



Infection et précarité

*DU de thérapeutiques anti-infectieuses
Université Grenoble Alpes
2022-23*

M. Blanc, Infectiologie, CHU Grenoble

Quelques Définitions

- **Précarité : Caractère de ce qui est précaire**
- **Précaire : dont l'avenir, la durée ne sont certains
(Synonyme : Fragilité, instabilité, passager)**
- **Pauvreté : état d'une personne qui manque de moyens matériel, d'argent. Insuffisance de ressources, insuffisance matérielle ou morale**

Quelques définitions :

Selon le rapport Wresinski :

- *« **La précarité** est l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité clinique qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir les droits et de réassurer ses responsabilités par soi même dans un avenir prévisible »*

Conditions de vie : ROMS, migrants, SDF, travailleurs pauvres

Accès limité au système de soins ou à sa compréhension : vaccination, prévention, dépistage

Précarité : *l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité clinique qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir les droits et de réassurer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible »*

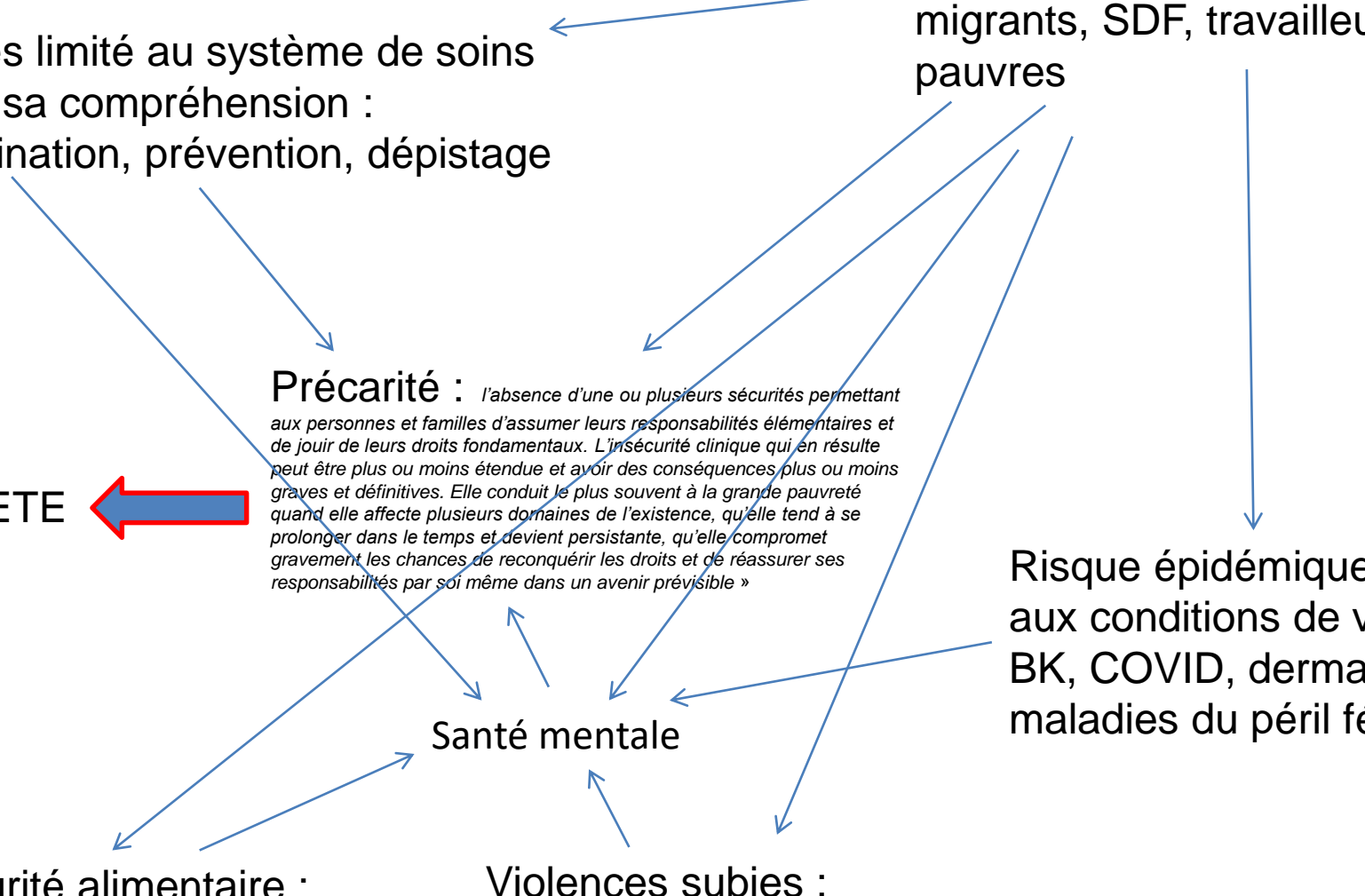
Risque épidémique du aux conditions de vie : BK, COVID, dermatoses, maladies du péril fécal

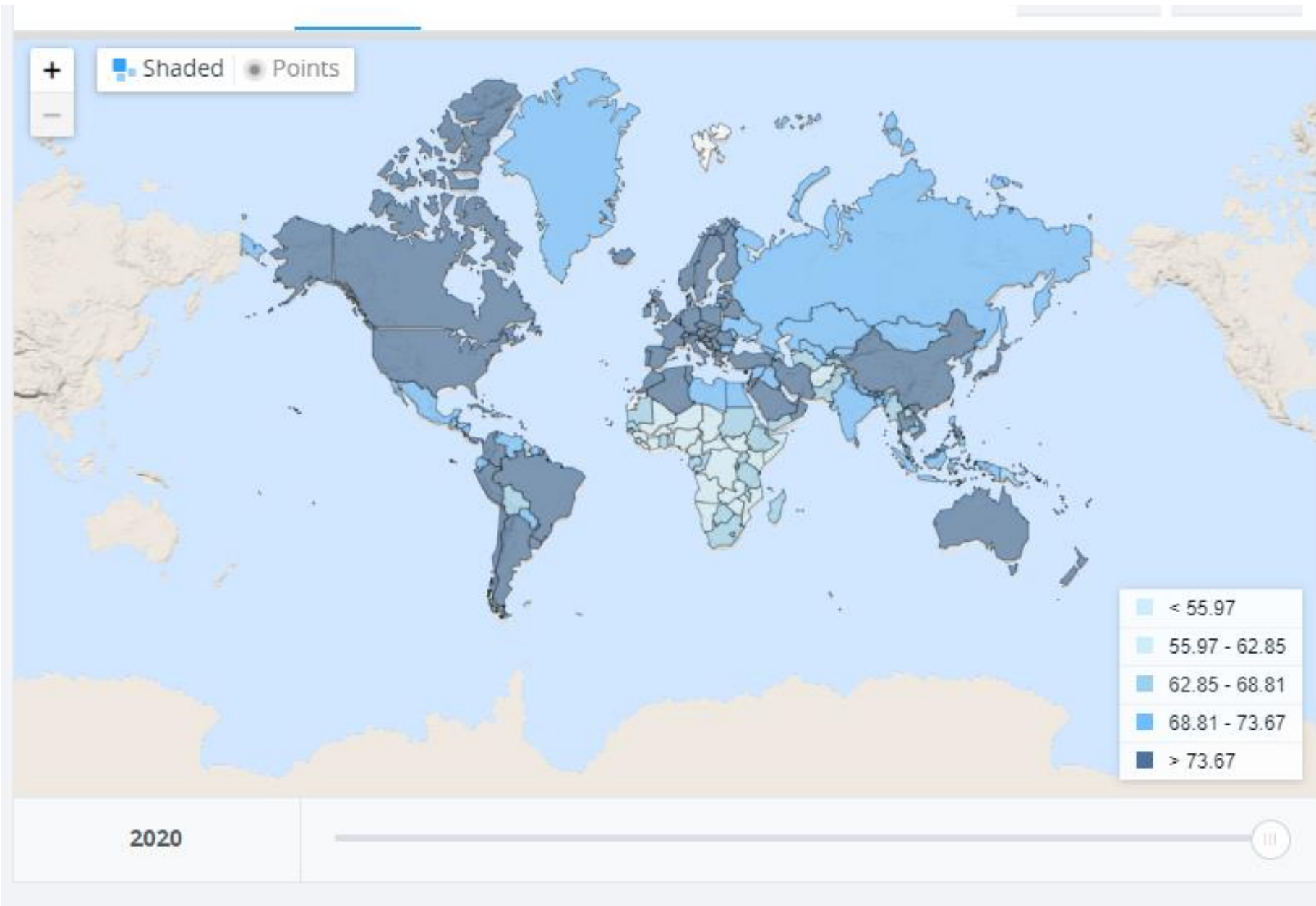
Santé mentale

Insécurité alimentaire : Obésité, sédentarité, diabète..

Violences subies : Acquisition VIH : (étude parcours/ANRS), mutilations génitales féminines.

PAUVRETE





Banques de données mondiales, 2022

Ligne

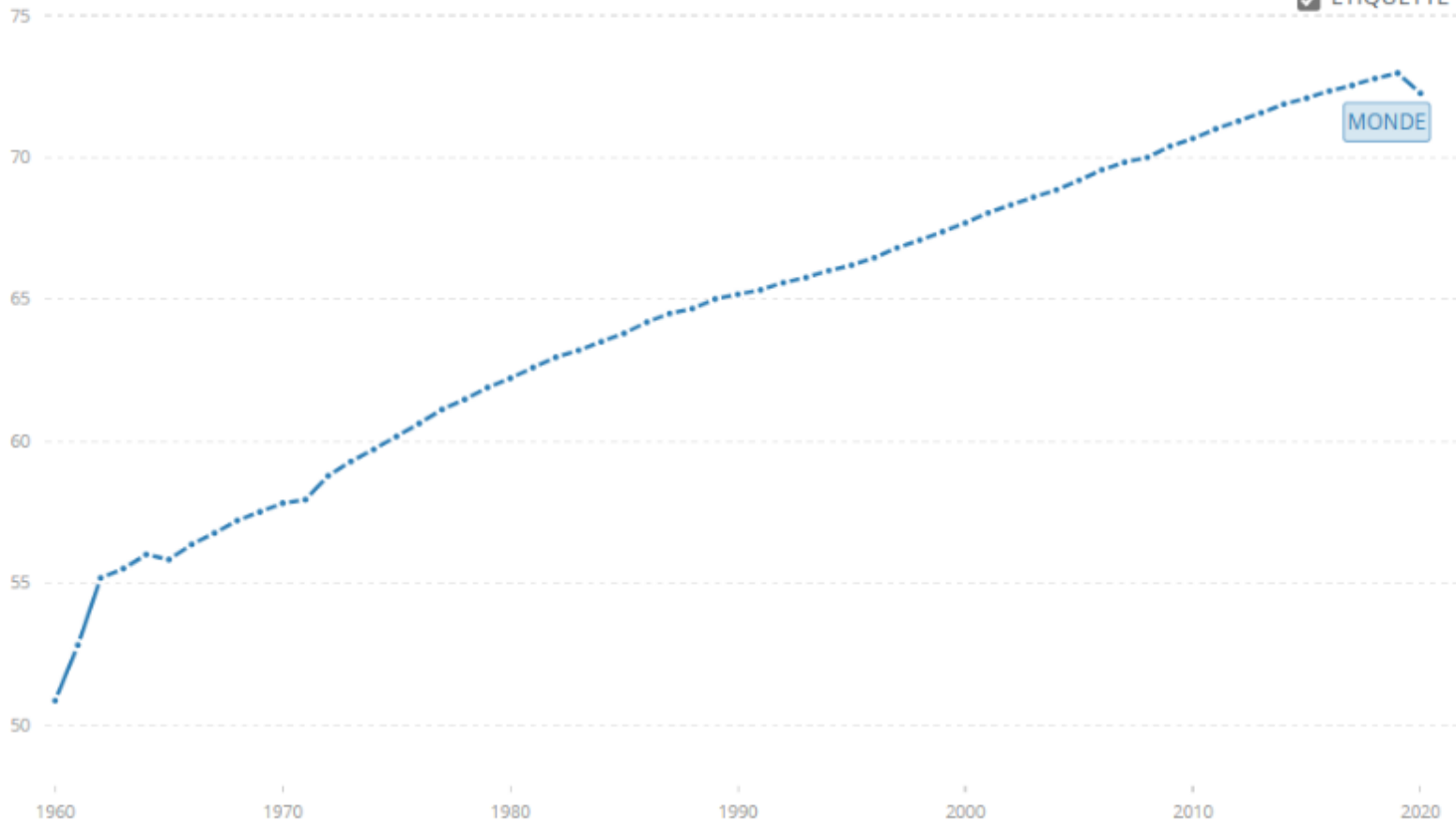
Colonne

Carte

Partager

Détails

ÉTIQUETTE



1960 - 2020

III

III

Ligne

Colonne

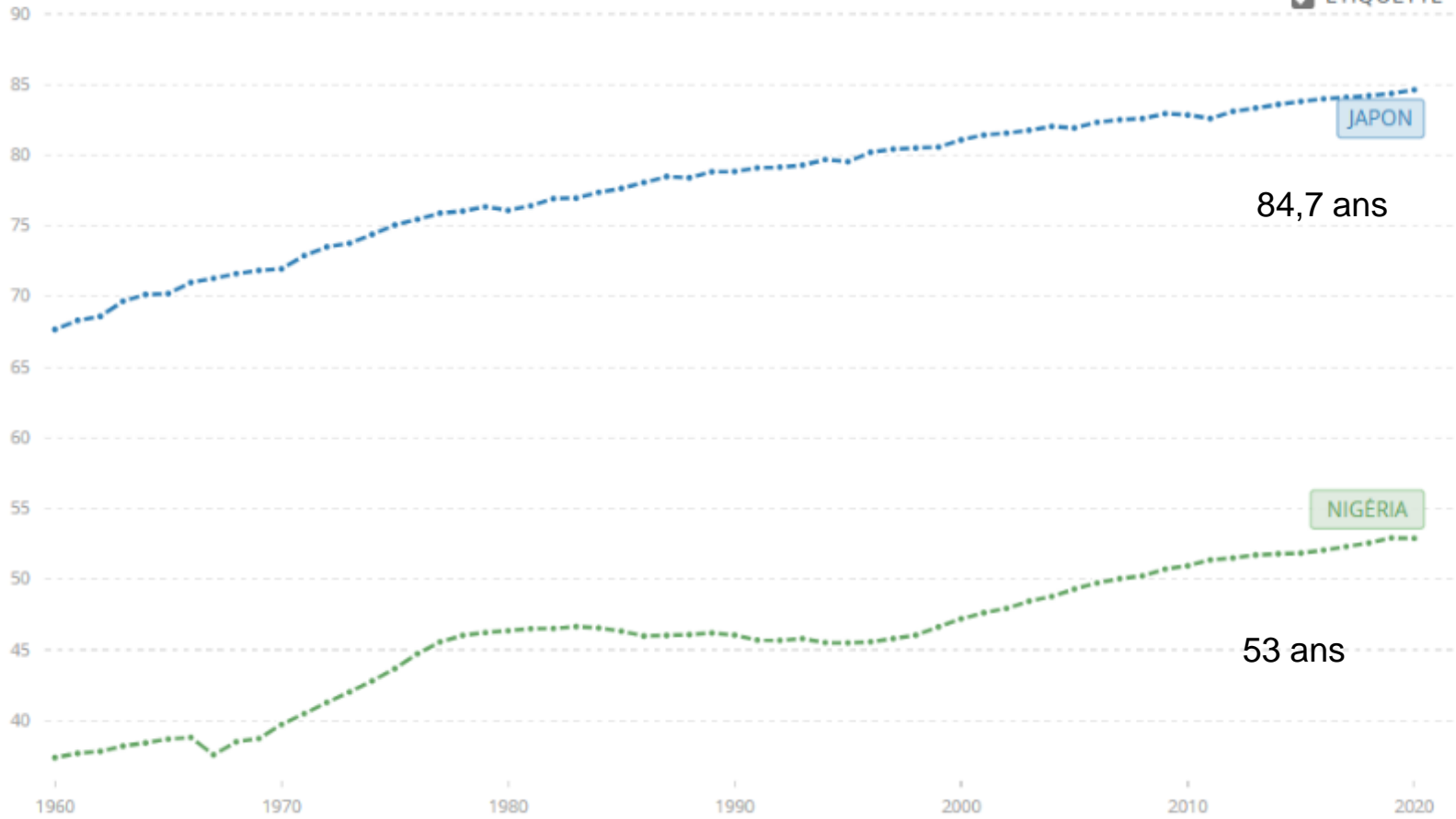
Carte

Afficher également

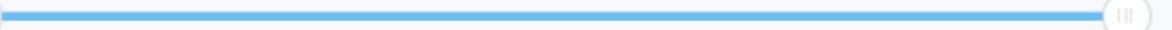
Partager

Détails

ÉTIQUETTE



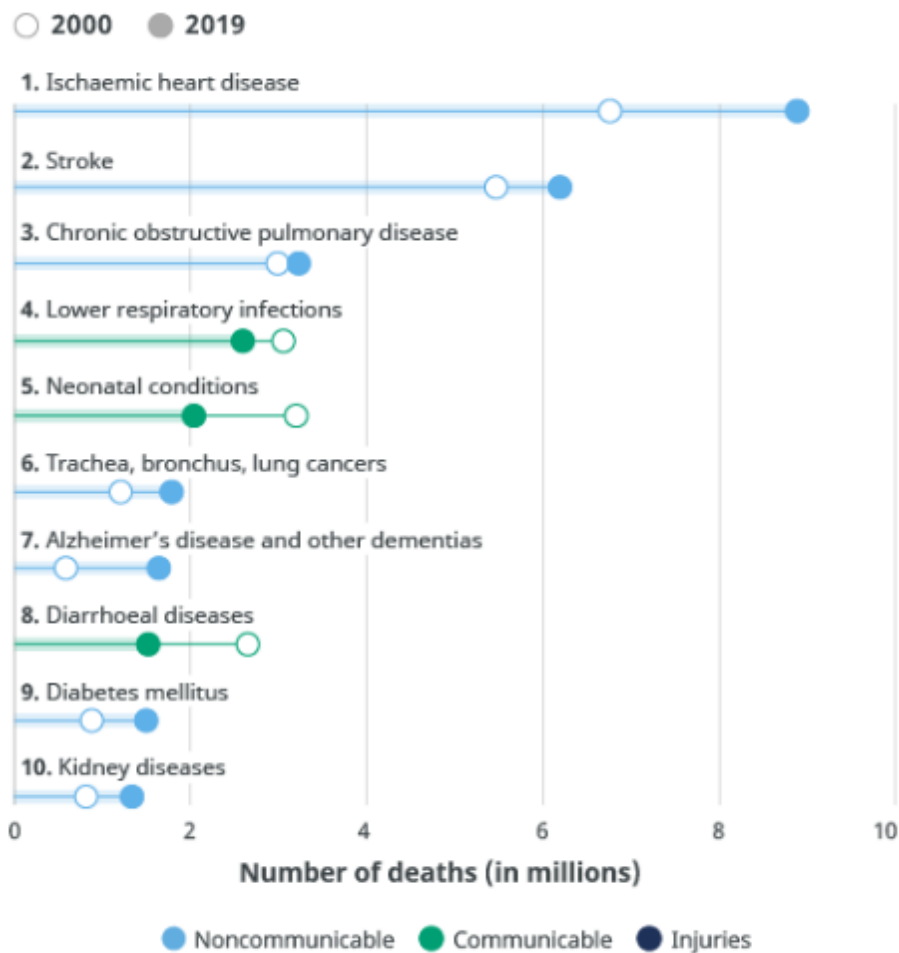
1960 - 2020



Leading causes of death globally

At a global level, 7 of the 10 leading causes of deaths in 2019 were noncommunicable diseases. These seven causes accounted for 44% of all deaths or 80% of the top 10. However, all noncommunicable diseases together accounted for 74% of deaths globally in 2019.

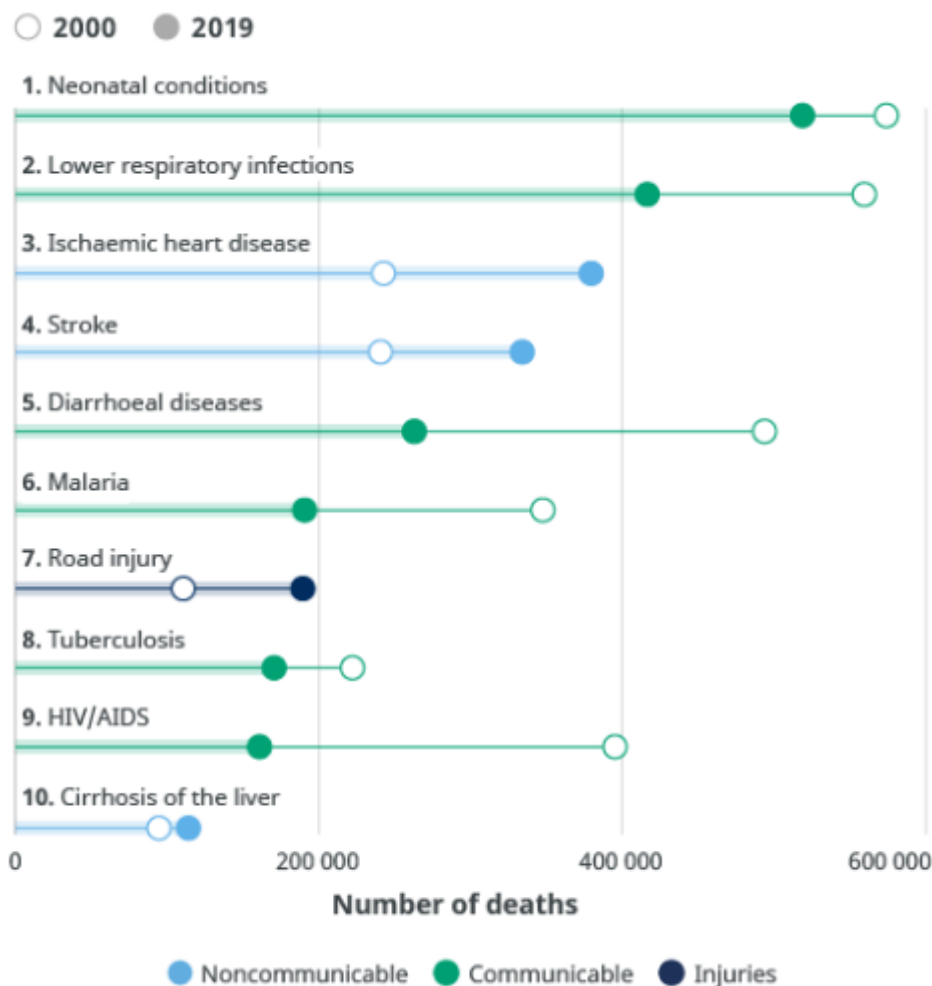
Leading causes of death globally



Leading causes of death by income group

The World Bank classifies the world's economies into [four income groups](#) – based on gross national income – low, lower-middle, upper-middle and high.

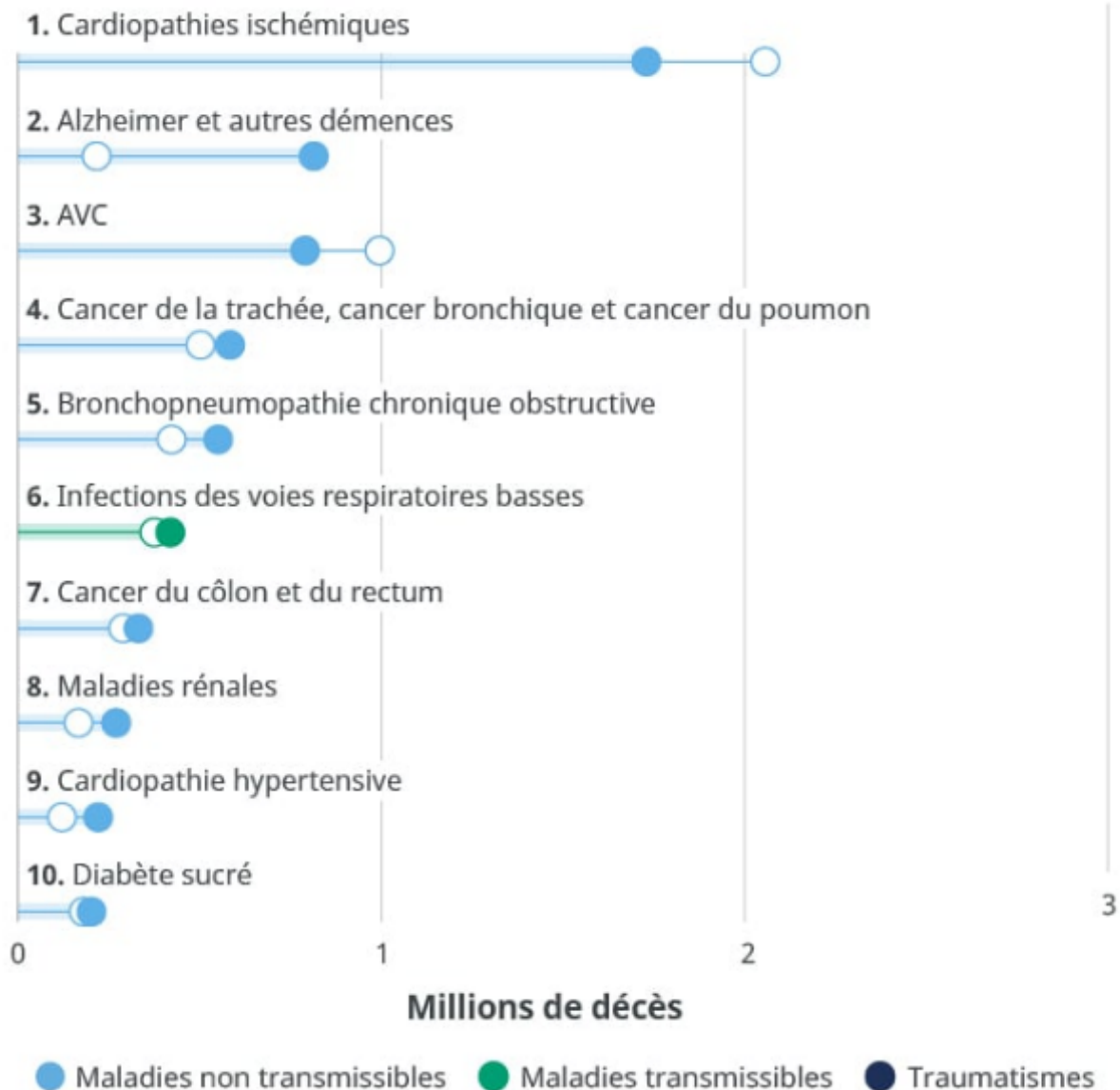
Leading causes of death in low-income countries



Source: WHO Global Health Estimates. Note: World Bank 2020 income classification.

Les principales causes de mortalité dans les pays à revenu élevé

○ 2000 ● 2019



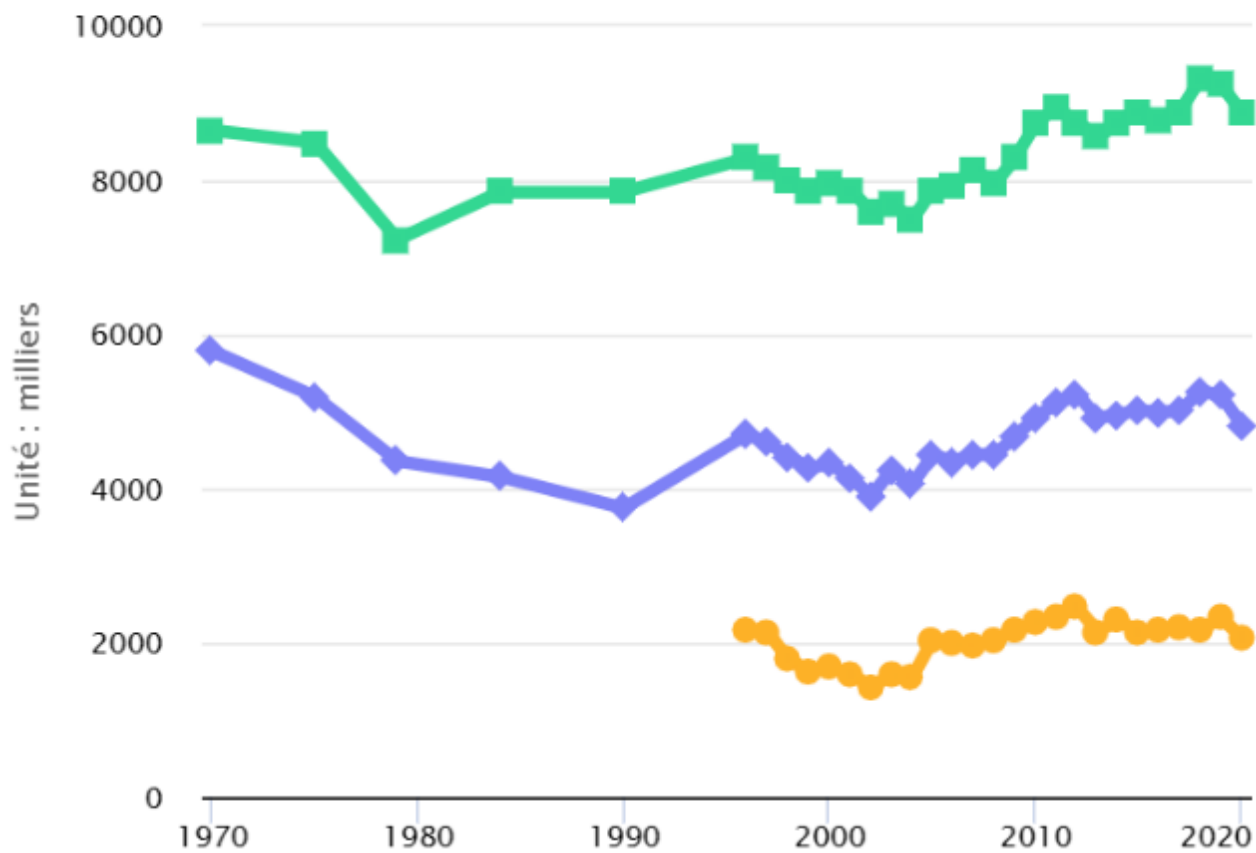
En France

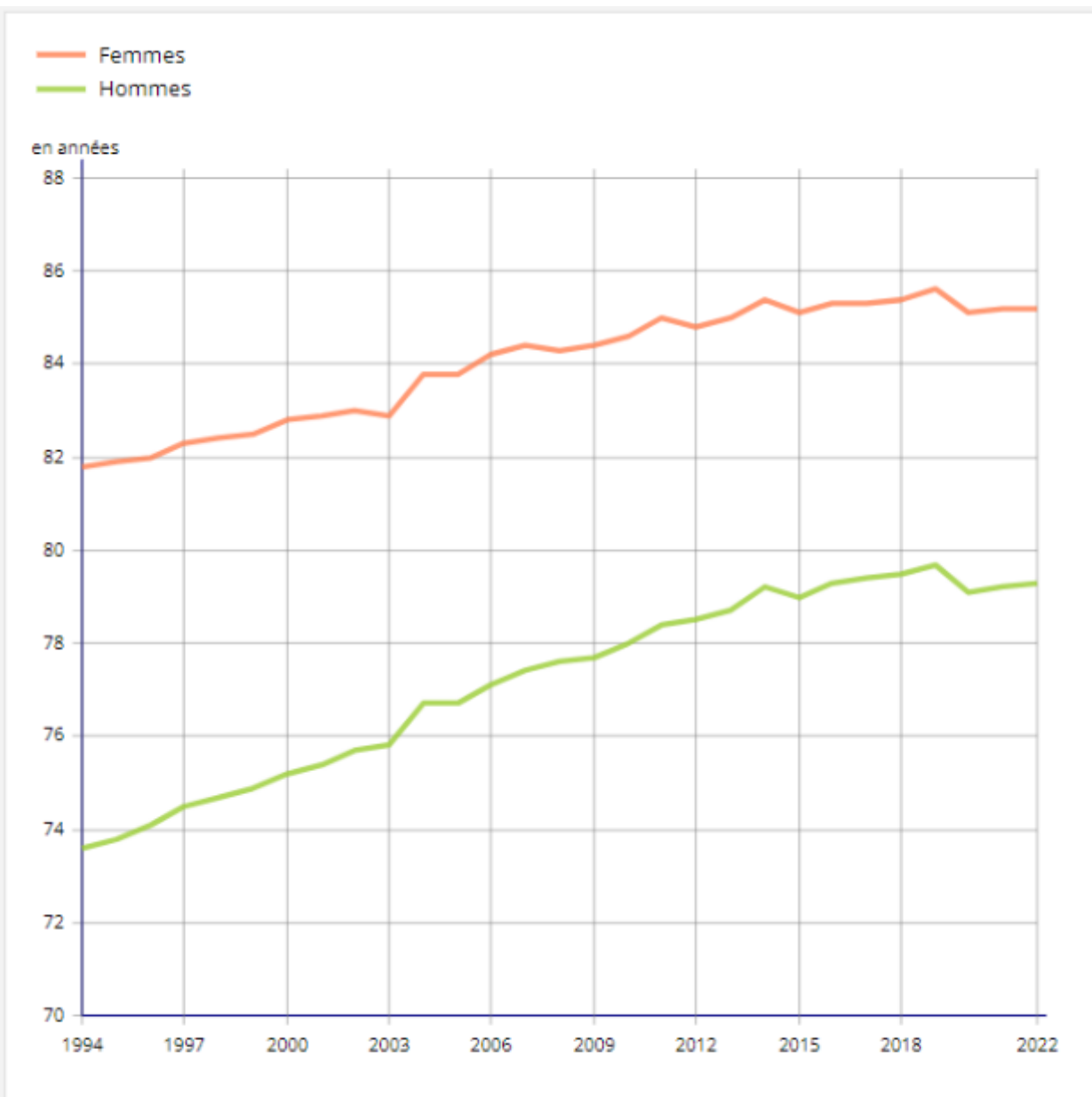
- En 2020, le seuil de pauvreté est établi à 1128 **euros** par mois pour une personne vivant seule et 2314 euros pour un couple avec 2 enfants âgés de moins de 14 ans.

Est donc considéré comme pauvre toutes personnes vivant dans un ménage dont les revenus sont inférieurs à ce montant par unité de consommation.

- En 2020, 13,9% de la population française est considérée comme pauvre (soit 8 900 000 personnes).
- 13,1% de la population est en situation de privation matérielle et sociale en 2019. Ces personnes ne peuvent pas couvrir les dépenses d'au moins 5 éléments de la vie courante sur 13.

Évolution du nombre de personnes pauvres





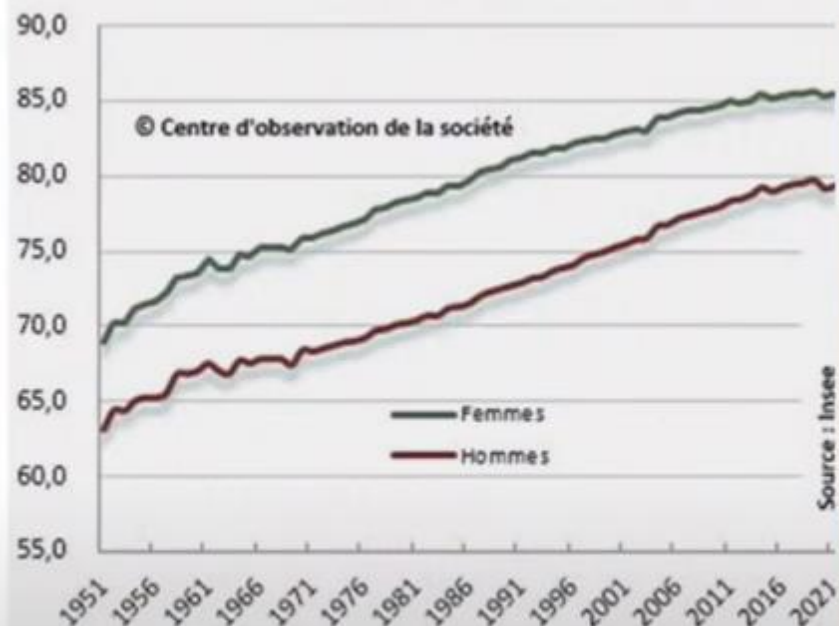
Note : données 2020 à 2022 provisoires arrêtées à fin novembre 2022.

Lecture : en 2022, l'espérance de vie des femmes à la naissance est de 85,2 ans.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2013 et y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Evolution de l'espérance de vie à la naissance



En 2021, espérance de vie des femmes = 85,5 ans
espérance de vie des hommes = 79,4 ans

- Espérance de vie des ouvriers : - 6,4 ans / cadres
- Espérance de vie des hommes sans diplôme : - 7, 5 ans / diplômés du supérieur
- Espérance de vie des 5% des hommes les plus modestes : -13 ans / 5% les plus aisés
- Espérance de vie des personnes sans emploi : - 16 ans / cadres
- Espérance de vie des personnes sans abri : entre 48 et 50 ans

sources :

Insee Première n° 1584, Insee, 2016

Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie. INSEE. 2018; 1584.)

Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Moreno-Betancur M, et al. Mortality among homeless people in France, 2008-10. Eur J Public Health. 2016;26(6):1028-33.

Rapport du INSEE niveau de vie en 2019 :

Selon l'enquête revenus fiscaux et sociaux (Insee), 50% de la population française dispose d'un niveau de vie inférieur à 20820 €/an.

Le seuil de pauvreté s'établit à 1102€ /mois. Cela représente en 2019 en France, 9.2 millions de personnes (14,6% de la population)

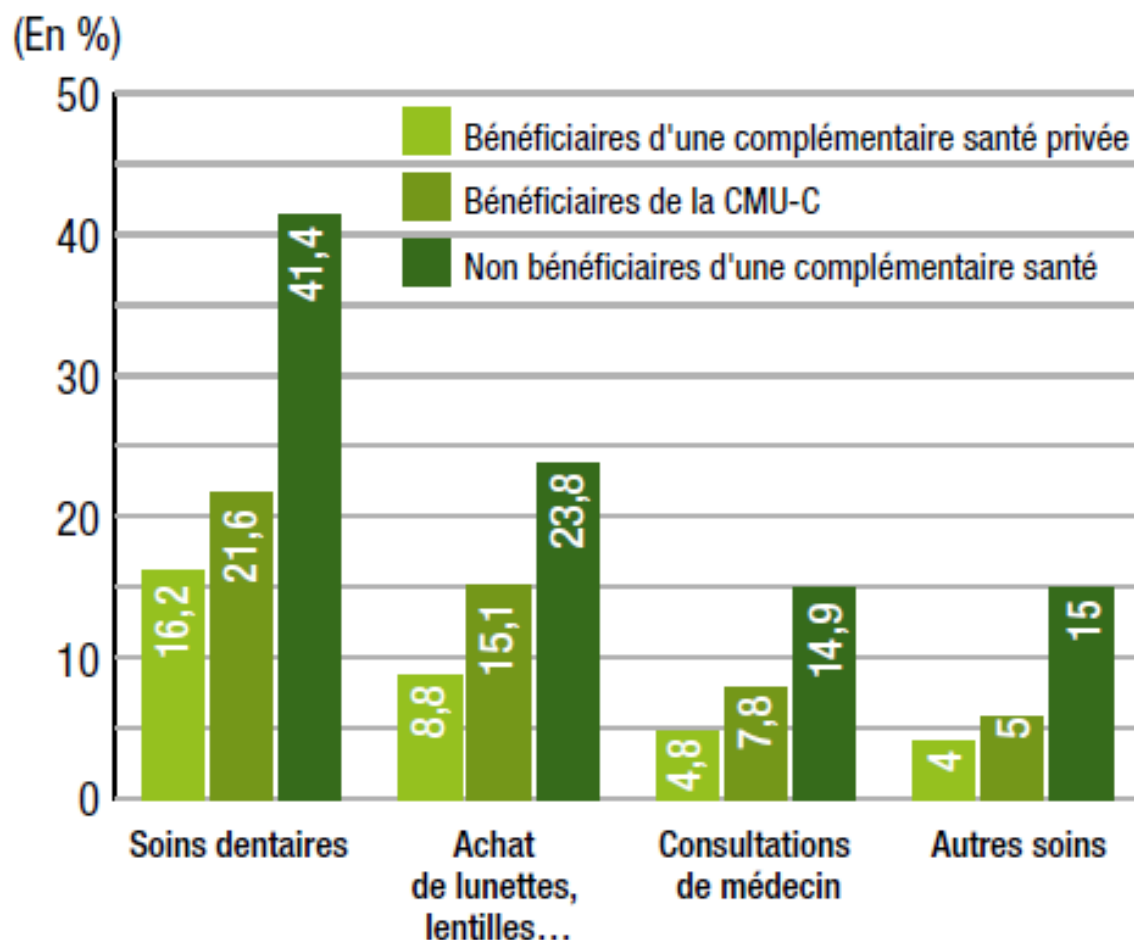
- 20,1% des moins de 18 ans
- 14.1% des femmes de plus de 75 ans
- 32,8 % familles monoparentales
- 31,5 % des immigrés (++) Afrique 39,2%)
- Notion de travailleurs pauvres. En 2017, 10,2 % des travailleurs vivent sous le seuil de pauvreté. Plus les indépendants que les salariés
- 50% des personnes pauvres vivent avec un niveau de vie < 824 € mois

Précarité et santé

- Etre précaire ne se résume pas uniquement à des difficultés financières.
- En 2008, 15% de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour raisons financières au cours des 12 derniers mois.
- L'absence de couverture complémentaire étant le principal facteur de renoncement

■ Le renoncement aux soins

2 Principaux types de renoncement aux soins pour raisons financières en 2012, selon la situation vis-à-vis de la complémentaire santé



Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2012, Irdes.

Santé et précarité

- La santé n'est pas un déterminant de la précarité et inverse
- Néanmoins, il existe des inégalités sociales de santé :

Avis du conseil économique, social et environnemental (JO du 14/02/2012) :

- Indicateurs de santé globalement bons
- Mortalité prématurée et espérance de vie sans incapacité plus faible que dans les autres pays de l'UE
- Persistances d'inégalités sociales et régionales d'accès à la santé : **l'espérance de vie d'un cadre à 35 ans est de 6.3 ans supérieure à celle d'un ouvrier**

Santé et précarité

- D'autres indicateurs mettent en évidence ces inégalités , notamment :
- **La santé des enfants scolarisés** : par ex en classe de 3eme en 2009
 - 22% de ceux qui ont au moins un parent ouvrier sont en surpoids vs 12% dont au moins 1 parent est cadre
 - 58% ont au moins une dent cariée vs 34% chez enfant de cadre
 - En raison d'un défaut de dépistage et de prise en charge 22% enfants d'ouvriers portent des lunettes vs 33% cadre (retard diagnostique)
- **Santé des bénéficiaires de la CMU-c âgés de moins de 60 ans** : en 2012
 - Maladie psychiatrique : 2,4 fois supérieure à celle du régime général
 - Diabète : 2,2
 - Maladies du foie ou du pancréas : 2,9
 - VIH ou SIDA 2,5

Santé et précarité

Intrication majeure du médical et du social :

- Ne traiter un patient diabétique que du point de vue médical sans considérer son mode de vie social serait voué à l'échec
- Déterminer les champs du possible (situation sociale , lieux de vie, accompagnement, entourage)
- Tout le monde ou presque peut avoir des droits et rentrer dans un système de droit commun. Pas de raisons de renoncer à se prendre en charge. : Création des PASS

Conditions de vie : ROMS, migrants, SDF, travailleurs pauvres

Accès limité au système de soins ou à sa compréhension : vaccination, prévention, dépistage

Précarité : *l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité clinique qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir les droits et de réassurer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible »*

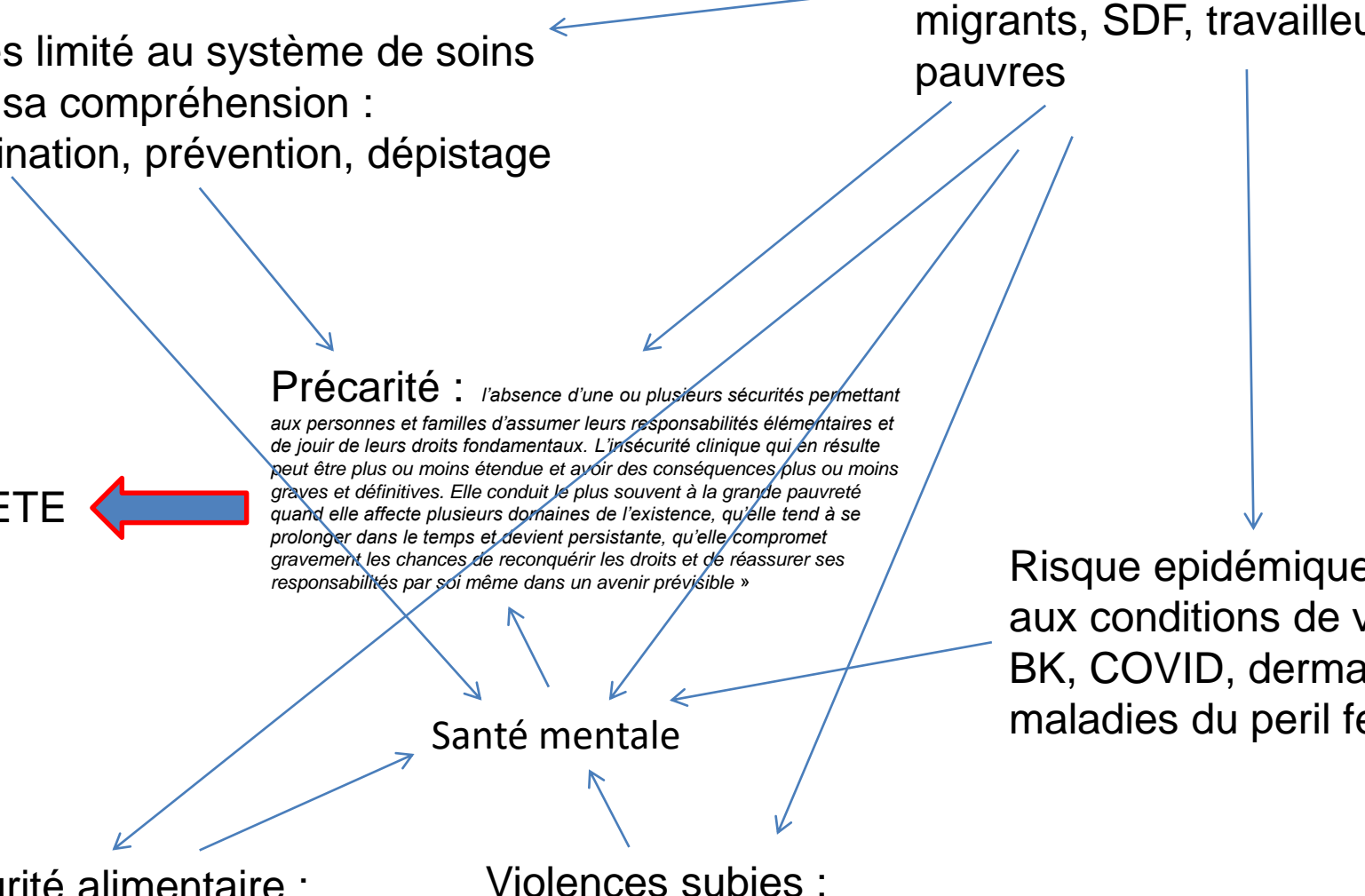
Risque épidémique du aux conditions de vie : BK, COVID, dermatoses, maladies du peril fecal

Santé mentale

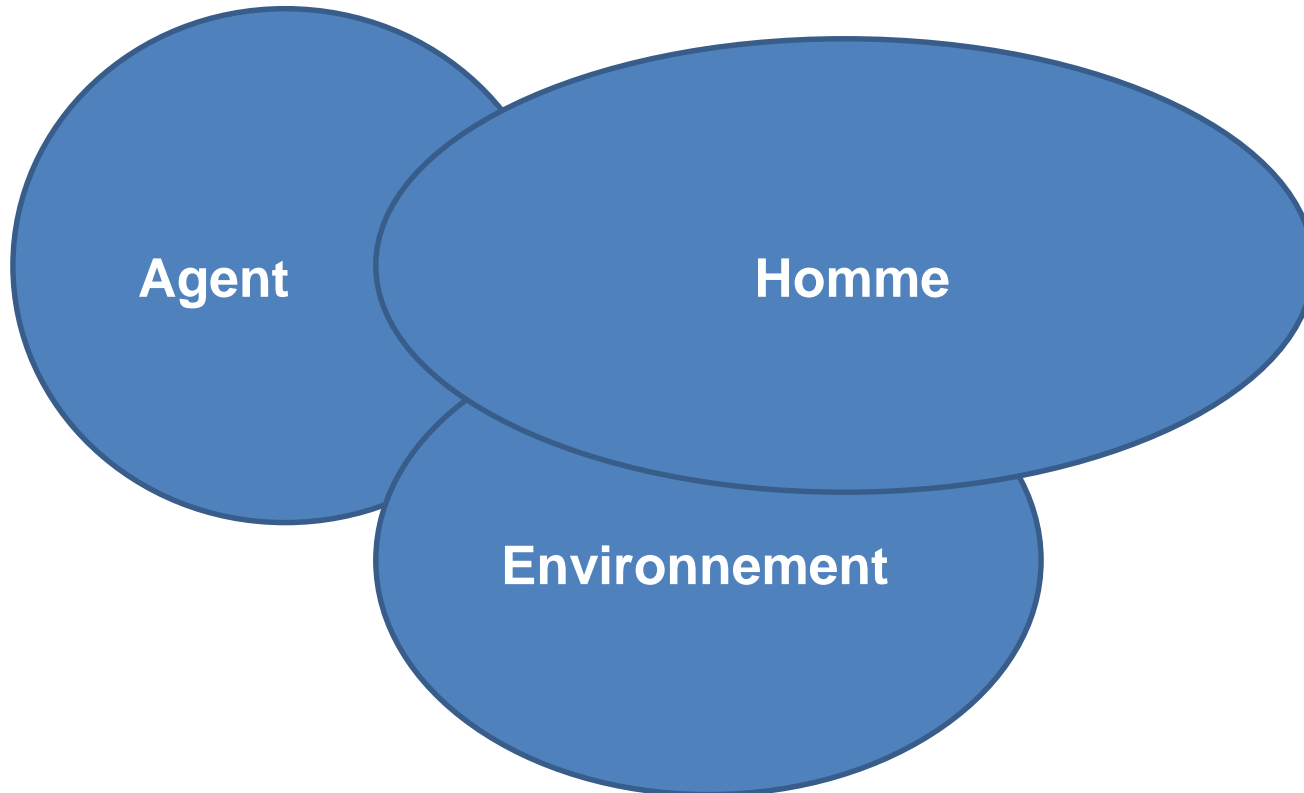
Insécurité alimentaire : Obésité, sédentarité, diabète..

Violences subies : Acquisition VIH : (étude parcours/ANRS), mutilations génitales féminines.

PAUVRETE



Les maladies infectieuses : une question de rencontre !!!



Aucune limite géographique

Exemples de population vivant dans des conditions précaires

- **ROMS :**
 - 10 à 12 millions sur le continent européen
 - Grande majorité provenant de l'Europe de l'est

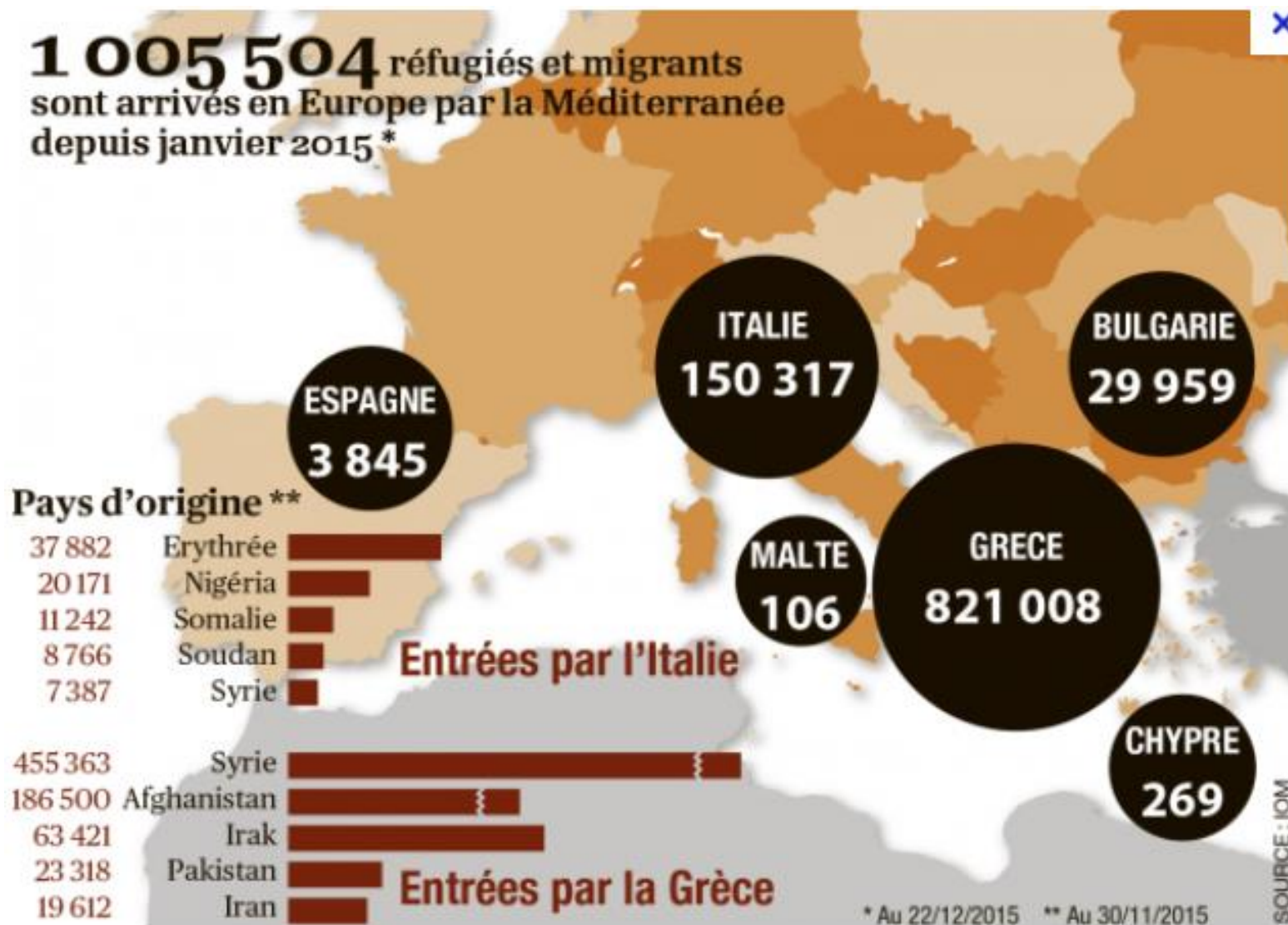


Particularités et conditions de vie

- **ROMS:**
 - Nomadisme
 - Caravanes et campements parfois insalubres
 - Extrême mobilité
 - Faible niveau socio-économique

- **Migrants :**

- 64 millions au moins
- Migrants économiques, étudiants, réfugiés, demandeurs d'asile





281 **3,60%**

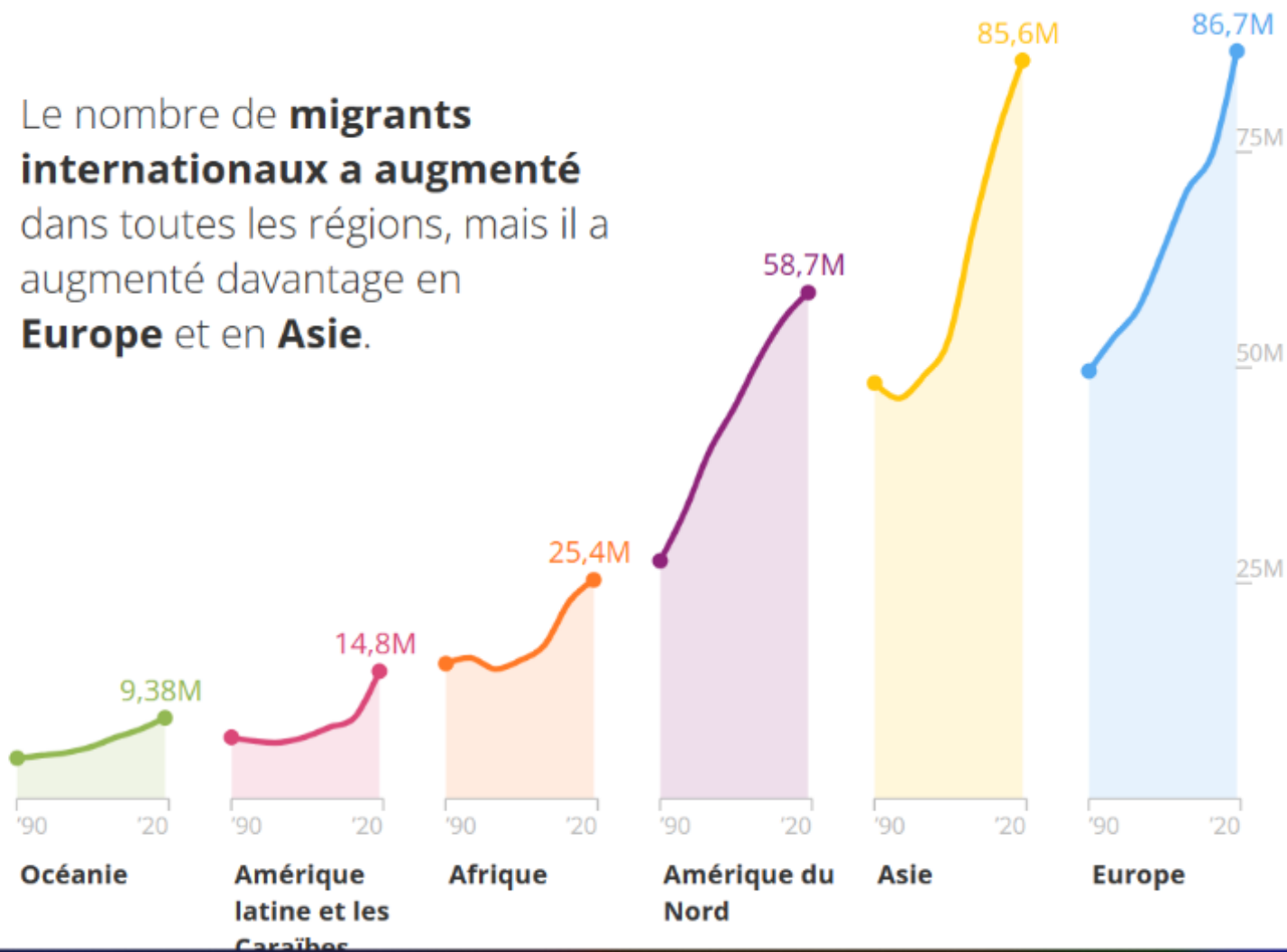
millions de migrants

de la population



Les données disponibles font apparaître une augmentation

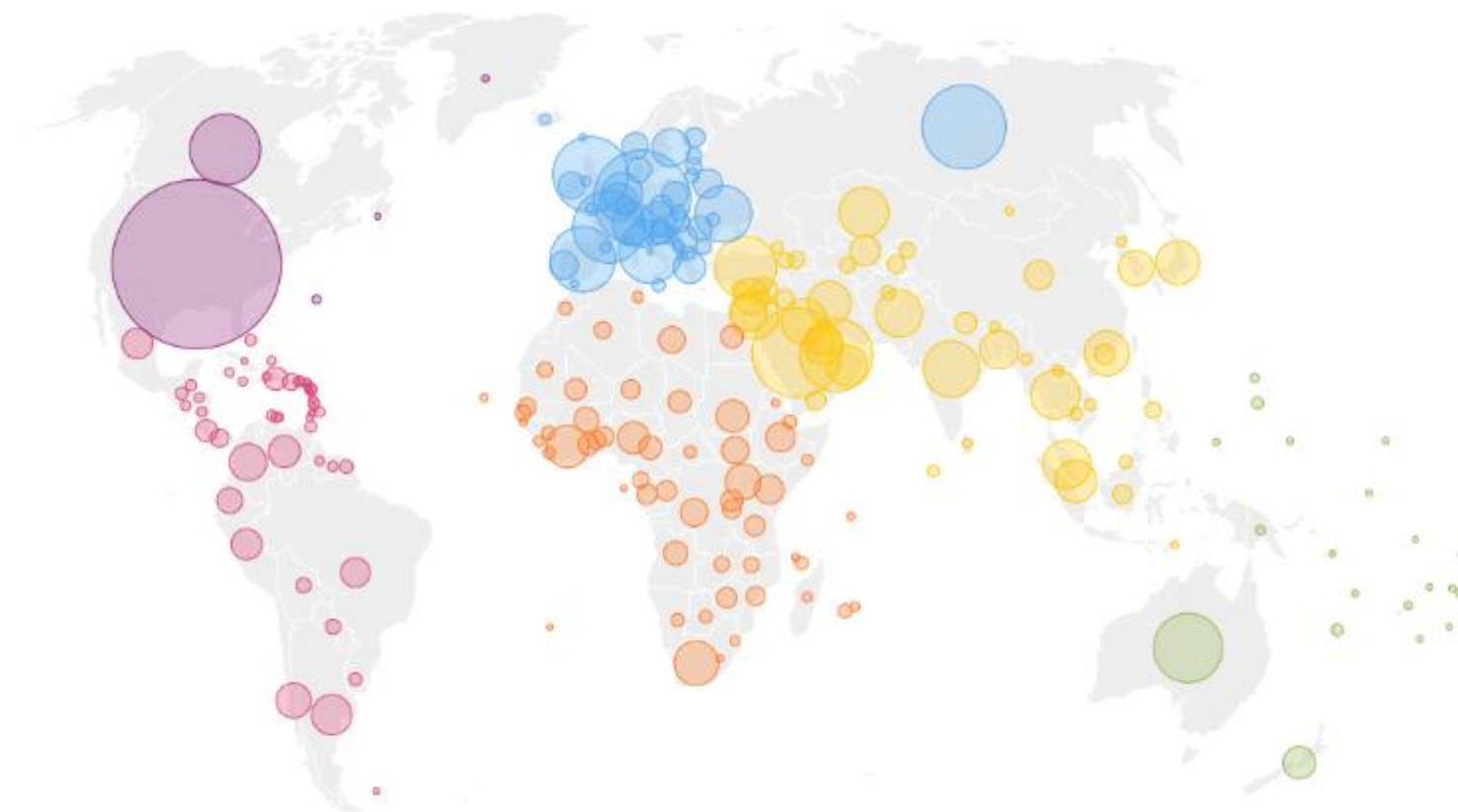
Le nombre de **migrants internationaux a augmenté** dans toutes les régions, mais il a augmenté davantage en **Europe** et en **Asie**.



Cette carte montre le **nombre total de migrants internationaux** à l'intérieur de chaque pays.

Total % de migrants % de non-migrants

Les cercles sont dimensionnés en fonction du nombre total



« Ces données sont essentielles pour comprendre le rôle important des migrants et des migrations dans le développement des pays d'origine et de destination. Faciliter une migration et une mobilité ordonnées, sûres, régulières et responsables des personnes contribuera grandement à la réalisation des objectifs de développement durable », a déclaré le chef de DESA, **Liu Zhenmin**.

En 2019, à l'échelle régionale, l'Europe accueille le plus grand nombre de migrants internationaux (82 millions), suivie de l'Amérique du Nord (59 millions), de l'Afrique du Nord et de l'Asie occidentale (49 millions).

Au niveau des pays, environ la moitié des migrants internationaux résident dans seulement 10 pays, les États-Unis accueillant le plus grand nombre de migrants internationaux (51 millions), soit environ 19% du total mondial. L'Allemagne et l'Arabie saoudite accueillent les deuxième et troisième plus grand nombre d'immigrés (13 millions chacun), suivis de la Russie (12 millions), du Royaume-Uni (10 millions), des Émirats arabes unis (9 millions), de la France, du Canada et de l'Australie (environ 8 millions chacun) et de l'Italie (6 millions).

En ce qui concerne leur lieu de naissance, un tiers des migrants internationaux viennent de dix pays seulement, l'Inde étant le principal pays d'origine, représentant environ 18 millions de personnes vivant à l'étranger. Les migrants en provenance du Mexique constituaient la deuxième plus grande « diaspora » (12 millions), suivis par la Chine (11 millions), la Russie (10 millions) et la Syrie (8 millions).

La part des migrants internationaux dans la population totale varie considérablement selon les régions. Les plus fortes proportions ont été enregistrées en Océanie (y compris Australie et Nouvelle-Zélande) (21,2%) et en Amérique du Nord (16,0%) et la plus faible en Amérique latine et dans les Caraïbes (1,8%), en Asie centrale et méridionale (1,0%) et en Asie orientale et méridionale (0,8%).

Nouvelles routes et nouveaux obstacles

- Espace Schengen, dont pays associés à l'Union européenne, zone théorique de libre circulation
- Autres pays de l'Union européenne
- Pays candidats à l'espace Schengen
- Principaux pays de transit des migrants
- Pays ou régions en conflit

Grandes routes migratoires

- Routes délaissées depuis l'intensification de la surveillance de Frontex en 2008
- Flux en hausse depuis le début de la guerre civile en Libye en 2011
- Flux en hausse depuis le début du conflit syrien en 2012, et particulièrement élevés depuis fin 2014
- ↻ Côtes concernées par l'afflux de migrants
- Arrivées recensées en 2015¹

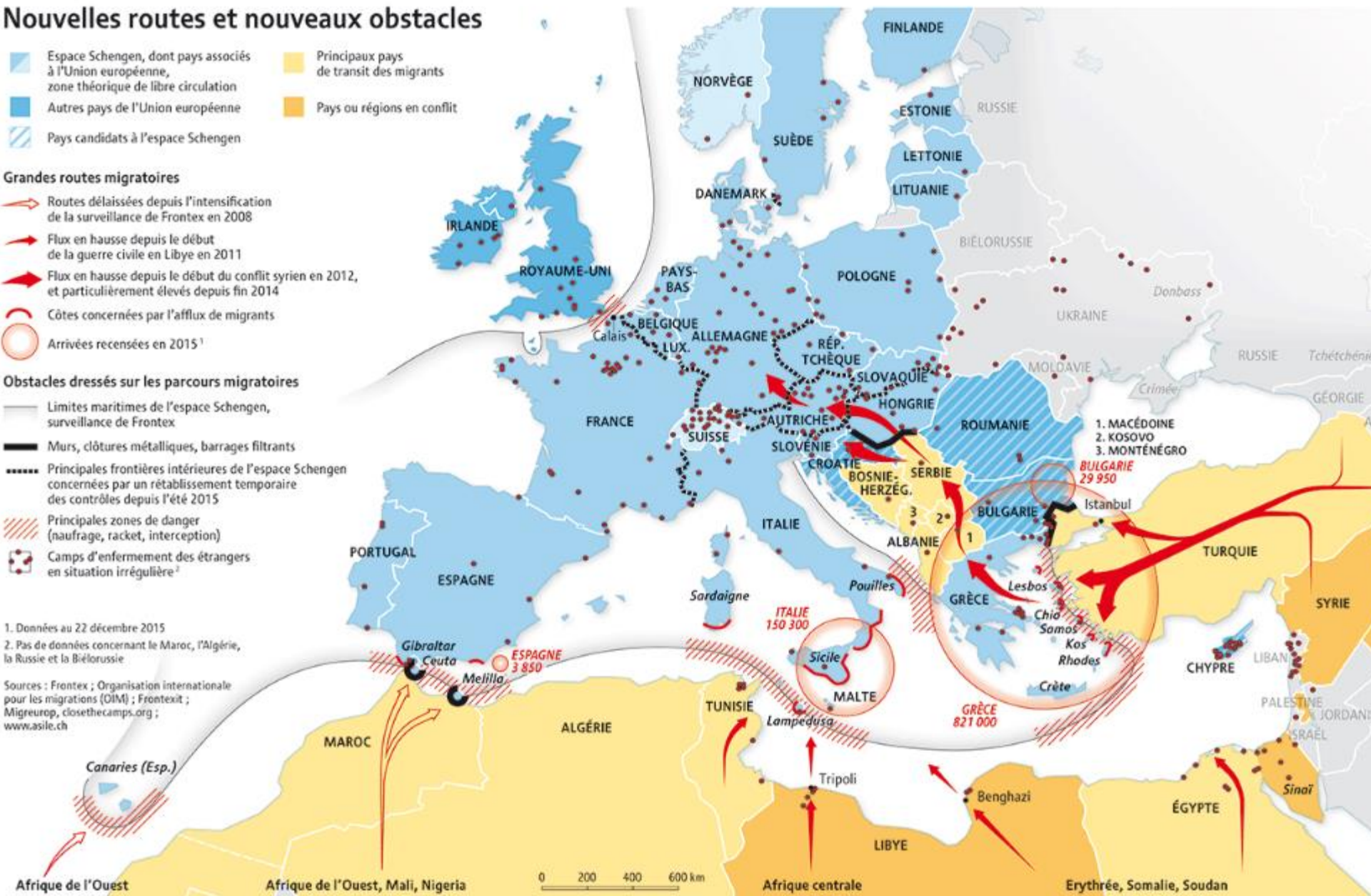
Obstacles dressés sur les parcours migratoires

- Limites maritimes de l'espace Schengen, surveillance de Frontex
- Murs, clôtures métalliques, barrages filtrants
- - - Principales frontières intérieures de l'espace Schengen concernées par un rétablissement temporaire des contrôles depuis l'été 2015
- Principales zones de danger (naufrage, racket, interception)
- Camps d'enfermement des étrangers en situation irrégulière²

1. Données au 22 décembre 2015

2. Pas de données concernant le Maroc, l'Algérie, la Russie et la Biélorussie

Sources : Frontex ; Organisation internationale pour les migrations (OIM) ; Frontexit ; Migreurop, closethecamps.org ; www.asile.ch





83%
HOSTED IN LOW-
AND MIDDLE-INCOME
COUNTRIES

Low- and middle-income countries hosted 83 per cent of the world's

3.8 MILLION
REFUGEES HOSTED
IN TÜRKIYE

Türkiye hosted nearly 3.8 million refugees, the largest population worldwide. Colombia was second

1 IN **6**
ARE DISPLACED

Relative to their national populations, the island of Aruba hosted the largest number of Venezuelans displaced abroad (1 in 6) while Lebanon hosted the largest number of refugees (1 in

1.4 MILLION NEW CLAIMS

The United States of America was the world's largest recipient of new individual applications.

United States of America
188,900

Germany
148,200

Mexico
132,700

Costa Rica
108,500

France
90,200

69% ORIGINATED FROM JUST FIVE COUNTRIES

More than two-thirds (69 per cent) of all refugees and Venezuelans displaced abroad came from just five countries.

Syrian Arab Republic
6.8 million

Venezuela⁶
4.6 million

Afghanistan
2.7 million

South Sudan
2.4 million

Myanmar
1.2 million

6.1 MILLION VENEZUELAN REFUGEES AND MIGRANTS

This figure includes Venezuelan refugees, migrants and asylum seekers reported through the Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela.⁷

SOLUTIONS

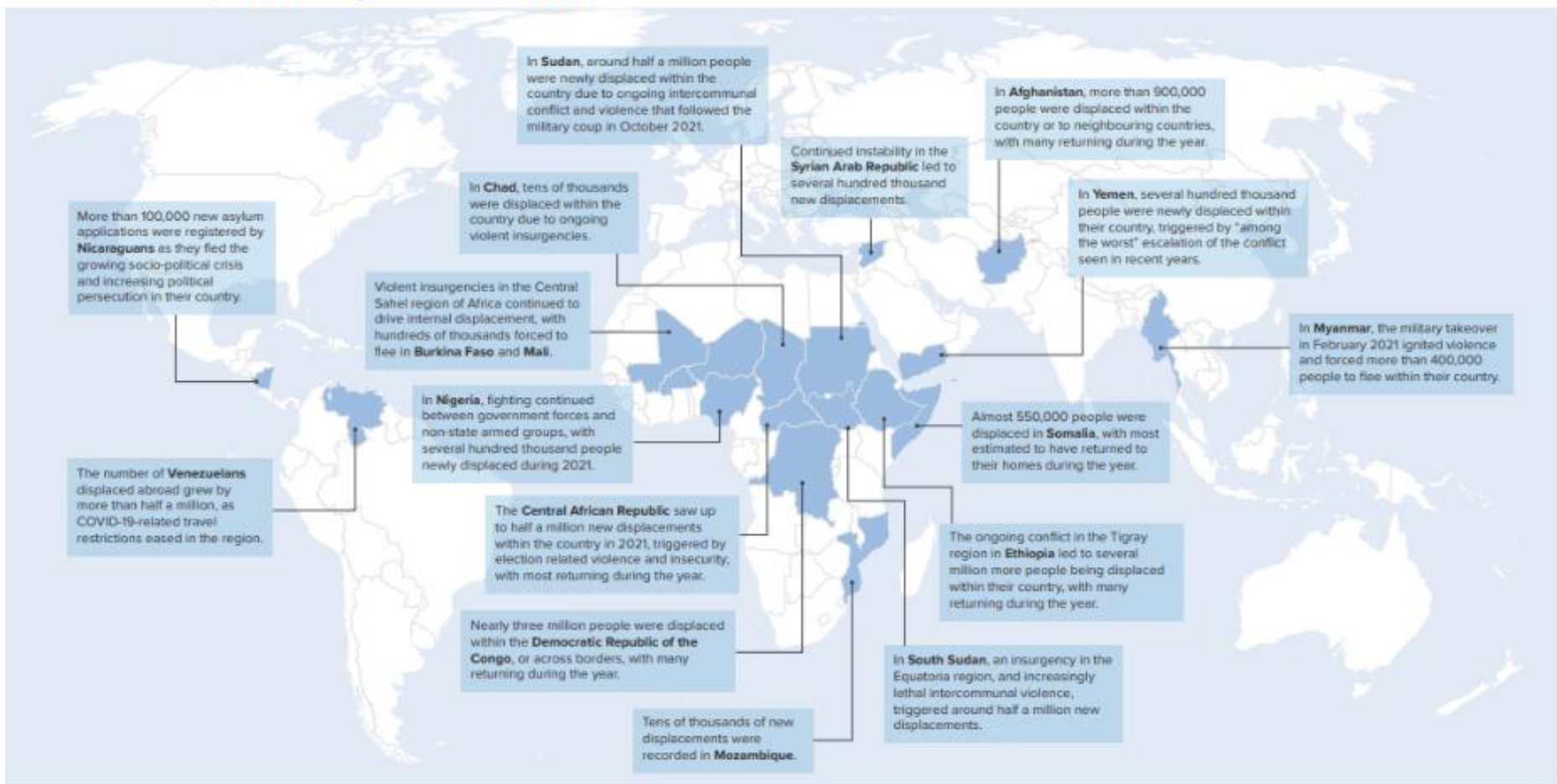
5.7 MILLION DISPLACED PEOPLE RETURNED

5.7 million displaced people returned to their areas or countries

DEMOGRAPHICS OF PEOPLE WHO
HAVE BEEN FORCIBLY DISPLACED

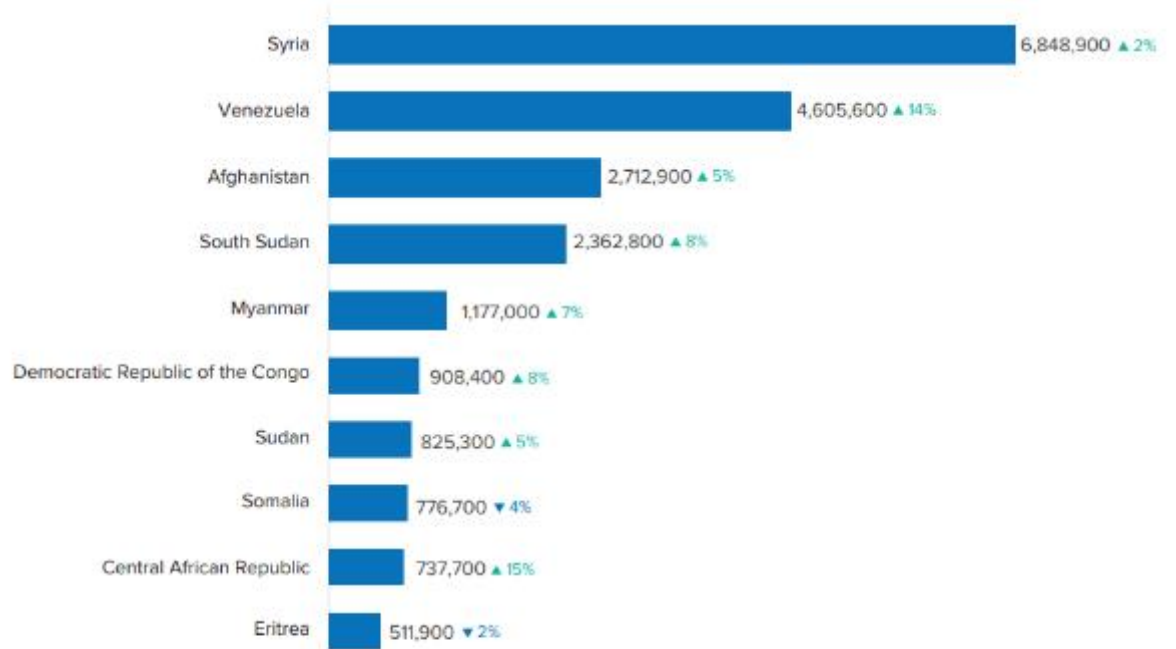
CHAPTER 1

Map 1 | New displacements in 2021



in Peru (276,400) and Chile (45,700).

Figure 5 | People displaced across borders by country of origin | end-2021





65,3 millions
de personnes déracinées à travers le monde



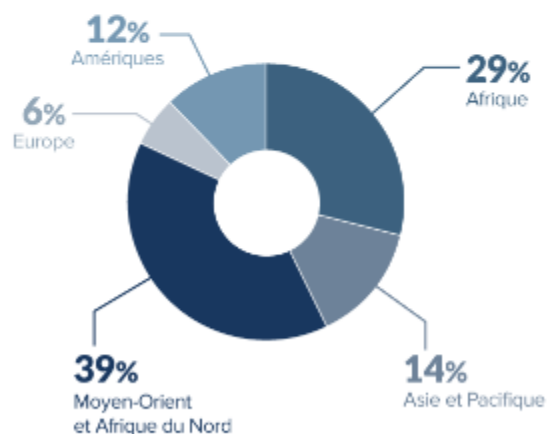
Réfugiés
21,3 millions

16,1 millions relevant de la compétence du HCR
5,2 millions de réfugiés palestiniens enregistrés auprès de l'UNRWA



Apatrides
10 millions

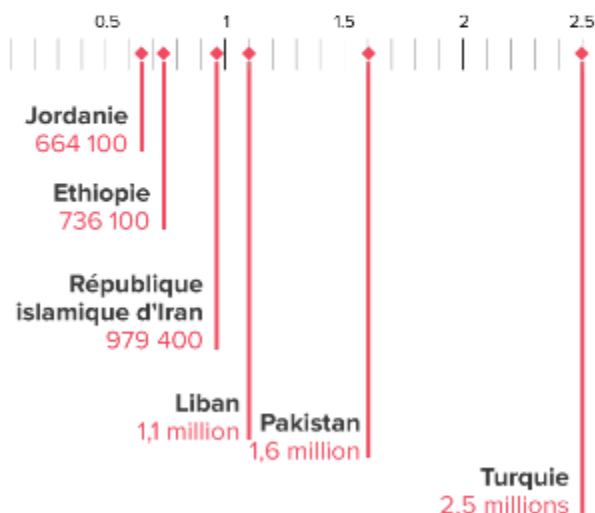
Où sont hébergées les personnes déracinées à travers le monde



53% des réfugiés à travers le monde sont originaires de trois pays



Principaux pays hôtes



33 972 personnes

fuients chaque jour leurs foyers

10 700 employés

Le HCR emploie 10 700 personnes

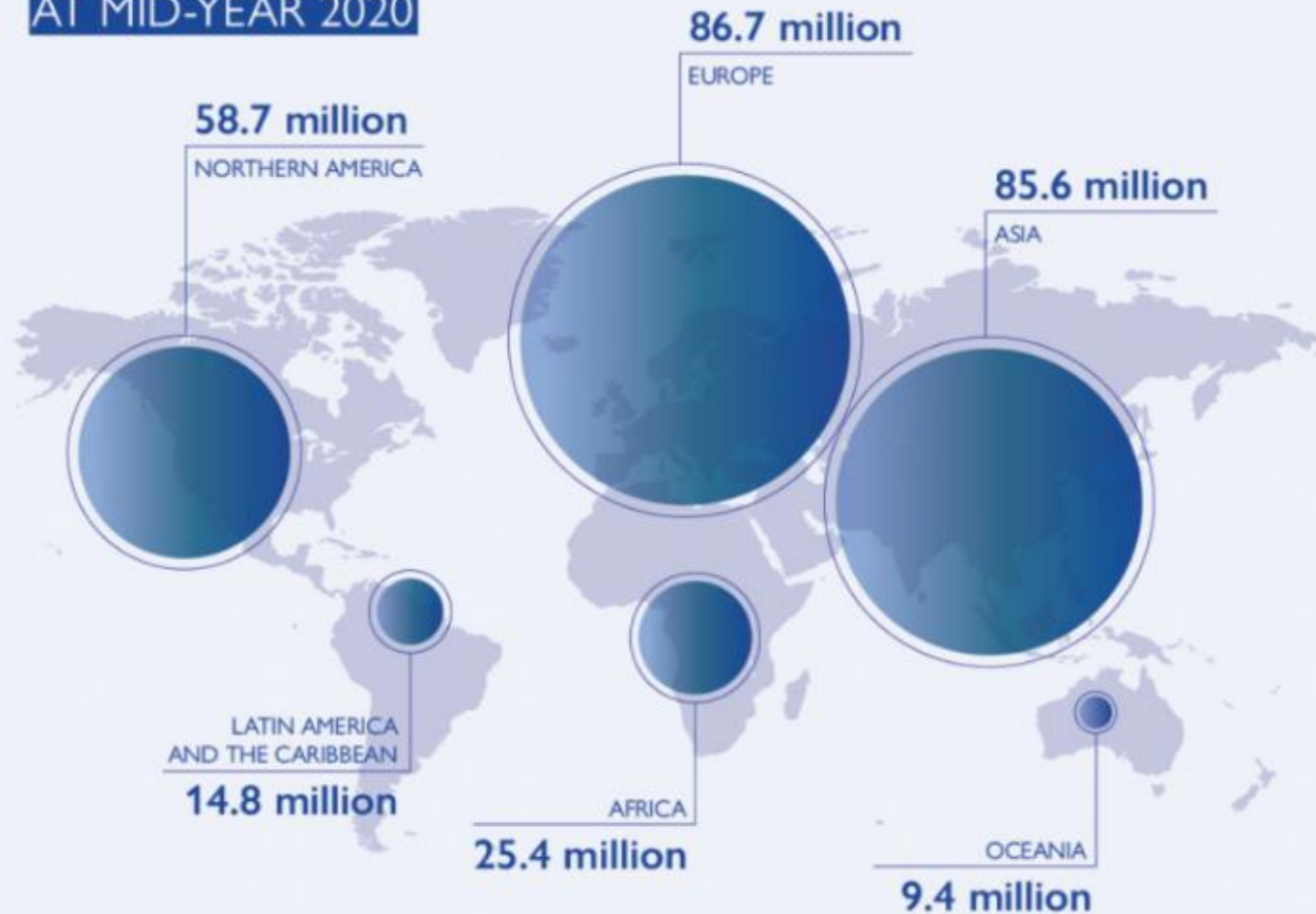
128 pays

Nous sommes présents dans 128 pays

Le HCR est financé presque entièrement par des contributions volontaires, dont 86% de la part des gouvernements et de

International Migrant Stocks, Mid-Year 2020

INTERNATIONAL MIGRANTS AT MID-YEAR 2020





TOTAL NUMBER OF
ESTIMATED INTERNATIONAL
MIGRANTS

281 million



39 YEARS OLD
MEDIAN AGE



15%

WERE BELOW 20 YEARS OLD



73%

WERE OF WORKING AGE
(BETWEEN 20 AND 64 YEARS)



12%

WERE 65 YEARS AND OLDER

Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020).
International Migrant Stock 2020.

© IOM GMDAC 2021



www.migrationdataportal.org

KEY GLOBAL MIGRATION FIGURES, 2017 – 2021

Updated with data available as of 25 January 2021

Next planned update: 5 April 2021

MIGRANT POPULATION (STOCKS)



281 MILLION PEOPLE were estimated to be international migrants – people that were born abroad and/or held foreign citizenship – at mid-year 2020.

Source: UN DESA, 2021.

MIGRATION GOVERNANCE



AS OF 31 DECEMBER 2020, 83 COUNTRIES and 30 LOCAL AUTHORITIES have embarked on the Migration Governance Indicators (MGI) process to assess their migration governance frameworks.

Source: IOM's Global Migration Data Portal, 2021.

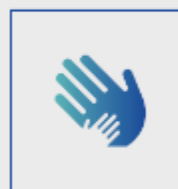
FEMALE MIGRANTS



An estimated 48 PER CENT of the international migrant stock at mid-year 2020 were women.

Source: UN DESA, 2021.

CHILD MIGRANTS



An estimated 12 PER CENT of the international migrant stock in 2019 were children below 18 years.

Source: UNICEF, 2020; estimates based on UN DESA data.

LABOUR MIGRANTS



An estimated 164 MILLION MIGRANT WORKERS made up 59.2 PER CENT of the international migrant stock in 2017.

Source: ILO, 2018.

REMITTANCES



An estimated USD 554 BILLION OF REMITTANCES were sent to low-and middle-income countries in 2019, overtaking Foreign Direct Investments.

Source: Ratha et al., 2020.

REFUGEES & ASYLUM-SEEKERS



By the end of 2019, there were an estimated total of 26 MILLION REFUGEES and 4.2 MILLION ASYLUM-SEEKERS worldwide.

Source: UNHCR, 2020.

INTERNAL DISPLACEMENT



An estimated 33.4 MILLION PEOPLE – 8.5 million due to conflict and 24.9 million due to disasters – were NEWLY DISPLACED in 2019 within their own countries and territories.

Source: IDMC, 2020.

RESETTLEMENT



According to government statistics, **107,800 REFUGEES** were admitted for resettlement in 26 countries in 2019.

Source: UNHCR, 2020.

TRAFFICKING & MODERN SLAVERY



108,613 INDIVIDUAL CASES of trafficking have been identified by Counter Trafficking Data Collaborative (CTDC) partners between 2002 and 2019.

Source: Counter Trafficking Data Collaborative (CTDC), 2020.

RETURNS



64,958 MIGRANTS who voluntarily decided to return home, but lacked the means to do so, received administrative, logistical or financial support from IOM in 2019.

Source: IOM, 2020.

MISSING MIGRANTS

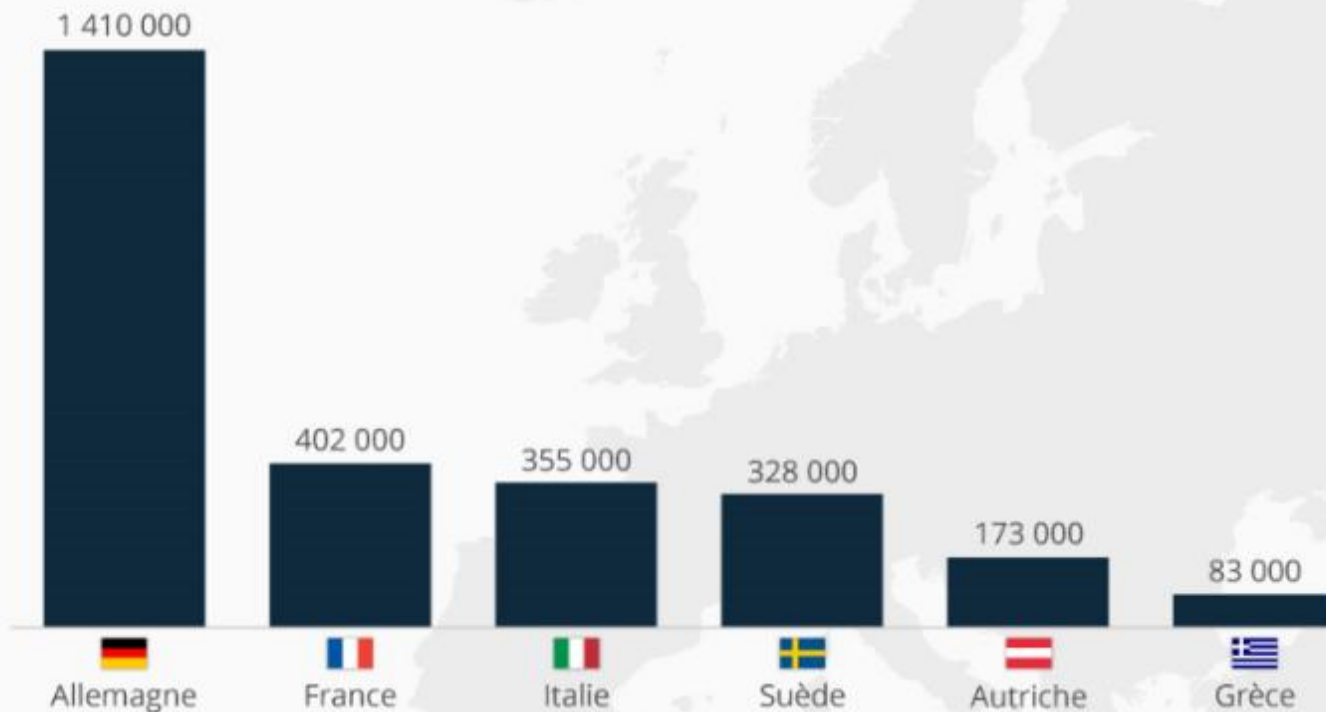


More than **40,189 MIGRANT DEATHS AND DISAPPEARANCES** were recorded globally from 2014 to 2020. As of 25 January, at least **167** have lost their lives while migrating internationally in 2021.

Source: IOM's Missing Migrants Project, 2021.

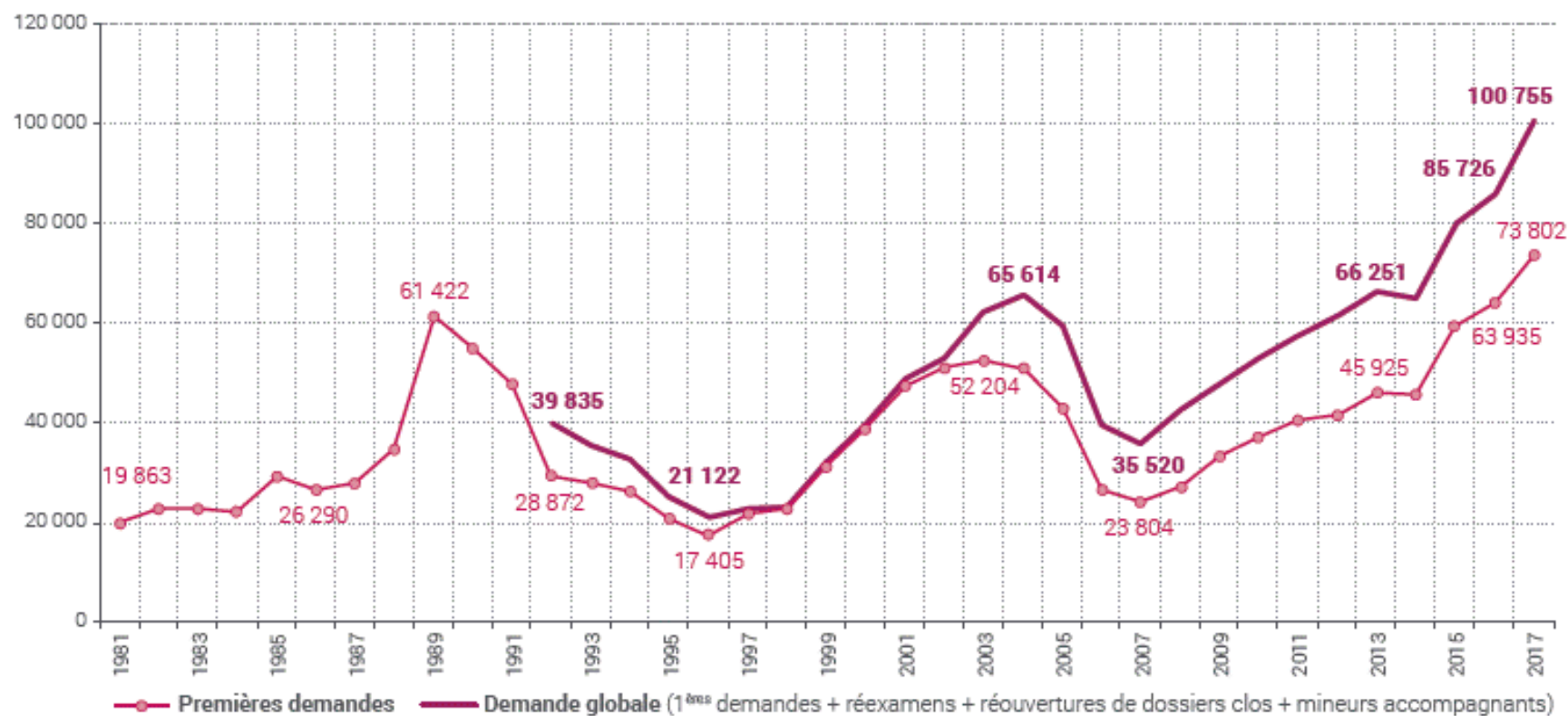
Quels pays d'Europe accueillent le plus de migrants ?

Personnes sous protection et demandeurs d'asile dans une sélection de pays européens*



ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DEMANDES DE PROTECTION INTERNATIONALE EN FRANCE DEPUIS 1981

(mineurs accompagnants inclus)



Particularités et conditions de vie

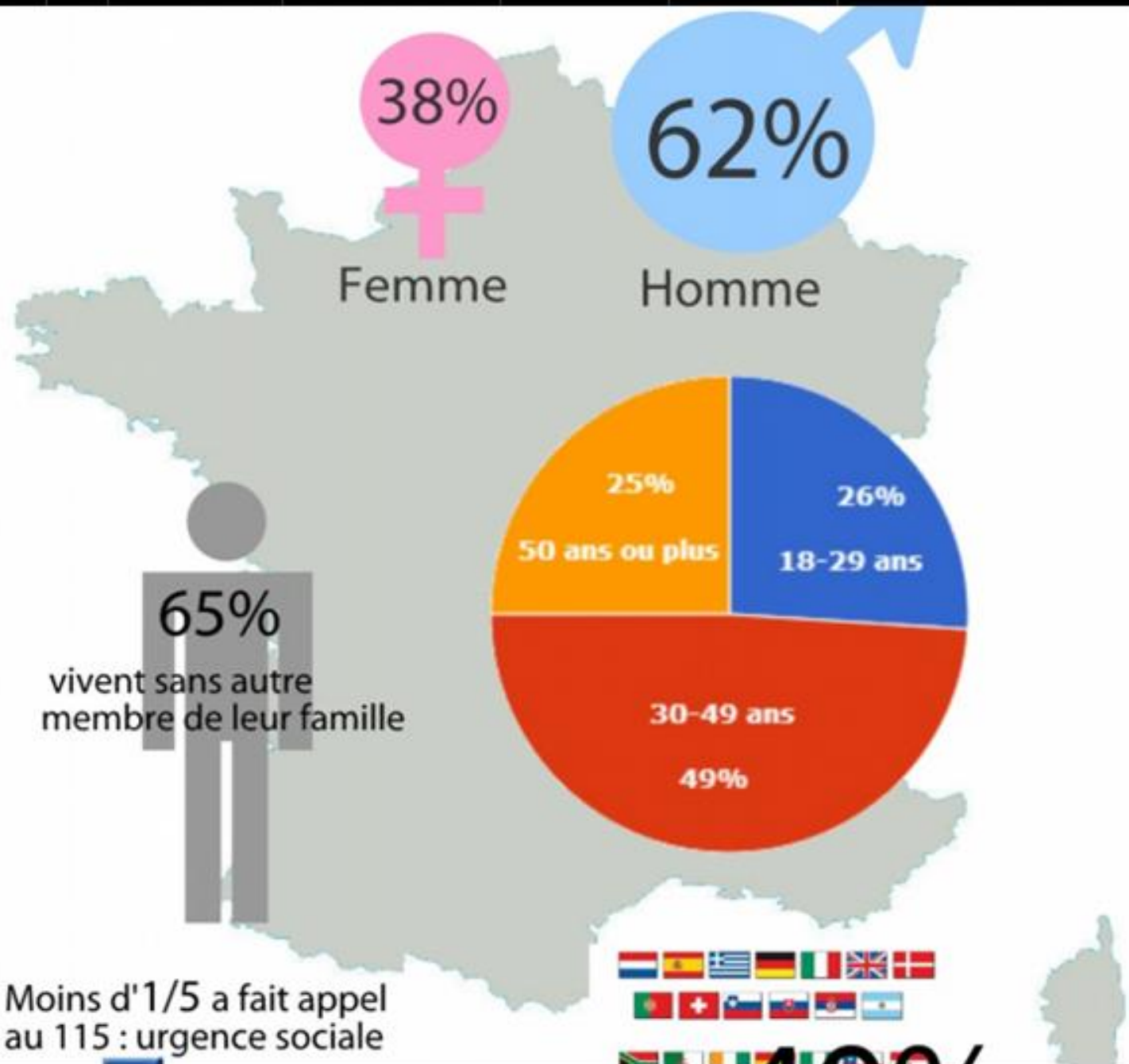
- **Migrants (++) sans papiers et « demandeurs d’asile »)**
 - Pauvreté, illettrisme, différences culturelle,
 - Faible niveau socio-économique
- **SDF**
 - Grande hétérogénéité
 - Pauvreté, violence urbaine, manque d’hygiène, promiscuité
 - Alcool, tabac, toxicomanies, carences nutritionnelles
 - Pathologies psychiatriques fréquentes

- **SDF :**

- Absence de résidence personnelle
- Plus de 100 millions dans le monde
- Population hétérogène

- **En France**

- Selon l'Insee 141500 personnes dont 30000 enfants vivaient sans logement personnel début 2012 (dernière enquête insee)
- Le nombre de SDF a doublé en France en une décennie
- 40% des SDF sont en CDI!!!!!!
- Augmentation de la proportion des étrangers



Aux USA

« *US Department of housing and urban development* » 2017 :

- >553 000 personnes ont été sans abri au moins une nuit en janvier 2017
- Parmi eux 95 000 chroniques

« *The urban institute* » :

- 2,5 à 3,5 Millions de personnes expérimentent d'être sans abri en un an
 - 64% sont hébergés dans des centres d'urgences
 - 31% jamais hébergés
 - Variation d'une ville à l'autre : plus les villes sont « chaudes » moins les SDF sont hébergés
- Age médian 50 ans
 - 25% sont des enfants
 - 37% des SDF abrités sont des femmes
 - Les familles de SDF représentent 37% de la population des SDF
 - Surreprésentation des minorités raciales : ++ noirs américains

Table 3. Age-Standardized All-Cause and Cause-Specific Mortality Ratios for the Unsheltered Cohort (2000-2009) Compared

Table 3. Age-Standardized All-Cause and Cause-Specific Mortality Ratios for the Unsheltered Cohort (2000-2009) Compared With the Massachusetts Population (2000-2009) and With a Sheltered Adult Homeless Cohort (2003-2008)^a

Underlying Cause of Death ^b	Overall Deaths, No. (%) (n = 134)	SMR (95% CI) ^c	
		Unsheltered Homeless Adults vs MA Population	Unsheltered vs Sheltered Homeless Adults
All causes for entire cohort	134 (100)	9.8 (8.2-11.5)	2.7 (2.3-3.2)
Natural causes			
Cancer	21 (15.7)	4.8 (3.1-7.3)	2.8 (1.8-4.2)
Heart diseases	18 (13.4)	6.4 (3.9-9.9)	2.4 (1.4-3.7)
Chronic substance use	16 (11.9)	88.9 (52.7-141.5)	4.2 (2.5-6.7)
Chronic liver disease	15 (11.2)	32.2 (18.7-51.9)	4.5 (2.6-7.3)
HIV/AIDS	10 (7.5)	63.8 (32.4-113.8)	3.4 (1.7-6.0)
Ill-defined conditions	5 (3.7)	26.8 (9.8-59.3)	NC
External causes			
Nonpoisoning injuries ^d	19 (14.2)	33.3 (20.7-51.1)	7.1 (4.4-11.0)
Drug overdose	8 (6.0)	14.1 (6.5-26.7)	0.9 (0.4-1.7) ^e
Substance use disorder causes			
Alcohol use disorder	30 (22.4)	110.2 (75.7-155.3)	NC
Opioid use disorder	9 (6.7)	15.7 (7.6-28.8)	NC

Abbreviations: ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; MA, Massachusetts; NC, not calculated; SMR, standardized mortality ratio.

^a Adult sheltered homeless cohort from the study by Baggett et al.¹⁰

^b There were no unknown causes of death, and fewer than 5 deaths in each category were suppressed.

^c The SMR was calculated when there were 5 or more deaths in each category.

^d Nonpoisoning injuries (ICD-10 diagnosis codes): transportation accidents (codes V01-V99), other external causes of accidental injuries (codes W00-X59, except X40-X49), and events of undetermined intent (codes Y20-Y34, except Y10-Y19). Methodology in combining the ICD-10 categories were based on the Health of Boston 2014-2015 report.¹⁵

^e The SMR was not significant.

Particularités et conditions de vie

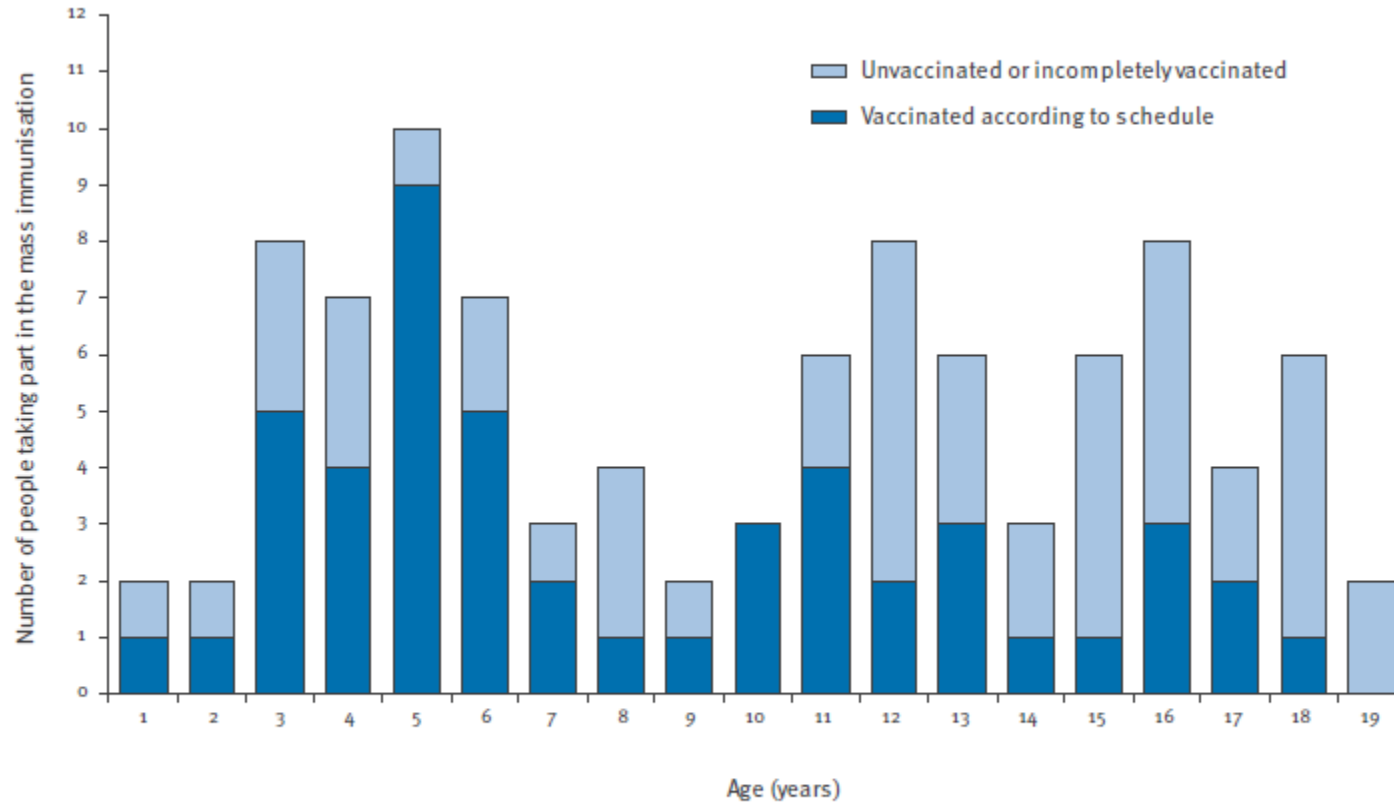
- Accès limités aux systèmes de santé : faible couverture vaccinale
 - ROMS
 - 40% des 2000 enfants ROMS (< 14 ans) à Rome (Italie) : aucune vaccination
 - Statut vaccinal de la population ROM en Pologne par Age (cf dia suivante)
 - Épidémie de rougeole en Europe : +++ populations ROMS, Sinti...
 - Vaccination des enfants contre le VHB en Grèce : 14% ROMS versus 96% non ROMS (*Michos et al, J Med virol 2008*)

Mass immunisation campaign in a Roma settled community created an opportunity to estimate its size and measles vaccination uptake, Poland, 2009

P Stefanoff (pstefanoff@pzh.gov.pl)¹, H Orlikova^{1,2}, J Rogalska¹

FIGURE 2

Vaccine uptake in the Roma population by age, Pulawy, Poland, July-August 2009 (n=97)



Who Gets Measles in Europe?

Mark Muscat

Department of Epidemiology, Statens Serum Institut, Copenhagen, Denmark

Background. Measles outbreaks continue to occur in Europe as a result of suboptimum vaccination coverage. This article aims to describe individuals susceptible to measles, and provide an overview of affected groups and the public settings in which measles transmission occurred in Europe in 2005–2009.

Methods. Individuals susceptible to measles were described and categorized on the basis of factors leading to nonvaccination and vaccine failure. A literature search was conducted to identify affected groups and public settings in which measles transmission occurred.

Results. Most individuals susceptible to measles are previously uninfected and unvaccinated. The reasons for nonvaccination in individuals eligible for vaccination ranged from lack of information to poor access to health care. Several outbreaks have emerged in Roma and Sinti, Traveller, anthroposophic, and ultra-orthodox Jewish communities, and immigrants identifying them as being particularly at risk. Public settings for transmission included mostly educational and health care facilities.

Conclusions. Improved efforts are needed to strengthen immunization programs, identify barriers for measles-containing vaccine uptake, and explore methods to target vulnerable populations that are not being reached with routine immunization delivery services. Specific measures are needed to prevent and control measles in educational and health care facilities. Failure to identify who gets measles and implement the elimination strategies raises concerns for the successful and sustainable elimination of measles in Europe.

Measles Outbreak in Macedonia: Epidemiological, Clinical and Laboratory Findings and Identification of Susceptible Cohorts

Irena T. Kondova^{1*}, Zvonko Milenkovic¹, Sanja P. Marinkovic¹, Golubinka Bosevska², Gordana Kuzmanovska², Goran Kondov³, Sonja Alabakovska⁴, Claude P. Muller⁵, Judith M. Hübschen⁵

1 University Clinic of Infectious Diseases and Febrile Conditions, Clinical Centre, Medical Faculty, Skopje, R. Macedonia, **2** Institute for Public Health, Skopje, R. Macedonia, **3** University Clinic for Thoracovascular Surgery, Clinical Centre, Medical Faculty, Skopje, R. Macedonia, **4** Institute for Biochemistry, Medical Faculty, Skopje, R. Macedonia, **5** Institute of Immunology, Centre de Recherche Public de la Santé / Laboratoire National de Santé, Luxembourg, Luxembourg

Abstract

Objectives: Despite a 92-99% national vaccination coverage since 2000, the former Yugoslav Republic of Macedonia experienced a large measles outbreak between 2010 and 2011. Here we investigate the characteristics of patients hospitalized during this outbreak at the Clinic of Infectious Diseases in Skopje.

Methods: Epidemiological, clinical and laboratory data of 284 measles patients, including 251 from Skopje (43.80% of the 573 reported cases) and 33 from elsewhere in Macedonia were collected.

Results: The most affected age groups were children up to 4 years of age and adolescents/adults of 15 years and older. Most patients were unvaccinated (n=263, 92.61%) and many had non-Macedonian nationalities (n=156, 54.93%) or belonged to the Roma ethnicity (n=73, 25.70%). Bronchopneumonia and diarrhea were the most common complications. Eighty-two out of 86 tested patients (95.35%) had measles-specific IgM antibodies. The outbreak was caused by the measles variant D4-Hamburg.

Conclusions: The epidemic identified pockets of susceptibles in Skopje and indicated that additional vaccination opportunities in particular for people with non-Macedonian nationality and traveler communities are warranted to ensure efficient measles control in Macedonia. The high attack rate among children of less than 1 year suggests that vaccination before 12 months of age should be considered in high risk settings.

Citation: Kondova IT, Milenkovic Z, Marinkovic SP, Bosevska G, Kuzmanovska G, et al. (2013) Measles Outbreak in Macedonia: Epidemiological, Clinical and Laboratory Findings and Identification of Susceptible Cohorts. PLoS ONE 8(9): e74754. doi:10.1371/journal.pone.0074754

Editor: Matteo Convertino, University of Florida, United States of America

Received: May 8, 2013; **Accepted:** August 6, 2013; **Published:** September 10, 2013

Copyright: © 2013 Kondova et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits

Particularités et conditions de vie

- Accès limités aux systèmes de santé : faible couverture vaccinale
 - Migrants
 - Couverture vaccinale des enfants en Espagne : 85% migrants vs 96% non migrants

Int J Public Health 53 (2008) 180–187
1661-8556/08/040180-8
DOI 10.1007/s00038-008-8002-4
© Birkhäuser Verlag, Basel, 2008

Original Article

Association between acculturation and childhood vaccination coverage in migrant populations: a population based study from a rural region in Bavaria, Germany

Rafael T Mikolajczyk¹, Manas K Akmatov¹, Heribert Stich², Alexander Krämer¹, Mirjam Kretzschmar¹

¹ Department of Public Health Medicine, School of Public Health, University of Bielefeld

² Department of Public Health, District of Dingolfing-Landau, Dingolfing, Germany

Submitted: 21 January 2008; Revised: 07 May 2008; Accepted: 14 May 2008

among pre-school children.

Methods: We performed a study of vaccination status for measles-mumps-rubella and hepatitis B among pre-school children, during mandatory school entry examinations, in a district of Bavaria, Germany, in 2004 and 2005 (N = 2,043). Prior to the examinations, parents were asked to fill out a self-administered questionnaire assessing socio-demographic information, including variables related to migration background (response rate 73 %, N = 1,481). We used Categorical Principal Component Analysis (CATPCA) to create an acculturation index and assessed the association between the acculturation and vaccination status for both vaccines.

Results: We found no difference in vaccination status with the measles-mumps-rubella vaccine in relation to acculturation. The coverage with at least three doses of hepatitis B vaccine was similar among migrants and in the indigenous population, but the risk of incomplete (1 or 2 doses) versus full vaccination was higher (OR = 2.74, 95 %CI 1.34–5.61) and the risk of lacking vaccination lower (OR = 0.30, 95 %CI 0.12–0.77) among less acculturated migrants compared to the indigenous population.

Conclusions: For multi-dose vaccines lower acculturation was associated with incomplete vaccination, but the partial protection in this group was higher compared to indigenous population.

coverage^{1,2}, delayed or incomplete registration by medical authorities in the new country⁴ or by maintaining health behaviours and beliefs from the country of origin⁵. In Germany, lower vaccination coverage was observed among children of parents with non-German citizenship (as defined in the passport) in a study performed in 1994 in Munich⁶ or 2002 in Hannover⁷. However, citizenship may not be the best source to determine migration background, especially in the case of children. In contrast to the concept of migration background, acculturation is a process of cultural adaptation resulting from interaction with the culture of the host country; it describes the phenomenon of migration beyond the dichotomous migration status.

The understanding of acculturation sometimes includes measures of health outcomes among individuals who are more or less acculturated^{5,8}. In particular, attitudes or behaviors are sometimes the investigated health outcomes: whereby acculturation is considered achieved when the migrant and native population of the host country show no differences. In another understanding, acculturation is seen as an independent factor affecting health outcomes^{9,10}. In this paper, we are using the second interpretation.

Frequently, single variables such as country of birth, length of stay in the host country, and spoken language have been proposed as assessments of acculturation⁹. Here, we use a com-

Particularités et conditions de vie

- **Accès limités aux systèmes de santé : faible couverture vaccinale**
 - SDF
 - A Atlanta (USA) couverture vaccinale des SDF de 50 à 64 ans contre :
 - La grippe : 32%
 - Pneumocoque : 19%
- *Episodic illness, chronic disease, and health care use among homeless persons in Metropolitan Atlanta, Georgia, 2007.*
- *South Med J 2010, Jan*
 - Enfants de SDF



Mémoire original

Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale : enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques

Relationship between precariousness, social coverage, and vaccine coverage: Survey among children consulting in pediatric emergency departments in France

N. Bouhamam^a, R. Laporte^a  , A. Boutin^b, M. Uters^a, V. Bremond^b, G. Noel^a, P. Rodier^c, P. Minodier^{a,d}

Résumé

Les enfants vivant dans des conditions socioéconomiques précaires sont plus exposés aux maladies infectieuses bénéficiant d'une prévention vaccinale. L'objectif de cette étude était d'évaluer les relations entre déterminants socioéconomiques et couverture vaccinale. Les statuts vaccinaux et socioéconomiques ont été étudiés chez des enfants de 9 mois à 7 ans, consultant dans 2 services d'urgences pédiatriques à Marseille en 2009–2010. Trois cent soixante-quinze enfants ont été inclus. Les couvertures vaccinales étaient de 87 % pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), *Haemophilus influenzae* type b et coqueluche, de 69 % pour le bacille de Calmette et Guérin (BCG), de 77 % pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), de 74 % pour le pneumocoque (vaccin conjugué) et de 55 % pour l'hépatite B. Le retard de vaccination DTP était majeur chez les enfants non scolarisés (OR = 2,5), ceux dont les parents parlaient mal ou pas le français (OR = 5,7), ceux vivant en caravane ou en squat (OR = 11,5) ou ceux bénéficiant de l'aide médicale d'état ou d'aucune assurance maladie française (OR = 12,8). Les enfants de familles sans domicile fixe avaient plus de retard pour le ROR (OR = 3,4). À l'opposé, les enfants bénéficiant de la couverture maladie universelle ou suivis en consultation de protection materno infantile étaient mieux vaccinés par le BCG et contre l'hépatite B. Les enfants les plus exposés aux maladies infectieuses bénéficiant d'une prévention vaccinale sont toujours les plus mal protégés. À toute consultation, même en urgence, un retard vaccinal doit être recherché afin de proposer un rattrapage.

> **ARTICLE // Article**

**COUVERTURES VACCINALES CHEZ LES ENFANTS SANS LOGEMENT D'ÎLE-DE-FRANCE :
RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ENFAMS, 2013**

// VACCINATION COVERAGE IN HOMELESS CHILDREN OF THE PARIS AREA (FRANCE):
RESULTS OF THE ENFAMS STUDY, 2013

Jean-Paul Guthmann¹ (jp.guthmann@invs.sante.fr), Samreen Mansor-Lefebvre^{1,2}, Daniel Lévy-Bruhl¹, Carme Caum³,
Amandine Arnaud^{1,3}, Candy Jangal³, Stéphanie Vandentorren^{1,3,4}, Yann Le Strat¹

Tableau 2

Couvertures vaccinales (CV) estimées à 24 mois dans la population d'enfants sans logement d'Île-de-France, enquête Enfams, 2013

	Tous			Enfants nés en France			Enfants nés hors de France			Comparaison France/hors de France		
	n	CV estimée	IC95%	n	CV estimée	IC95%	n	CV estimée	IC95%	Rapport de prévalences	IC95%	p
BCG*	254	76,0	[69,1-81,8]	150	97,5	[92,7-99,2]	102	38,8	[29,3-49,3]	2,5	[1,9-3,3]	<0,001
DTPCoqHib 3 doses	456	75,3	[69,9-80,1]	215	99,0	[96,5-99,7]	236	47,7	[39,4-56,1]	2,1	[1,7-2,5]	<0,001
Hépatite B 3 doses	456	52,4	[46,2-58,6]	215	74,3	[66,1-81,0]	236	26,3	[20,7-32,8]	2,8	[2,2-3,6]	<0,001
Pneumocoque 3 doses	456	38,8	[33,5-44,5]	215	68,9	[58,9-77,4]	236	4,9	[2,5-9,5]	14,0	[6,7-29,4]	<0,001
Méningocoque C 1 dose	456	22,4	[17,7-27,8]	215	33,9	[26,1-42,7]	236	9,6	[6,5-13,8]	3,5	[2,2-5,7]	<0,001
RRO 1 dose	456	64,3	[56,3-71,5]	215	90,8	[82,2-95,5]	236	33,7	[25,4-43,1]	2,7	[2,1-3,5]	<0,001
RRO 2 doses	456	31,5	[26,1-37,4]	215	52,1	[43,0-61,0]	236	7,1	[3,9-12,4]	7,4	[3,9-13,9]	<0,001

* Pour le BCG, nous présentons les CV chez les enfants nés après la suspension de l'obligation vaccinale intervenue en juillet 2007.



COUVERTURES VACCINALES CHEZ LES ENFANTS SANS LOGEMENT D'ÎLE-DE-FRANCE : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ENFAMS, 2013

// VACCINATION COVERAGE IN HOMELESS CHILDREN OF THE PARIS AREA (FRANCE):
RESULTS OF THE ENFAMS STUDY, 2013

Jean-Paul Guthmann¹ (jp.guthmann@invs.sante.fr), Samreen Mansor-Lefebvre^{1,2}, Daniel Lévy-Bruhl¹, Carme Caum³,
Amandine Arnaud^{1,3}, Candy Jangal³, Stéphanie Vandentorren^{1,3,4}, Yann Le Strat¹

La vaccination insuffisante chez les enfants nés hors de France doit être interprétée avec une certaine prudence et ceci pour deux raisons. D'une part, la CV à un certain âge pourrait refléter la situation qui existait dans le pays d'origine. Cependant, dans ce cas, un rattrapage aurait dû se faire peu de temps après l'arrivée de l'enfant en France. Or, notre étude montre que cela ne se produit que très lentement et incomplètement. D'autre part, un document de vaccination du pays d'origine n'était pas toujours disponible chez ces enfants. Il est alors possible que les différences observées soient liées à un défaut d'enregistrement de vaccinations effectuées avant l'arrivée en France.

Ces données suggèrent que les enfants franciliens sans logement nés à l'étranger sont moins bien vaccinés, à âge égal, que les autres enfants. Une attention particulière devrait être portée à cette population spécifique pour veiller à lui assurer une meilleure accessibilité à la vaccination. Nos résultats posent la question de la nature des obstacles dans l'accès à la vaccination rencontrés par ces enfants (géographiques, sociaux, économiques, etc.). Les données d'Enfams

tions vaccinales 2015 [Internet]. Paris: Ministère de la santé. <http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html>

[11] Zou G. A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol*. 2004;159:702-6.

[12] Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2013 [Internet]. Paris: Médecins du Monde; 2014. 178 p. <http://www.medecinsdumonde.org/content/download/16557/192165/file/RAPPORT+de+l%27observatoire+France+2014.pdf>

[13] Benkouiten S, Badiaga S, Nappez C, Charrel R, Raoult D, Brouqui P. Immunity to measles, diphtheria and tetanus in residents of homeless shelters in Marseilles, France. *J Infect*. 2013;66(2):189-91.

[14] Richaud-Eyraud E, Brouard C, Antona D, La Ruche G, Tourdjman M, Dufourg MN, et al. Dépistage des maladies infectieuses en cours de grossesse : résultats de l'enquête Elfe en maternités, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015;(15-16):254-63. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12542

Citer cet article

Guthmann JP, Mansor-Lefebvre S, Lévy-Bruhl D, Caum C, Arnaud A, Jangal C, et al. Couvertures vaccinales chez les enfants sans logement d'Île-de-France : résultats de l'enquête Enfams, 2013. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015;(36-37):686-92. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_5.html

- La littératie en santé est reconnue être un élément déterminant de la santé publique. On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé.

[Médecine et Maladies Infectieuses Formation](#), 2022 Jun; 1(2): S2.

PMCID: PI

Published online 2022 mai 31. French. DOI : [10.1016/j.mmifmc.2022.03.029](https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.029)

Rôles respectifs de la précarité sociale, de la littératie et des caractéristiques c pour la COVID-19 chez des patients hospitalisés : une étude cas-témoin.

[L. Dahmane](#),¹ [C. Julia](#),² [D. Trawale](#),³ [N. Vignier](#),⁴ [L. Sesé](#),⁵ [O. Bouchaud](#),⁵ et [J. Goupil de Bouillé](#)⁵

▸ [Author information](#) ▸ [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

Résumé

Introduction

La pandémie liée au SARS-CoV2 a fait près de 6 millions de décès dans le monde et plus de décès en France au 16 février 2022. Si des facteurs de risques cliniques ont été identifiés c l'âge, le diabète ou encore le surpoids, le rôle des facteurs socio-économiques reste moins c surmortalité en Seine-Saint-Denis, département intégrant une population jeune mais particulièrement précaire, était de +124% contre +69% dans Paris intra-muros durant la p vague. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la relation entre précarité sociale et ma COVID-19.

Matériels et méthodes

Résultats

Les analyses ont été réalisées sur 249 patients : 69 cas et 180 témoins. La population d'étude était principalement masculine (N = 148 : 59,4%) et âgée de 65 ans et plus (N = 109 : 44,1%). Le score EPICES médian était de 43,2 (IQR 29,4 – 62,9). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes sur la proportion de sujets précaires selon le score EPICES en analyse univariée (44 cas et 138 témoins : 67,7% vs. 77,1%, p = 0,19). Comme attendu, l'âge avancé et un IMC élevé étaient des facteurs associés à l'infection à SARS-CoV2 en analyse multivariée. Un score EPICES > 30,17 n'était pas un facteur de risque d'infection (ORa = 0,46 ; IC 95% [0,21 ; 1,01]). Le fait d'être actif sur le plan professionnel (ORa = 5,53 ; IC 95% [1,84 ; 18,38]), de vivre dans un logement inférieur à 25 m² par personne (ORa = 2,77 ; IC 95% [1,35 ; 5,87]) et de présenter un faible niveau de littératie en santé (ORa = 2,61 ; IC 95% [1,22 ; 5,68]) étaient quant à eux significativement associés à la maladie.

Conclusion

Aux côtés des facteurs de risque connus d'infection à SARS-CoV2, cette étude met en évidence des probables facteurs de risque d'exposition spécifique de la population de Seine-Saint-Denis : maintien de son activité professionnelle, promiscuité dans le logement et une faible littératie en santé. Le caractère peu discriminant du score EPICES est à interpréter avec prudence dans cette étude étant donné le haut niveau de précarité observé également parmi les cas. Il est possible que ce score ne capture pas les spécificités des facteurs de précarité associés à la maladie.

Aucun lien d'intérêt

Particularités et conditions de vie

- Infections évitables par la vaccination
 - Hépatite virale A
 - ROMS : personnes à risques: enfants et adultes jeunes

Rapid communications

HEPATITIS A OUTBREAK IN A ROMA VILLAGE IN EASTERN SLOVAKIA, AUGUST-NOVEMBER 2008

L Hrivniaková (hrivniakova@uvzs.sk)¹, M Sláčiková¹, S Kolcunová²

1. Department of Epidemiology, Public Health Authority of the Slovak Republic (Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky), Bratislava, Slovakia

2. Department of Epidemiology, Regional Public Health Authority, Stará Ľubovňa, Slovak Republic

298 cas : 84% avaient moins de 10 ans

Contrôle de l'épidémie : campagne de vaccination de masse

Particularités et conditions de vie

- Infections évitables par la vaccination
 - Hépatite virale A
 - Migrants : personnes à risques :
 - Enfants nés en Europe et se rendant en pays d'endémie
 - Enfants et jeunes adultes des camps de réfugiés



Vaccine

Volume 31, Issue 14, 3 April 2013, Pages 1806–1811



Declining incidence of hepatitis A in Amsterdam (The Netherlands), 1996–2011: Second generation migrants still an important risk group for virus importation

Conclusion

Though incidence of HAV in Amsterdam has declined substantially since 1996, it is still higher in SGM children of Moroccan & other non-western ethnic backgrounds. In line with WHO recommendations of June 2012, introduction of single-dose HAV vaccination, targeted at SGM children from HAV endemic countries, could be considered within the routine childhood vaccination schedule.

Particularités et conditions de vie

- Infections évitables par la vaccination
 - Hépatite virale A
 - SDF : personnes à risques :
 - Enfants des rues
 - Usagers de drogues par voie IV
-

RESEARCH ARTICLES

Hepatitis A Seroprevalence and Risk Factors Among Homeless Adults in San Francisco: Should Homelessness Be Included in the Risk-Based Strategy for Vaccination?

Particularités et conditions de vie

- Infections évitables par la vaccination
 - Hépatite virale A
 - SDF : personnes à risques

~

Conclusions. We found overall anti-HAV prevalence elevated in this San Francisco homeless population compared with the general U.S. population. These data show that anti-HAV was associated with homelessness independent of other known risk factors, such as being foreign-born, race/ethnicity, and injection drug use. This increase indicates an excess risk of HAV infection and the potential need to offer hepatitis A vaccination as part of homeless services.

Particularités et conditions de vie

- Infections évitables par la vaccination
 - Hépatite virale B
 - Association significative avec :
 - Populations ROMS :
Seroprevalence and risk factors for hepatitis A, B, and C among Roma and non-Roma children in a deprived area of Athens, Greece.
J Med Virol 2008
 - Migrants

Hahné et al. *BMC Infectious Diseases* 2013, **13**:181
<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/13/181>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Infection with hepatitis B and C virus in Europe:
a systematic review of prevalence and
cost-effectiveness of screening

- SDF

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **Dans le monde, on estime à plus de 240 millions le nombre de personnes porteuses chroniques du virus de l'hépatite B** (taux de prévalence du VHB estimé à 58 cas pour 1000 personnes). L'OMS distingue 3 situations épidémiologiques évaluées par le taux de portage chronique de l'AgHBs :
 - une zone de faible endémie : < 2 % en Amérique du Nord, en Europe de l'Ouest et du Nord dont France hexagonale , et dans le Pacifique (Australie, Japon);
 - une zone de moyenne endémie : 2 à 8 % dans les départements français d'outre mer, en Europe de l'Est, dont républiques de l'ex Union soviétique, les pays méditerranéens, le Proche Orient, l'Amérique du Sud et l'Asie du Sud (sous continent indien);
 - une zone de forte endémie : > 8 % en Afrique subsaharienne, Asie du Sud et de l'Est. Dans cette zone, la contamination est précoce, le plus souvent à la naissance et dans les premières années de la vie, favorisant le passage à la chronicité.

Particularités et conditions de vie

- Tuberculose
 - Problème des MDR++++
 - ROMS+++ .
- Données d'OMS Europe :
- La majorité des cas de BK proviennent des pays ayant une population importante de ROMS :
 - Incidence de BK en Serbie et en Roumanie est 7 fois plus élevée chez les ROMS
 - Prévalence de BK en Bulgarie : 600 à 1800/100000 ROMS vs 36/100000 population générale
- Rôle important du médecin dans la prévention
- Acquisition et propagation de souches MDR/XDR très prévalent en Europe de l'est

Particularités et conditions de vie

- Tuberculose
 - Migrants
 - Incidence significativement plus élevée que dans la population générale
 - 50% des nvx cas de BK diagnostiqués en Europe, +++ Afrique subsaharienne, svt en situation irrégulière (J Tuberc Lung disease)
 - Réactivation d'une tuberculose latente dans les 5 ans suivant leur entrée
 - Risque important d'épidémie dans les communautés de migrants
 - Risque important de MDR/XDR chez les migrants arrivant d'Asie, d'Europe de l'EST et d'Afrique du Nord (Euro Surv 2011)

• **Un tiers de la population mondiale est infectée par le BK**, dont 95 % dans les pays en développement. L'épidémie d'infection à VIH a considérablement augmenté l'incidence de la tuberculose dans certaines grandes villes d'Afrique subsaharienne. Le taux d'incidence mondiale est en légère baisse depuis 2006, avec de grandes disparités géographiques et sociales. En 2013, 56% des 9 millions de nouveaux cas ont été enregistrés en Asie, mais l'Afrique subsaharienne compte la plus grande proportion de nouveaux cas par habitant (> 270 cas pour 100 000).

Les tuberculoses résistantes aux antibiotiques antituberculeux, et en particulier les formes MDR (*multidrug resistant*) résistantes aux médicaments les plus puissants, sont en augmentation et posent de difficiles problèmes de prise en charge en Europe de l'Est, en Asie centrale et du Sud et en Afrique subsaharienne, principalement mais non exclusivement chez les patients déjà traités pour tuberculose ou incarcérées. Elles sont également fréquentes chez les patients venant de Chine, du Pérou ou d'Afrique du Sud.

OMS, Multidrug and extensively drug resistant TB (M/XDR TB), Global report surveillance and response, 2010,
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf

Principaux faits

- La tuberculose est l'une des 10 premières causes de mortalité dans le monde.
- En 2016, 10,4 millions de personnes ont contracté cette maladie et 1,7 million en sont mortes (dont 0,4 million ayant aussi le VIH). Plus de 95% des décès dus à la tuberculose surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Sept pays totalisent 64% des cas, avec l'Inde en tête, suivie de l'Indonésie, de la Chine, des Philippines, du Nigéria, du Pakistan et de l'Afrique du Sud.
- En 2016, on estime que 1 million d'enfants ont développé la tuberculose et 250 000 en sont morts (à l'exclusion de ceux ayant le VIH).
- La tuberculose multirésistante demeure une crise de santé publique et une menace pour la sécurité sanitaire. L'OMS estime à 600 000 le nombre de nouveaux cas présentant une résistance à la rifampicine – le médicament de première intention le plus efficace – dont 490 000 sont des cas de tuberculose multirésistante.
- On estime que le diagnostic et le traitement de la tuberculose ont permis de sauver 53 millions de vies entre 2000 et 2016.
- Mettre un terme à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030 fait partie des cibles pour la santé indiquées dans les objectifs de développement durable adoptés en 2015.

Tuberculose et VIH

Les sujets infectés par la tuberculose et également par le VIH ont 20 à 30 fois plus de risque de développer une tuberculose évolutive que les autres. La tuberculose et le VIH forment une association meurtrière, chacun accélérant l'évolution de l'autre.

En 2016, environ 0,4 million de personnes sont mortes d'une tuberculose associée au VIH. Environ 40% des décès parmi les personnes vivant avec le VIH ont été dus à la tuberculose en 2016. Cette même année, on estime qu'il y a eu 1,4 million de nouveaux cas de tuberculose chez des séropositifs pour le VIH, dont 74% vivaient en Afrique.

L'OMS recommande une approche réunissant 12 composantes pour des activités intégrées contre la tuberculose et le VIH, avec des actions pour la prévention et le traitement de l'infection et de la maladie, afin de réduire la mortalité.

Tuberculose multirésistante

On utilise les médicaments antituberculeux depuis des décennies et on a mis en évidence des souches résistantes à un ou plusieurs médicaments dans chaque pays étudié. La résistance apparaît quand les médicaments antituberculeux ne sont pas utilisés comme il faut, du fait de prescriptions incorrectes de la part des professionnels de la santé, de médicaments de mauvaises qualité ou des patients qui interrompent prématurément leur traitement.

La tuberculose multirésistante (tuberculose-MR) est une forme de la maladie due à un bacille ne réagissant pas à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments antituberculeux de première intention les plus efficaces. On peut néanmoins soigner et guérir la tuberculose-MR avec des médicaments de deuxième intention. Ces options thérapeutiques sont toutefois plus limitées et nécessitent une administration de longue durée (jusqu'à deux ans de traitement) de médicaments à la fois chers et toxiques.

Dans certains cas, une résistance plus sévère peut se développer. La tuberculose ultrarésistante (tuberculose-UR) est une forme encore plus grave de tuberculose-MR due à des bacilles ne répondant pas aux médicaments de deuxième intention les plus efficaces, laissant souvent les patients sans aucune autre option thérapeutique.

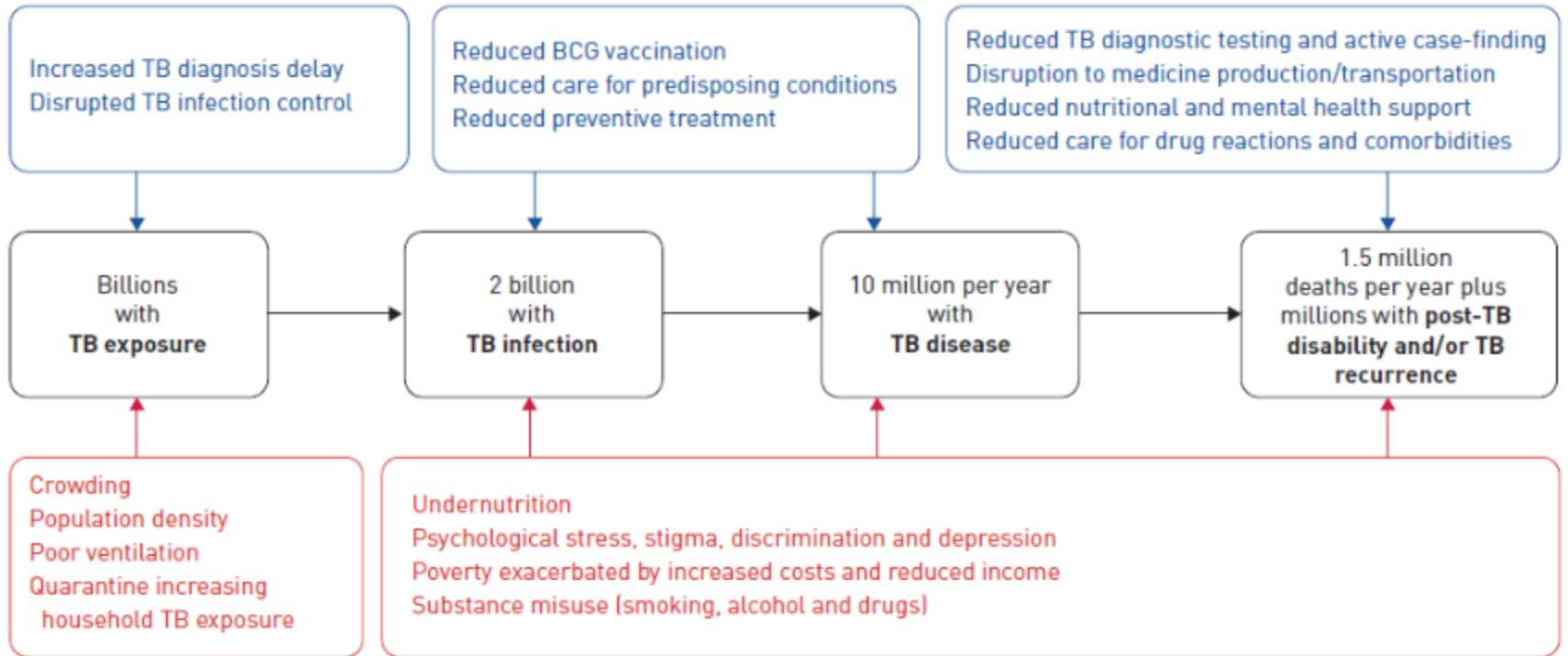
En 2016, la tuberculose multirésistante demeure une crise de santé publique et une menace pour la sécurité sanitaire. L'OMS estime à 600 000 le nombre de nouveaux cas présentant une résistance à la rifampicine – le médicament de première intention le plus efficace – dont 490 000 sont des cas de tuberculose multirésistante. Le fardeau de la tuberculose-MR pèse en grande partie sur 3 pays, la Chine, la Fédération de Russie et l'Inde, représentant ensemble près de la moitié des cas dans le monde. En 2016, près de 6,2% des cas de tuberculose-MR avaient en fait une tuberculose-UR.

Actuellement dans le monde, seulement 54% des cas de tuberculose-MR et 34% des cas de tuberculose-UR sont traités avec succès. En 2016, l'OMS a approuvé l'utilisation d'un protocole thérapeutique bref et standardisé pour les cas de tuberculose-MR qui n'ont pas des souches résistantes aux médicaments de deuxième intention. Ce schéma thérapeutique, d'une durée de 9 à 12 mois, est bien moins coûteux que le traitement classique, qui peut prendre jusqu'à 2 ans. On ne peut cependant pas l'administrer aux patients ayant une tuberculose-UR ou résistante aux antituberculeux de seconde intention; il faut alors leur prescrire un protocole thérapeutique long auquel on peut ajouter l'un des nouveaux médicaments (bédaquiline et délamanide).

Particularités et conditions de vie

- Infections évitables par la vaccination
 - Tuberculose
 - SDF
 - Prévalence : 1 à 7%
 - Incidence 240 à 600/100 000 SDF vs 30 à 45/100 000 dans la population générale
 - Caractéristiques épidémiologiques :
 - Prédominance des infections primaires
 - Cas groupés
 - Transmission récente de personnes à personnes
 - Focalisée dans les centres d'hébergement
 - Le statut de SDF augmente le risque de résistance
 - Statut de SDF associé à un mauvais pronostic
 - Facteurs de risque :
 - Hommes jeunes, OH chronique, dénutris, HIV+
 - Séjours prolongés dans foyers d'hébergements
 - Absence de dépistage systématique dans les foyers (Tuberculosis 2012)

COVID-19 disrupting biomedical care for TB-affected households



COVID-19 increasing poverty-related TB risk factors

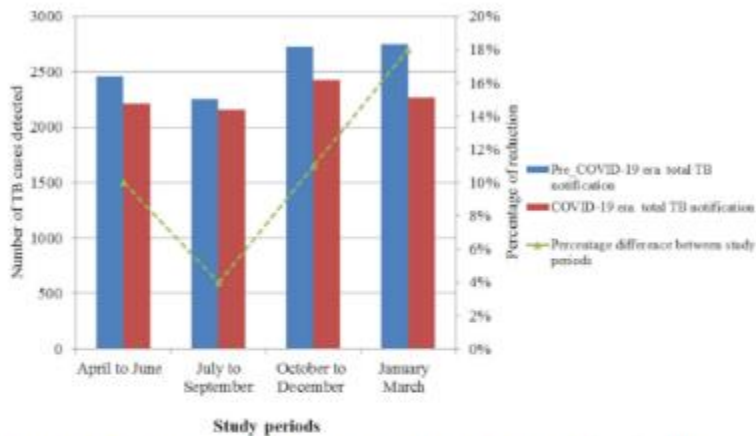


Figure 1 Number of patients with tuberculosis (TB) who were notified pre-COVID-19 and during the COVID-19 era in health facilities in Addis Ababa between April 2019 and March 2021.

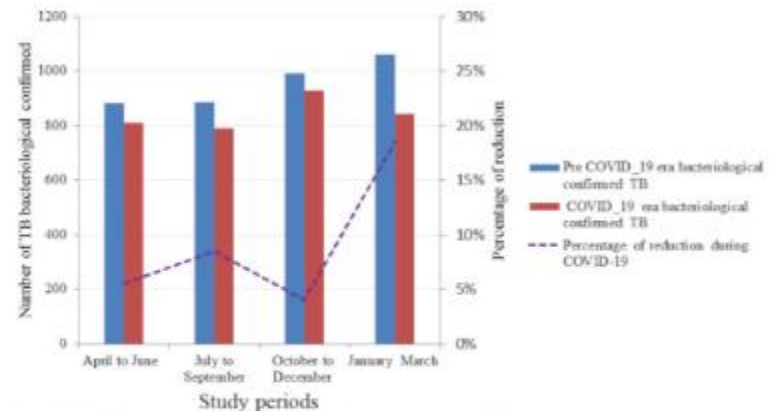


Figure 2 Bacteriologically confirmed tuberculosis (TB) cases pre-COVID-19 and during the COVID-19 era in health facilities in Addis Ababa between April 2019 and March 2021.

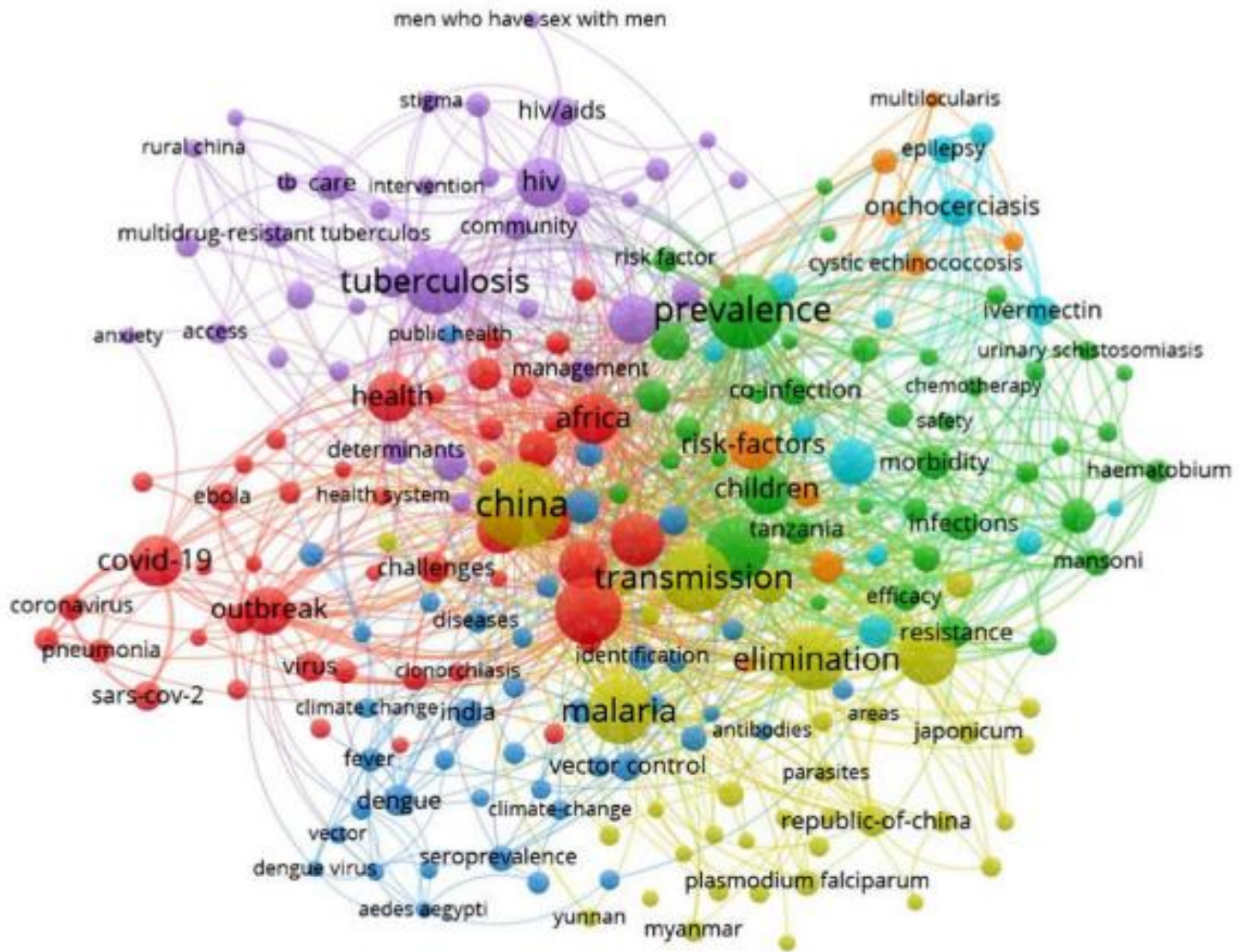


Fig. 2 The cloud map of the areas and disease spectrum covered by articles published in *Infectious Diseases of Poverty* since its inauguration in 2012.



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*



Article

Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants: Experiences and Practices in Non-EU Countries of the Mediterranean Basin and Black Sea

Christian Napoli ^{1,*}, Maria Grazia Dente ¹, Tommi Kärki ^{1,2}, Flavia Riccardo ¹, Pasqualino Rossi ³, Silvia Declich ¹ and the Network for the Control of Cross-Border Health Threats in the Mediterranean Basin and Black Sea ⁴

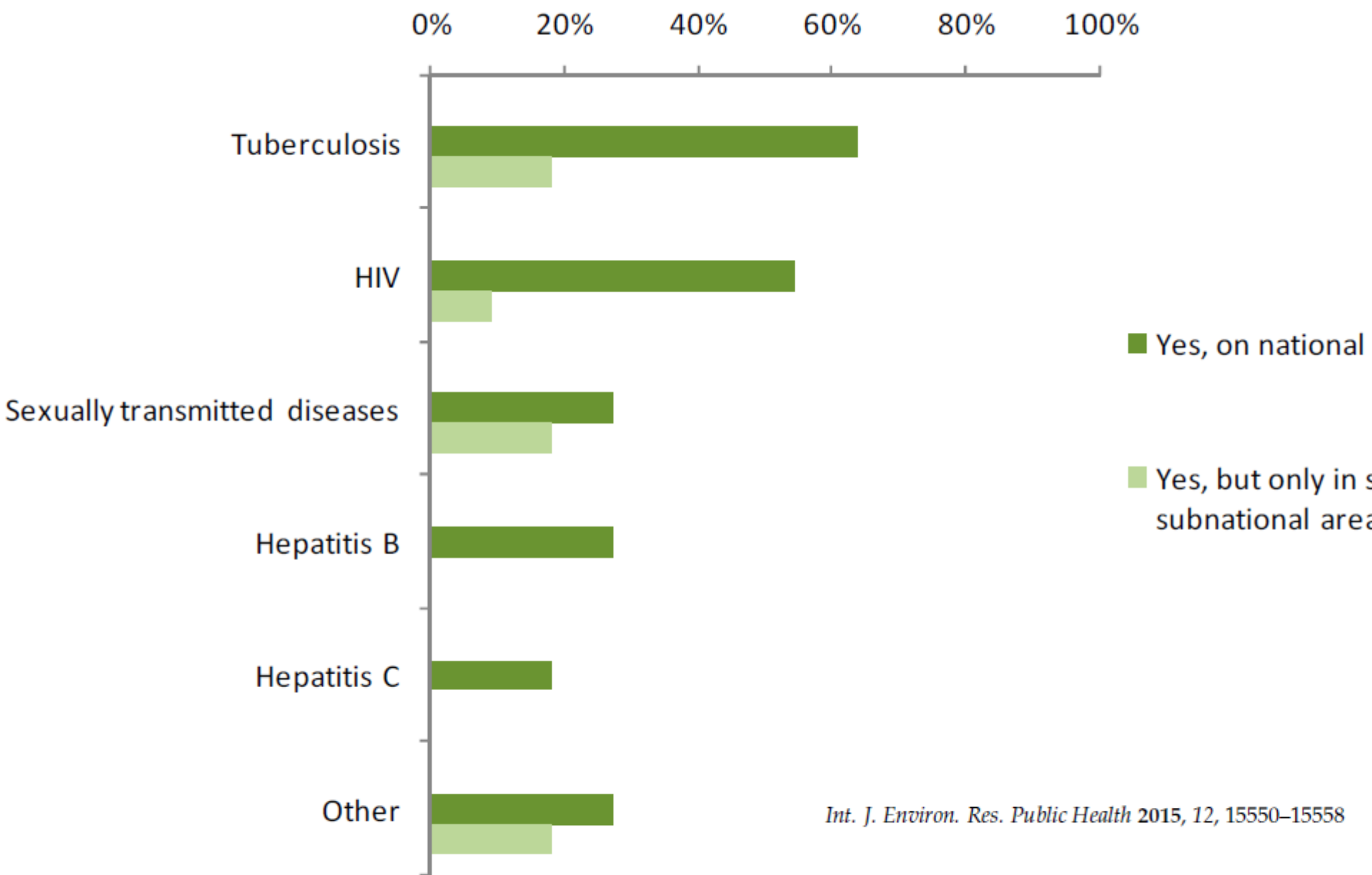


Figure 1. Infectious diseases screened for (number of responding countries, $n = 11$)

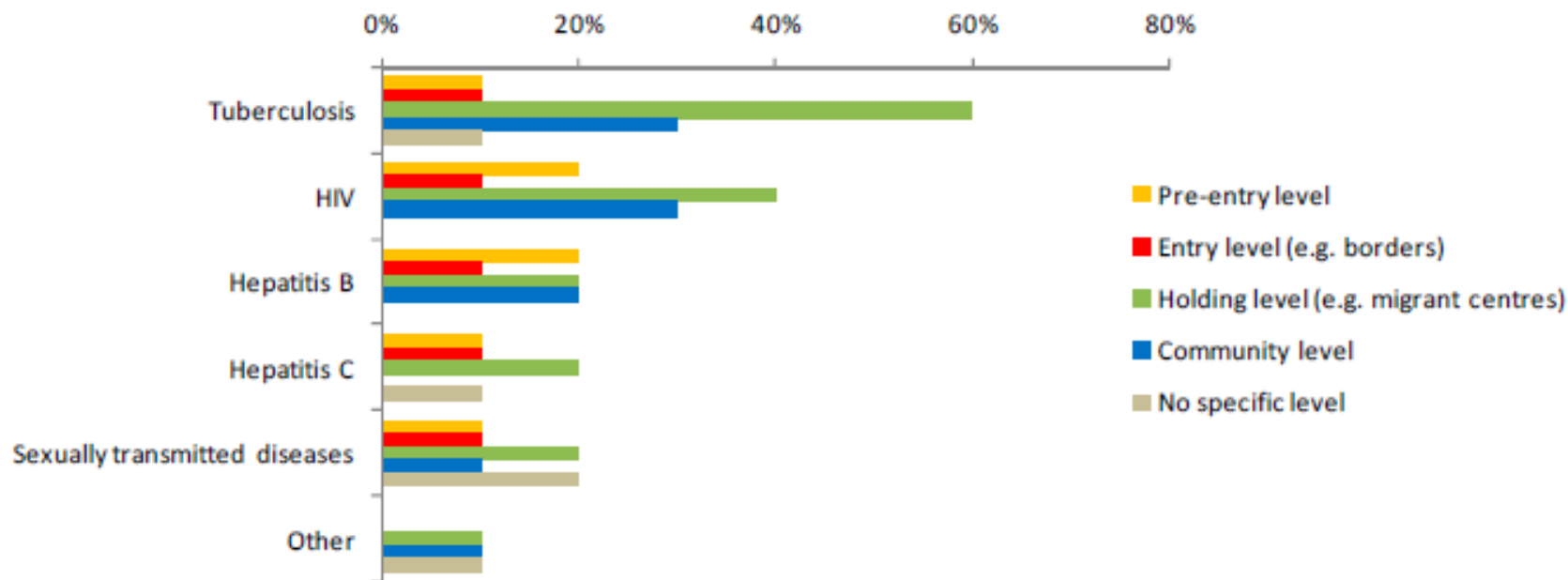


Figure 2. Level of screening among newly arrived migrants by disease ($n = 10$).



<http://www.elsevier.com/locate/jiph>

Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek–Turkish borders



Assimoula Eonomopoulou^{a,*}, Androula Pavli^b,
Panagiota Stasinopoulou^a, Lambros A. Giannopoulos^a,
Sotirios Tsiodras^c

Summary In March 2011, a migrant health project became operational that aimed to provide medical and psychosocial support to migrants at the Greek–Turkish border. The aim of this study is to describe common syndromes, the communicable disease profile and vaccination patterns in newly arrived migrants through a surveillance system that was based on medical records data as well as screening procedures.

Data were collected prospectively using one standardized form per patient including demographic information, civil status, and medical and vaccination history. A tuberculin screening test (TST) and serological testing for HIV, hepatitis B and hepatitis C were performed after obtaining informed consent.

A total of 6899 migrants were screened, the majority of whom were male (91%) and 18–31 years old (85%), with a mean age of 25.3 years. Of all patients, 2.5% received secondary care. Common complaints and diagnoses included respiratory infections (23%) and myalgia (18%). The tuberculin screening test (TST) was positive in 7.8% out of 1132 patients tested. Out of 632 migrants, 0.3%, 3.2% and 0.8% tested positive for HIV, hepatitis B and hepatitis C, respectively. Overall, 22.3% of adults were vaccinated against poliomyelitis.

Maladie	de prévalence global pour 1000	Taux global femmes	Taux global hommes	Régions de plus forte prévalence
Psychotraumatismes	153	237	121	Europe de l'Est, Afrique centrale et Afrique de l'Ouest
Maladies cardio-vasculaires	65	110	48	Afrique centrale, Caraïbes et Afrique du Nord
Diabète	46	52	44	Afrique du Nord, Caraïbes et Asie du Sud
Infection chronique à VHC	19	25	17	Asie centrale, Europe de l'Est et Afrique centrale
Asthme persistant	17	14	18	Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, et Caraïbes
Infection à VIH-sida	12	27	6	Afrique centrale, Afrique de l'Ouest et Caraïbes
Cancers	5	11	3	Afrique du Nord, Caraïbes et Europe de l'Est
Tuberculose	5	5	5	Afrique centrale et Caraïbes

Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study

Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Nathalie Lydié, France Lert, Annabel Desgrées du Loû, on behalf of the Parcours study group



PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS PRÉCAIRES FRÉQUENTANT LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ, ATTEINTES D'HÉPATITES ET AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE PROPOSITION SYSTÉMATIQUE DE DÉPISTAGE : ÉTUDE PRÉCAVIR 2007-2015

// MANAGEMENT OF PRECARIOUS POPULATIONS AFTER SYSTEMATIC TESTING OF HEPATITIS B AND C IN PRIMARY HEALTHCARE SETTINGS IN FRANCE: THE PRECAVIR STUDY 2007-2015

Françoise Roudot-Thoraval¹ (francoise.roudot-thoraval@aphp.fr), Isabelle Rosa-Hézode², Isabelle Delacroix-Szmania³, Laurent Costes², Hervé Hagège², Bernard Elghozi⁴, Charlotte Labourdette⁴ et Michel Chousterman^{4,5} pour le groupe Précavir

¹ Service de santé publique, Groupe hospitalier Henri Mondor, Créteil, France

² Service d'hépatologie et gastroentérologie, Centre hospitalier intercommunal, Créteil, France

³ Service de médecine interne, Centre hospitalier intercommunal, Créteil, France

⁴ Réseau de santé de Créteil Solidarité, Centre hospitalier intercommunal, Créteil, France

⁵ Unité PASS et réseaux, Centre hospitalier intercommunal, Créteil, France

Soumis le 19.01.2017 // Date of submission: 01.19.2017

Refusal to provide health care to sub-Saharan African migrants in France

In France, the public health insurance system has a principle of universality.¹ However, refusal to provide care by health-care professionals has recently emerged as an issue.² People living with HIV and vulnerable populations have an increased risk of being denied care.^{3,4}

migrants (28 [40%] of 59 participants in the reference group and 36 [32%] of 119 participants in the HIV group), HIV status (33 [29%] in the HIV group), and being uninsured (16 [26%] in the reference group and 34 [25%] in the HIV group).

In France, two schemes—the Universal Health Insurance Coverage and the State Medical Assistance (created in 1999)—are available for vulnerable populations and for undocumented migrants who were previously excluded from the

Pathologies « tropicales »

- Chez les migrants récemment arrivés en France : recherche parasitose
- Helminthiases intestinales : souvent asymptomatiques mais peuvent expliquer des douleurs abdominales chroniques
- Ankylostomes : anémies
- Anguillulose : longue persistance
- Schistosomioses (bilharzioses) : formes digestives et urinaires. Attention facteur de risque de cancer urogénital
- Aemobiose : souvent asymptomatiques
- Giardiose : y penser devant un syndrome de malabsorption
- Autres :
 - Loase : ATCD, Afrique centrale forestière (Cameroun)
 - Maladie de Chagas : Amérique du sud
 - Hydatidose : Afrique du nord (+++ lésions kystiques hépatiques)

PRÉVALENCES DE LA GALE ET DE LA PÉDICULOSE CORPORELLE CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE EN ÎLE-DE-FRANCE EN 2011 (ENQUÊTE HYTPEAC)*

// PREVALENCES OF SCABIES AND PEDICULOSIS CORPORIS AMONG HOMELESS IN THE GREATER PARIS AREA (FRANCE) IN 2011: HYTPEAC STUDY

Amandine Arnaud^{1,2} (a.arnaud@samusocial-75.fr), Olivier Chosidow^{3,4,5}, Marc-Antoine Détrez¹, Dounia Bitar², Florence Huber¹, Françoise Foulet³, Yann Le Strat², Stéphanie Vandentorren^{1,2}

¹ *Observatoire du Samusocial de Paris, France*

² *Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France*

³ *Département de dermatologie, Hôpital Henri Mondor, AP-HP, Créteil, France*

⁴ *Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC), Créteil, France*

⁵ *Inserm CIC 1430 et EA EpiDermE (Epidémiologie en dermatologie et évaluation des thérapeutiques), Créteil, France*

* *Adapté de : Arnaud A, Chosidow O, Détrez MA, Bitar D, Huber F, Foulet F, et al. Prevalences of scabies and pediculosis corporis among homeless in the Paris region: results from 2 random cross-sectional surveys (HYTPEAC study). Br J Dermatol. 2015 (In press). Advance online publication : DOI 10.1111/bjd.14226*

Version finale acceptée le 29.09.2015 // Final accepted version: 09.29.2015

Caractéristiques des personnes sans domicile dormant en centres d'hébergement familiaux et des personnes dormant dans l'espace public parisien, enquête HYTPEAC, 2011

	Centres		Espace public		P
	n	% [IC95%]	n	% [IC95%]	
Sexe					<10 ⁻³
Homme	398	64,8 [54,2-75,5]	316	94,4 [91,2-97,6]	
Femme	269	35,2 [24,5-45,8]	25	5,6 [2,4-8,8]	
Total	667	100	341	100	
Catégorie d'âge					0,61
18-29 ans	113	17,9 [12,6-23,2]	42	12,9 [7,6-18,3]	
30-39 ans	148	22,7 [15,8-29,7]	74	21,6 [15,7-27,4]	
40-49 ans	171	26,7 [21,6-31,7]	116	30,0 [22,8-37,2]	
≥50 ans	235	32,7 [27,8-37,9]	109	35,5 [27,8-43,2]	
Total	667	100	341	100	
Lieu de naissance					<10 ⁻³
France/DOM-TOM	266	38,9 [33,0-44,8]	212	55,0 [44,8-65,2]	
Europe de l'Est	26	3,9 [1,0-6,8]	48	18,7 [10,6-26,7]	
Afrique du Nord	130	18,1 [14,1-22,1]	35	15,0 [8,3-21,7]	
Afrique subsaharienne	201	32,0 [25,2-38,9]	18	5,4 [2,3-8,5]	
Autres	44	7,1 [4,6-9,5]	28	5,9 [3,0-8,9]	
Total	667	100	341	100	
Niveau d'études					0,02
Primaire ou absent	82	8,8 [5,3-12,3]	42	8,3 [4,6-12,0]	
Collège	288	43,3 [36,3-50,4]	182	56,6 [48,5-64,6]	
Lycée	141	23,0 [16,1-30,0]	74	23,3 [16,0-30,6]	
Enseignement supérieur	153	24,8 [18,6-31,0]	39	11,8 [6,5-17,2]	
Total	664	100	337	100	
Couverture médicale					<10 ⁻³
Non	64	7,1 [3,8-10,3]	114	35,5 [28,0-43,0]	
Oui	598	92,9 [89,7-96,1]	220	64,5 [57,0-72,0]	
Total	662	100	334	100	

Centres

Espaces publics

					<10 ⁻³
Couverture médicale					
Non	64	7,1 [3,8-10,3]	114	35,5 [28,0-43,0]	
Oui	598	92,9 [89,7-96,1]	220	64,5 [57,0-72,0]	
Total	662	100	334	100	
Travail					0,02
Non	488	75,6 [69,1-82,0]	307	89,4 [82,7-96,2]	
Oui	179	24,4 [18,0-31,0]	31	10,6 [3,8-17,3]	
Total	667	100	338	100	
Ressources fixes					<10 ⁻²
Non	210	30,0 [24,0-36,0]	169	47,1 [38,4-55,8]	
Oui	457	70,0 [64,0-76,0]	170	52,9 [44,2-61,6]	
Total	667	100	339	100	
Mendicité					<10 ⁻³
Non	624	96,6 [94,8-98,4]	137	45,6 [33,9-57,3]	
Oui	29	3,4 [1,6-5,2]	191	54,4 [42,7-66,1]	
Total	653	100	328	100	

	Centres		Espace public		<i>p</i>
	n	% [IC95%]	n	% [IC95%]	
Durée depuis le premier épisode sans domicile					<10 ⁻³
<1 an	91	13,5 [8,8-18,1]	37	14,4 [5,7-23,0]	
[1-2 ans]	165	27,6 [20,8-34,5]	48	15,6 [9,5-21,8]	
[3-9 ans]	243	36,2 [30,1-42,4]	88	27,4 [19,1-35,5]	
≥10 ans	155	22,7 [17,6-27,8]	159	42,6 [34,5-50,7]	
Total	654	100	332	100	
Durée de l'épisode sans domicile en cours					<10 ⁻³
<1 an	98	14,1 [9,6-18,6]	69	24,2 [14,5-33,9]	
[1-2 ans]	167	29,3 [22,2-36,5]	70	22,2 [14,9-29,6]	
[3-9 ans]	225	42,4 [35,6-49,2]	82	26,8 [19,5-34,1]	
≥10 ans	105	14,2 [10,2-18,2]	91	26,8 [19,1-34,5]	
Total	595	100	312	100	
Principal lieu de repos					<10 ⁻³
LNPPH*	30	3,5 [1,8-5,3]	243	85,5 [79,7-91,4]	
Squat	4	1,2 [0,3-4,6]	13	4,0 [1,4-6,6]	
Famille/Connaissances	28	6,2 [2,2-10,2]	10	3,3 [0,5-6,1]	
Centre d'hébergement	505	80,6 [74,8-86,4]	7	1,1 [0,4-3,1]	
Hôtel à leurs frais/Logement personnel	36	6,1 [3,2-9,1]	13	3,4 [0,2-6,6]	
Prison/Hôpital/Autres**	17	2,3 [1,0-3,7]	9	2,7 [0,2-5,2]	
Total	620	100	295	100	
Squat cité dans les 3 hébergements principaux					0,06
Non	639	94,8 [91,2-98,4]	302	87,1 [78,9-95,3]	
Oui	28	5,2 [1,6-8,8]	39	12,9 [4,7-21,1]	
Total	667	100	341	100	

	Centres		Espace public		<i>p</i>
	n	% [IC95%]	n	% [IC95%]	
Fréquence des douches					<10 ⁻³
>1/semaine	649	97,7 [96,2-99,2]	237	62,8 [51,5-74,1]	
1/semaine	11	1,5 [0,3-2,9]	47	21,0 [12,5-29,5]	
<1/semaine	6	0,7 [0,05-1,4]	54	16,2 [9,2-23,1]	
Total	666	100	338	100	
Fréquentation des bains-douches parisiens					<10 ⁻³
Non	548	87,2 [80,5-93,9]	108	32,0 [23,5-40,5]	
Oui	90	12,8 [6,1-19,5]	218	68,0 [59,5-76,5]	
Total	638	100	326	100	
Fréquence de changement de vêtement haut					<10 ⁻³
>4 fois/mois	552	89,1 [82,3-95,9]	142	48,9 [40,1-57,8]	
]1-4 fois/mois]	55	9,8 [3,2-16,4]	87	37,4 [27,6-47,2]	
≤1 fois/mois	8	1,1 [0,2-1,9]	42	13,7 [8,7-18,6]	
Total	615	100	271	100	
Fréquence de changement de vêtement bas					<10 ⁻³
>4 fois/mois	594	95,2 [93,1-97,5]	174	55,9 [45,6-66,2]	
]1-4 fois/mois]	33	4,2 [2,3-6,1]	71	31,2 [20,1-42,2]	
≤1 fois/mois	6	0,6 [0,02-1,1]	39	12,9 [7,9-17,9]	
Total	633	100	284	100	
Faire des lessives en machine					<10 ⁻³
Non	64	7,4 [3,8-11,1]	101	31,1 [23,7-38,5]	
Oui	602	92,6 [88,9-96,2]	238	68,9 [61,5-76,3]	
Total	666	100	339	100	

Les parasitoses cutanées sont un problème fréquent chez les personnes sans domicile. Afin d'estimer la prévalence de la gale et de la pédiculose corporelle chez ces dernières, deux enquêtes transversales reposant sur des échantillons aléatoires ont été menées, l'une dans l'espace public parisien et l'autre dans différents types de centres d'hébergement franciliens.

Une infirmière administrait un questionnaire détaillé sur les caractéristiques sociodémographiques, les conditions de vie, les pratiques d'hygiène, le recours aux soins, puis pratiquait un examen dermatologique. Elle prenait des photos de lésions suspectes pour soumission ultérieure à un dermatologue et inspectait les vêtements à la recherche de poux de corps.

La prévalence de la pédiculose corporelle a été estimée à 5,4% chez les personnes dormant dans l'espace public (IC95%:[1,7-9,1]) et celle de la gale à 6,5% (IC95%:[0,5-12,5]), tandis que chez les personnes dormant dans les centres elles étaient respectivement de 0,15% (IC95%:[0,0-9,7]) et 0,4% (IC95%:[0,1-1,8]), ($p < 10^{-2}$ dans les deux cas). Dans l'espace public, après analyse multivariée, être une femme, citer le squat parmi les trois modes d'hébergement principaux et ne pas posséder de duvet sont significativement associés au diagnostic de gale. De même, toujours dans l'espace public, la mendicité, les antécédents de morpions et le fait de ne pas se doucher dans les bains-douches publics sont associés au fait d'avoir une pédiculose corporelle.

La mise en évidence de deux sous-populations aux caractéristiques sociodémographiques différentes, aux modes de vie et pratiques d'hygiène spécifiques et aux prévalences d'ectoparasitoses différentes devrait permettre des actions de prévention et de sensibilisation ciblées.

Dermatological infections constitute the most common health problem in the homeless population. In order to

Les Aides pour l'accès aux droits et aux soins

- **Les aides pour l'accès aux droits et aux soins**
 - La PUMA (Protection Universelle Maladie)
 - La CMU Complémentaire
 - L'ACS (Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé)
 - L'Aide Médicale de l'Etat (AME)
 - Les aides pour le reste à charge
 - Les soins sans frais

LA PUMA



Protection Universelle Maladie

Séjour régulier / PUMA

LA PUMA : Protection Universelle Maladie (PUMA)

Elle remplace la CMU de base depuis le 01/01/2016

=> une assurance maladie pour toute personne non couverte

Disparition du statut d'ayant-droit pour les majeurs

Pas de rupture de droit /

Séjour régulier / La PUMA

- Les Conditions
 - Avoir 18 ans
 - Avoir trois mois de résidence stable et régulière sur le territoire ou justifier d'une activité professionnelle ($\geq 1h$) ou être éligible aux prestations familiales
 - Les personnes mineures qui demandent l'asile ou sont à la charge de demandeurs d'asile n'ont pas à justifier des trois mois de présence

Cas particulier :

Ressortissants Français revenant résider en France

- Demandeur actif
 - Affiliation PUMA immédiate sur critère professionnel
- Demandeur inactif
 - Affiliation sur critère de résidence (3 mois de présence ininterrompue)
 - Exonération du délai des 3 mois de présence
 - Si la personne n'a pas de couverture sociale et sous réserve d'attester sur l'honneur de l'intention de résider en France au moins 3 mois après examen de sa situation
 - Ou en cas d'adhésion à la CFE

LA CSS (CS)

Complémentaire santé solidaire

ARTICULATION CONTRÔLE DE REGULARITE/ATTRIBUTION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

Principes :

- Pour obtenir la Complémentaire santé solidaire, la personne doit avoir des droits ouverts à la prise en charge de ses frais de santé.
- Pour les personnes de nationalité étrangère hors UE, EEE, Confédération suisse, la prise en charge des frais de santé est maintenue pendant les 6 mois suivant l'expiration du titre de séjour. Pendant cette période :
 - les droits C2S existants sont maintenus et sont interrompus en même temps que la prise en charge des frais de santé le cas échéant
 - une demande de C2S peut être déposée et attribuée ; elle sera éventuellement interrompue avant son terme si les droits à la prise en charge des frais de santé sont fermés.
- Contrôle de régularité :
 - L'actualisation des titres de séjour est organisée grâce à des échanges de données périodiques
 - Pour les dossiers non mis à jour automatiquement, deux mois avant la fin de la période de 6 mois, la personne reçoit un courrier demandant la fourniture d'un titre de séjour valide. A défaut de titre valide, un courrier de fermeture des droits est envoyé à l'issue des 6 mois, avec effet 45 jours plus tard.

L'AIDE MÉDICALE ETAT

Séjour Irrégulier et Européen Inactif

L'Aide Médicale Etat (AME)

- Il s'agit d'une Aide Sociale
- Prend en charge les dépenses de santé en ville et dans les établissements de santé (Public ou Privé) (sauf : prothèses)
- Correspond à un 100%
- La date d'ouverture des droits est la date de réception du dossier par la CPAM
- Rétroactivité possible selon l'hospitalisation

L'Aide Médicale Etat

- Les conditions
 - Pour toutes personnes ne remplissant pas les conditions de régularité de séjour ou pour tout ressortissant de l'Union Européenne considéré comme inactif
 - Résidant en France depuis plus de trois mois
Attention : il n'existe pas de délais de présence pour les mineurs
 - Plafond de ressource à ne pas dépasser (721 euros/ mois au 01/04/2016)

L'AME-SU

Aide Médicale
Etat – Soins
Urgents

AME Soins-Urgents

- Dispositif sollicité par les établissements de santé uniquement
- Pour les personnes sans couverture sociale, en situation irrégulière ou européen inactif
- Assure la prise en charge des « soins urgents » (consultations / hospitalisation)
- Les personnes sous visa touristique ne peuvent pas bénéficier d'une couverture maladie

La situation des Européens

- Carte européenne d'assurance maladie :
- Elle existe depuis le 1er juin 2004
- Elle est utilisée en cas de séjour temporaire sur le territoire d'un État autre que l'État compétent, quelle que soit la nature du séjour (professionnel ou non professionnel) ou la qualité du titulaire de la carte (travailleur, pensionné, chômeur, la personne assurée auprès d'un régime de sécurité sociale visé dans le champ d'application du règlements et leurs membres de famille).
- Chaque membre de la famille doit avoir sa propre carte. La CEAM n'est pas valable [si le but du séjour est d'aller se faire soigner](#)

La situation des Européens

- **Venir en France pour résider**

Le droit au séjour des citoyens européens au delà de trois mois est soumis à des conditions

En effet, le traité instituant l'Union européenne établit une distinction :

- Entre les personnes en mesure de pourvoir à leur subsistance (travailleurs salariés ou indépendants)
- et les inactifs qui doivent disposer de moyens financiers suffisants pour ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale et d'une assurance maladie complète.

Si les inactifs sont dispensés d'un titre de séjour, ils n'ont pas pour autant un droit de résider automatique en application de la Directive communautaire n°2004/38/CE du 29 avril 2004.

La situation des Européens

- **Venir en France pour résider**
- **Les personnes entrées en France pour chercher un emploi doivent disposer de leur propre couverture maladie durant le séjour** et ne peuvent se voir accorder le bénéfice de la PUMA (L. 380-3, 6e code de la sécurité sociale).
- Si vous bénéficiez d'un maintien de droit à l'assurance maladie d'un Etat membre de l'UE, de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège ou de la Suisse lié à votre précédente activité professionnelle et que vous souhaitez résider en France, vous devez demander **le document portable S1 (équivalent du formulaire E 106)** « Inscription en vue de bénéficier de la couverture d'assurance maladie » à votre caisse d'affiliation et le remettre à la caisse primaire d'assurance maladie française