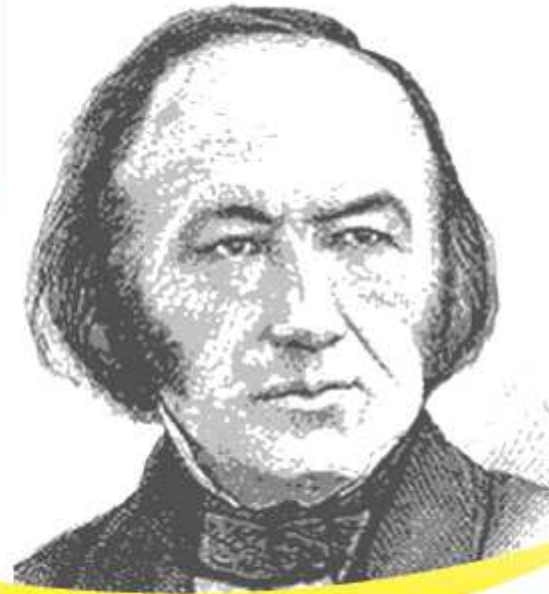


JEUDI 15 NOVEMBRE 2018
UFR Médecine Paris 7 Diderot,
site Xavier-Bichat - Paris 18^{ème}

61^{ème} journée de l'hôpital Claude-Bernard



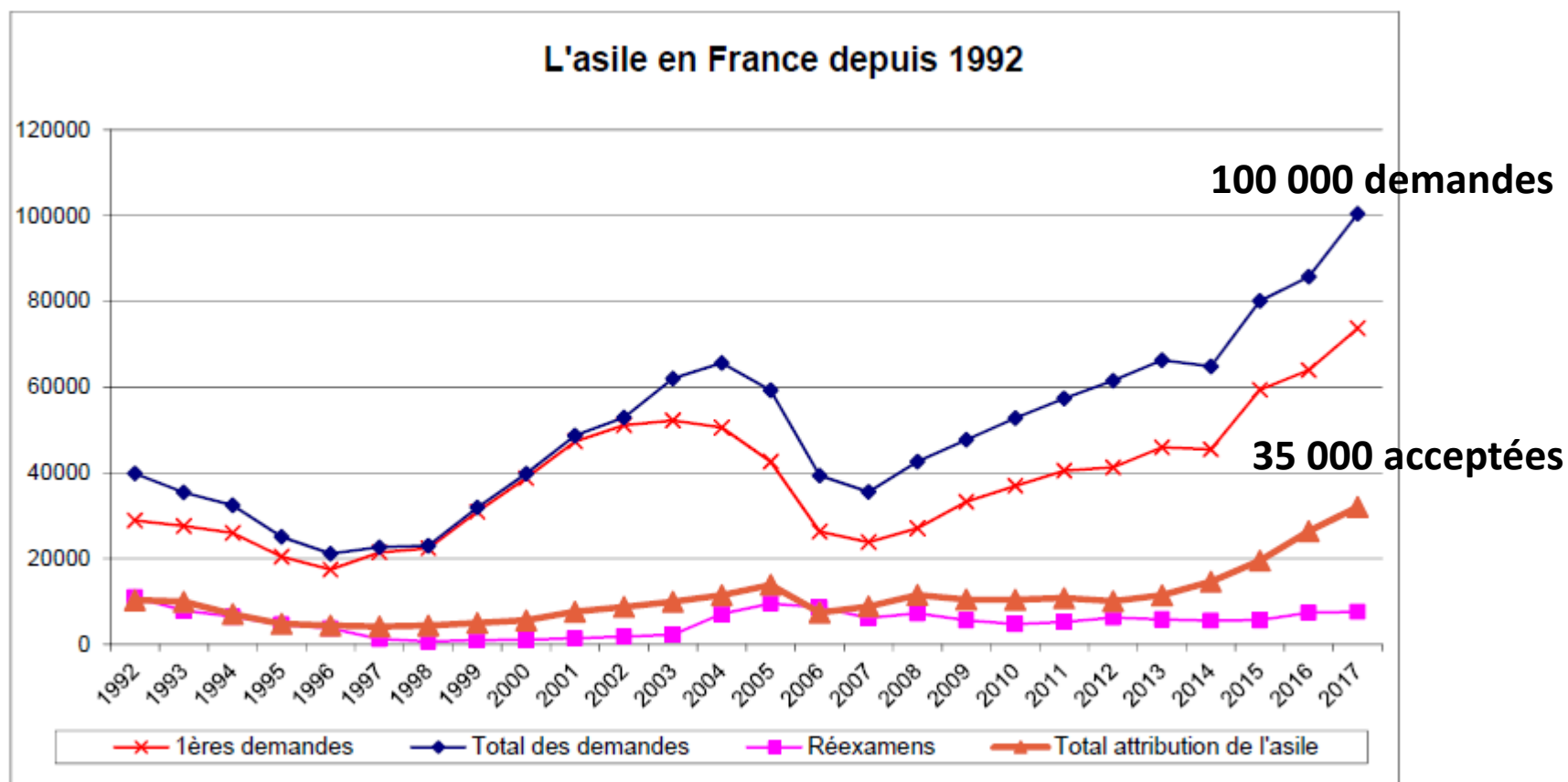
**Maladies infectieuses et spécificités de
la prise en charge chez les demandeurs
d'asile**

Adrien GALY
(CCA Médecine Interne Beaujon)

Définitions

- Migrant (= immigré) : personne née à l'étranger et vivant sur le sol français, y compris des nationaux (acquisition de nationalité)
- Demandeur d'asile : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951
- Refugié : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'Ofpra ou la CNDA
- Migrant primo-arrivant : personnes nées à l'étranger, arrivant sur le sol français (depuis?)

Evolution de l'asile en France 1992 - 2017



OFRA

Via <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>

Pays d'origine des demandeurs d'asile (1^{ère} demande)

Pays	2017
Albanie	7 633
Afghanistan	5 989
Haïti	4 939
Soudan	4 488
Guinée	3 781
Syrie	3 319
Côte d'Ivoire	3 246
Rép. Dém. Congo	2 942
Algérie	2 459
Bangladesh	2 411

Demandes selon zones géographiques :

- **Afrique** (Soudan, Guinée, CI, RDC, Mali) : > 27841 soit 35-40%
- **Asie / MO** (Afghanistan, Bangladesh, Sri Lanka, Chine, Pakistan) : > 20039 soit 25-30%
- **Europe** : > 17727 soit 25-30%
- **Amériques** : > 5388 soit 5-10%

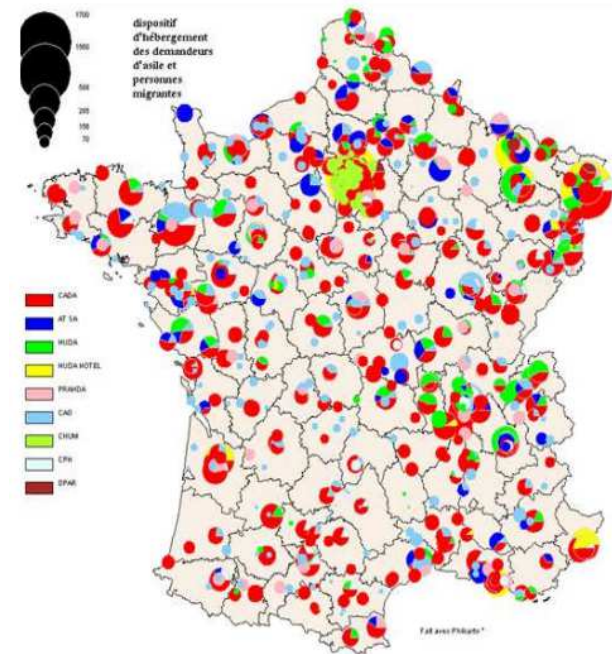
Prise en charge des migrants primo-arrivants : Ile de France

1/ Repérage

- Personnes vulnérables, en situation d'exclusion, sans solution d'hébergement :
 - ✓ Centres d'accueil de jour (x4)
 - ✓ Maraudes

2/ Examen de situation

- Adressées dans des Centres d'Accueil et d'Examen des Situations (CAES) pour hébergement et examen de la situation :
5 centres – 750 places, durée de séjour maximale 11 jours
 - ✓ Paris (Adoma : 150 places)
 - ✓ Val d'Oise (Espérer95 : 200 places)
 - ✓ Essone (Coallia : 100 places)
 - ✓ Hauts-de-Seine (Aurore : 150 places)
 - ✓ Seine-et-Marne (Empreintes : 150 places)
- ➔ Pôle santé, hébergement, traducteurs
- ➔ Pas de dépistages ni rattrapages vaccinaux systématiques, pratiques variables selon médecins, centres, et moyens mis à disposition



3/ Hébergement de longue durée

- Diverses structures : CADA, ATSA, HUDA, CAO, CHUM, PRAHDA, DPAR...
- Majoritairement sous la tutelle du ministère de l'intérieur
- ➔ Hétérogénéité des prises en charge médicales en moyens (lieux, médecins, infirmiers) et en ressources

CIMADE 2018

<https://www.lacimade.org/publication/fiche-typologique-differents-lieux-dhebergement-de-leurs-fonctions/>

Pathologies infectieuses

Epidémiologie variable selon :

Epidémiologie des pays d'origine

- Guerre
- Faillite des systèmes de santé (politiques vaccinales, infrastructures de santé publique, absence d'accès aux soins)

Parcours migratoire

- Pays traversés
- Conditions de vie et camps, surpeuplement
- Sous-nutrition et manque d'accès aux soins
- Sexe transactionnel et violences sexuelles

Conditions de vie dans les pays d'accueil

- Rue, campement surpeuplés
- Hygiène
- Accès au soin

Quelles pathologies ?

Pathologies chroniques +/- asymptomatiques : pays d'origine et parcours

- VIH,
- Hépatites virales VHB – VHC
- Tuberculose
- Parasitoses (Bilharziose – Anguillulose – Filariose – Chagas)

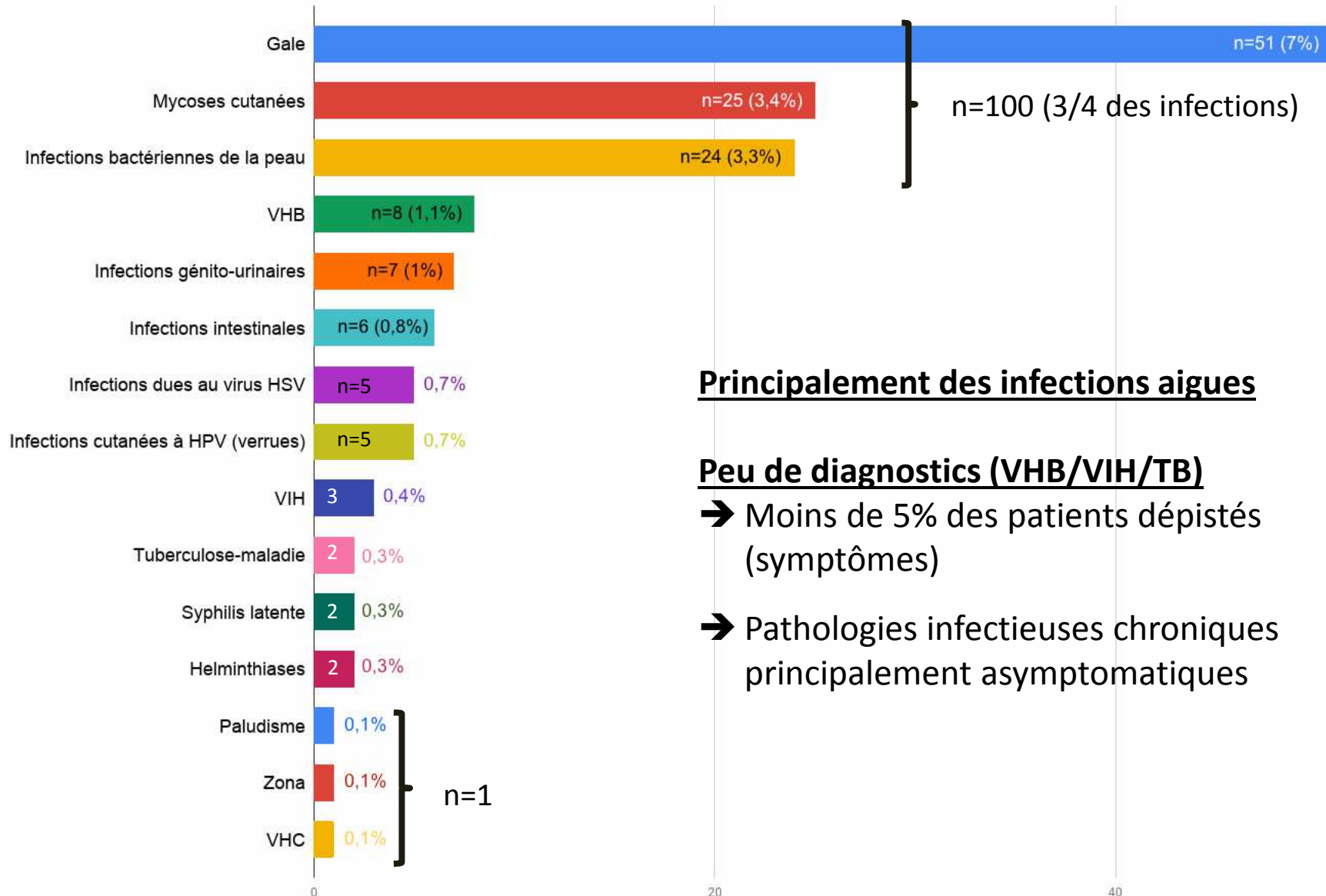
Pathologies aiguës et liées aux conditions de vie (camps, surpeuplement) et +/- carences vaccinales

- Gale
- Rougeole, varicelle, rubéole
- Méningocoque
- Virus respiratoires
- Maladies entériques
- Hépatites virales VHA – VHE

Détail des pathologies infectieuses n=147

Hors infections respiratoires (n = 194/1108, 17,5% des diagnostics)

Rapportés au nombre de patient (n=724)



Principalement des infections aiguës

Peu de diagnostics (VHB/VIH/TB)

→ Moins de 5% des patients dépistés (symptômes)

→ Pathologies infectieuses chroniques principalement asymptomatiques

Pathologies infectieuses

Quelles pathologies ?

Stratégies de dépistage
systématique

Pathologies chroniques +/-
asymptomatiques : pays d'origine et
parcours

- VIH,
- Hépatites virales VHB – VHC
- Tuberculose
- Parasitoses (Bilharziose – Anguillulose – Filariose – Chagas)

Stratégies préventives :

- ➔ Surveillance syndromique
- ➔ Mesures d'hygiène / camps
- ➔ MAJ des statuts vaccinaux

Pathologies aiguës et liées aux conditions
de vie (camps, surpeuplement) et +/-
carences vaccinales

- Gale
- Rougeole, varicelle, rubéole
- Méningocoque
- Virus respiratoires
- Maladies entériques
- Hépatites virales VHA – VHE

Pathologies infectieuses

Stratégies de dépistage
systématique

Quelles pathologies ?

Pathologies chroniques +/-
asymptomatiques : pays d'origine et
parcours

- VIH,
- Hépatites virales VHB – VHC
- Tuberculose
- Parasitoses (Bilharziose – Anguillulose – Filariose – Chagas)

➔ Quelle prévalence attendue en cas de dépistage ?

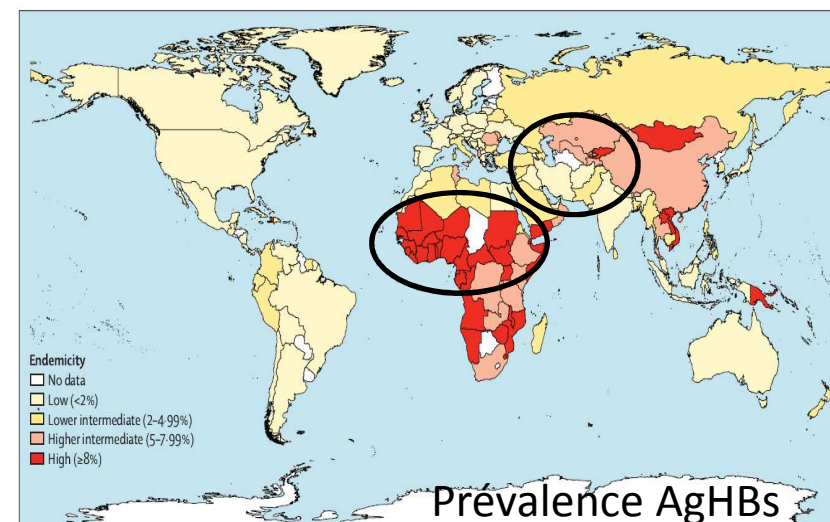
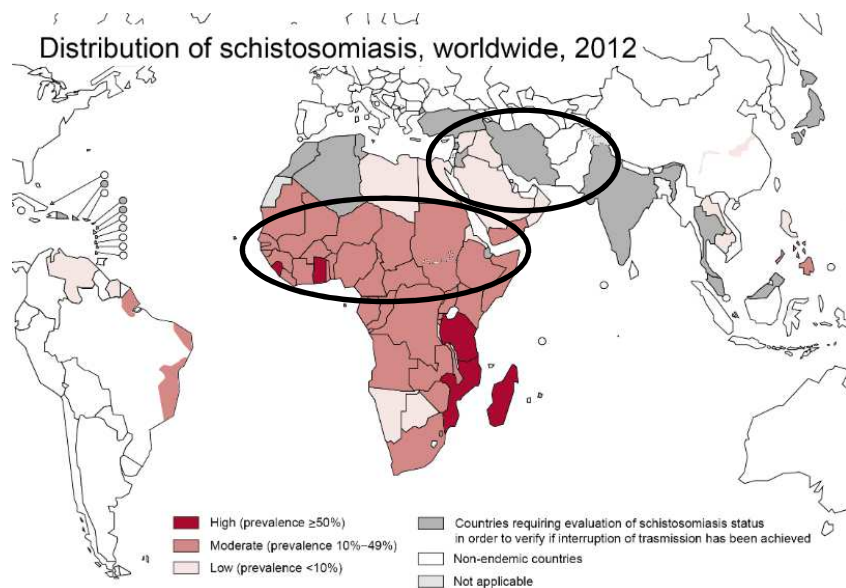
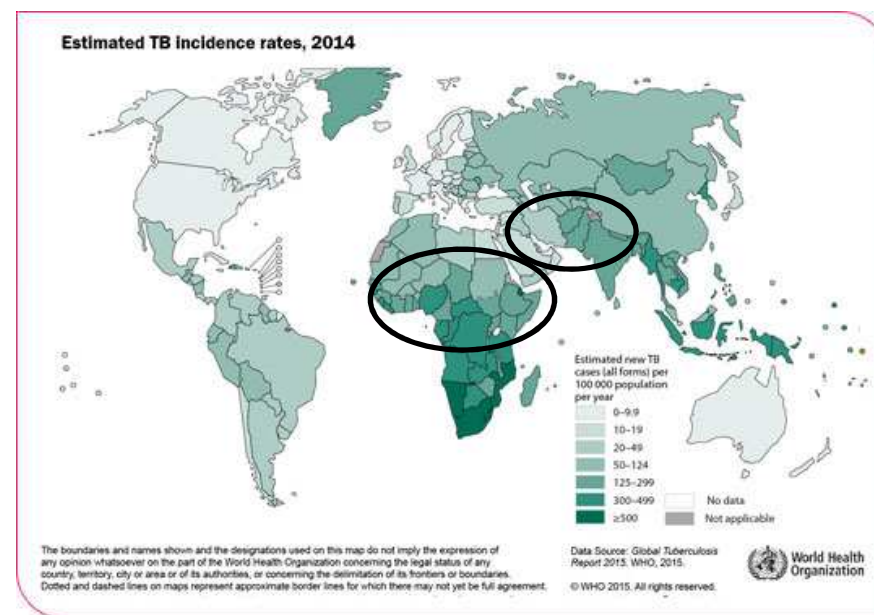
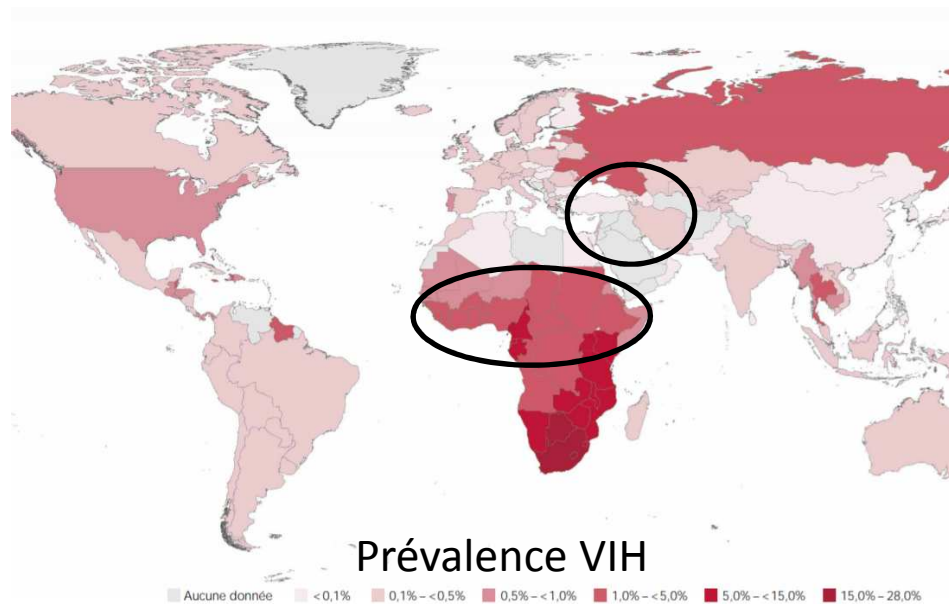


Figure 2: Global HBsAg endemicity (1957-2013)

Screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers, Bavaria, Germany, 2015

Nikolaus Ackermann^{1,2}, Durdica Marosevic^{1,2,3}, Stefan Hörmansdorfer¹, Ute Eberle¹, Gabriele Rieder¹, Bianca Treis¹, Anja Berger¹, Heribert Bischoff¹, Katja Bengs¹, Regina Konrad¹, Wolfgang Hautmann¹, Katharina Schönberger¹, Anne Belting¹, Gisela Schlenk¹, Gabriele Margos¹, Martin Hoch¹, Friedrich Pürner¹, Volker Fingerle¹, Bernhard Liebl¹, Andreas Sing¹

1. LGL Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Oberschleißheim, Oberschleißheim, Germany

2. These authors contributed equally to the paper

3. European Public Health Microbiology Training Programme (EUPHEM), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden

→ 2015 : 95.117
dépistages pour
169.448 primo-
arrivants
accueillis (56%)

Tuberculoses prouvées microbiologiquement (ED, culture ou PCR)

Country of origin	2011 (n)	2012 (n)	2013 (n)	2014 (n)	2015 (n)	2015 active TB cases (%) ^b	TB Incidence rate/100,000 population (95% CI) according to WHO ^c
Eastern Africa							
Eritrea	0	0	0	18	47	1.16	65 (30–113)
Ethiopia ^d	1	2	1	1	22	1.18	192 (142–250)
Somalia	4	3	2	38	65	2.71	274 (177–391)
Middle Africa							
Democratic Republic of the Congo ^d	0	1	2	0	3	2.73	324 (210–463)
Gabon	0	0	0	0	1	NA	465 (344–604)
Western Africa							
Mali	0	0	0	3	8	1.15	57 (37–81)
Nigeria ^d	0	1	2	3	19	0.52	322 (189–488)
Senegal	0	0	4	12	15	0.84	139 (90–198)
Sierra Leone ^d	0	0	1	3	11	2.50	307 (198–438)
South-central Asia							
Afghanistan	2	4	7	9	48	0.30	189 (122–270)
Pakistan ^d	0	0	6	3	36	0.80	270 (175–386)
Western Asia							
Iraq	2	2	2	0	1	0.01	43 (38–49)
Syria	1	0	2	5	26	0.09	20 (15–25)
Other countries	1	5	21	14	20	NA	75 (58–94)
Total	14	21	59	119	365	0.22–0.38^c	–

n =
15.198

n =
59.364

VIH

Country of origin	Number of tested samples	HIV screening test reactivity rate (%)	HIV positivity rate (%; 95% CI)	Prevalence of HIV among adults 15–49 years of age according to WHO ^a (%; 95% CI)
Eastern Africa				
Eritrea	4,068	1.7	1.2 (0.9–1.6)	0.7 (0.5–1.0)
Ethiopia	1,869	1.6	1.4 (0.9–2.0)	1.2 (1.0–1.5)
Somalia	2,396	0.9	0.5 (0.3–0.9)	0.5 (0.4–0.7)
Uganda	139	4.3	4.3 (1.6–9.2)	7.3 (6.6–8.1)
Middle Africa				
Congo	110	6.4	6.4 (2.6–12.7)	2.8 (2.5–3.0)
Democratic Republic of the Congo	63	12.7	11.1 (4.6–21.6)	1.0 (0.9–1.2)
Western Africa				
Mali	695	2.0	0.9 (0.3–1.9)	1.4 (1.2–1.7)
Nigeria	3,629	3.6	2.3 (1.9–2.9)	3.2 (2.9–3.4)
Senegal	1,789	2.0	1.0 (0.6–1.5)	0.5 (0.4–0.6)
Sierra Leone	440	4.1	3.0 (1.6–5.0)	1.4 (1.2–1.6)
South-central Asia				
Afghanistan	16,227	0.3	0.05 (0.021–0.09)	< 0.1 (< 0.1–< 0.1)
Iran	1,940	0.7	0.4 (0.18–0.8)	0.1 (0.1–0.2)
Pakistan	4,502	0.4	0.2 (0.06–0.32)	0.1 (0.1–0.2)
Western Asia				
Georgia	360	0.6	0.6 (0.07–2.0)	0.3 (0.2–0.4)
Iraq	8,185	0.2	0.02 (0.003–0.08)	NA
Syria	30,450	0.3	0.03 (0.016–0.06)	< 0.1 (< 0.1–< 0.1)
Eastern Europe				
Russia	293	1.4	1.4 (0.4–3.5)	0.5 (0.4–0.6)
Ukraine	2,303	1.4	1.2 (0.8–1.7)	NA
Southern Europe				
Albania	4,479	0.4	0.1 (0.04–0.26)	NA
Other countries	11,180	0.4	0.2 (0.1–0.3)	–
Total	95,117	0.7	0.3 (0.25–0.32)	–

227 cas
sur les
318 VIH+
→ 71%

Hépatite B chronique

Country of origin	Number of tested samples	Number of HBsAg positive samples	HBsAg positivity rate (%; 95% CI)	HBsAg prevalence according to Schweitzer et al. ^b (%; 95% CI)
Eastern Africa				
Eritrea	4,034	199	4.9 (4.3–5.6)	2.5 (2.3–2.7)
Ethiopia	1,856	133	7.2 (6.0–8.4)	6 (5.8–6.3)
Somalia	2,389	105	4.4 (3.6–5.2)	14.8 (13.8–15.8)
Uganda	136	4	2.9 (0.8–7.4)	9.2 (8.7–9.8)
Middle Africa				
Congo	107	9	8.4 (3.9–15.4)	11 (9.8–12.3)
Democratic Republic of the Congo	61	7	11.5 (4.7–22.2)	6 (5.7–6.3)
Western Africa				
The Gambia	123	4	3.3 (0.9–8.1)	12.3 (11.5–13.1)
Ghana	47	12	25.5 (13.9–40.3)	12.9 (12.4–13.4)
Mali	693	107	15.4 (12.8–18.3)	13.1 (12.7–13.5)
Niger	52	6	11.5 (4.4–23.4)	15.5 (14.4–16.7)
Nigeria	3,602	166	4.6 (3.9–5.3)	9.8 (9.6–9.9)
Senegal	1,787	289	16.2 (14.5–17.9)	11.1 (10.7–11.4)
Sierra Leone	438	77	17.6 (14.1–21.5)	8.4 (5.99–11.73)
South-central Asia				
Afghanistan	16,176	633	3.9 (3.6–4.2)	1.6 (1.3–2.0)
Iran	1,933	18	0.9 (0.5–1.4)	0.96 (0.95–0.96)
Pakistan	4,501	156	3.5 (2.9–4.0)	2.8 (2.7–2.8)
Western Asia				
Iraq	8,178	78	1.0 (0.7–1.1)	0.7 (0.65–0.70)
Syria	30,415	507	1.7 (1.5–1.8)	2.6 (2.2–3.2)
Southern Europe				
Albania	4,481	287	6.4 (5.7–7.1)	7.8 (7.6–8.0)
Bosnia and Herzegovina	397	9	2.3 (1.0–4.3)	1.1 (0.9–1.4)
Kosovo*	4,769	106	2.2 (1.8–2.6)	4.2 (4.0–4.3)
Total	94,843	3175	3.3 (3.2–3.5)	–

Extended screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers from Africa and Asia, Verona province, Italy, April 2014 to June 2015

Dora Buonfrate¹, Federico Gobbi¹, Valentina Marchese^{1,2}, Chiara Postiglione³, Geraldo Badona Monteiro¹, Giovanni Giorli¹, Giuseppina Napolitano³, Zeno Bisoffi¹

1. Centre for Tropical Diseases (CTD), Sacro Cuore Hospital, Negrar, Verona, Italy

2. University Department of Infectious and Tropical Diseases, University of Brescia, Brescia, Italy

3. Prevention Department, Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) 9, Verona, Italy

Dépistage systématique :

- Proposé à 481 personnes : 462 dépistés
- 358 d'Afrique sub-saharienne (Afrique de l'ouest et Centrale)
- 97 d'Asie (Bangladesh et Pakistan)
- Prélèvement de selles + urines pour examen parasitologique X3
- Sérologie *schistosoma* spp.
- Sérologie TPHA

Results of stool examination for ova and parasites^a, Verona province, Italy, April 2014–June 2015

Region	Individuals screened by stool microscopy	Positive for <i>Strongyloides stercoralis</i> larvae		Positive for <i>Schistosoma mansoni</i> eggs		Positive for hookworm ^b eggs		Positive for <i>Ascaris lumbricoides</i> eggs		Positive for <i>Trichuris trichiura</i> eggs		Positive for other parasites ^a	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sub-Saharan Africa (n=358)	270	9	3.3	19	7.0	34	12.6	2	0.7	4	1.5	80	29.6
Asia (n=97)	79	6	7.6	0	0	13	16.5	2	2.5	9	11.4	17	21.5

Extended screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers from Africa and Asia, Verona province, Italy, April 2014 to June 2015

Dora Buonfrate¹, Federico Gobbi¹, Valentina Marchese^{1,2}, Chiara Postiglione³, Geraldo Badona Monteiro¹, Giovanni Giorli¹, Giuseppina Napoletano³, Zeno Bisoffi¹

1. Centre for Tropical Diseases (CTD), Sacro Cuore Hospital, Negrar, Verona, Italy

2. University Department of Infectious and Tropical Diseases, University of Brescia, Brescia, Italy

3. Prevention Department, Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) 9, Verona, Italy

- EPU : 20/96 (20,8%) positives à *Schistosoma haematobium*
- Schistosomiase : 76/358 (21,2%) pour au moins un test (urines, selles ou sérologie)
 - ➔ Dont 32 sérologies positives sans parasite retrouvé
- TPHA : 3,7%
 - Afrique Sub-Saharienne : 4,5% (16/352)
 - Asie : 1% (1/95)

Pathologies infectieuses

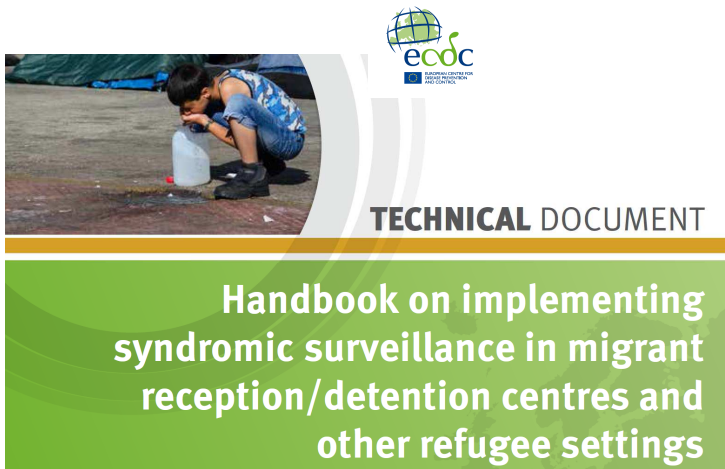
➔ Surveillance syndromique, hygiène et prévention vaccinale

Stratégies préventives :

- ➔ Surveillance syndromique
- ➔ Mesures d'hygiène / camps
- ➔ MAJ des statuts vaccinaux

Pathologies aiguës et liées aux conditions de vie (camps, surpeuplement) et +/- carences vaccinales

- Gale
- Rougeole, varicelle, rubéole
- Méningocoque
- Virus respiratoires
- Maladies entériques
- Hépatites virales VHA – VHE



Objectif :

- Détecter précocement toute situation épidémique nécessitant des mesures de contrôle urgentes
- Suivi des tendances de certaines pathologies cibles pour adapter l'offre de soins curatifs et préventifs

Liste des syndromes et diagnostics cibles utilisés pour la surveillance syndromique à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 – octobre 2016

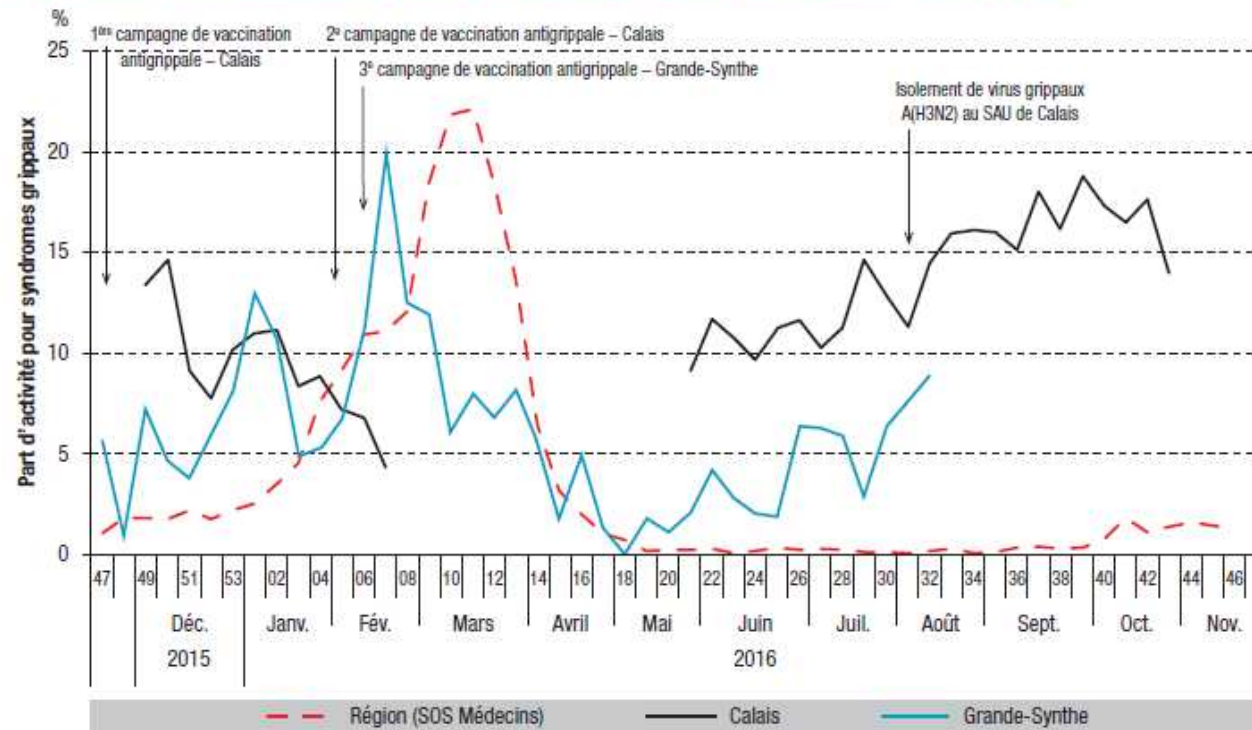
Maladies infectieuses • Fièvre • Fièvre et éruption • Rougeole • Varicelle • Syndromes méningés et méningo-encéphalites • Conjonctivite • Ictère • Diarrhées aiguës • Diarrhées sanglantes • Syndrome grippal • Infections respiratoires aiguës basses • Infections cutanées (sans précision) • Gale • Poux de corps • Infections sexuellement transmissibles (IST)	Traumatismes • Agressions (hors agressions sexuelles) • Agressions sexuelles • Traumatismes accidentels Santé mentale sans précision Intoxications sans précision
	➔ Infections aiguës ➔ Epidémies ➔ Hygiène (gale)

Calais et Grande-Synthe 2015

- CIRE : Cellule d'intervention en région Hauts-de-France de Santé publique France, et ARS
- Surveillance syndromique :
 - ✓ PASS de Calais et Dunkerque
 - ✓ SAU des hôpitaux de Calais, Dunkerque et Grande-Synthe
 - ✓ Dispensaires des ONG (MSF, MDM et Croix-Rouge française)

Epidémies et prise en charge dans les camps

Évolution du pourcentage hebdomadaire de consultations pour syndromes grippaux dans les dispensaires de Calais et de Grande-Synthe. Données SOS Médecins région Hauts-de-France, décembre 2015 – novembre 2016



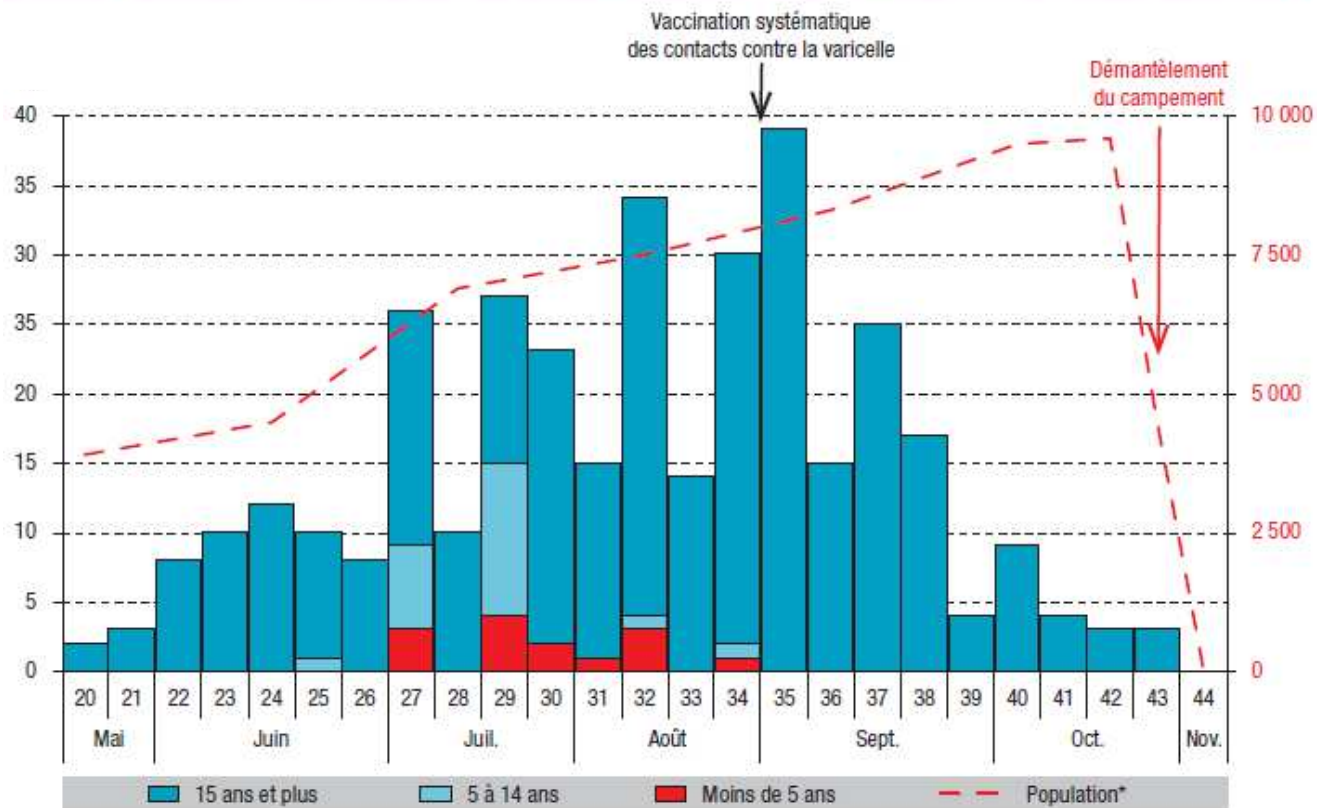
SAU : Service d'accueil des urgences.

- Fin 11/2015 : > 100 cas de grippe au SAU Calais (25 confirmés) A(H1N1)
➔ 3000 vaccinations

Varicelle – Calais

- ➔ Hétérogénéité des taux d'immunisation
- ➔ MAJ vaccinale / interruption transmission

Évolution du nombre hebdomadaire de nouveaux cas de varicelle, données de la PASS de Calais, mai 2016 – octobre 2016



Été 2016

- 1^{er} cas sporadique 04/2016
- Majoration des hébergements, beaucoup de Soudanais (taux immunisation 60%)
- ➔ 800 vaccinations (tous les contacts de 12 à 39 ans sans ATCD de varicelle)

➔ 351 cas, dont 90% de plus de 15 ans. 2 formes pulmonaires non hospitalisées.

Autres épidémies : Calais / Grande-Synthe

- **Rougeole**
 - Entre 05/01/2015 et 13/02/2016 : 13 cas de rougeole (9 migrants, 1 bénévole et 3 personnels des urgences)
 - Vaccinations : 2000 personnes Calais, 450 à Grande-Synthe.
 - Faible nombre de cas car niveau d'immunité élevé chez les migrants
- Pas d'épidémie de maladies infectieuses entériques ou VHA/E
 - Réseau eau potable
 - Latrines / douches
 - Gestion des déchets
- Pas d'épidémie liée à des maladies transmises par les poux de corps (fièvre récurrente) (Lucchini A, Emerg ID 2016; Ackermann N, Euro Surveill 2017; Hoch M, Euro Surveill 2015)

Proposer un bilan de santé systématique aux migrants primo-arrivants ?

Trajectoires biographique et sociale

- Emigration pays origine à arrivée Europe – France
- Niveau d'intégration et de protection sociale

Exposition aux risques

- Alimentation ?
- Urbain ? Rural ?
- Baignade eau douce ?
- Morsures, Piqures ?
- Evènements traumatiques et/ou pathologiques ?
- Entourage : proche(s) malade(s) ?

Statut Vaccinal

Examen clinique d'orientation

Volet 1 :
Anamnèse

Volet 2 : Dépistage actif et MAJ vaccinale

Tous :

- NFSp, Iono, urée, créat, ASAT, ALAT
- Sérologies : VHB, VHC, VIH, TPHA-VDRL
- Radio Thoracique
- Bandelette urinaire (Hématurie?)
- MAJ vaccinale (DTPc, ROR)

Selon origines :

- Sérologies Bilharziose (ASS), Filariose (AC)
- E.P.Selles x3 et urines et/ou traitement antiparasitaire (?)
- Sérologie Chagas (Am Sud)
- Dépistage IST (PCR Gono/Chlamydia)
- Et selon besoin : gynéco, FCV, examen dentaire, consultation psychologue

Intérêts et limites du bilan de santé systématique

- Bénéfice individuel :
 - Réduction morbi-mortalité
 - Droits humains : moralement juste
 - Permet l'entrée dans un réseau de soin : éducation, prévention
- Santé publique : risque très limité pour la population générale (35000 réfugiés annuels dont 3% porteurs de maladies infectieuses, pour 66 millions de français)
 - Part importante des immigrés dans les nouveaux diagnostic de VIH, VHB, VHC, Tuberculose :
 - 32% des découvertes de VIH en 2006
 - 75% des découvertes d'hépatite B chronique
 - 25% des PVVHC en France (soit 50 000 personnes environ)
 - 50% des nouveaux cas de tuberculose, incidence x 8
 - Difficulté de dépistage par la suite

Pareek M, BMC Med 2016

BEH 17 janvier 2012 / n° 2-3-4

Pioche C, BEH N° 13-14 - 17 mai 2016

ECDC HIV and migrants, 2017

	Uptake			Infections detected			Patients not diagnosed			Infections treated		
	Obs	Mean n (SD)	Median % uptake (range)	Obs	Mean n (SD)	Median % infected (range)	Obs	Mean n (SD)	Median % not diagnosed (range)	Obs	Mean n (SD)	Median % treated (range)
All immigrants	13	362.31 (504.59)	78.59% (18.62–100.00)	29	3378.72 (12 573.30)	3.20% (0.00–23.33)	5	375.60 (483.47)	26.16% (0.16–78.99)	7	69.57 (169.54)	100.00% (55.56–100.00)
Asylum seekers and refugees	6	3869.83 (3986.62)	89.81% (57.81–100.00)	19	6261.05 (5990.31)	3.11% (0.11–60.00)	5	6181.20 (4585.60)	5.28% (0.12–64.51)	5	51.40 (40.78)	72.27% (57.66–100.00)
HIV migrants	5	327.80 (96.60)	70.62% (64.42–99.35)	16	179.69 (64.25)	16.84% (1.61–95.6)	0	..	..	3	3.00 (2.00)	100.00% (33.33–100.00)
Place-specific migrants	5	713.20 (666.99)	78.41% (32.34–100.00)	7	268.71 (142.36)	3.01% (0.63–15.94)	0	..	..	2	7.50 (3.54)	5.00% (0.00–10.00)
Undocumented migrants	4	647.25 (574.20)	86.36% (66.13–93.47)	5	648.20 (402.77)	1.56% (0.62–31.81)	6	567.67 (410.72)	23.99% (5.47–67.18)	1	2.00	100.00%
Pregnant migrants	0	..	..	1	179.00	42.20%	0	..	..	0	..	..
Foreign workers	0	..	..	1	43 803.00	0.36%	0	..	..	0	..	..
Foreign students	0	..	..	1	2469.00	0.16%	0	..	..	0	..	..

n=number of migrants in the sample/analysis. Obs=number of times across all 47 papers the data were presented.

Table 3: Effectiveness indicators by target migrant population Seedat F, 2018 Lancet ID

- Acceptabilité ? ➔ 90% de taux d'acceptation (demandeurs d'asile)
- Perte de données ?
 - Probable, dépend de l'organisation du réseau de soin et du lieu de dépistage
 - Entre 5 et 25% des dépistages non terminés
- Complétion des traitements ? : globalement 84%
 - Moins importante pour ITL / tuberculose maladie (Seedat F, 2018 Lancet ID)
 - Traitement tuberculose active : Moindre chez les demandeurs d'asile dépistés Vs diagnostics passifs : perdus de vue surtout (Kuehne A, Euro Surveil 2018)
 - Pas de données pour VHB, VHC et VIH
 - Excellente pour les traitements rapides (helminthiases) et les vaccinations

Intérêts et limites du bilan de santé systématique

- Coûts efficacité ?

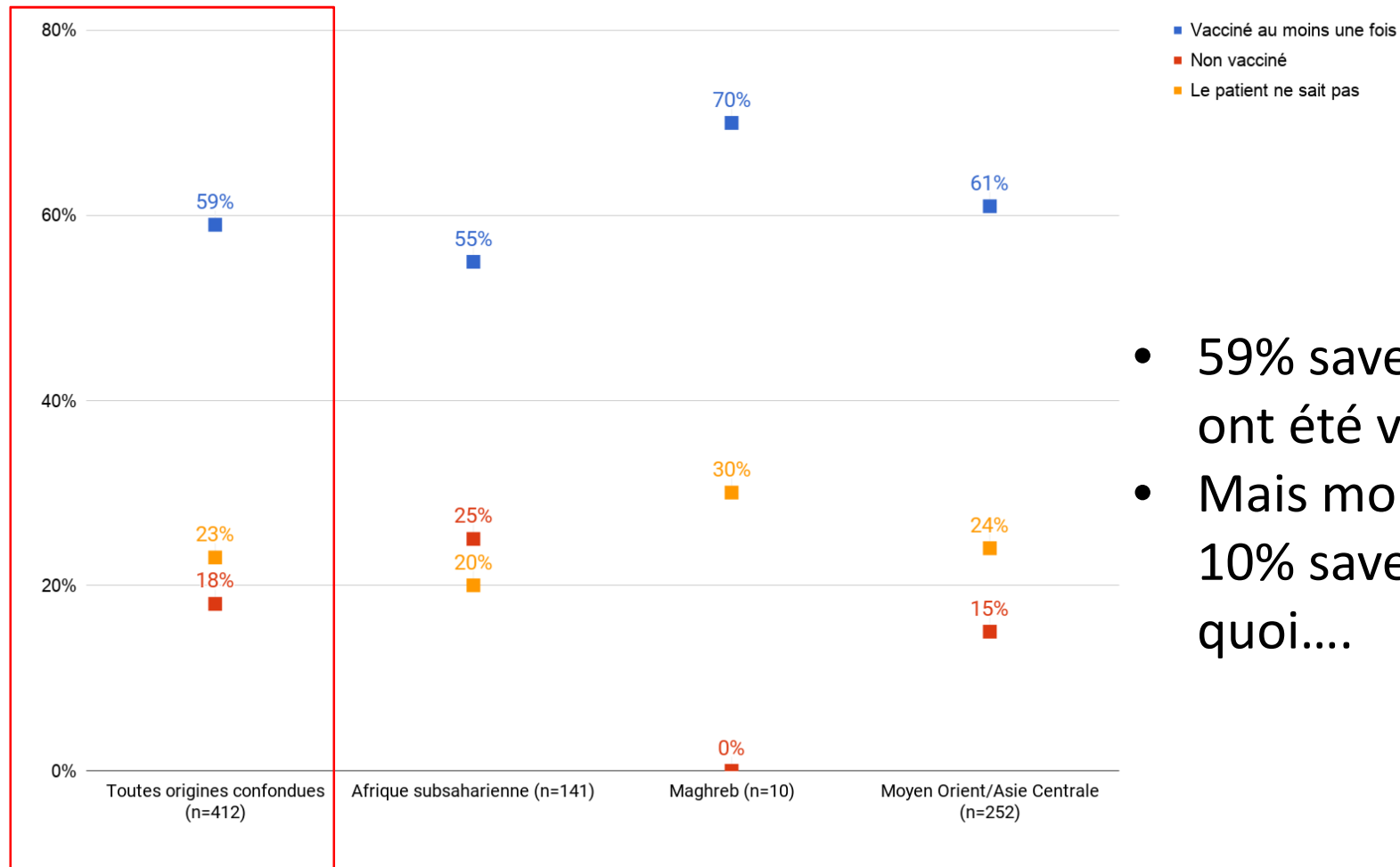
- Plutôt OUI (*Seedat F, 2018 Lancet ID*)
- Mais données très limitées et principalement pour tuberculose (active et latente)
- Majorée par le ciblage des populations venant de pays à haute endémicité (VIH, VHB, VHC, Tuberculose)
- En France découverte des infections VHC, VHB, VIH chez les immigrés à un stade tardif : complications
- Vaccinations : pas de données

- Principales limites

- Réseau de soin à développer pour limiter déperdition données
- Gestion des vulnérabilités pour limiter perdus de vue et arrêt des traitements
- Politique : financements, postes dédiés (médicaux et para-médicaux)
- Accessibilité des traitements et structures santé : couverture santé
- Zones grises médicales : MAJ vaccinales

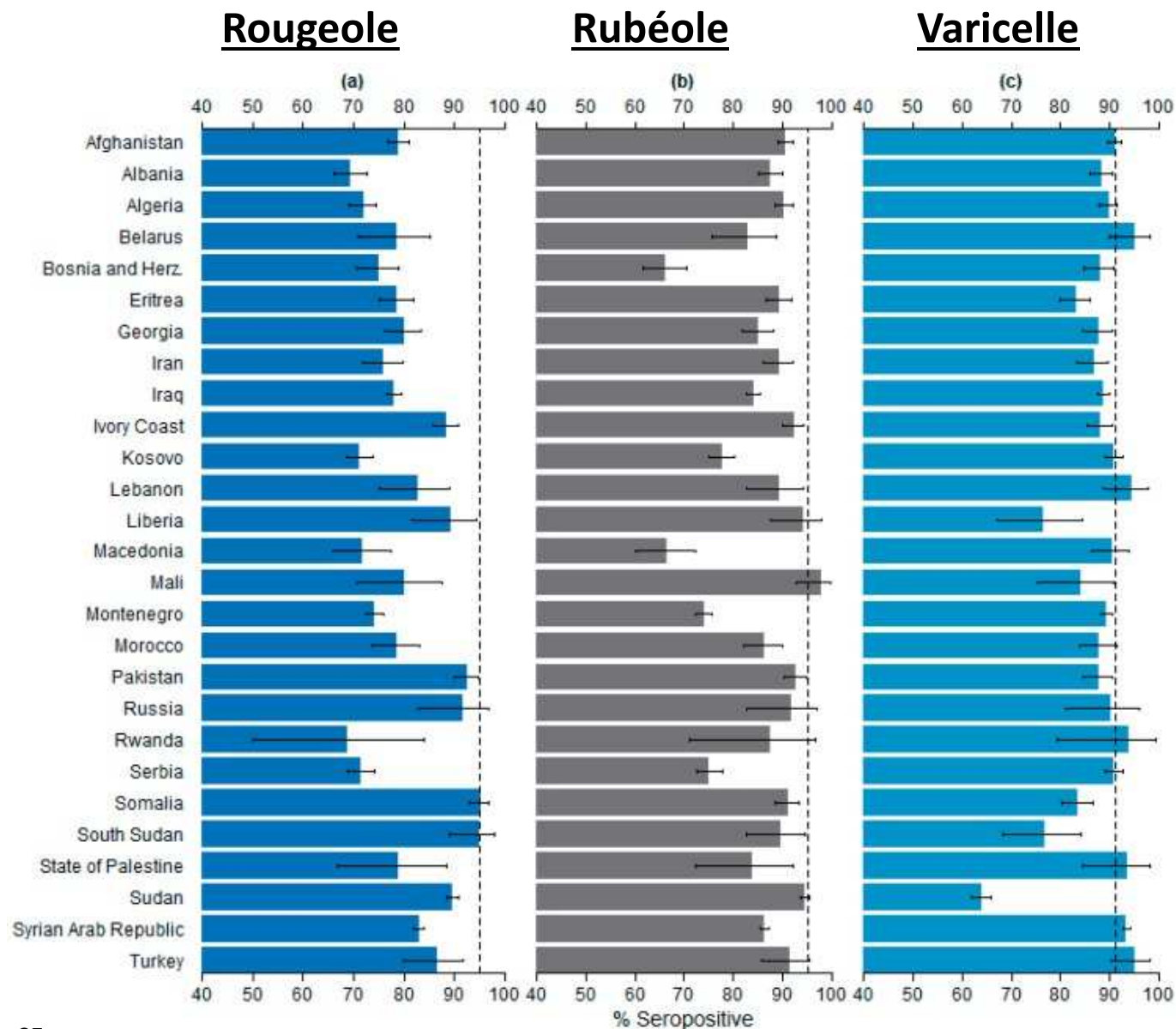
Mise à jour des statuts vaccinaux : difficile face à des statuts souvent inconnus

Antécédents rapportés de vaccination au CPA

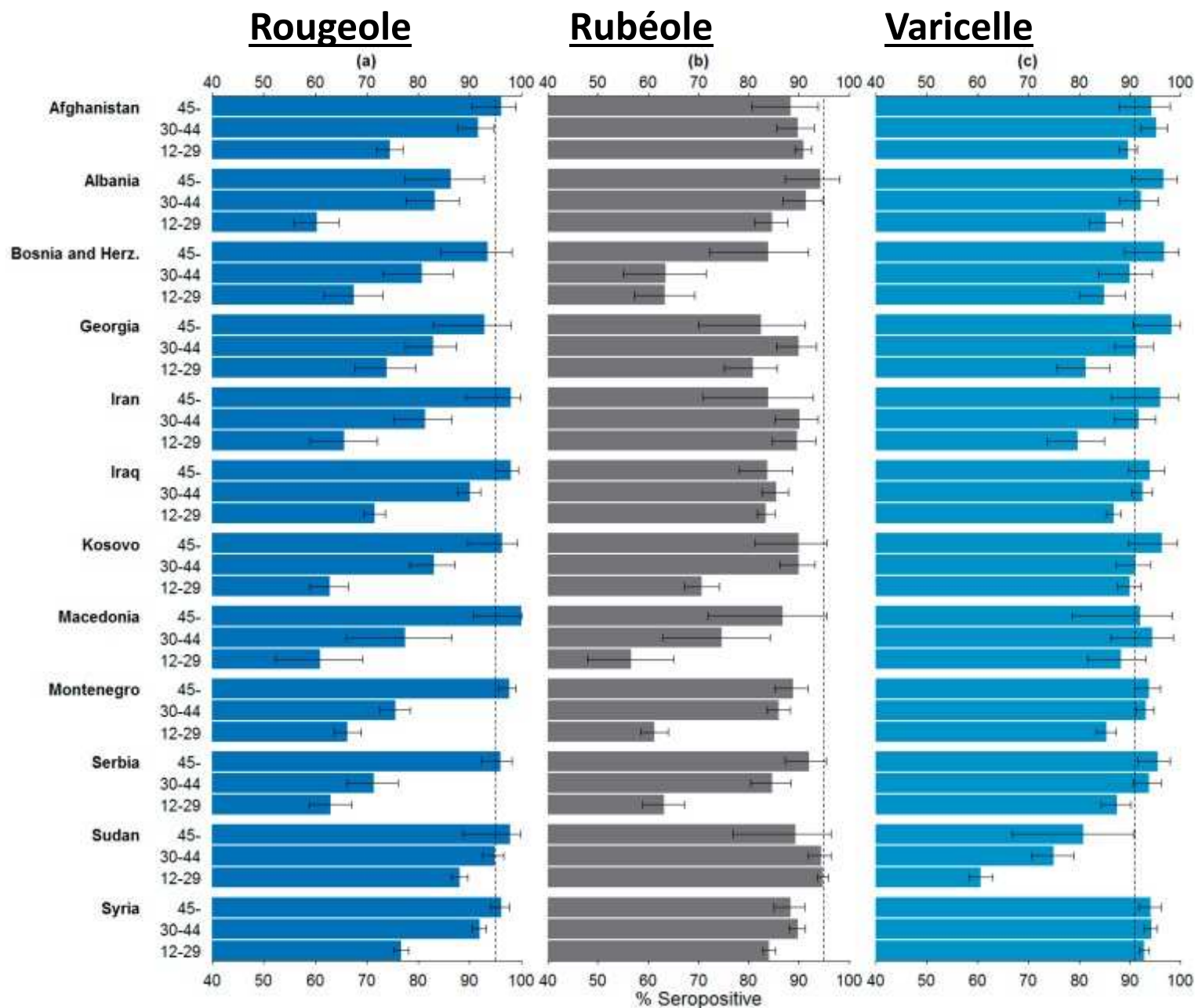


- 59% savent qu'ils ont été vaccinés
- Mais moins de 10% savent par quoi....

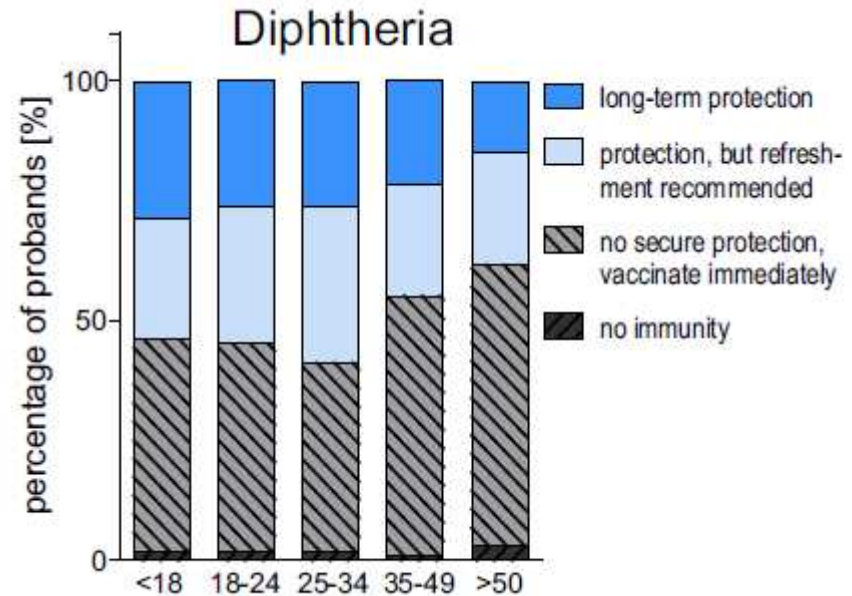
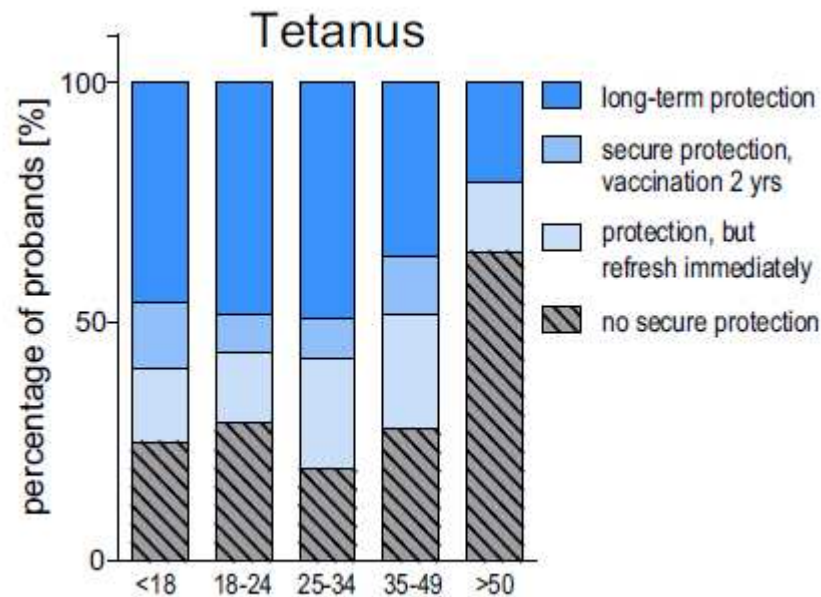
Vaccinations : taux d'immunisation selon pays d'origine



Selon les classes d'âge : 12-29 ans moins immunisés



Vaccinations : taux d'immunisations pour tétanos et diphtérie, prévalence poliomyélite



Disease	Indicator	Syria	Afghanistan	Iraq	Eritrea	Somalia
Polio***	Cases reported to WHO in 2012, 2013 and 2014	0, 35 and NA	46, 17, and 28	0, 0, and 2	0, 0, and 0	1, 195 and 5

+ Pakistan, et pays endémiques (Nigéria, Somalie)

Attention le P de DTP dans les carnets de vaccination est souvent DTpertussis

Rattrapage vaccinal

- Dépend
 - ☐ du statut déclaré (chaque dose compte)
 - ☐ du pays d'origine et des antécédents
 - ☐ de l'état de santé (contre indications?)
- MAJ selon calendrier vaccinal : pas de recommandations spécifiques migrants
- Utilité des dosage des Ac antitétaniques, et des sérologies VHB et VHA?

- Sources utiles :

- ☐ INFOVAC : https://www.infovac.fr/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1429-2015-03-07-fiche-rattrapage&Itemid=431 les recommandations d'Infovac 2014
- ☐ La présentation de Sylvain Nappez lors de la journée du groupe Vaccination Prévention de la SPILF <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journee-gvp-20170504/vaccination-migrants-snappez.pdf>
- ☐ Calendrier des pays du monde avec données de couvertures vaccinales et épidémiologie http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary
- ☐ Feuille de route HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2867210/fr/recommandation-vaccinale-chez-les-personnes-dont-le-statut-vaccinal-est-inconnu-ou-incompletement-connu-en-population-generale-et-en-populations-particulieres-feuille-de-route

- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf

Calendrier vaccinal français : rattrapage des non vaccinés

Age des personnes jamais vaccinées Vaccins contre :	Personnes concernées	Schémas de vaccination	Rappel suivant	Nombre total de doses
≥ 16 ans				
Diphtérie (d), Tétanos (T), Poliomyélite (P) ² 1 ^{ère} dose avec ca ³	Tous	0, 2 mois, 8-12 mois	À 25 ans : dTcaP ou dTP si dernier ca < 5 ans	4
Méningocoque C (vaccin conjugué)	Tous jusqu'à l'âge de 24 ans révolus			1
Papillomavirus (HPV)	Jeunes femmes de 15 à 19 ans révolus	0, 1 ou 2 mois, 6 mois selon âge et vaccin utilisé		3
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Tous nés depuis 1980	0, 1 mois		2
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R) ⁴	Femmes nées avant 1980 en âge de procréer			1

Autre stratégie si vaccinations mais non connues :

Tableau 5

Recommandations relatives aux vaccinations de rattrapage chez les migrants (selon le Bulletin InfoVac n° 10/2011).

Statut vaccinal incertain concernant	Procédure	Justification/remarque
Tétanos	1 x vaccin contre diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche; après 4 semaines, titre des anticorps anti-tétaniques, puis suite en fonction du résultat	Risque d'hyperimmunisation
Hépatite B	1 x vaccin contre hépatite B; après 4 semaines, titre des anticorps anti-HBs, puis suite en fonction du résultat	
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	2 x vaccin ROR sans sérologie préalable ou ultérieure	Pas de risque d'hyperimmunisation
Varicelle	Pas d'anamnèse: sérologie des IgG anti-VZV ou vaccination (2 x)	Varicelle plus rare dans les pays chauds

Conclusions

Population vulnérable à prévalence élevée de maladies infectieuses asymptomatiques (TB/VIH/Hépatites virales/parasitoses) mais hétérogène

Taux d'immunisation variés selon les pays d'origine et l'âge

➔ Evaluation et MAJ vaccinale pour tous

Bilan de santé systématique à l'arrivée?

- ☐ Pour : individu, société : épidémie cachée (occasion de soin manquée), probablement coût efficace, acceptabilité (individus)
- ☐ Contre : acceptabilité (politiques?), déperdition des données, difficultés d'organisation

Déterminants des pathologies infectieuses

- ❑ Maladies chroniques / asymptomatiques liées aux pays d'origine et au parcours → Dépistage
- ❑ Maladies aiguës / symptomatiques liées aux conditions d'hébergement → surveillance syndromique et prévention

Importance

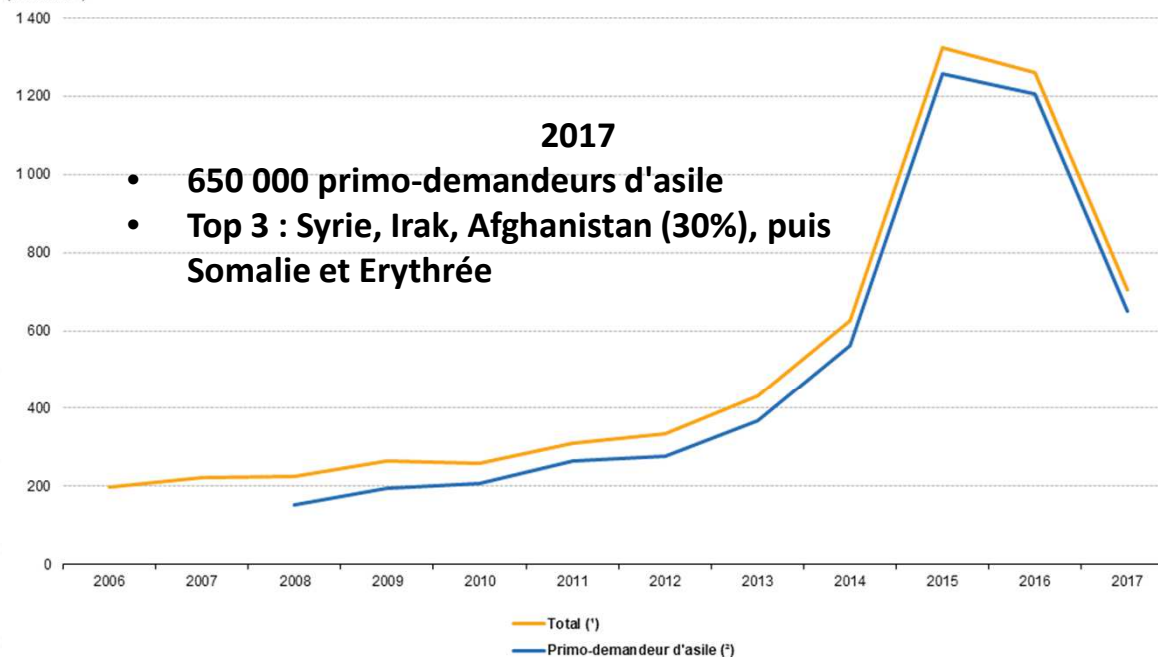
- ❑ De l'accès aux soins précoce, facilité, considérant les barrières multiples et les vulnérabilités



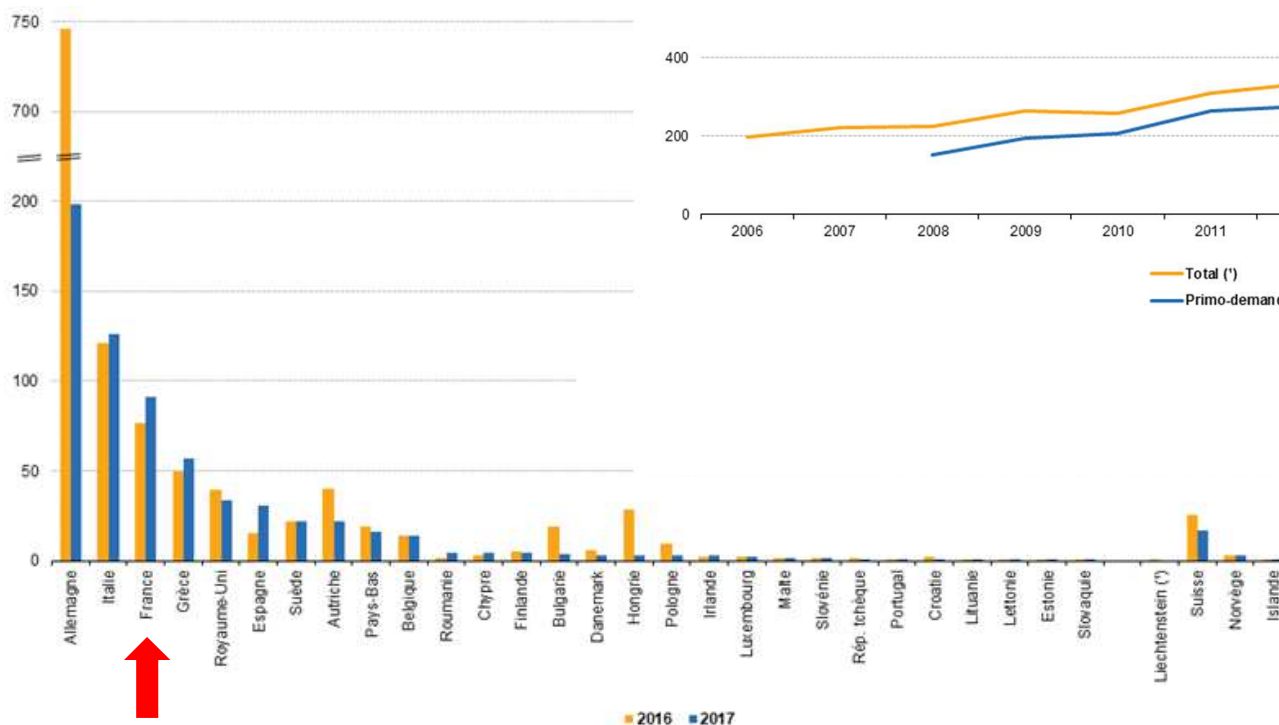
Photo : Le Monde®

Europe – UE28

Demandes d'asile (de ressortissants de pays tiers) dans les États membres de l'UE-28, 2006-2017
(en milliers)



eurostat



Nombre de demandeurs d'asile (ressortissants de pays tiers) dans les États membres de l'UE-28, 2016 et 2017
(en milliers de primo-demandeurs d'asile)

Pays d'origine des demandeurs d'asile (1^{ère} demande)

Pays	2017	Acceptation
Albanie	7 633	496 (7%)
Afghanistan	5 989	4975 (83%)
Haïti	4 939	138 (2%)
Soudan	4 488	2674 (60%)
Guinée	3 781	813 (22%)
Syrie	3 319	3093 (95%)
Côte d'Ivoire	3 246	512 (16%)
Rép. Dém. Congo	2 942	485 (17%)
Algérie	2 459	150 (6%)
Bangladesh	2 411	161 (7%)

Demandes selon zones géographiques :

- **Afrique** (Soudan, Guinée, CI, RDC, Mali) : > 27841 soit 35-40%
- **Asie / MO** (Afghanistan, Bangladesh, Sri Lanka, Chine, Pakistan) : > 20039 soit 25-30%
- **Europe** : > 17727 soit 25-30%
- **Amériques** : > 5388 soit 5-10%

Acceptation globale : 27%, après CNDA : 36%
(Allemagne > 50%, Suède > 60%, Italie 30%)

CPA de la Porte de la Chapelle

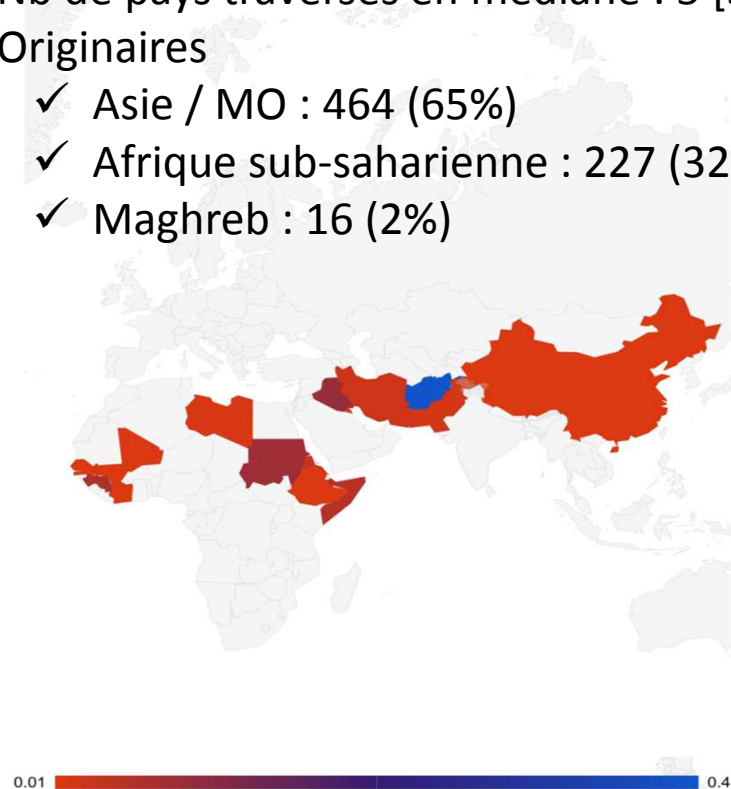


Etude réalisée entre janvier et mars 2018

- Halle de 400 places
- Hommes seuls
- Durée de séjour : 5 à 10 jours
- Consultation de MG (Pôle santé) :
 - ✓ Recours volontaires (symptômes ++)
 - ✓ Interprètes, consultation 7/7
 - ✓ Examens complémentaires via réseau hospitalier

Inclus n=728

- Age médian 26 ans [23-30]
- Sans couverture sociale 96%
- Durée migration : 25 mois [10-37]
- 98% ont séjourné dans la rue, 25% déclarent avoir été emprisonnés
- Nb de pays traversés en médiane : 5 [3-7]
- Originaires
 - ✓ Asie / MO : 464 (65%)
 - ✓ Afrique sub-saharienne : 227 (32%)
 - ✓ Maghreb : 16 (2%)



Diagnostics effectués

Parmi les 1108 diagnostics effectués (chez 724 patients)

