

# Dépistage de maladies infectieuses chez les requérants d'asile et réfugiés

Dr RAINER TAN<sup>a</sup>, Dre ALIX MIAUTON<sup>b</sup>, Dre NATHALIE TEBIB<sup>a</sup>, MARY-LOUISE BAGLEY<sup>a</sup>,  
Dre ROMAIN DELACRETAZ<sup>c</sup>, Dre CAROLINE HEINIGER<sup>d</sup>, Pr PATRICK BODENMANN<sup>a</sup> et Dr SERGE DE VALLIÈRE<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 231-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.904.231

Le nombre de requérants d'asile et de réfugiés a augmenté en Suisse ces 20 dernières années. Nombre d'entre eux proviennent de pays où l'épidémiologie des maladies infectieuses diffère de celle de la Suisse. Dans cette revue, nous discutons des considérations à avoir pour déterminer quelles maladies dépister chez les requérants d'asile et les réfugiés, et comparons les stratégies proposées par différents pays. Un aperçu de l'épidémiologie, de la présentation clinique, des méthodes de dépistage et des stratégies de traitement est fourni pour le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C, la strongyloïdose, la schistosomiase, la maladie de Chagas, les géohelminthiases, ainsi que d'autres infections sexuellement transmissibles.

## Infectious disease screening of asylum seekers and refugees in Switzerland

The number of asylum seekers and refugees in Switzerland has increased over the past 20 years, many of whom come from countries where the epidemiology of infectious diseases is different from that of Switzerland. In this review, we discuss the considerations taken into account when deciding which diseases to screen for in asylum seekers and refugees, and compare the strategies proposed by different countries. An overview of the epidemiology, clinical presentation, screening methods, and treatment strategies is provided for HIV, tuberculosis, hepatitis B and C, strongyloidiasis, schistosomiasis, Chagas disease, soil-transmitted helminth infections, and other sexually transmitted infections.

## INTRODUCTION

Le nombre de requérants d'asile et de réfugiés a nettement augmenté ces 10 dernières années, aussi bien en Suisse qu'à l'échelle mondiale.<sup>1,2</sup> Ces personnes proviennent souvent de pays où l'épidémiologie des maladies infectieuses diffère de celle de la Suisse.<sup>1,3</sup> De plus, le parcours migratoire est, en soi, un facteur de risque supplémentaire pour l'acquisition de certaines pathologies, notamment infectieuses.<sup>4</sup> Ainsi, selon le pays d'origine, une approche différenciée du dépistage est nécessaire. Certaines maladies infectieuses restant longtemps asymptomatiques, un dépistage précoce peut réduire la mor-

bidité et, parfois, le risque de transmission. Cet article a pour but de passer en revue les critères à considérer pour décider quelles maladies infectieuses dépister chez les requérants d'asile et les réfugiés en Suisse, en se basant sur les recommandations internationales et nationales. Dans le cadre de cet article, nous nous concentrons sur les requérants d'asile et les réfugiés, mais les recommandations sont valables pour les personnes sans permis de séjour («sans-papier») et pour de nombreux migrants internationaux selon leur origine. Par ailleurs, rappelons que le dépistage des maladies infectieuses s'inscrit dans le cadre d'un bilan de santé plus large à l'arrivée. Par souci de concision, cet article n'aborde pas d'autres aspects tout aussi cruciaux qui doivent être évalués.

## DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES: QUELLES CONSIDÉRATIONS?

L'indication au dépistage des maladies repose sur plusieurs principes décrits dans la **figure 1**.<sup>5</sup> Ainsi, pour les programmes de dépistage, les maladies prioritaires sont celles présentant un risque de morbidité/mortalité relativement élevé, un risque de transmission et une présentation clinique avec une période de latence/asymptomatique, pour lesquelles un test performant et un traitement sont disponibles.

## RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ET LOCALES DE DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

De nombreuses organisations se sont prononcées sur les stratégies de dépistage des maladies infectieuses chez les

**FIG 1** Principes du dépistage de maladies

<sup>a</sup>Adaptation aux principes.



### Maladie

- Épidémiologie
- Morbidité/mortalité
- Évolution de la maladie
- Population cible



### Test

- Performance du test
- Interprétation
- Options post-test



### Système/programme

- Infrastructure
- Coordination et intégration
- Acceptabilité et éthique
- Bénéfice vs risques humains
- Coûts/bénéfices (financiers et écologiques<sup>a</sup>)
- Management de performance et qualité

<sup>a</sup>Département vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Policlinique de médecine tropicale, voyages et vaccinations, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne, <sup>c</sup>Division interdisciplinaire de santé des adolescents, Service de pédiatrie, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, <sup>d</sup>Policlinique de pédiatrie générale, Service de pédiatrie, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne  
rainer.tan@unisante.ch | alix.miauton@unisante.ch | nathalie.tebib@unisante.ch  
mary-louise.bagley@unisante.ch | romaine.delacretaz@chuv.ch  
caroline.heiniger@chuv.ch | patrick.bodenmann@unisante.ch | serge.devalliere@chuv.ch

(Adaptée de réf.<sup>5</sup>).

**TABLEAU 1** Recommandations de dépistage des maladies infectieuses

Selon une sélection de recommandations nationales et internationales. En fonction des sources, les recommandations de dépistage sont pour les migrants, requérants d'asiles et/ou réfugiés. Les pourcentages se réfèrent à la prévalence de la maladie en fonction de la provenance.

\*Femme en âge de procréer ou enceinte avec une maladie cardiaque ou gastro-intestinale, en situation d'immunosuppression, ou qui souhaite être donneuse d'organe.

ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control; HTLV: virus T-lymphotrope humain; IGRA: Interferon-Gamma-Release-Assay; PCR: réaction de polymérisation en chaîne; RX: radiographie; TB: tuberculose; TST: test cutané tuberculinique; VIH: virus de l'immunodéficience humaine.

Maladie	ECDC 2018 <sup>3</sup>	États-Unis 2024 <sup>24</sup>	Grande-Bretagne 2020 <sup>22,31</sup>	France 2024 <sup>27</sup>	Suisse 2016 <sup>26</sup>
<b>Tuberculose active</b>	RX du thorax si pays à haute incidence	Symptômes + examen physique + RX du thorax	Symptômes + examen physique + RX du thorax si pays à haute incidence (> 40/100 000)	RX du thorax si pays à haute incidence (≥ 40/100 000)	Symptômes (RX du thorax uniquement selon symptomatologie)
<b>Tuberculose latente</b>	Provenance: haute incidence de TB (TST ou IGRA)	Provenance: incidence > 20/100 000	16-35 ans et provenance: haute incidence de TB (≥ 150/100 000)	18-40 ans et provenance (incidence > 100/100 000) et contact avec enfants ou travail dans le secteur de santé	Pas recommandé
<b>VIH</b>	Provenance: prévalence du VIH ≥ 1% ou facteurs de risque	Âge < 65 ans, encouragé si ≥ 65 ans	Provenance: prévalence du VIH ≥ 1%	Provenance: Asie centrale et du Sud-Est, Afrique, Amérique latine, Caraïbes	Provenance: Afrique subsaharienne ou facteurs de risque spécifiques
<b>Hépatite B</b>	Provenance: prévalence ≥ 2%	Tous	Provenance: prévalence ≥ 2% ou antécédent d'injection par voie IV	Provenance: Asie centrale et du Sud-Est, Afrique, Amérique latine, Caraïbes	Provenance: prévalence > 2% (Afrique, Asie, Europe de l'Est)
<b>Hépatite C</b>	Provenance: prévalence ≥ 2%	Tous	Provenance: prévalence ≥ 2% ou facteurs de risque	Provenance: Asie centrale et du Sud-Est, Afrique, Amérique latine, Caraïbes	Provenance: prévalence > 3% (Asie centrale, Europe de l'Est, Moyen-Orient, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne)
<b>Schistosomiase (bilharziose)</b>	Provenance: Afrique subsaharienne, quelques pays d'Asie, Amérique du Sud et Afrique du Nord (sérologie)	Dépistage (sérologie ± examen des selles et des urines) ou traitement présomptif si provenance d'Afrique subsaharienne	Avant entrée: provenance: Asie, Moyen-Orient, Afrique, Amérique latine, Caraïbes Après entrée: provenance: Afrique subsaharienne et exposition à de l'eau douce et éosinophilie > 0,4 G/l (sérologie, microscopie urinaire et des selles)	Sérologie, examen parasitologique des selles et des urines Provenance: Afrique subsaharienne et Égypte (sérologie)	Provenance: Afrique subsaharienne (sérologie)
<b>Strongyloïdose</b>	Provenance: haute endémicité (Asie, Afrique, Moyen-Orient, Océanie et Amérique latine)	Dépistage (sérologie ± examen des selles) ou traitement présomptif si provenance de: Asie, Moyen-Orient, Afrique, Amérique latine, Caraïbes	Avant entrée: provenance: Asie, Moyen-Orient, Afrique, Amérique latine, Caraïbes Après entrée: mêmes pays de provenance et éosinophilie > 0,4 G/l (sérologie, microscopie des selles)	Sérologie Provenance: Asie centrale et du Sud-Est, Afrique, Amérique latine, Caraïbes, Europe de l'Est Examen parasitologique des selles si origine d'Afrique subsaharienne, d'Asie centrale et du Sud-Est, d'Amérique centrale et du Sud	Provenance: Asie du Sud-Est, Afrique
<b>Géohelminthiases</b>	Pas d'info	Traitement présomptif si provenance de: Asie, Moyen-Orient, Afrique, Amérique latine, Caraïbes	Avant entrée: provenance: Asie, Moyen-Orient, Afrique, Amérique latine, Caraïbes (microscopie des selles) Après entrée: mêmes pays de provenance et éosinophilie > 0,4 G/l (microscopie des selles)	Si symptômes digestifs (microscopie des selles)	En cas de douleur abdominale chronique ou diarrhée (microscopie des selles 2-3 x)
<b>Maladie de Chagas (sérologie)</b>	Pas d'info	Pas d'info	Si provenance d'Amérique latine + 1 critère*	Femmes en âge de procréer originaires (ou dont la mère est originaire) d'Amérique du Sud	Pas d'info
<b>Autres</b>	-	Syphilis (âge 18-45 ans ou ≥ 45 ans et infection suspectée) Chlamydie et gonorrhée (18-24 ans ou ≥ 24 ans et infection suspectée) Formule sanguine complète (tous)	Syphilis (si prévalence du VIH du pays d'origine ≥ 1% ou facteurs de risque) PCR chlamydie pour toute personne sexuellement active < 25 ans ou facteurs de risque HTLV-1/2 si originaire de zones d'endémie	Sérologie HTLV-1 chez les femmes en âge de procréer (Afrique subsaharienne, Amérique latine et Caraïbes) Sérologie de la filariose et recherche de microfilarémie diurne (zones forestières d'Afrique centrale) Syphilis (tous) PCR combinée <i>Chlamydiae trachomatis</i> /gonocoques (si < 25 ans et sexuellement actif ou > 25 ans et rapports sexuels non protégés) Frottis du col de l'utérus ou PCR papillomavirus à haut risque (HPV-HR) chez les femmes âgées de 30 à 65 ans	Syphilis (à considérer)

personnes migrantes et réfugiées (**tableau 1**). En nous appuyant sur ces directives et sur des publications scientifiques récentes, nous proposons des modifications aux recommandations suisses de 2016 (**tableau 2**). Sur la base de ces nouvelles recommandations, nous présentons ensuite les dépistages nécessaires chez les requérants d'asile provenant des 10 pays les plus représentés en Suisse (**tableau 3**). Les recommandations de dépistage pour la population pédiatrique sont basées sur celles du Groupe d'infectiologie pédiatrique suisse (PIGS),<sup>6,7</sup> pour lesquelles quelques particularités pédiatriques seront abordées dans le texte.

## Tuberculose

La tuberculose est une priorité de santé publique et son dépistage demeure essentiel dans le cadre de tout programme de dépistage destiné aux requérants d'asile et aux réfugiés.<sup>3</sup> En Suisse, 79% des cas de tuberculose déclarés entre 2018 et 2022 concernent des personnes nées en dehors du pays.<sup>8</sup> Cependant, le nombre absolu de nouveaux cas de tuberculose reste peu élevé. Depuis 2006, la Suisse ne propose plus de radiographie du thorax systématique chez les requérants d'asile, mais uniquement en présence d'une symptomatologie

**TABLEAU 2** Critères de dépistage et prise en charge des maladies infectieuses

Recommandations proposées pour les requérants d'asile et réfugiés adultes sans immunosuppression. Certaines recommandations diffèrent pour les patientes enceintes. <sup>a</sup>Selon le site web Coalition for Hepatitis Elimination: [www.globalhep.org/](http://www.globalhep.org/); <sup>b</sup>Facteurs de risque selon l'OFSP: consommateurs de drogues et personnes vivant dans le même ménage qu'un individu infecté; <sup>c</sup>Prévalence du pays d'origine et des pays de transit selon Buonfrate et coll. 2020<sup>20</sup>; <sup>d</sup>L'examen microscopique des selles peut également être proposé aux patients avec éosinophilie, anémie inexpliquée, perte de poids inexpliquée ou immunosuppression. Ag: antigène; HTLV: virus T-lymphotrope humain; F/P: face/profil; IGRA: Interferon-Gamma-Release-Assay; J: jour; PCR: réaction de polymérisation en chaîne; RX: radiographie; TB: tuberculose; VHB: virus de l'hépatite B; VHC: virus de l'hépatite C; VIH: virus de l'immunodéficience humaine.

	Critères de dépistage	Test diagnostique	Prise en charge si dépistage positif
<b>Tuberculose active</b>	Tous	Questionnaire: symptômes (toux ou fièvre ≥ 2 semaines, sudation nocturne, perte de poids, hémoptysie)	Imagerie et investigation microbiologique aux urgences
<b>Tuberculose latente</b>	Contact avec tuberculose active dans les 12 derniers mois	IGRA (QuantiFERON TB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réévaluation des symptômes</li> <li>• RX du thorax F/P</li> <li>• Si tuberculose active exclue: traitement de la tuberculose latente</li> </ul>
<b>VIH</b>	Tous	Anti-VIH 1&2 + Ag p24	Orientation vers un infectiologue
<b>Hépatite B (VHB)</b>	Provenance: prévalence > 2% <sup>a</sup> (Afrique, Asie, Europe de l'Est) ou éligible pour vaccination ou facteur de risque <sup>b</sup>	AgHBs, anti-HBc, anti-HBs	Selon sérologie: compléter les investigations ou vaccination
<b>Hépatite C (VHC)</b>	Provenance: prévalence > 3% <sup>a</sup> (Asie centrale, Europe de l'Est, Moyen-Orient, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne) ou injection de substance par voie IV	Anti-VHC + virémie VHC si anti-VHC positif	Orientation vers un infectiologue ou un hépatologue si virémie VHC positive
<b>Schistosomiase (bilharziose)</b>	Provenance: Afrique subsaharienne, Égypte	Sérologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement par praziquantel 60 mg/kg divisé en deux doses à J0 (contre-indiqué si neurocysticercose, à exclure par sérologie)</li> <li>• Échographie abdominale et bilan gynécologique afin d'exclure une atteinte hépatique, vésicale et génitale</li> </ul>
<b>Strongyloïdose</b>	Prévalence > 3% <sup>c</sup> (Asie centrale et du Sud-Est, Afrique, Amérique latine, Caraïbes, Europe de l'Est)	Sérologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement par ivermectine 200 µg/kg à J0 (contre-indiqué si Loa Loa avec filariose élevée, à exclure par sérologie si provenance d'un pays endémique)<sup>d</sup></li> </ul>
<b>Géohelminthiases</b>	Provenance: Asie, Afrique, Amérique centrale/du Sud et symptomatique (diarrhées ou douleurs abdominales depuis > 14 jours)	Examen microscopique des selles natives x 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement selon résultat des examens microscopiques</li> <li>• Traitement présomptif à proposer si examen des selles pas possible (albendazole 400 mg per os à J0)</li> </ul>
<b>Maladie de Chagas</b>	Provenance: Amérique centrale ou Amérique du Sud et femme en âge de procréer ou donneur de sang ou d'organe ou symptômes/signes évocateurs de la maladie de Chagas (cardiaques ou digestifs)	Sérologie	Orientation vers un spécialiste en médecine tropicale ou infectiologie
<b>Autres: syphilis, chlamydie, gonorrhée, HTLV-1</b>	Syphilis, chlamydie, gonorrhée: selon facteurs de risque et épidémiologie du pays d'origine HTLV-1: à considérer chez les femmes en âge de procréer (Afrique subsaharienne, Amérique latine et Caraïbes)	Sérologie (syphilis, HTLV-1), PCR (chlamydie, gonorrhée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement spécifique (syphilis, chlamydie, gonorrhée)</li> <li>• Orientation vers un spécialiste en médecine tropicale ou infectiologie pour HTLV-1</li> </ul>

**TABLEAU 3** Dépistages pour les requérants d'asile des pays les plus représentés

Données des requérants d'asile en Suisse en 2022. À noter que nous proposons un dépistage de la tuberculose active par questionnaire de symptômes et du VIH indépendamment du pays de provenance.

<sup>a</sup>En cas d'absence de vaccination documentée contre le VHB et de volonté de vaccination, un dépistage peut être proposé indépendamment du pays d'origine. VHB: virus de l'hépatite B; VHC: virus de l'hépatite C.

Pays	VHB <sup>a</sup>	VHC	Schistosomiase	Strongyloïdose <sup>19</sup>	Helminthiase	Chagas
Ukraine (Permis S)	Non (1,3%)	Oui (3,4%)	Non	Oui (6,6%)	Non	Non
Afghanistan (26%)	Non (1,8%)	Non (0,2%)	Non	Oui (6,7%)	Oui	Non
Turquie (23%)	Oui (2,3%)	Non (0,3%)	Non	Oui (5,6%)	Oui	Non
Érythrée (7%)	Oui (4,6%)	Non (0,7%)	Oui	Oui (8,3%)	Oui	Non
Algérie (6%)	Non (1,3%)	Non (0,6%)	Non	Oui (4,9%)	Oui	Non
Maroc (5,3%)	Non (0,6%)	Non (0,3%)	Non	Oui (5,9%)	Oui	Non
Syrie (4,7%)	Oui (5,1%)	Non (1,3%)	Non	Oui (5,7%)	Oui	Non
Iran (2%)	Non (1,5%)	Non (0,2%)	Non	Oui (4,8%)	Oui	Non
Géorgie (2%)	Oui (2,4%)	Non (2,3%)	Non	Oui (10%)	Oui	Non
Somalie (2%)	Oui (5,2%)	Non (0,7%)	Oui	Oui (7,9%)	Oui	Non

évacuatrice de tuberculose active (hémoptysie, fièvre ou toux depuis  $\geq 2$  semaines, perte de poids).<sup>9</sup> Le dépistage systématique de la tuberculose latente par test IGRA (Interferon-Gamma-Release-Assay) n'est pas non plus proposé en Suisse, contrairement aux recommandations d'autres pays (tableau 1). Cette approche divergente reste controversée, car la majorité des cas de tuberculose active chez les migrants en Europe sont des réactivations de tuberculose latente acquise dans leur pays d'origine.<sup>3</sup> Cependant, l'approche suisse se justifie par des raisons de coûts-bénéfices et de faisabilité.<sup>10</sup> En revanche, les enfants requérants d'asile ou réfugiés de moins de 5 ans font l'objet d'un dépistage systématique de la tuberculose latente par test Mantoux en raison du risque plus élevé de réactivation et des formes sévères de tuberculose. De plus, un dépistage par test IGRA doit être proposé aux enfants et adolescents de 5 à 18 ans présentant des facteurs de risque ou provenant d'un pays à risque.<sup>7</sup>

### Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

En 2022, les personnes migrantes représentaient 48% des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH en Europe, avec une majorité de diagnostics tardifs, qui sont associés à une mortalité et à un risque de transmission plus élevés.<sup>11</sup> Ainsi, la prévention et le dépistage volontaire du VIH, de même que l'orientation des personnes séropositives vers le réseau de soins, font partie intégrante de la stratégie de prise en charge des requérants d'asile et des réfugiés (tableau 1). Nous proposons un dépistage volontaire du VIH pour tout requérant d'asile ou réfugié, compte tenu du risque supplémentaire d'acquisition du VIH pendant le processus de migration<sup>12</sup> et des lacunes du dépistage basé sur les risques,<sup>13</sup> tout en considérant la prévalence du VIH dans le pays d'origine.

### Hépatites B (VHB) et C (VHC)

Il est estimé que 254 millions de personnes vivent avec l'hépatite B et 50 millions avec l'hépatite C, et que 1,3 million de personnes en décèdent chaque année.<sup>14</sup> Ces virus sont particulièrement prévalents en Afrique subsaharienne et en Asie.

Le dépistage, le traitement et la prévention des hépatites chez les migrants sont essentiels pour l'éradication de ces maladies d'ici 2030.<sup>15</sup> La Coalition pour l'élimination mondiale de l'hépatite ([www.globalhep.org/](http://www.globalhep.org/)) met régulièrement à jour un site web permettant de préciser aisément la prévalence des hépatites B et C, et ainsi déterminer si le pays d'origine de nos patients se trouve au-dessus du seuil de dépistage proposé (2% pour l'hépatite B et 3% pour l'hépatite C). Selon les résultats du dépistage et de l'anamnèse vaccinale, des examens de laboratoire complémentaires sont nécessaires pour déterminer la nécessité d'un traitement, d'un suivi régulier et/ou d'une vaccination contre l'hépatite B (tableau 2).

### Schistosomiase (bilharziose)

La schistosomiase, ou bilharziose, est une maladie parasitaire qui infecte 250 millions de personnes dans le monde, avec 779 millions de personnes à risque d'infection, principalement en Afrique subsaharienne.<sup>16</sup> La schistosomiase est retrouvée chez 21,7% des migrants provenant de pays endémiques.<sup>17</sup> Cette maladie est transmise lorsque le parasite, libéré par des escargots d'eau douce, pénètre la peau lors d'un contact avec de l'eau infestée.<sup>18</sup> La schistosomiase chronique ne se manifeste que plusieurs années après l'infection, suite à la réponse inflammatoire dirigée contre les œufs du parasite.<sup>16</sup> Les manifestations cliniques sont souvent d'ordre digestif (par exemple, douleurs abdominales et diarrhées), avec des complications telles que l'hypertension portale, la splénomégalie et les varices œsophagiennes, ou d'ordre génito-urinaire (par exemple, dysurie, hématurie), avec des complications telles qu'un cancer de la vessie ou une dyspareunie.<sup>16</sup> La sérologie est le test diagnostique de choix pour les migrants. En cas de test positif, un examen microscopique des selles et des urines est à considérer, ainsi qu'une échographie abdominale et un bilan gynécologique afin d'exclure une atteinte hépatique, vésicale et génitale. Le traitement par praziquantel est efficace.<sup>3</sup> Toutefois, l'exclusion par sérologie d'une co-infection à *Taenia solium* avec neurocysticercose est proposée avant ce traitement afin d'éviter des convulsions induites par la mort des larves.<sup>16</sup>

## Strongyloïdose (anguillulose)

La strongyloïdose est une maladie parasitaire provoquée par *Strongyloides stercoralis* (anguillule). Elle est retrouvée chez 614 millions de personnes vivant dans les pays endémiques (soit 8,1% de la population totale de ces pays)<sup>19,20</sup> et chez 12,2% des personnes migrantes originaires de ces pays.<sup>17</sup> La maladie est transmise par pénétration cutanée des larves du parasite se trouvant dans le sol. La majorité des personnes infectées restent asymptomatiques ou présentent des symptômes digestifs chroniques aspécifiques pendant des décennies.<sup>18</sup> Chez les sujets immunodéprimés ou co-infectés par d'autres maladies infectieuses (notamment virus T-lymphotrope humain 1 (HTLV-1)), une hyperinfestation massive peut survenir, avec un taux de létalité d'environ 60%.<sup>21</sup> La sérologie reste le test diagnostique de choix et le traitement par ivermectine est efficace et bien toléré.<sup>3,19</sup> Nous préconisons, suite aux dernières estimations de prévalence de la strongyloïdose,<sup>17,20</sup> un dépistage large incluant toutes les personnes provenant d'un pays avec une prévalence de plus de 3%, selon Buonfrate et coll.<sup>20</sup> Rappelons qu'en raison d'événements indésirables sévères, le traitement par ivermectine est contre-indiqué chez les patients co-infectés par *Loa loa*.<sup>19</sup>

## Géohelminthiases

Les géohelminthiases, notamment les helminthes transmis par le sol, tels qu'*Ascaris lumbricoides*, *Necator americanus* et *Trichuris trichiura*, sont très répandues chez les personnes originaires d'Amérique latine, d'Asie et d'Afrique.<sup>22,23</sup> Un traitement présomptif par albendazole ou mébendazole est parfois préconisé en raison de la bonne tolérance du traitement, d'une présentation clinique aspécifique, d'une haute prévalence, de la difficulté à récolter trois selles natives à plus de 24 heures et du bon rapport coût-bénéfice.<sup>22,24,25</sup> En revanche, une approche « tester et traiter » uniquement en cas de symptômes digestifs, chez les patients originaires d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Sud, comme proposé en Suisse et en France, permet de cibler les infections à plus haute morbidité, surtout si la strongyloïdose et la schistosomiase sont déjà exclues.<sup>23,26,27</sup> Un seuil de dépistage relativement bas doit être considéré en cas d'éosinophilie, d'anémie, de perte de poids inexplicée, en plus des patients avec symptômes digestifs ou chez des patients immunosupprimés ou devant l'être.

## Maladie de Chagas

La maladie de Chagas (trypanosomiase américaine) est causée par *Trypanosoma cruzi*, transmise par les selles ou les urines d'un insecte, le triatome, ayant contaminé la peau ou des aliments ingérés, ou pendant la grossesse ou l'accouchement (transmission verticale/congénitale). La maladie est endémique en Amérique latine, avec 6 à 7 millions de personnes infectées. En Europe, 4,2% des migrants d'Amérique latine sont touchés.<sup>28,29</sup> La maladie se manifeste en deux phases, la phase chronique se présentant 10 à 30 ans après l'infection aiguë dans 20 à 30% des cas (la majorité restant donc asymptomatique). Dans la maladie de Chagas chronique, les atteintes sont principalement cardiaques (cardiomyopathie dilatée avec troubles du rythme), digestives (dysphagie

et constipation secondaires à un méga-œsophage ou à un mégacôlon) et neurologiques (neuropathies périphériques).<sup>29,30</sup> Nous recommandons un dépistage de la maladie de Chagas chez tout adulte originaire d'Amérique latine remplissant au moins l'un des critères suivants: femme en âge de procréer, immunosuppression, donneur de sang ou d'organe ou présence de symptômes évocateurs de la maladie (cardiaques ou digestifs).<sup>31,32</sup> Le dépistage systématique de tout adulte originaire d'Amérique latine ne présentant aucun des facteurs de risque susmentionnés n'est pas proposé en raison du faible bénéfice du traitement en cas d'infection latente.<sup>32</sup> Dans tous les cas, l'évaluation de l'indication à un traitement spécifique devrait être confiée à un spécialiste en médecine tropicale.

## Autres maladies infectieuses

D'autres maladies infectieuses devraient être prises en compte dans la stratégie de dépistage des demandeurs d'asile et des réfugiés, mais ne sont pas incluses dans toutes les recommandations nationales et internationales. Elles incluent la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le HTLV-1. L'omission de ces maladies est probablement due aux défis liés à la détermination de la meilleure approche de dépistage, souvent motivée par des incertitudes quant à la prévalence de certaines de ces maladies dans les pays d'origine des demandeurs d'asile et des réfugiés.

## CONCLUSION

Afin d'offrir une prise en charge optimale et de qualité à nos patients requérants d'asile et réfugiés, le dépistage de certaines maladies infectieuses endémiques dans leurs pays d'origine s'avère indispensable. Dans ce contexte, une bonne connaissance des prévalences de ces maladies nous semble essentielle. Les recommandations sont appelées à être adaptées régulièrement, du fait des évolutions épidémiologiques, des modifications des mouvements migratoires et des avancées technologiques en termes de dépistage. Tout en plaidant pour le dépistage des maladies infectieuses, qui touchent souvent les migrants de manière disproportionnée, nous tenons à souligner que les migrants, les requérants d'asile et les réfugiés ne représentent pas un risque accru de transmission de maladies infectieuses pour les résidents locaux.<sup>33</sup>

**Conflit d'intérêts:** les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- De nombreuses maladies infectieuses sont plus prévalentes dans les pays d'origine des requérants d'asile et des réfugiés, et peuvent entraîner des complications graves des années après l'infection.
- Identifier les maladies infectieuses à dépister et les requérants d'asile ou réfugiés concernés peut non seulement améliorer la santé de nos patients, mais aussi limiter le risque de transmission et, dans de nombreux cas, réduire les coûts de la santé.

- 1 Secrétariat d'État aux migrations (SEM). Asile: statistiques de 2023 [En ligne]. Disponible sur: [www.sem.admin.ch/sem/fr/home/sem/medien/mm.msg-id-100040.html#:~:text=En%202023%2C%20le%20SEM%20a,%2C6%20%25%20en%202022](http://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/sem/medien/mm.msg-id-100040.html#:~:text=En%202023%2C%20le%20SEM%20a,%2C6%20%25%20en%202022))
- 2 McAuliffe M, Triandafyllidou A. World Migration Report 2022. Genève: International Organization for Migration (IOM), 2021.
- \*3 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC, 2018.
- \*4 Greenaway C, Castelli F. Migration Medicine. *Infect Dis Clin North Am.* 2019 Mar;33(1):265-87.
- 5 Dobrow MJ, Hagens V, Chafe R, et al. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. *CMAJ.* 2018 Apr 9;190(14):E422-e9.
- 6 Bernhard S, Büttcher M, Heiniger U. Mémento pour le diagnostic et la prévention de maladies infectieuses et la mise à jour des vaccinations auprès d'enfants et adolescents migrants en Suisse, asymptomatiques. *Paediatrica.* 2016;27:11-8.
- \*\*7 Société Suisse de pédiatrie. Checklist for migrant children and adolescents new to Switzerland [En ligne]. 2022. Disponible sur: [https://cdn.paediatricschweiz.ch/production/uploads/2022/05/2022.05.18-Migration\\_Checklist-new-arrivals-Update-MAY-2022.pdf](https://cdn.paediatricschweiz.ch/production/uploads/2022/05/2022.05.18-Migration_Checklist-new-arrivals-Update-MAY-2022.pdf)
- 8 Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP). La tuberculose en Suisse et dans la principauté de Liechtenstein en 2022 [En ligne]. 2024. Disponible sur: [www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/infektionskrankheiten/tuberkulose/tuberkulose-schweiz-fl-2022.pdf.download.pdf/tuberkulose-schweiz-fl-2022-fr.pdf](http://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/infektionskrankheiten/tuberkulose/tuberkulose-schweiz-fl-2022.pdf.download.pdf/tuberkulose-schweiz-fl-2022-fr.pdf)
- 9 Chastonay O, Masserey E, Dory E, et al. Consensus vaudois de prise en charge de maladies infectieuses auprès des requérants d'asile et détenus. *Rev Med Suisse.* 2019 Feb 27;15(640):466-72.
- 10 Greenaway C, Pareek M, Abou Chakra CN, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of screening for latent tuberculosis among migrants in the EU/EEA: a systematic review. *Euro Surveill.* 2018 Apr;23(14):17-00543.
- 11 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2023-2022 data. Stockholm: ECDC, 2023.
- 12 Nöstlinger C, Cosaert T, Landeghem EV, et al. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and European Economic Area. *Lancet HIV.* 2022 Jun;9(6):e428-e37.
- 13 Tan R, Hugli O, Cavasini M, Darling K. Non-targeted HIV testing in the emergency department: not just how but where. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2018 Dec;16(12):893-905.
- 14 World Health Organization. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries [En ligne]. 2024. Disponible sur: [www.who.int/publications/i/item/9789240091672](http://www.who.int/publications/i/item/9789240091672)
- 15 Kim JU, Ingiliz P, Shimakawa Y, Lemoine M. Improving care of migrants is key for viral hepatitis elimination in Europe. *Bull World Health Organ.* 2021 Apr;99(4):280-6.
- 16 McManus DP, Dunne DW, Sacko M, et al. Schistosomiasis. *Nat Rev Dis Primers.* 2018;4(1):13.
- 17 Asundi A, Beliavsky A, Liu XJ, et al. Prevalence of strongyloidiasis and schistosomiasis among migrants: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health.* 2019;7(2):e236-e48.
- 18 Getaz L, Chappuis F, JC LB, Wolff H, Y J. Maladies tropicales persistantes chez les migrants. *Rev Med Suisse.* 2014 Apr 9;10(425):827-32.
- 19 Gordon CA, Utzinger J, Muhi S, et al. Strongyloidiasis. *Nat Rev Dis Primers.* 2024 Jan 25;10(1):6.
- 20 Buonfrate D, Bisanzio D, Giorli G, et al. The Global Prevalence of Strongyloides stercoralis Infection. *Pathogens.* 2020 Jun 13;9(6):468.
- 21 Buonfrate D, Requena-Mendez A, Angheben A, et al. Severe strongyloidiasis: a systematic review of case reports. *BMC Infect Dis.* 2013 Feb 8;13:78.
- 22 UK Home Office PHEPat, (IOM) IOFm. Health Protocol: Pre-entry health assessments for UK-bound refugees. 2020. Disponible sur: [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5ee8ed9ce90e070435f5aa12/Badged\\_HA\\_protocol\\_IOM\\_HO\\_PHE\\_-\\_June\\_2020.odt.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5ee8ed9ce90e070435f5aa12/Badged_HA_protocol_IOM_HO_PHE_-_June_2020.odt.pdf)
- 23 Jourdan PM, Lamberton PHL, Fenwick A, Addiss DG. Soil-transmitted helminth infections. *Lancet.* 2018;391(10117):252-65.
- 24 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Refugee Health Domestic Guidelines [En ligne]. 2024. Disponible sur: [www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/domestic-guidance2024](http://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/domestic-guidance2024)
- 25 Maskery B, Coleman MS, Weinberg M, et al. Economic Analysis of the Impact of Overseas and Domestic Treatment and Screening Options for Intestinal Helminth Infection among US-Bound Refugees from Asia. *PLOS Negl Trop Dis.* 2016 Aug 10;10(8):e0004910.
- \*\*26 Notter J, Labhardt N, Hatz C, et al. Infektionen bei erwachsenen Flüchtlingen. *Swiss Medical Forum;* 2016: EMH Swiss Medical Publishers, 2016, p. 1067-74.
- \*27 (SPILF) Sfdpidlf, (SFLS) Sfdlcls, (SFD) Sfdp. Bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante [En ligne]. 2024. Disponible sur: [http://corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/actualites/Recommandation\\_Bilan\\_de\\_Sante\\_v8.pdf](http://corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/actualites/Recommandation_Bilan_de_Sante_v8.pdf)
- 28 Requena-Méndez A, Aldasoro E, de Lazzari E, et al. Prevalence of Chagas Disease in Latin-American Migrants Living in Europe: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Negl Trop Dis.* 2015 Feb 13;9(2):e0003540.
- 29 World Health Organization. Chagas disease (also known as American trypanosomiasis) [En ligne]. 2024. Disponible sur: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))
- 30 Bern C. Chagas' Disease. *N Engl J Med.* 2015 Jul 30;373(5):456-66.
- 31 Office for Health Improvement and Disparities – Government of the United Kingdom. Chagas disease: migrant health guide. 2021. [www.gov.uk/guidance/chagas-disease-migrant-health-guide](http://www.gov.uk/guidance/chagas-disease-migrant-health-guide)
- 32 Velasco M, Gimeno-Feliú LA, Molina I, et al. Screening for Trypanosoma cruzi infection in immigrants and refugees: Systematic review and recommendations from the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology. *Euro Surveill* 2020 Feb;25(8):1900393.
- 33 Chuard C, Genné D. Revue Médicale Suisse: Réfugiés ukrainiens: une menace épidémiologique? *Rev Med Suisse.* 2024 Oct 9;20(890):1791.

\* à lire  
\*\* à lire absolument