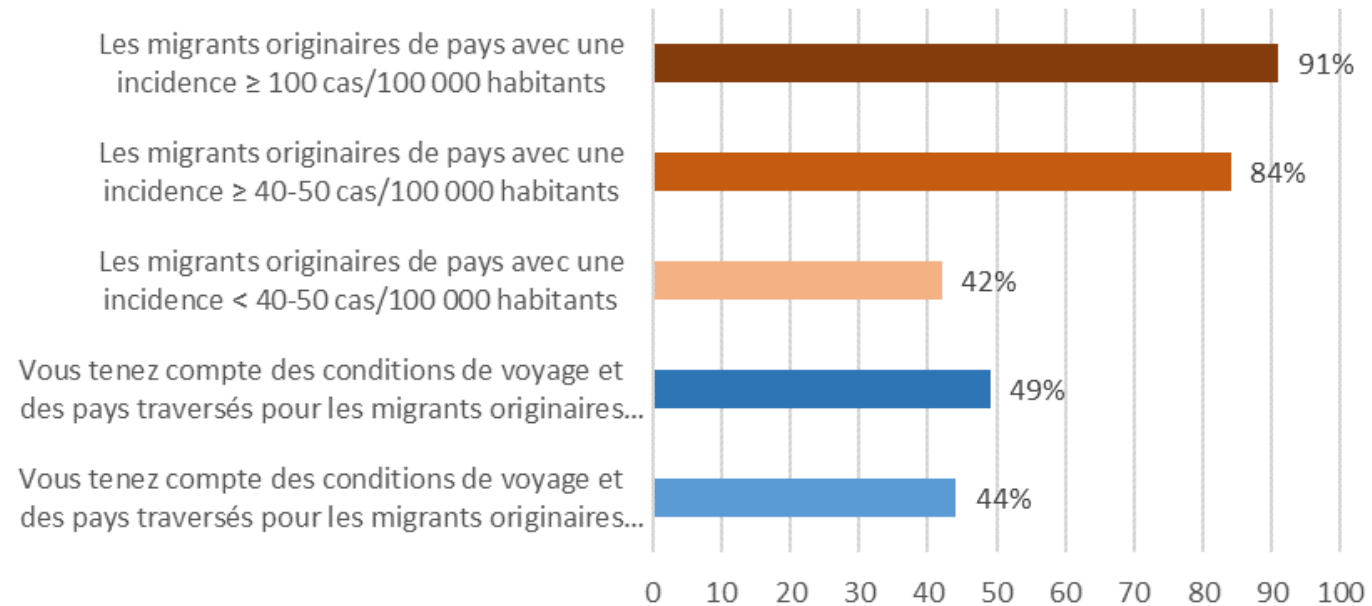


❖ La moitié des médecins exercent uniquement en CLAT

Modalités de dépistage

Qui dépister ?

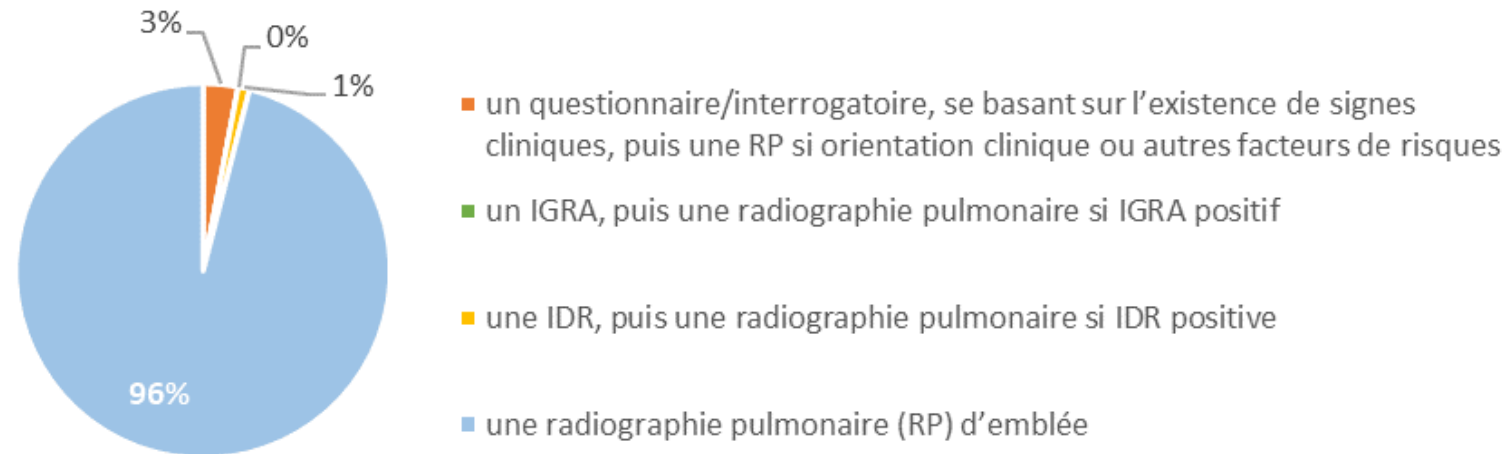
Indications de dépistage



- ❖ 42% des répondants vont au-delà des recommandations
- ❖ Sensibilisés aux conditions de voyage des migrants ?

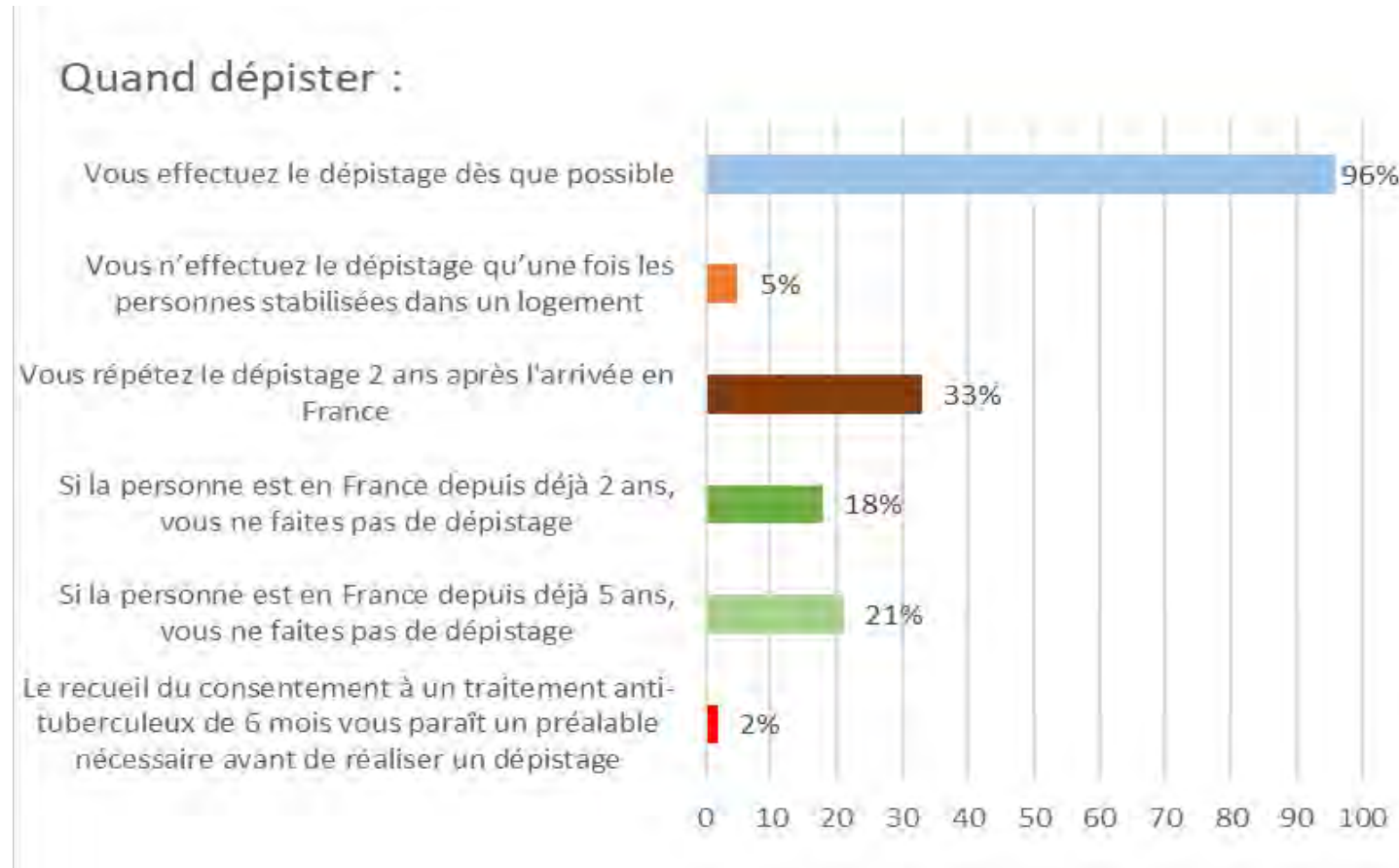
Modalités de dépistage

Outils de dépistage



❖ Quelques médecins ne prescrivent pas de radiographie pulmonaire systématiquement

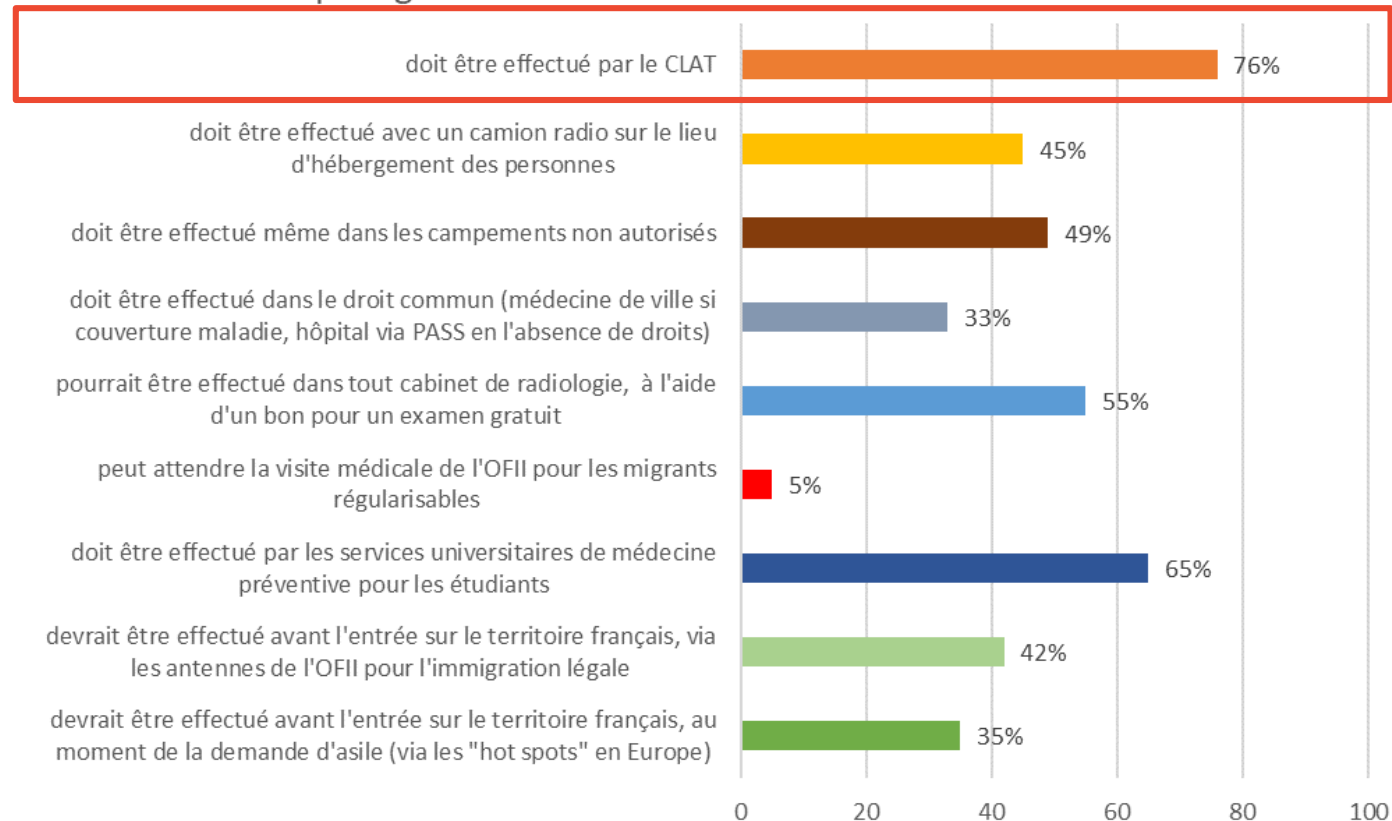
Quand dépister ?



Comment dépister ? Par qui ?

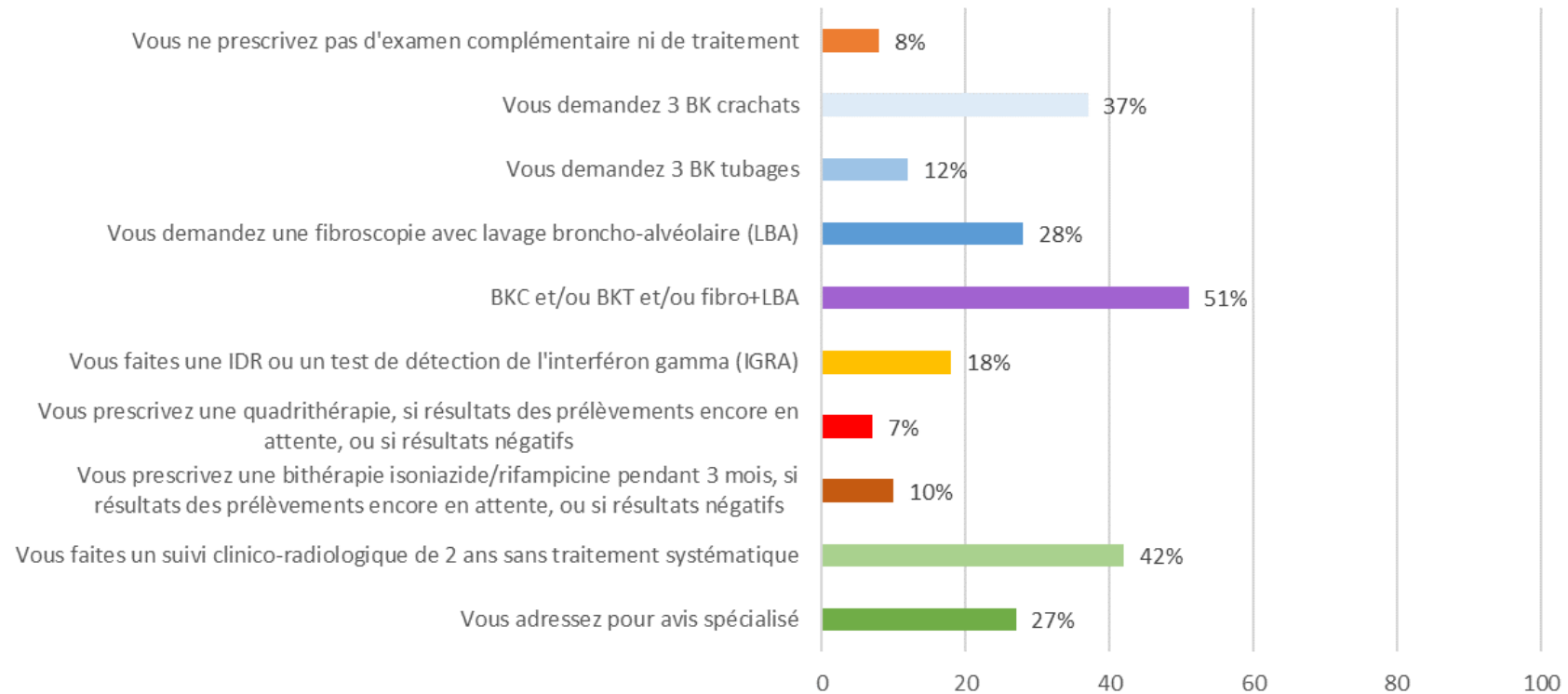
En ce qui concerne le lieu de réalisation de la radio, vous considérez (sous réserve de moyens suffisants) que le dépistage (plusieurs réponses possibles) :

Modalités du dépistage :



Conduite à tenir devant des séquelles ?

Dans le cadre du dépistage radiologique, vous découvrez des images aux apex évocatrices de séquelles de tuberculose, d'allure inactives, confirmées par le scanner, chez un patient asymptomatique par ailleurs et qui ne rapporte pas d'antécédents de traitement.



Conduite à tenir devant des séquelles ? (2)

- ❖ Répondants très partagés sur cette question
- ❖ Peu traitent d'emblée
- ❖ Certains CLAT indiquaient en discuter collégialement

Société de pneumologie de Langue Française, 2004

- **qui traiter devant des images radiologiques évoquant des séquelles ?**

- Chez le sujet immunocompétent, devant des *séquelles présumées de moins de 10 ans*, en l'absence de traitement antérieur conforme, un traitement est recommandé. Cette situation correspond en particulier à celle du *migrant* récent en provenance d'un pays d'endémie tuberculeuse (B).

- Chez le *sujet immunodéprimé* ou devant devenir immunodéprimé, en l'absence de traitement antituberculeux antérieur conforme, un traitement est recommandé quelle que soit l'ancienneté des séquelles (C).

- **quel traitement administrer, quand il est indiqué de traiter des séquelles de tuberculose ?**

- En absence d'immunodépression, il est recommandé un traitement de 9 à 12 mois par isoniazide. L'association rifampicine et isoniazide pendant 4 mois est une alternative possible (B).

- En cas d'immunodépression sévère, un traitement standard est recommandé (avis d'experts).

Analyse qualitative

Freins :

- ❖ Augmentation du nombre de cas
- ❖ Manque de moyens
- ❖ Rapport coût/efficacité de la location de camion radiologique pour dépistage HLM
(hors enquête autour d'un cas)
- ❖ Barrière linguistique, différences culturelles
- ❖ Migrants pas toujours concernés (RdV Préfecture)

Analyse qualitative

Leviers, propositions :

- ❖ Rendre le dépistage obligatoire
- ❖ Importance des bonnes relations avec les structures d'accueil
- ❖ Centralisation des résultats +/- suivi (logiciel national, commun aux CLAT et services hospitaliers)
- ❖ Dépistage co-infections VIH, VHB

Limites

- ❖ Taux de réponse
- ❖ Surreprésentation de certains centres et biais de sélection
- ❖ Incidence de tuberculose par département

Conclusion

- ❖ Des recommandations pas toujours suivies
- ❖ Connaissance des recommandations, adhérence
- ❖ Des positions divergentes sur le rôle des CLAT et les modalités de dépistage des migrants primo-arrivants (rôle du CLAT, camion-radio et HLM etc.)
- ❖ Pas de prise en charge consensuelle des séquelles radiologiques
- ❖ Qu'en est-il du dépistage des ITL ?

Remerciements

- ❖ Dr Marie-Joëlle Postal-Pâques
- ❖ Le Réseau National des CLAT et le Dr Fraisse
- ❖ Tous les CLAT ayant répondu



Merci pour votre attention

louise.luan@gmail.com

dr.vignier@gmail.com