



GRUPE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET RECHERCHE EN INFECTIOLOGIE CLINIQUE CENTRE OUEST

06 Maris 2025, Pornichet

Quel accueil sanitaire pour les personnes migrantes?

Pr. Nicolas VIGNIER

Groupe MiPop de la SPILF et de la SFLS

Hôpital Avicenne & Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny



Un arrêt sur les mots et proposition sémantique

- « Prise en charge du migrant primo-arrivant : bilan du migrant, vaccinations »
- Prise en charge => prise en soins
- Bilan de santé / dépistage / « Rendez vous santé » ?
- Migrant => personne migrante ou issue de l'immigration
- Primo-arrivant: oui mais à définir (<1, 2, 5, 10 ans?)

Population immigrée en France en 2023

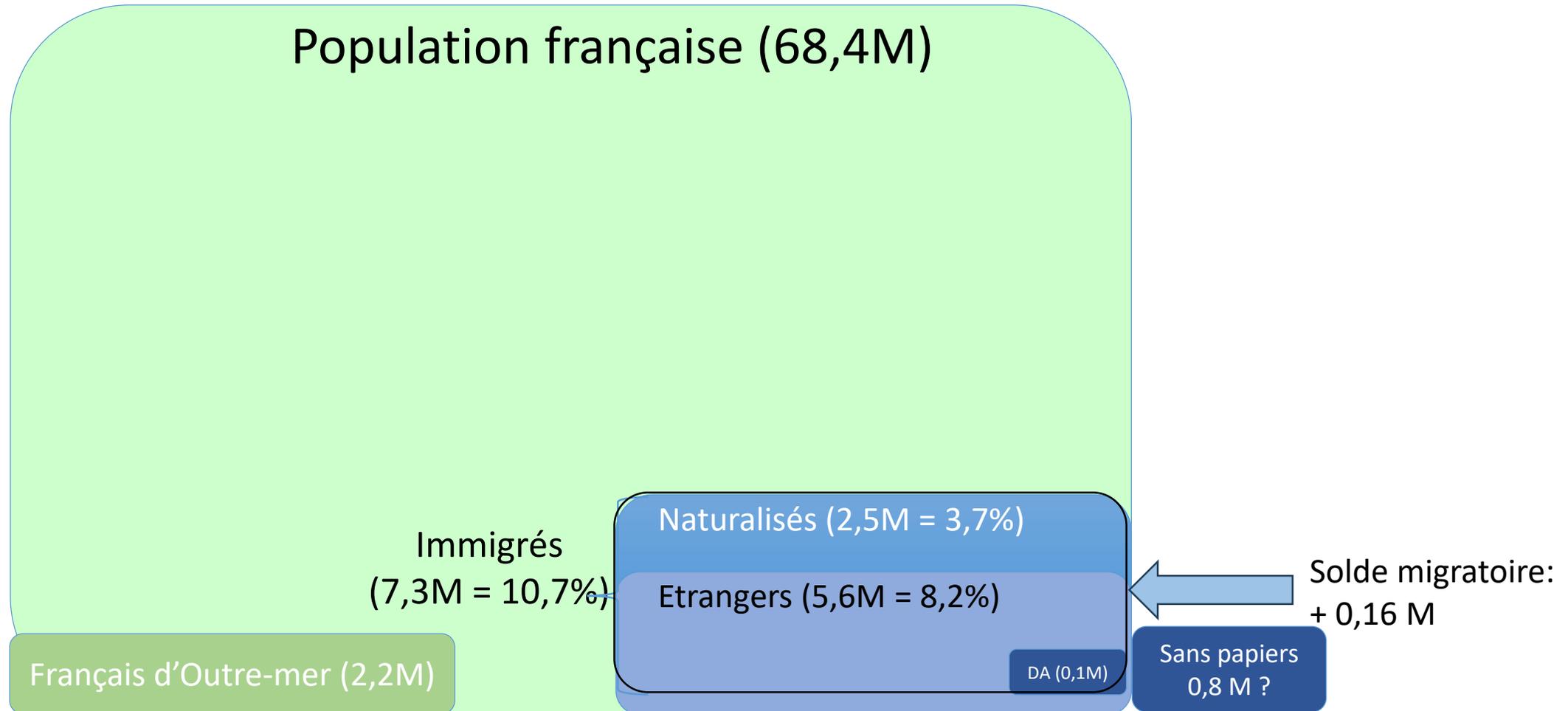


Tableau 1. La terminologie inclusive en bref

Éviter	Préférer
Étrangère, migrante économique, travailleuse étrangère	Travailleuse migrante
Aide, bonne, servante, domestique	Travailleuse domestique
Pays d'accueil, pays destinataire	Pays de destination, État de destination
Migrante illégale	Migrante en situation irrégulière, migrante dépourvue de documents
Importation/exportation de main-d'œuvre	Migration de main-d'œuvre
Protection des femmes	Protection des droits des femmes
Pays de départ, pays d'appartenance	Pays d'origine, État d'origine
Esclave	Personne en situation de travail forcé
Travail non qualifié	Profession élémentaire
Victime	Rescapée

Source : Adapté de OIT, 2020.

Il n'existe pas de santé des migrants mais des spécificités d'état de santé parmi certaines populations migrantes

- **Violences subies**
 - Psychologiques, physiques, sexuelles
 - MGF
- **Santé mentale**
 - Psychotraumatisme
 - Syndrome anxio-dépressif (Chaud 2017)
- **Maladies chroniques** (Diabète, HTA, AVC, MCV, BPCO, ins. rénale)
 - Transition sanitaire
 - Incidence > pop gé
 - Fréquence du surpoids et de l'obésité
- **Cancers**
 - Lié aux infections (foie, col, estomac)
 - Moins colon, sein, prostate
- **Maladies infectieuses**
 - 1/3 VIH, ¾ VHB, TBx8, bilharzioses, palu d'importation
 - Diagnostic plus tardifs, acquisition avant et après migration
- **Dermatoses**
 - Camps + (Guisao 2017)
- **Insécurité alimentaire / Obésité - sédentarité**
- **Santé maternelle et périnatalité**
 - + de FCS, prématurité, hypotrophie, césarienne (ASS++) (Saurel-Cubizolles, 2012)
 - Mortalité maternelle
 - 2,5 fois plus élevée pour les femmes migrantes
 - 3,5 fois pour les femmes d'ASS
 - rôle de la barrière linguistique?
 - Incidence plus élevée du psychotraumatisme
- **Maladies génétiques**
 - Drépanocytose
- **Santé au travail**
- **Vieillesse accélérée** et dépendance (dès 75 ans vs 82 ans)
- **Mortalité** augmentée par maladies infectieuses et diabète

Risque accru de maladies infectieuses

- 1/3 des **PVVIH**, près de ½ découvertes, dont 1/3 à ½ acquises en Fr
- 3/4 des **PVVHB** pris en charge
- 1/4 des **PVVHC**: 1,5% des étrangers
- 77% des **paludismes** d'importation
- **TB**: incidence x 8
- **Schistosomoses** fréquentes
- **Parasitoses digestives** fréquentes
- Autres (Syphilis, Maladie de Chagas, Filariose, BMR, diphtérie cutanée, dermatophytose émergente, etc...)
- Formes plus graves car diagnostic tardif

Diphthérie et migration en Europe en 2022

- *C. diphtheriae* tox+
- UE, Jan-Nov 2022
- N=314

Figure 2: Core genome phylogeny of isolates. Maximum likelihood phylogeny constructed from the core genome (Panaroo): SL and GC as defined in the methods are shown. The figure was created using iTOL v6.7.3 (9).

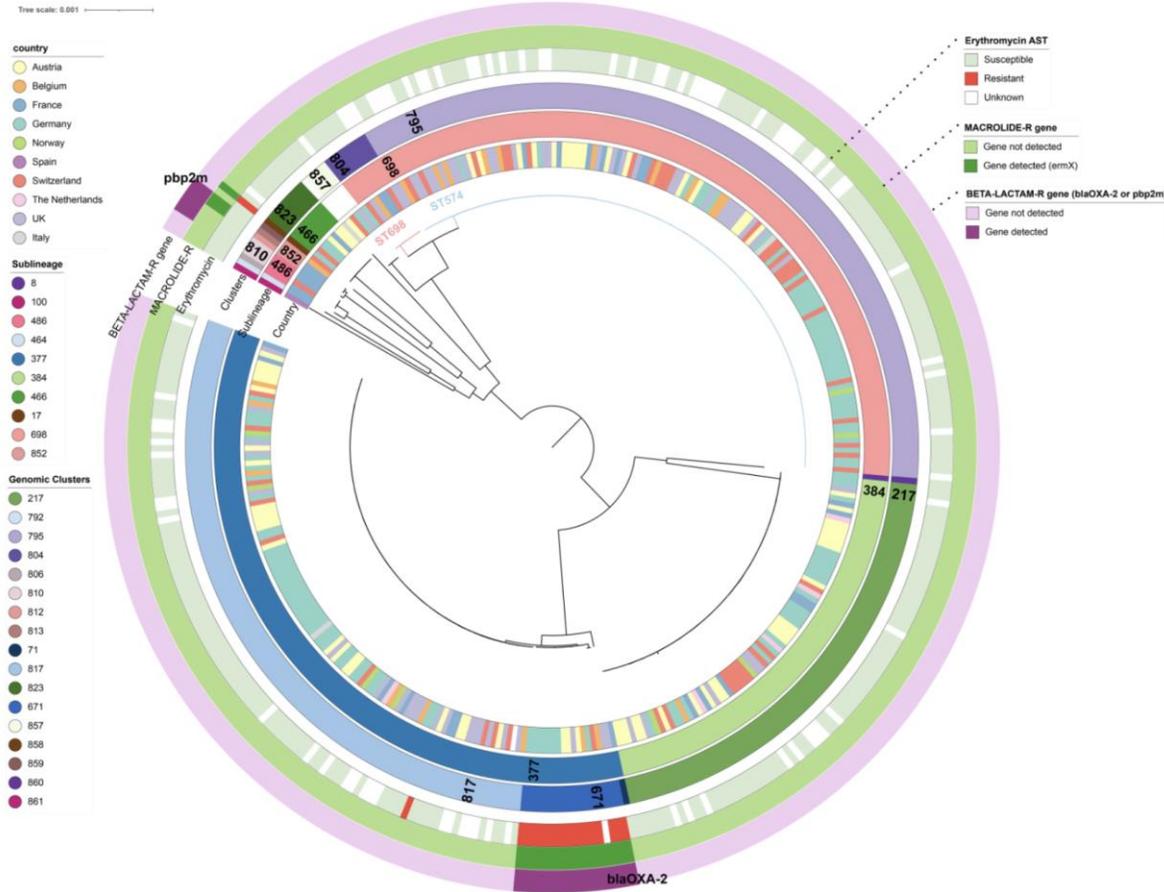
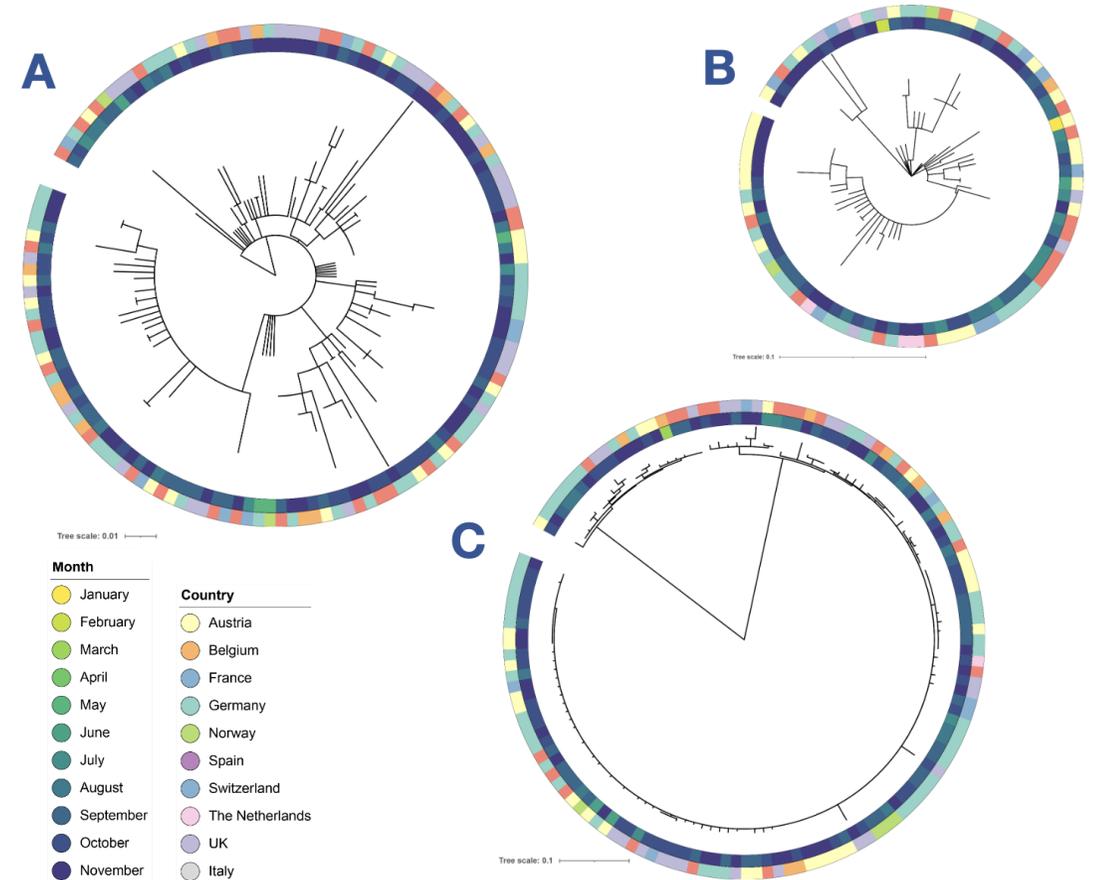
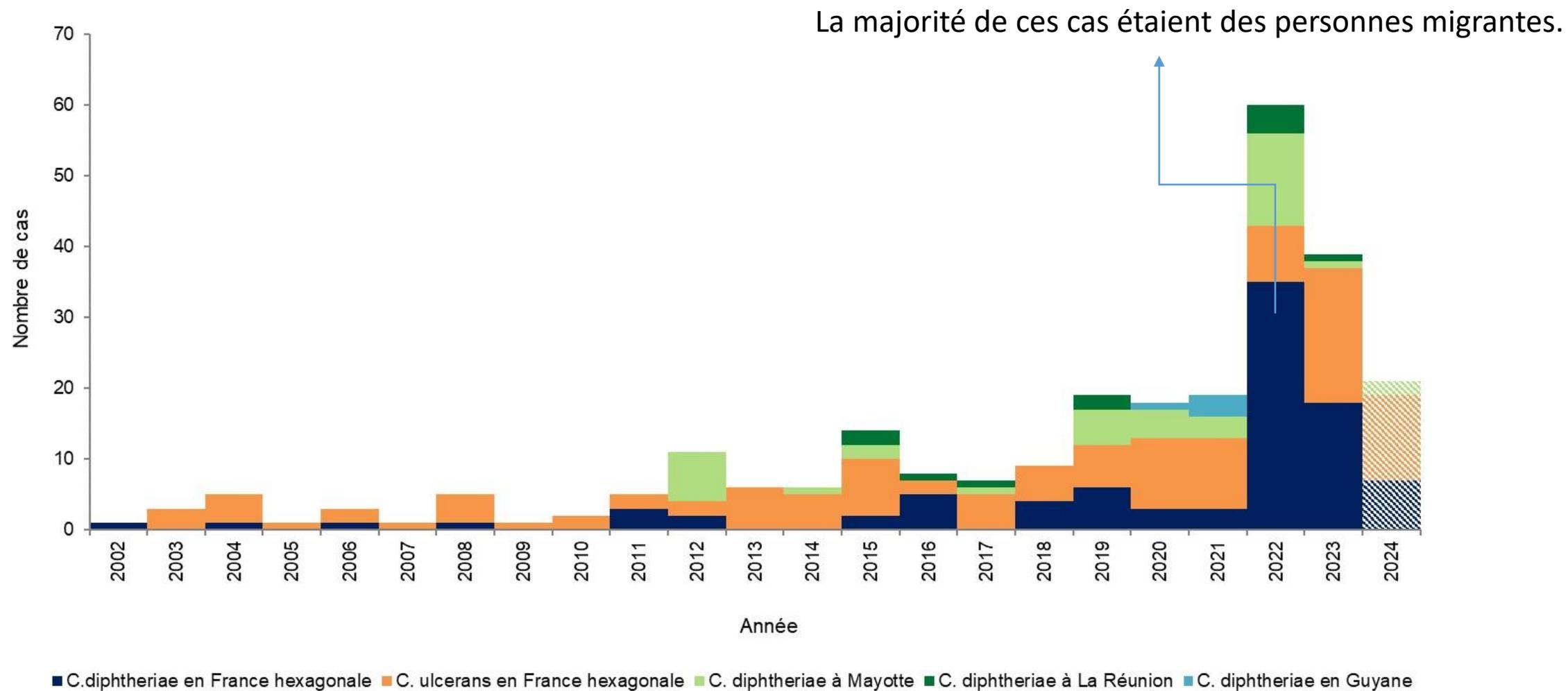


Figure 3: SNP based phylogenies within clusters. **A** GC795 (ST574; n=134); **B** GC217 (ST384; n=80); **C** GC817 and GC671 (ST377; n=116 and n=19). Metadata rings represent month of isolation and country in which the isolates were sampled, displayed using iTOL v6.7.3. Trees are rooted on relevant outgroups from the dataset.



No forward transmission in the EU population was observed and novel cases have largely ceased to be reported in 2023.

Diphtérie en France



Diphthérie en France en 2024

- En 2024, au 24 juin, 21 cas de diphthérie tox+
- 7 cas de diphthérie à *C. diphtheriae* en France hexagonale (6 formes cutanées et une forme ORL)
 - 2 sont des voyageurs et 5 sont des personnes pour lesquelles l'investigation n'a pas mis en évidence de lien avec un voyage. Quatre d'entre elles sont sans domicile fixe ou hébergées dans des foyers de résidence pour personnes en situation de précarité, en Ile de France. Pour ces cas de diphthérie, l'origine de contamination a probablement eu lieu en Ile de France, ce qui est en faveur d'une circulation de la bactérie dans la population d'où sont issus les cas.
- 2 cas de de diphthérie à *C. diphtheriae* cutanées à Mayotte
- 12 cas de diphthérie à *C. ulcerans* en France hexagonale (10 formes cutanées, 1 forme ORL, 1 forme asymptomatique)

Une transmission possible chez les personnes sans logement stable

Table. Demographic and clinical characteristics of 16 *Corynebacterium diphtheriae* cases among persons experiencing homelessness, Frankfurt am Main, Germany, February–October 2023*

Case no.	Demographics			Toxicogenic status		Symptoms		Substance abuse	
	Age group, y	Sex	Country of origin	Pharynx	Wound	Respiratory	Wound	Alcohol	IV drugs
1†	26–35	F	Germany	+	UNK	Y	Y	N	Y
2†	26–35	M	Afghanistan	–	+	N	Y	N	Y
3†	36–45	M	Germany	–	+	N	Y	Y	Y
4†	>60	M	Poland	–	+	N	Y	Y	N
5†	36–45	F	Poland	–	+				
6†	46–60	M	Poland	–	+				
7	26–35	M	Germany	–	–				
8	36–45	M	Germany	–	–				
9	36–45	F	Germany	–	–				
10	46–60	F	UNK	–	–				
11	36–45	M	UNK	–	–				
12	46–60	M	UNK	–	–				
13	46–60	M	Poland	–	–				
14	46–60	M	Germany	–	–				
15	36–45	M	Germany	–	–				
16	36–45	M	Germany	–	–				

*Probable and confirmed cases are shown. IV, intravenous; UNK, unknown.

†Previously reported confirmed cases.

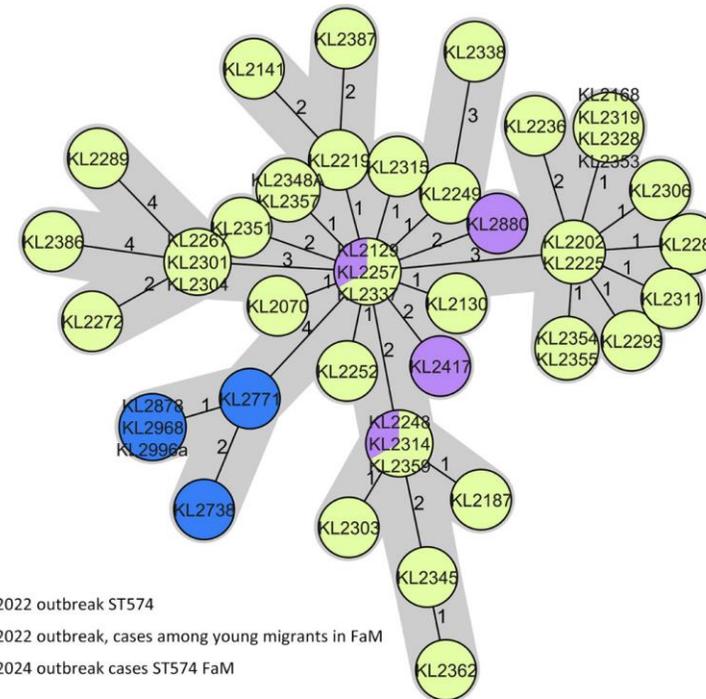


Figure 2. Minimum-spanning tree of core-genome multilocus sequence type analysis of toxigenic *Corynebacterium diphtheriae*, with 1,553 target loci of the whole-genome sequencing-obtained genomes of the toxigenic *C. diphtheriae* isolates from an outbreak in 2023 compared with genomes of an outbreak cluster of the same ST (ST574) from a previously reported outbreak among migrants (23). Single-linkage allelic distances are illustrated as a measure of genetic related. FaM, Frankfurt am Main; ST, sequence type.

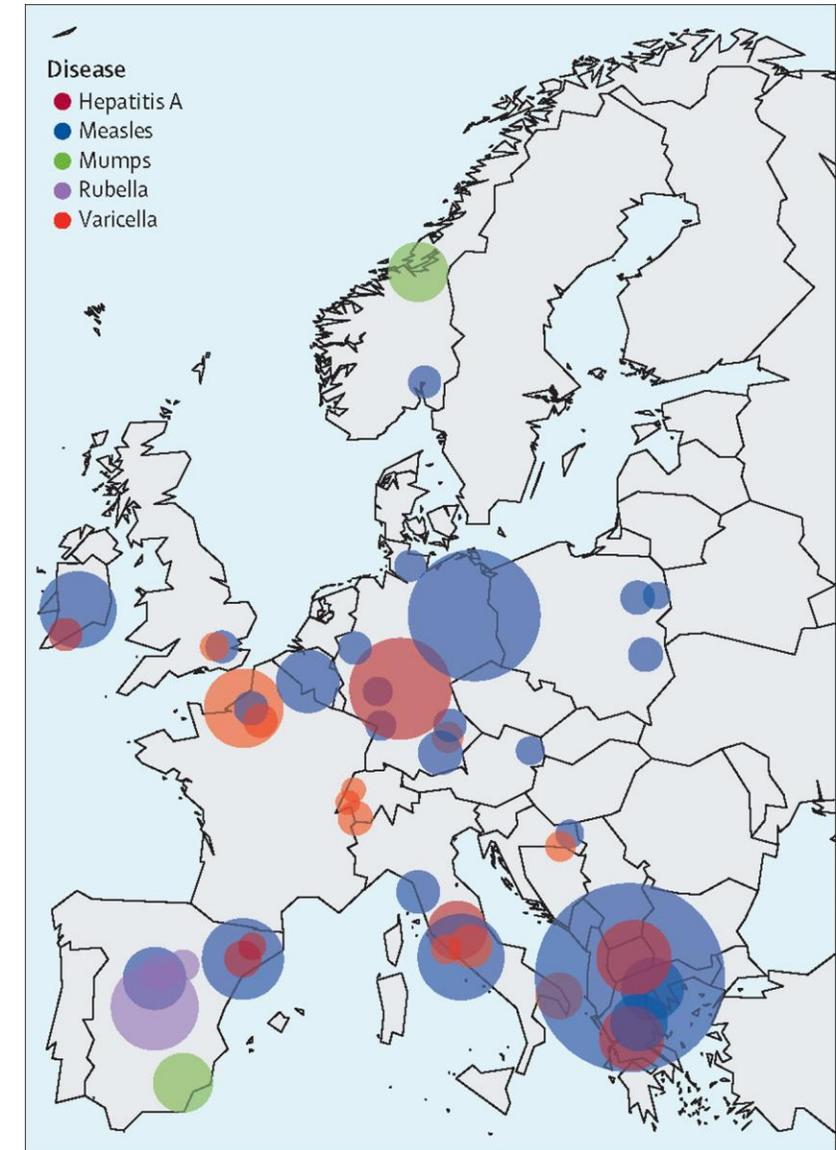
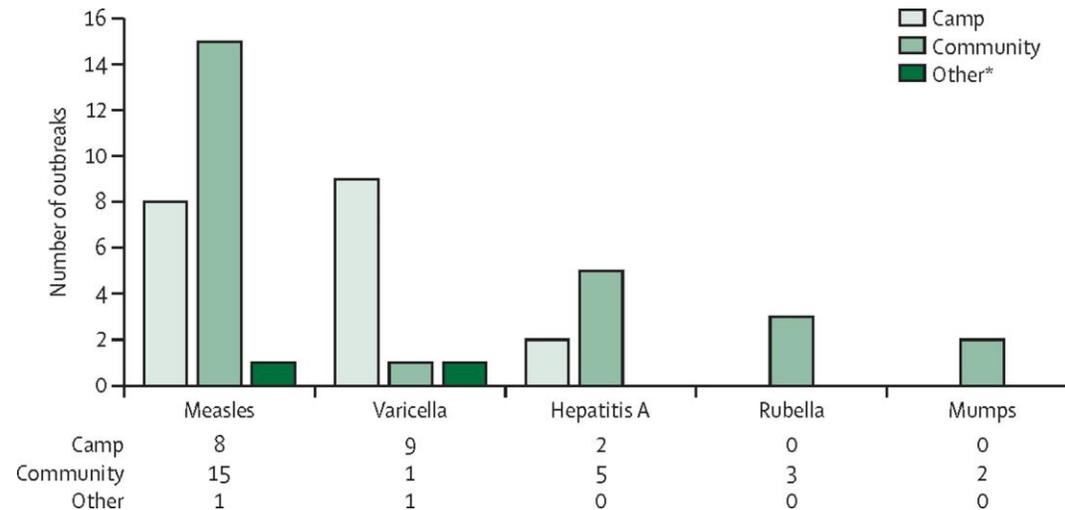
Maladies à prévention vaccinale et migration

Migration and outbreaks of vaccine-preventable disease in Europe: a systematic review

Anna Deal, Rae Halliday, Alison F Crawshaw, Sally E Hayward, Amelia Burnard, Kieran Rustage, Jessica Carter, Anushka Mehrotra, Felicity Knights, Ines Campos-Matos, Azeem Majeed, Jon S Friedland, Michael Edelstein, Sandra Mounier-Jack, Sally Hargreaves, in collaboration with the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases Study Group for Infections in Travellers and Migrants (ESGITM)*

Migrant populations are one of several underimmunised groups in the EU or European Economic Area (EU/EEA), yet little is known about their involvement in outbreaks of vaccine-preventable diseases. This information is vital to *Lancet Infect Dis 2021; 21: e387-98*

- Revue systématique
- Episodes épidémiques impliquant des personnes migrantes (hors COVID)
- 2000-2020, EU
- 45 études, 47 épidémies, dans 13 pays



Deal A et al. Lancet infect dis 2021

Dermatophytes résistants : Inde 2018

Emergence of recalcitrant dermatophytosis in India

Donald Cole and colleagues' Series¹ on fungal infections was a knowledgeable read. In this context, as dermatologists, we want to highlight the emerging threat of extensive and difficult-to-treat dermatophytosis. Although dermatophytosis has always been among the commonest infections of the skin, the substantial change in the clinical profile of



Figure: Tinea corporis with large plaques
The large plaques show pseudoimbricatus changes (ie, multiple concentric rings and advancing borders with persisting central disease, whereas tinea corporis traditionally clears in the centre and advances at the border, which is almost universally singular). Also visible are the plaques of tinea cruris extending on the lower abdomen and cutaneous adverse effects due to the use of topical corticosteroids, including purplish atrophic striae, mild gynaecomastia, and cushingoid habitus.

THE LANCET Infectious Diseases

Volume 18, Issue 3, March 2018, Pages 250-251

Anuradha Bishnoi,
*Keshavamurthy Vinay, Sunil Dogra
vinay.keshavmurthy@gmail.com

Department of Dermatology, Venereology and
Leprology, Postgraduate Institute of Medical
Education and Research, Chandigarh 160012, India

« availability of inexpensive and irrational corticosteroid–antifungal–antibacterial combinations sold over the counter in India »

Nouvelle espèce : *Trichophyton indotineae*

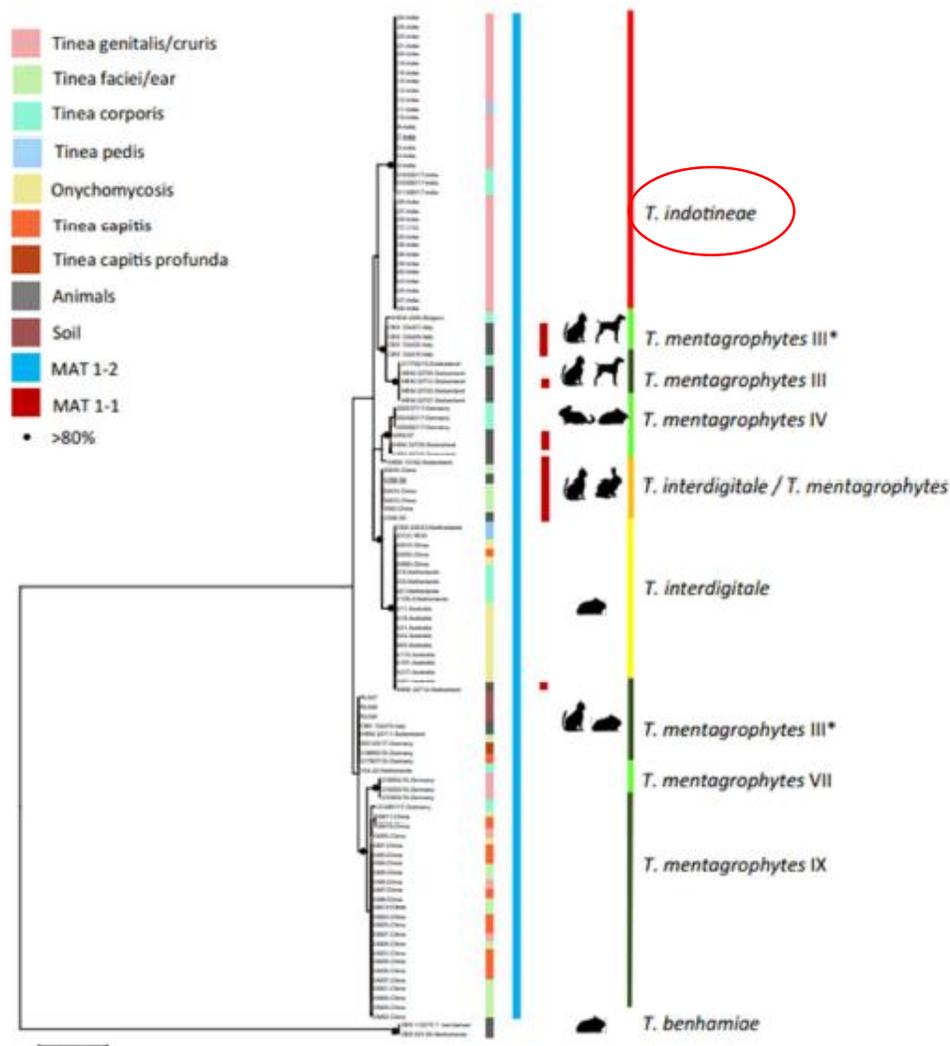
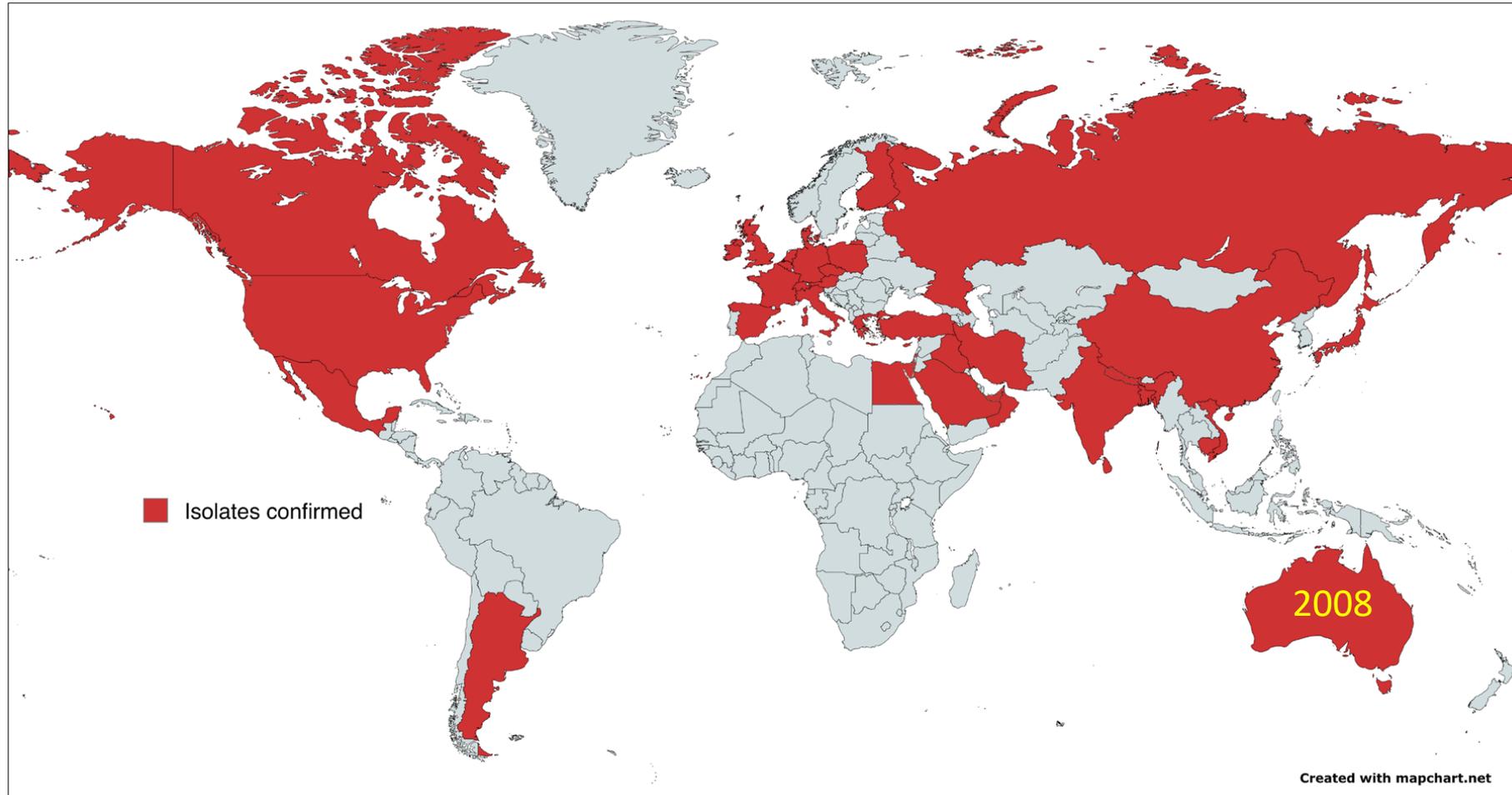


Fig. 2 Maximum Likelihood tree generated from Tef1- α , ITS, and HMG sequences of 113 strains, combined with the source data of the strains

T. indotineae dans le monde en janvier 2025



+ Portugal, Brésil et Suède en 02/2025

Article

Terbinafine Resistance in Dermatophytes: A French Multicenter Prospective Study

Alicia Moreno-Sabater ^{1,2,*}, Anne-Cécile Normand ³, Anne-Laure Bidaud ⁴, Geneviève Cremer ⁵,
 Françoise Foulet ^{6,7}, Sophie Brun ^{8,9}, Christine Bonnal ¹⁰, Nawel Aït-Ammar ^{6,7}, Arnaud Jabet ^{1,3}, Aymen Ayachi ¹⁰,
 Renaud Piarroux ^{3,11}, Françoise Botterel ^{6,7}, Sandrine Houzé ^{10,12}, Guillaume Desoubeaux ¹³,
 Christophe Hennequin ^{1,14} and Eric Dannaoui ^{4,7,15,*}

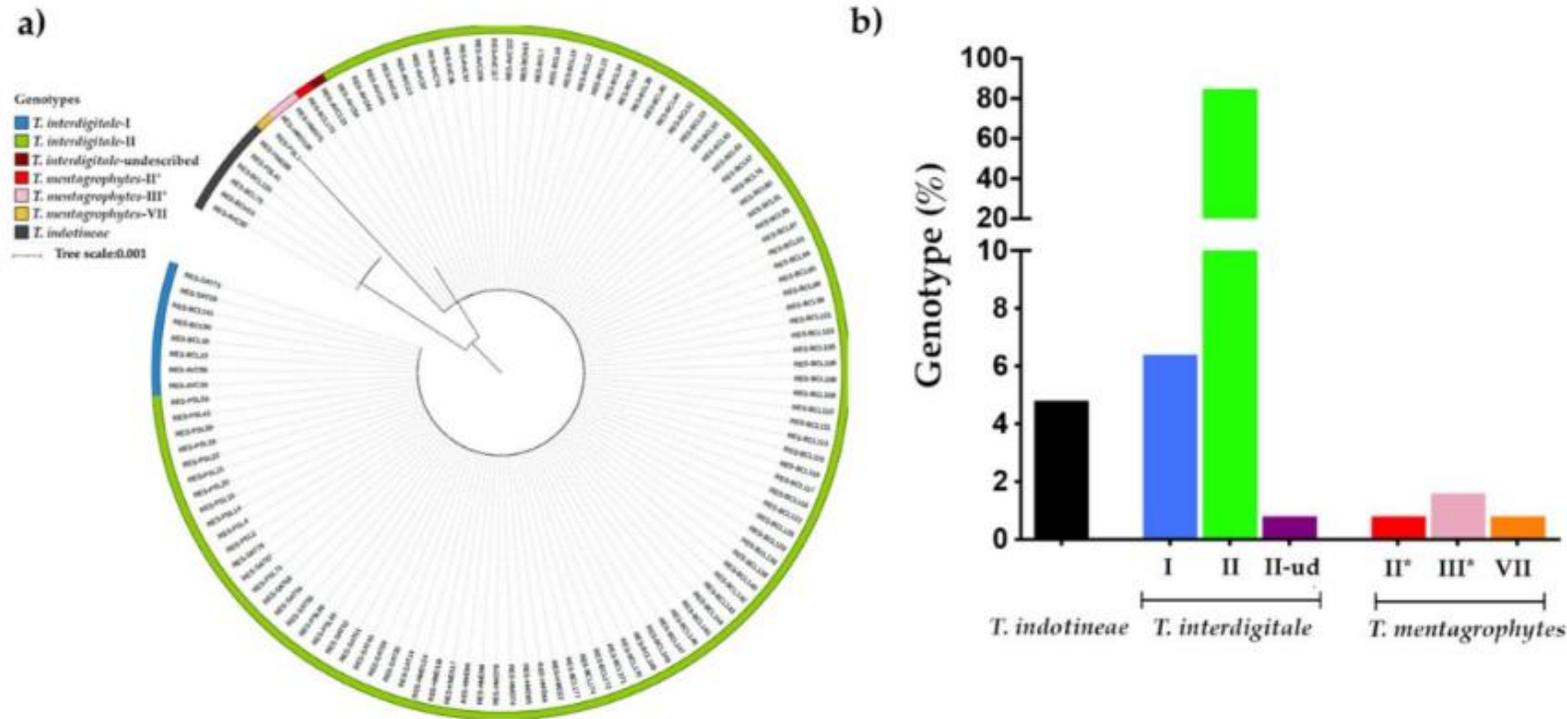


Figure 1. Molecular identification of 125 *T. indotineae*, *T. interdigitale*, and *T. mentagrophytes* isolates collected in Paris area, France. (a) Phylogenetic maximum likelihood tree based on ITS-sequences of the clinical isolates from the *T. mentagrophytes/interdigitale* complex included in this study. (b) Relative frequency of each dermatophyte species and genotype from the *T. mentagrophytes/interdigitale* complex. Ud = undescribed.

Dermatophytoses résistantes : messages

- ✓ Origine/voyage sous-continent indien
- ✓ Lésions étendues +/- inflammatoires
- ✓ +/- ATCD de prise de CS + ATF



Prélèvement mycologique

Identification d'espèce : *T. indotineae* ?

(MALDI-TOF ou séquençage ITS)

- **Dépistage R** à la terbinafine (TCAM ou bandelette ou EUCAST)
- Si résistance avérée : **itraconazole** per os 200-400 mg/j 4-8 sem
- Prévention +++ (hygiène, dépistage entourage)

Penser l'accueil sanitaire en 3
temps



1ère étape: Accès aux soins

Une condition préalable

Conditions de l'Accès aux soins

Personnes avec couverture maladie

- Avoir une couverture maladie et une complémentaire santé
 - Maintien de l'AME++
- Un lieu de soins
 - (re)connu
 - accessible
 - Ouvert
 - "migrant friendly"
 - avec une équipe formée aux compétences culturelles

Personnes sans couverture maladie

- Un lieu de soins ouvert
 - Accueil inconditionnel
 - Information Orientation (PASS)
- La délivrance de soins gratuits
 - PASS ambulatoire
 - Antenne CeGIDD/CVP/CSS
- L'ouverture des droits à la couverture maladie

Des leviers Pour l'Accès aux soins

- L'aller vers
- Le travail en réseau (à structurer+)
- La médiation en santé (salariée et mutualisée)
- L'interprétariat en santé
- Intégrer des missions de santé publique (financées)
- Participer aux actions d'aller vers du territoire

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES

La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins

Octobre 2017



2ème étape:
Répondre à la
demande de la
personne

La demande de soins

La souffrance psychique

Le soutien psycho-social

	Proportion par spécialités n (%) N=1 421 motifs déclarés*	Proportion par motif/pathologie** n (%) N=803 patients
Pathologies digestives	188 (13,2%)	Douleur abdominale : 77 (9,6%) Pathologie intestinale : 17 (2,1%) Pathologie gastroduodénale : 12 (1,5%)
Maladies infectieuses	185 (13,0%)	Hépatite B chronique : 26 (3,2%) Hépatite C chronique : 11 (1,4%) VIH : 7 (0,8%) Examen de dépistage d'IST : 37 (4,6%)
Pathologies musculo-squelettiques	171 (12,0%)	Douleurs articulaires : 101 (12,6%) Arthrose : 18 (2,2%)
Autres symptômes et pathologies	103 (7,2%)	Anomalie des examens sanguins : 9 (1,1%)
Pathologies psychiatriques	99 (7,0%)	Dépression et/ou anxiété : 46 (5,7%)
Pathologies néphrologiques et urologiques	83 (5,8%)	Hypertrophie prostatique : 16 (2,0%)
Pathologies endocriniennes	78 (5,5%)	Diabète (tous types confondus) : 48 (6,0%) Obésité : 10 (1,2%) Dyslipidémie : 3 (0,4%)
Pathologies vasculaires	76 (5,3%)	Hypertension essentielle : 58 (7,2%) Phlébite : 1 (0,1%)
Pathologies neurologiques	69 (4,9%)	Épilepsie : 8 (1%)
Pathologies pulmonaires	65 (4,6%)	Asthme : 1 (0,1%) Maladie chronique pulmonaire : 1 (0,1%)
Pathologies dermatologiques	61 (4,3%)	
Traumatologie	54 (3,8%)	Traumatologie et plaies*** : 57 (7,1%)
Grossesse	53 (3,7%)	Examen et test de grossesse : 10 (1,2%) Interruption volontaire de grossesse : 3 (0,4%)
Pathologies cardiaques	34 (2,4%)	Douleur thoracique : 29 (3,6%) Coronaropathie : 8 (1%) Anomalie du rythme cardiaque : 6 (0,7%)
Pathologies ophtalmologiques	29 (2,0%)	
Pathologies dentaires	26 (1,8%)	
Pathologies ORL	20 (1,4%)	
Pathologies tumorales	14 (1,0%)	
Pathologies hématologiques	12 (0,8%)	Anémie : 2 (0,2%) Drépanocytose : 1 (0,1%) Renouvellement d'ordonnance : 67 (8,3%)
Autres		Vaccination antigrippale : 4 (0,5%) Autre vaccination : 1 (0,1%)

* Plusieurs motifs possibles pour un même patient. La somme des pourcentages n'est donc pas nécessairement égale à 100.

** Liste non exhaustive de motifs/pathologies pertinentes vues en PASS.

*** Y compris des séquelles de traumatisme ancien.

3ème étape: Penser et Agir la Prévention

Un bilan de santé pour les personnes migrantes

- Un “check up” plébiscité et accepté
- Des spécificités épidémio-cliniques
- Un enjeu de santé publique
- En un temps ou sur un temps long
- Dissocié et indépendant du parcours administratif



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers

Version du 6 mai 2015

Le Haut Conseil de la santé publique recommande que :

- Soit maintenu un « Rendez-vous Santé » obligatoire avec un contenu modulable pour les primo-arrivants :
 - dans un délai optimal de 4 mois après l'entrée sur le territoire⁴ ;
 - détaché de toute fonction de contrôle et strictement soumis au secret médical ;
 - ayant pour objectifs l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun.
- Ce « Rendez-vous Santé » puisse être effectué dans diverses structures, en fonction notamment du type de population concernée (étudiants, immigration familiale).



Bilan de santé à réaliser chez les personnes migrantes primo-arrivantes

Recommandations SPILF-SFLS-SFP

Par le groupe de travail Bilan de santé migrants*
et le groupe Migrants et populations vulnérables (MiPop)

Synthèse (adulte)

Tableau de synthèse 1 : Bilan de santé systématique recommandé chez une personne migrante primo-arrivante asymptomatique adulte

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

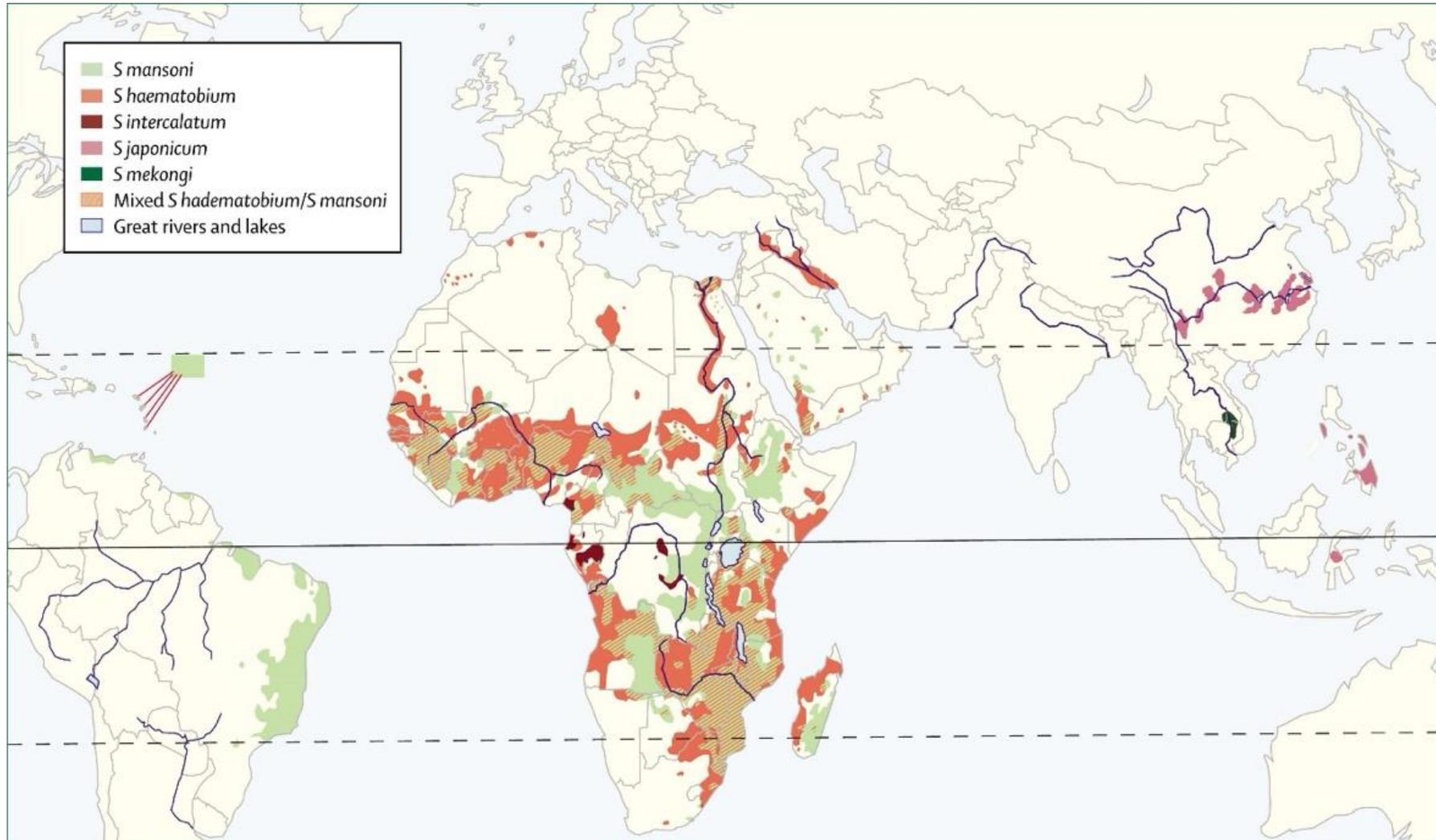
	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen Orient	Asie centrale et du Sud-Est	Amérique centrale et du Sud	Caraïbes	Europe de l'Est
Sérologie syphilis Ou TROD Syphilis	X					
PCR <i>Chlamydia</i> /gonocoque 1 ^{er} jet d'urine (homme) ou auto-prélèvement vaginal (femme) ± anal et pharyngé selon pratiques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

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

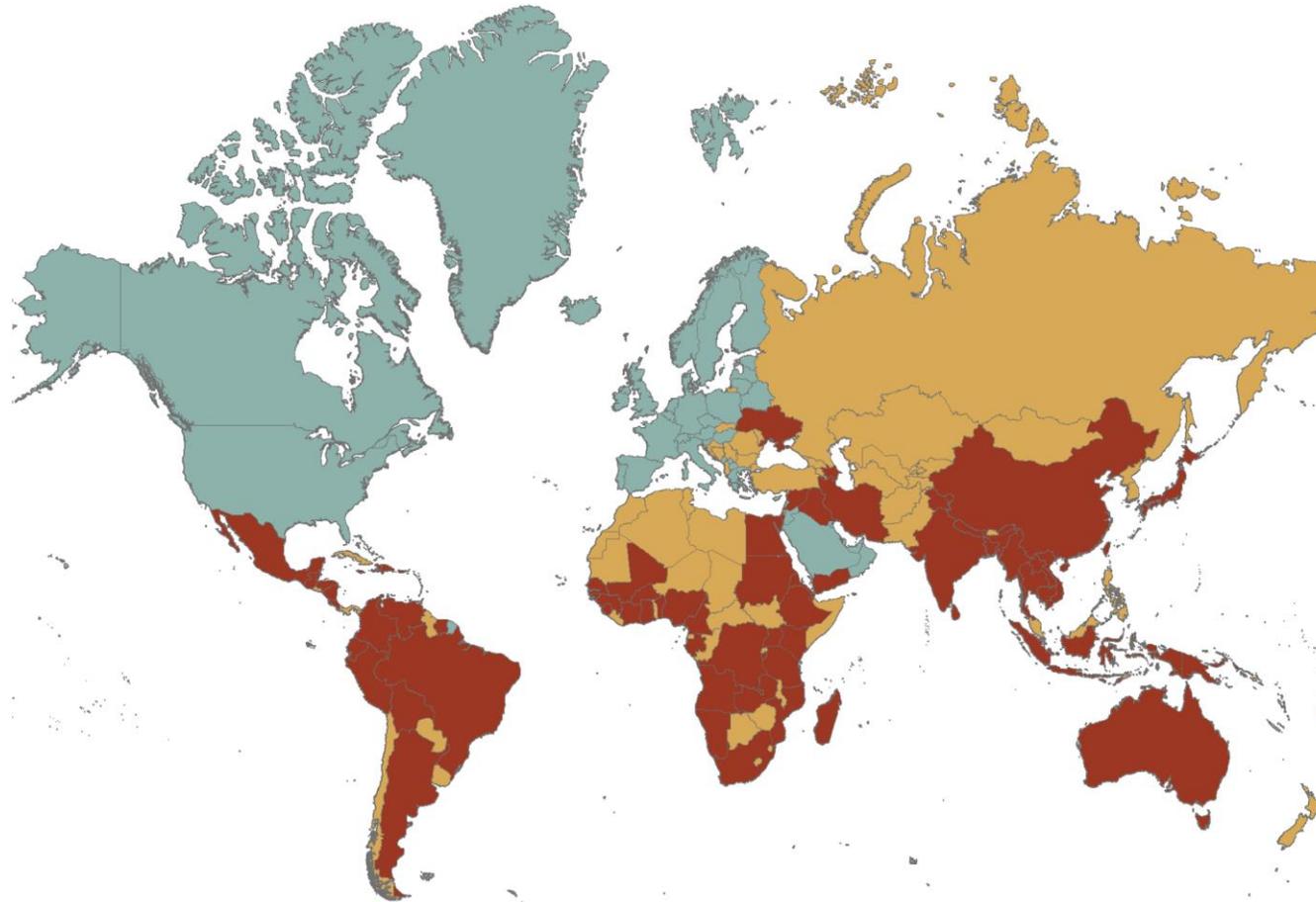
^achez les femmes et les hommes en âge de procréer avec projet de maternité ou paternité et souhaitant connaître leur statut, ainsi que chez les femmes enceintes (idéalement avant 12 SA), originaires d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient, du sous-continent indien, d'Asie du Sud-Est,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

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

Schistosomose



Strongyloïdose

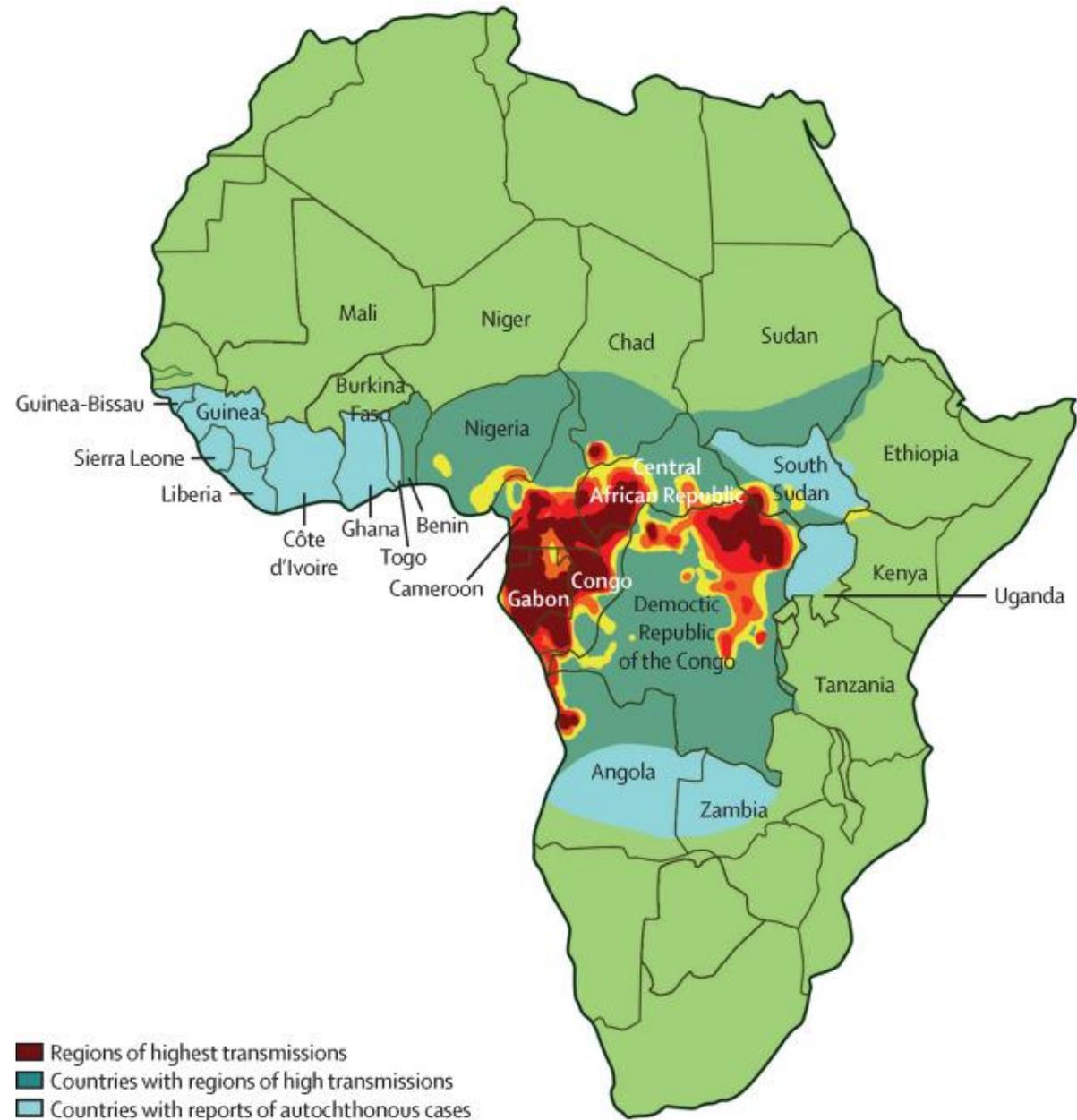


- Not endemic for Strongyloides stercoralis/No data to support screening
- High probability of being endemic for Strongyloides stercoralis based on scientific panel opinion
- Endemic for Strongyloides stercoralis based on prevalence studies

Source: ECDC expert panel

Note: According to the ECDC expert panel, migrants from countries marked orange should be considered for strongyloidiasis screening.

Loaose



Dépistage des Parasitoses et du HTLV-1

	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et MO	Asie centrale et du SE	Amérique Latine	Caraïbes	Europe de l'Est
Sérologie schistosomose (bilharziose)	X	Égypte				
Sérologie strongyloïdose (anguillulose)	X	X	X	X	X	X
Examen parasitologique des selles (EPS) (x3)	±		±	±		
Examen parasitologique des urines (EPU) (x1)	±					
Sérologie filariose et recherche de microfilarémie diurne	Afrique centrale forestière [%]					
Sérologie HTLV-1 <i>chez les femmes en âge de procréer</i>	X			X	X	
Sérologie maladie de Chagas <i>chez les femmes en âge de procréer</i>				X ^{\$}		

[%] personnes originaires des zones forestières du Cameroun, du Gabon, de la Guinée équatoriale, de la République du Congo, de République centrafricaine et de République démocratique du Congo. La microfilarémie diurne peut ne pas être accessible en ville, dans ce cas sérologie filariose seule ;

^{\$} y compris chez les femmes dont la mère est originaire de zone d'endémie



Recommandations à retrouver ici:

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/migrants/recommandations/recommandation-bilan-de-sante-vfinale-synthese-2.pdf>

<https://www.infectiologie.com/fr/groupe-migrants-et-populations-vulnerables-mipop.html>

Rattraper les vaccinations

- Des calendriers vaccinaux limités à la petite enfance
- Un surrisque de maladies à prévention vaccinale

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RECOMMANDATION VACCINALE

Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu

En population générale et chez les migrants primo-arrivants

Décembre 2019

Document n'ayant pas fait l'objet d'une relecture orthographique et typographique

Rattrapage vaccinal simplifié en cas de séance unique de vaccination

	Rattrapage simplifié
Modalités du rattrapage vaccinal simplifié	<p>Administrer les vaccins indiqués selon l'âge en privilégiant les vaccins protégeant contre les maladies invasives et/ou nécessitant plusieurs injections :</p> <ul style="list-style-type: none">● en un temps au cours d'une même consultation● dans des sites différents● sans restrictions du nombre d'injections ou d'antigènes, mais dans la limite du nombre accepté par la personne à vacciner (en pratique jusqu'à 4 injections)
Sérologie prévaccinale, à défaut Trod	<p>En cas d'exposition au risque de contamination par le virus de l'hépatite B, réaliser un dépistage de l'hépatite B, idéalement à l'aide d'une sérologie prévaccinale complète (AgHBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc) (associée aux sérologies VIH et VHC et à un bilan de santé migrant si indiqués), ou à défaut à l'aide d'un Trod AgHBs (associée aux Trods VIH et VHC si indiqués)</p>
Modalités de poursuite du rattrapage vaccinal	<p>En cas de nouvelle consultation, compléter le schéma de primo-vaccination, puis reprendre le calendrier vaccinal selon l'âge en respectant les intervalles minimaux entre deux rappels</p>

Rattrapage vaccinal avancé en cas de possibilité de plusieurs séances de vaccination

	Rattrapage avancé
Modalités du rattrapage vaccinal	<p>Administrer les vaccins indiqués en fonction de l'âge en privilégiant les vaccins protégeant contre les maladies invasives et/ou nécessitant plusieurs injections :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● dans des sites différents ● sans limiter le nombre d'injections et d'antigènes dans la limite de ce qui est accepté par la personne à vacciner et/ou son représentant légal
Sérologies prévaccinales	<ul style="list-style-type: none"> ■ En cas d'exposition au risque de contamination par le virus de l'hépatite B, réaliser un dépistage de l'hépatite B, idéalement à l'aide d'une sérologie prévaccinale complète (AgHBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc) (associée aux sérologies VIH et VHC et à un bilan de santé migrant si indiqués), ou à défaut à l'aide d'un Trod AgHBs (associée aux Trods VIH et VHC si indiqués). ■ Réaliser une sérologie varicelle pour les personnes migrantes âgées de 12 à 40 ans ne rapportant pas d'antécédent clinique de varicelle ■ Réaliser une sérologie hépatite A chez l'enfant à partir de 1 an et jusqu'à 18 ans
Sérologies postvaccinales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser un dosage des anticorps antitétaniques 4 à 8 semaines après une dose de DTCaP±HibHepB/dTcaP/dTP ■ Réaliser un dosage des anticorps anti-HBs 4 à 8 semaines après une dose de DTCaPHibHepB ou Hep B si indiqué
Modalités de poursuite du rattrapage vaccinal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poursuivre les primovaccinations DTCaP/dTcaP/dTP et hépatite B et, selon l'âge, hépatite A et varicelle selon le résultat des sérologies ■ Procéder au rattrapage des vaccinations non encore réalisées ■ Compléter le schéma des primovaccinations débutées (ROR, etc.) ■ Puis reprendre le calendrier vaccinal selon l'âge en respectant les intervalles minimaux entre deux rappels

Promouvoir la santé sexuelle

- Ouvrir le dialogue
- Rappel du droit
- Aborder le désir de parentalité et la contraception
- Repérer les MGF
- Dépister les violences sexuelles et/ou physiques passées et actuelles
- Se former pour prévenir les discriminations
- Dépistage du VIH et des ISTs
- Connaitre et promouvoir la PrEP
- Dépister les cancers (HPV+)



ABORDER LA SEXUALITÉ ET LA SANTÉ SEXUELLE AVEC LES PERSONNES MIGRANTES

@ Édition web : 21 mai 2021

Repères pour
votre pratique

FormaPrEP



Épidémiologie Prévention diversifiée Consultations Santé

#JeSuisProfessionneldeSanté

JE ME FORME A LA PReP VIH

S'INSCRIRE HORS DPC

S'INSCRIRE VIA DPC

En conclusion

Conclusions

- Les **facteurs de vulnérabilités** fragilisent les individus, les exposent à la **précarité** qui contribue à la dégradation de leur état de santé
- Les **personnes migrantes cumulent** souvent des facteurs de vulnérabilité
- Elles doivent faire l'objet d'un **accompagnement renforcé** médico-psycho-social et juridique
 - Quelque soit leur couverture maladie, leur statut juridique, leur orientation sexuelle, leur niveau de pauvreté, etc.
- L'accueil sanitaire est l'occasion de réaliser un **bilan de santé**, un **rattrapage vaccinal** et d'aborder les **questions de santé sexuelle**
- Le recours à la **médiation en santé** est un levier important
- Le système de santé doit lutter de manière intransigeante contre les **discriminations en soins**

Merci pour votre attention

dr.vignier@gmail.com



Pour aller plus loin:
DU Santé des migrants
3 x une semaine

UNIVERSITÉ
SORBONNE
PARIS NORD

Remerciements

Sophie Brun

Groupe MiPop SPILF/SFLS

Groupe recommandation Bilan de Santé migrants:



Groupes de travail

GT1. Recensement des recommandations nationales et internationales existantes concernant le dépistage des maladies prévalentes en population générale et migrantes

Pierre Leroy (pilote), Francesca Bisio, Julie Bottero, Carole Eldin

GT2. Revue des études ayant évalué des outils de dépistage de la souffrance psychique chez les personnes migrantes

Hikombo Hitoto (pilote), Vladimir Adrien, Elise Archer, Evguenia Krastinova, Hélène Leroy, Sohela Moussaoui, Rahmetnissah Radjak

GT3. Place du dépistage systématique de la syphilis chez les personnes migrantes ?

Hugues Cordel (pilote), Caroline Aparicio, Fanny Anthony

GT4. Place du dépistage des parasitoses chez les personnes migrantes ?

Nicolas Vignier (pilote), Jérôme Borlot, Quiterie Boscal, François Deniaud, Anaenza Freire Maresca, Mélanie Gaillet, Spian Marceau, Emma Oliosi

GT5. Place des tests de diagnostic rapide dans le cadre du bilan de santé migrants ?

Marion Dollat (pilote), Julie Bottero, Florence Huber, Emilie Mosnier

GT6. Spécificités pédiatriques du bilan de santé migrants (enfants et mineurs non accompagnés) ?

Nora Poey (pilote), Juliette Goutines (co-pilote), Luu-Ly Pham, Sarah Robert, Agathe Debray, Haude Cogo, Kim Bonello, Théo Duguet, Hugo Figoni, Laura Jouhier, Jeanne Truong, Lindsay Osei, Claire Leblanc, Emilie Desselas

Sous-groupes :

Saturnisme : Kim Bonello, Hugo Figoni, Theo Duguet, Marie Lapillonne

Parasitoses : Nora Poey, Haude Cogo, Agathe Debray, Colin Sidre

Dysthyroïdies : Jeanne Truong, Claire Leblanc, Juliette Goutines

Anémie et carence martiale : Juliette Goutines, Laura Jouhier, Jeanne Truong

Hémoglobinopathies et déficit en G6PD : Emilie Desselas et Luu-Ly Pham

GT7. Coût des différents examens et consultations discutés/envisagés dans le cadre du bilan de santé pour les personnes migrantes ?

Virginie Masse (pilote), Anna Fournier

La médiation en santé

- Intervention complexe d'un professionnel visant l'autonomisation d'un individu/d'une population clé
- **Professionnel** se situant **à l'interface** entre l'utilisateur/la population, les professionnels de la santé et les professionnels sociojuridiques
 - Modifiant ainsi les rapports de forces
 - **Traduisant** le langage spécialisé des professionnels et le vécu de la personne
 - **Ouvrant au maintien et au succès** du parcours de soins
 - **Allant vers** les populations les plus éloignées et/ou en rupture de soins
 - **"Faisant avec"**
- Dans une finalité **d'empowrment** (renforcement de la capacité d'agir) et **d'autonomisation** de l'individu

La médiation en santé

- Elle peut être de la médiation pair
- Elle est idéalement menée par un médiateur formé (DU Médiation en santé)
- Elle est insuffisamment financée et institutionnalisée: collectif pour la médiation en santé
- Elle est à l'interface avec l'offre associative

Partenaires à mobiliser

- PASS hospitalières et ambulatoires
- EMPP
- Equipes mobiles précarité
- CPTS et leur réseau
- Dispositifs de coordination
- Hébergement d'urgence
 - 115 / Samu social
 - SIAO
- Hébergement médicalisé
 - LHSS
 - ACT
- CPAM
 - dispositif lutte contre le r
- Associations +++
- Ville
 - AS de secteur
 - CCAS
 - Maison de la justice et du droit
 - Logements sociaux
 - Aide au transport
 - PMI
- OFII
 - Vulnérabilité médicale DA
 - Droit au séjour pour soins
- Juristes
- ETD / CSP

Autodétermination

Empowerment

Une priorité de recherche

- Il est nécessaire de poursuivre les travaux de recherche éclairant les liens entre migration, vulnérabilités et maladies infectieuses
 - Dans une approche d'étude des déterminants sociaux de la santé
- Il est temps de mettre en place des études interventionnelles visant à évaluer les interventions médicales ou globales (médico-psycho-sociales et juridiques) efficiente
 - Dans une optique de réduction des inégalités sociales de la santé

Le droit au séjour pour raisons de santé

- Titre séjour vie privée et familial 1 à 3 ans
- Eligible si atteint d'une maladie chronique dont l'absence de soins aurait des conséquences d'une exceptionnelle gravité et auxquels la personne n'a pas accès effectivement dans son pays d'origine
- Inscription en préfecture avec prise de photo -> remise certificat médical -> remplissage par médecin référent -> envoi au médecin de l'OFII sous pli confidentiel -> avis du médecin de l'OFII à la préfecture -> décision de la préfecture (qui tient compte aussi de la menace à l'ordre public)
- A déposer en parallèle (3 mois) de la demande d'asile pour les primo-arrivants
- Ne permet pas l'accès à la carte de résident

Certificats de vulnérabilité médicale

- Pour les demandeurs d'asile: peut faciliter un accès prioritaire à un hébergement en CADA
- Pour les SDF: peut faciliter la mise à l'abris
- Pour certains patients comorbides ou au stade Sida, possibilité de demander une place en Appartement de coordination thérapeutique