



SMIT Avicenne

Cas clinique et rappels sur la Santé des personnes migrantes

Pr Nicolas VIGNIER

Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpitaux Avicenne & Jean Verdier

Université Sorbonne Paris Nord, IAME Inserm UMR1137

Coordinateur du groupe MiPOP de la SPILF et de la SFLS

Membre de la CS MIME du Haut conseil de la santé publique



Cas clinique

- Vous décidez de vous engager à Médecin du Monde dans le programme « MNA » qui organise des consultations médicales tous les mercredi à la Halte, un lieu d'accueil pour les MNA
- Aziz, 16 ans, vous a été orienté suite à une maraude à Pont Marie (campement parisien de MNA), car il ne se sentait pas bien
- Quelle est votre conduite à tenir?

Cas clinique (suite)



- Aziz est arrivé en France il y a 4 mois, il est originaire du Sénégal et a migré par voie maritime en passant par l'Espagne
- Il n'a pas de famille en France. Il dort sous tente à Pont Marie.
- Il a déposé une demande de reconnaissance de minorité auprès de France Terre d'Asile et a un rendez vous dans 6 semaines. Il ne lui a pas été proposé de mise à l'abris dans l'attente. Il n'a pas de couverture maladie.
- Il semble fatigué et anxieux. Il présente une rhinorrhée claire et une toux grasse qui date de quelques jours. L'auscultation est claire.
- Il a un hématome du dos du pied qu'il dit s'être fait en jouant au foot.
- Ces derniers vaccins remontent à l'âge de 6 ans et il n'a pas fait de prise de sang ni de radio depuis son arrivée.
- Que faites-vous?



Rappel réglementaire

Article L1111-5

Par dérogation à l'[article 371-1](#) du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Couverture maladie

- Les mineurs non accompagnés qui ne sont pas (encore) reconnus mineurs ou qui n'ont pas été reconnus (les ni ni) sont considérés comme des personnes migrantes majeures en situation irrégulière et relèvent donc de l'Aide médicale de l'état
- Si l'évaluation conclue à une minorité, ils sont alors immédiatement confiés à l'Aide sociale à l'enfance, deviennent en situation régulière (mineurs reconnus protégés par l'état), et peuvent bénéficier de l'Assurance maladie et de la CSS



Cas clinique (suite)

- Vous avez orienté Aziz à la PASS de l'Hôtel Dieu qui l'a accueilli
- Une radio pulmonaire a été réalisée et est revenue normale
- Le compte rendu conclu à un syndrome viral banal
- Un rendez vous a été fixé avec l'assistante de service social pour déposer une demande d'Aide médicale de l'état
- Il revient vous voir aux permanences de Médecin du monde car il sent toujours fatigué
- Que proposez vous?

Cas clinique (suite)

- Vous avez obtenu un rendez vous pour Aziz dans un centre médico-social de la ville de Paris. Votre collègue du CMS, Emilie, vous confirme qu'il pourra s'occuper de réaliser un bilan de santé à Aziz mais est intéressé par votre avis d'infectiologue sur les examens pertinents à prescrire.
- Quel lui répondez vous?



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

Recommandations SPILF-SFLS-SFP

Pr Nicolas VIGNIER

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

Tableau de synthèse 2 : Bilan de santé systématique recommandé chez un enfant migrant primo-arrivant asymptomatique

	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	X					
Évaluation du développement psychomoteur, alimentation et sommeil, croissance et puberté	X					
Recherche ATCD de violences physiques et/ou sexuelles et de mutilation génitale féminine (MGF) pour les pays à risque (Figure 1)	X					
Recherche trouble anxieux, épisode dépressif, syndrome de stress post traumatique et/ou trouble de l'usage ou de la dépendance aux substances psychoactives	X					
Examen physique complet avec température, tension artérielle, poids, taille, IMC ($\pm$PC si ≤ 5 ans), puberté, examen dentaire, de la vision et de l'audition	X					

Bandelette urinaire*	±					
β-HCG et identification besoins non pourvus en contraception	X (filles à risque de grossesse)					
Intradermoréaction à la tuberculine ou IGRA**	X si originaire d'un <u>pays de forte incidence de la tuberculose ($\geq 40/100\ 000$)</u> et <u>arrivé e</u> en France depuis moins de 5 ans					
Radiographie pulmonaire	Si suspicion tuberculose clinique et/ou biologique ou si IDR ou IGRA positif					
NFS, créatinine, ASAT, ALAT	X					
Ferritinémie	Si ≤ 5 ans ou facteurs de risque (dénutrition, adolescente pubère, hémoglobinopathie associée)					
TSH	1 mois-2 ans <1mois si Guthrie impossible					
Plombémie ϕ	Si ≤ 16 ans			±		
Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X	X	X (région intertropicale)	X	
Déficit en G6PD***	±					
Sérologies VIH, VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc) et VHC Ou TRODs VIH, AgHBs et VHC	X					

Sérologie syphilis Ou TROD syphilis	± si adolescent (e) et/ou suspicion d'exposition sexuelle					
PCR <i>Chlamydia</i>/gonocoque urinaire ou auto-prélèvement vaginal	± si adolescent (e) et/ou suspicion d'exposition sexuelle					
Sérologie schistosomose	X	Égypte				
Sérologie strongyloïdose	X si migration après acquisition de la marche					
Examen parasitologique des selles (EPS) (x3)[°]	± sur signes d'appel cliniques ou biologiques					
Examen parasitologique des urines (EPU) (x1)[°]	±	± Égypte				
Sérologie filariose et recherche de microfilarémie diurne	Afrique centrale forestière %					
Sérologie maladie de Chagas				X ^s		

Anticorps antitétaniques et anticorps anti-HBs 4 à 8 semaines après vaccins dTPCa/DTPCa et HepB ou Hexavalent (en fonction de l'âge) si absence de preuve vaccinale	X	
IgG anti-hépatite A	Enfants de 1 à 18 ans susceptibles de séjourner en zone d'endémie	
Sérologie varicelle en l'absence d'ATCD	≥ 12 ans	
Test de dépistage néonatal (« Guthrie »)	≤ 1 mois &	

ATCD : antécédent ; IMC : Indice de masse corporelle ; PC : périmètre crânien ; IGRA : test de détection de la sécrétion in vitro de l'interféron gamma spécifique de *Mycobacterium tuberculosis* ; DTPCa : vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, et la coqueluche acellulaire ; HepB : vaccin contre l'hépatite B ; TRODs : tests rapides d'orientation diagnostique

* recherche hématurie : régions à risque de schistosomose ; recherche protéinurie recommandée à l'examen systématique des 6 ans chez tous les enfants en France ; ** 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 ; ° Carte actualisée des pays à risque disponible sur <https://leadpollution.org> ; *** Sur point d'appel clinique (antécédent d'hémolyse, ictère), en cas de bilan pré-thérapeutique ou de diagnostic d'autres maladies du globule rouge ; % personnes originaires des zones forestières de l'Angola, Cameroun, du Gabon, de la Guinée équatoriale, du Nigéria, de la République du Congo, de République centrafricaine, de la 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 microfilariémie diurne peut ne pas être accessible en ville, dans ce cas sérologie filariose seule ; ° EPS ou PCR multiplexe parasitoses sur 3 prélèvements de selles à quelques jours d'intervalle ; °° EPU ou PCR schistosome urinaire sur miction complète (premières urines du matin si possible), ou sur urines des 24h si réalisable (mieux) en cas de sérologie schistosomose positive ou si de réalisation facile ; \$ chez les filles en âge de procréer et y compris chez les filles dont la mère est originaire de zone d'endémie. Sérologie facturée hors nomenclature par certains laboratoires ; & après avoir prévenu le Centre Régional de Dépistage Néonatal

Cas clinique (suite)

- Quelques semaines plus tard, vous avez l'heureuse surprise d'être contacté sur votre bip d'avis à l'hôpital par Emilie. Elle vous informe qu'elle vient de récupérer le bilan de santé d'Aziz et que **l'antigène HBs est revenu positif**. Elle s'inquiète de savoir si c'est cela qui expliquerait sa fatigue, ne se sent pas très à l'aise pour faire le bilan elle-même et aimerait savoir si vous seriez ok pour prendre le relai de son suivi.
- La demande d'AME a bien été déposé par l'ASS de l'Hôtel Dieu, mais le jeune n'a pas de nouvelles
- Que lui répondez vous?

Cas clinique (suite)

- Vous avez pu réaliser un premier bilan à Aziz dans votre hôpital grâce à un bon PASS délivré par votre ASS.
- Les résultats sont les suivants:
 - AgBs positif, Ac antiHBs négatif, Ac antiHBc positif
 - AgHbe positif, Ac antiHBe négatif
 - ASAT 120 UI/L, ALAT 135 UI/L, GGT 30 UI/L, PAL 70 UI/L, Bili 11 umol/L
 - Charge virale VHB: 1,2 millions UI/ml
- Créatinine 89 umol/L
- Sérologie VIH et VHC négatives
- TPHA positif, VDRL 1/8
- TP 80%
- Actitest/Fibrotest: A3/F2
- Echographie abdominale:
 - foie de taille normale, d'échostructure normale, sans lésion focale
 - Lésion de la paroi vésicale nodulaire à proximité du méat urétral avec dilatation urétérale gauche en amont

Quelle est votre conduite à tenir?

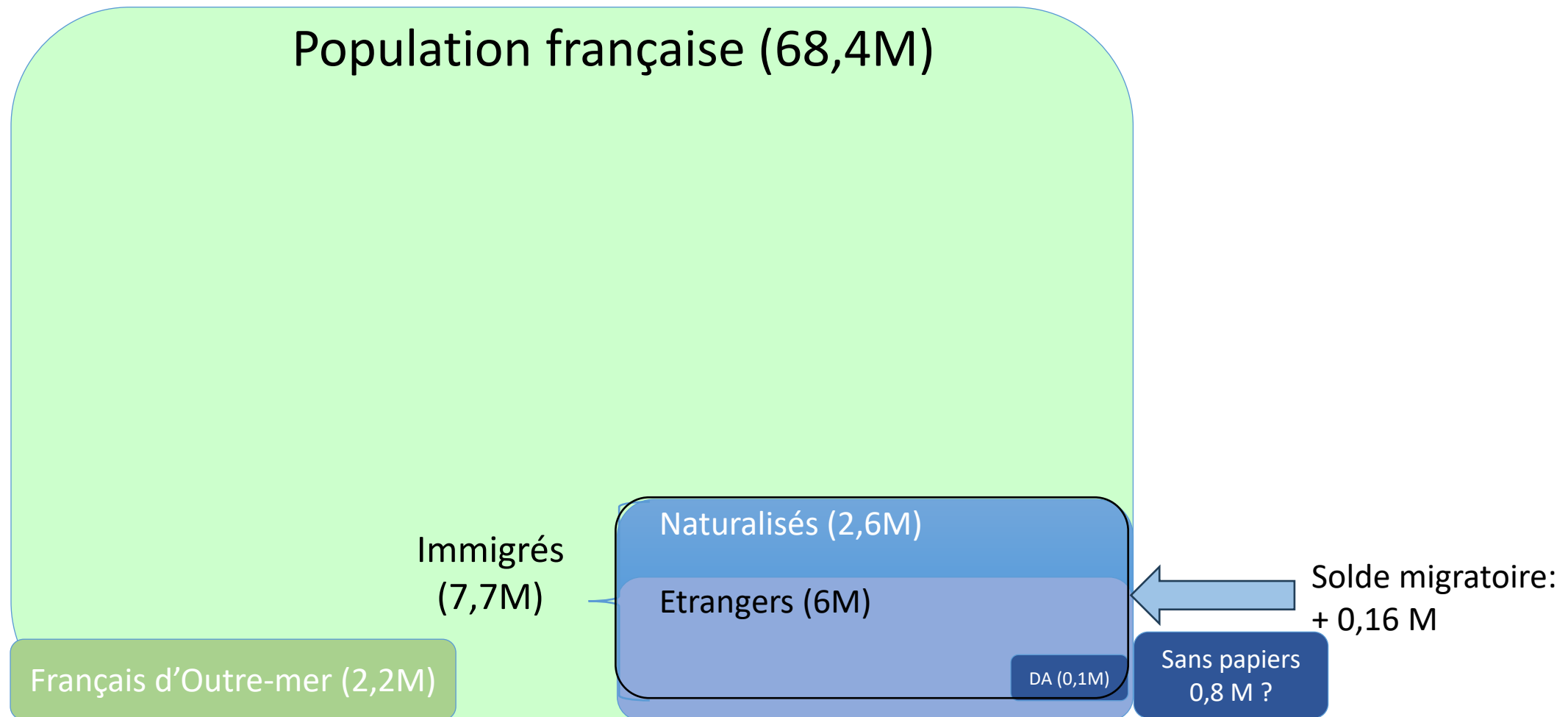
Cas clinique (suite)

- Vous revoyez Aziz en consultation
- Il poursuit son traitement par tenofovir 245 mg quotidien avec une bonne tolérance et observance
- Il a obtenu l'Aide médicale d'état, ce qui va vous permettre de programmer un hôpital de jour avec une élastométrie hépatique
- Sa minorité n'a finalement pas été reconnue et il est toujours sans titre de séjour et sans logement stable. Il a commencé à faire des petits boulots dans la restauration.
- Il vous demande si vous pouvez l'aider pour les papiers
- Que lui répondez vous?

Merci

Comment définiriez vous un
“migrant”?

Population immigrée en France en 2023



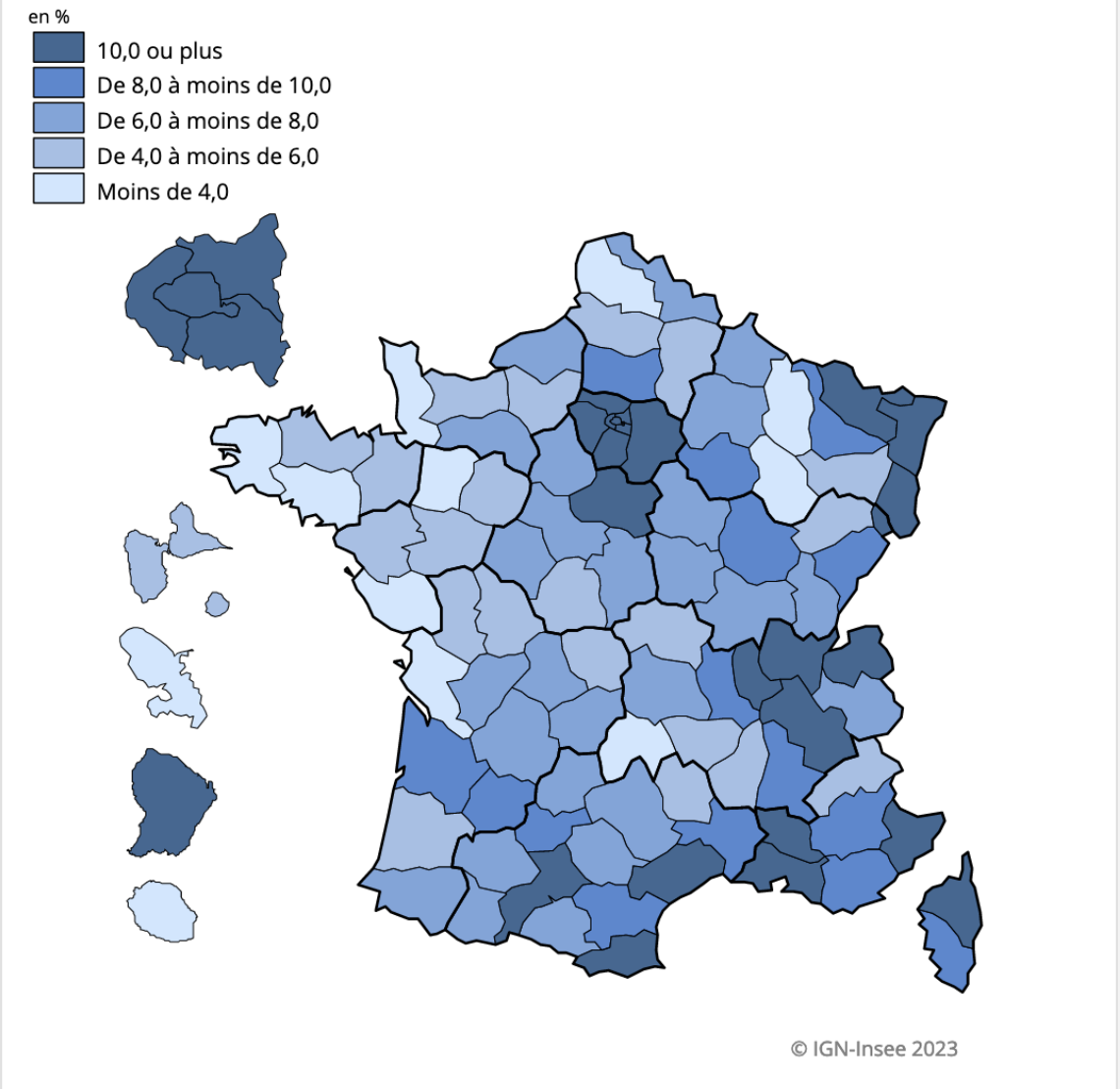
Origines des immigrés (Insee 2017)

- Union européenne : 29%
- Autres pays d'Europe de l'Ouest: 4%
- Autres pays avec un indice de développement humain très élevé: 10%
- Pays tiers: 57%

Où sont les immigrés?

- In 2020-2021:
 - 20% of the population of Paris is immigrant
 - 32% of the population of Seine-Saint-Denis
 - compared with 10% of the population of France excluding Mayotte
- 37% of immigrants live in Île-de-France region
 - which accounts for 18% of the total population in France

Figure 1 - Part des immigrés dans la population par département en 2020-2021

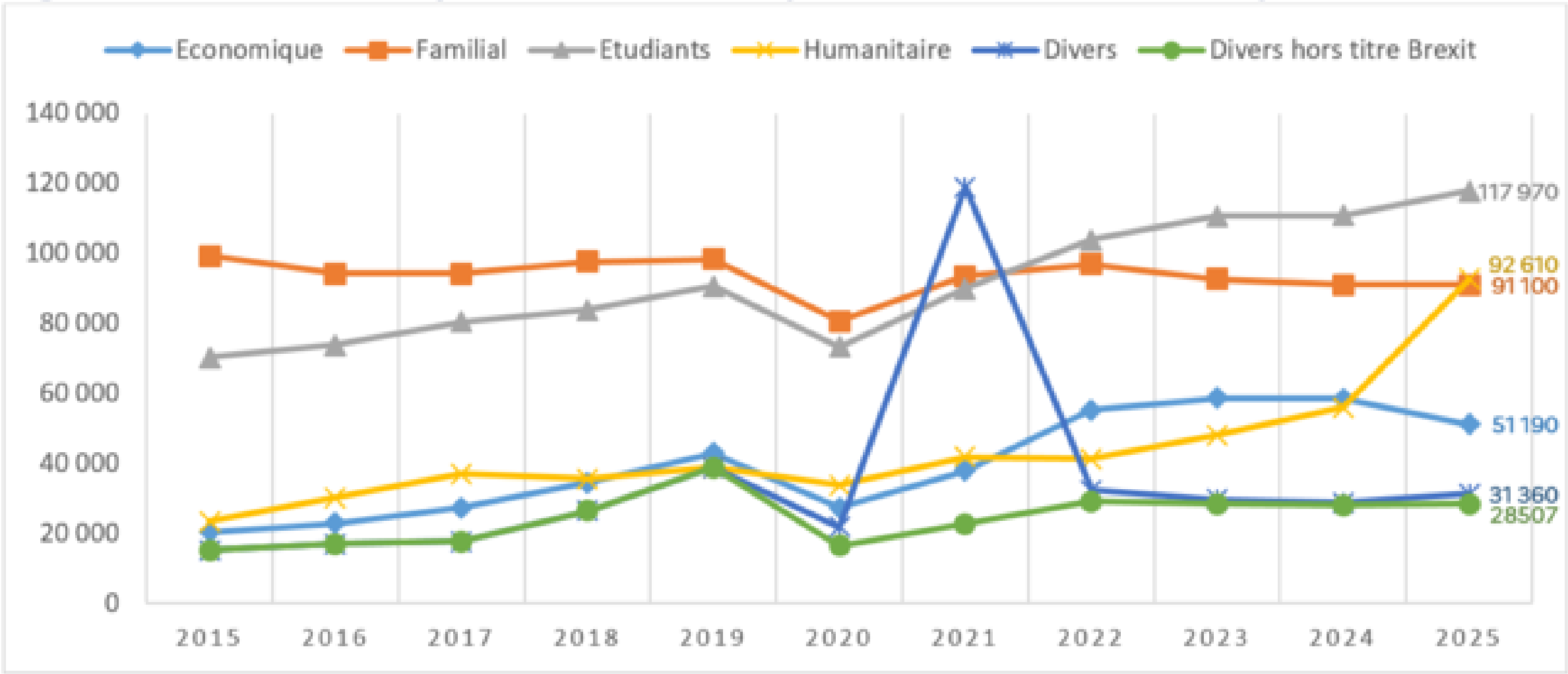


Lecture : en 2020-2021, 11,0 % de la population de l'Ain est immigrée.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Insee, estimations de population 2020-2021.

Primo-délivrances : répartition par motif



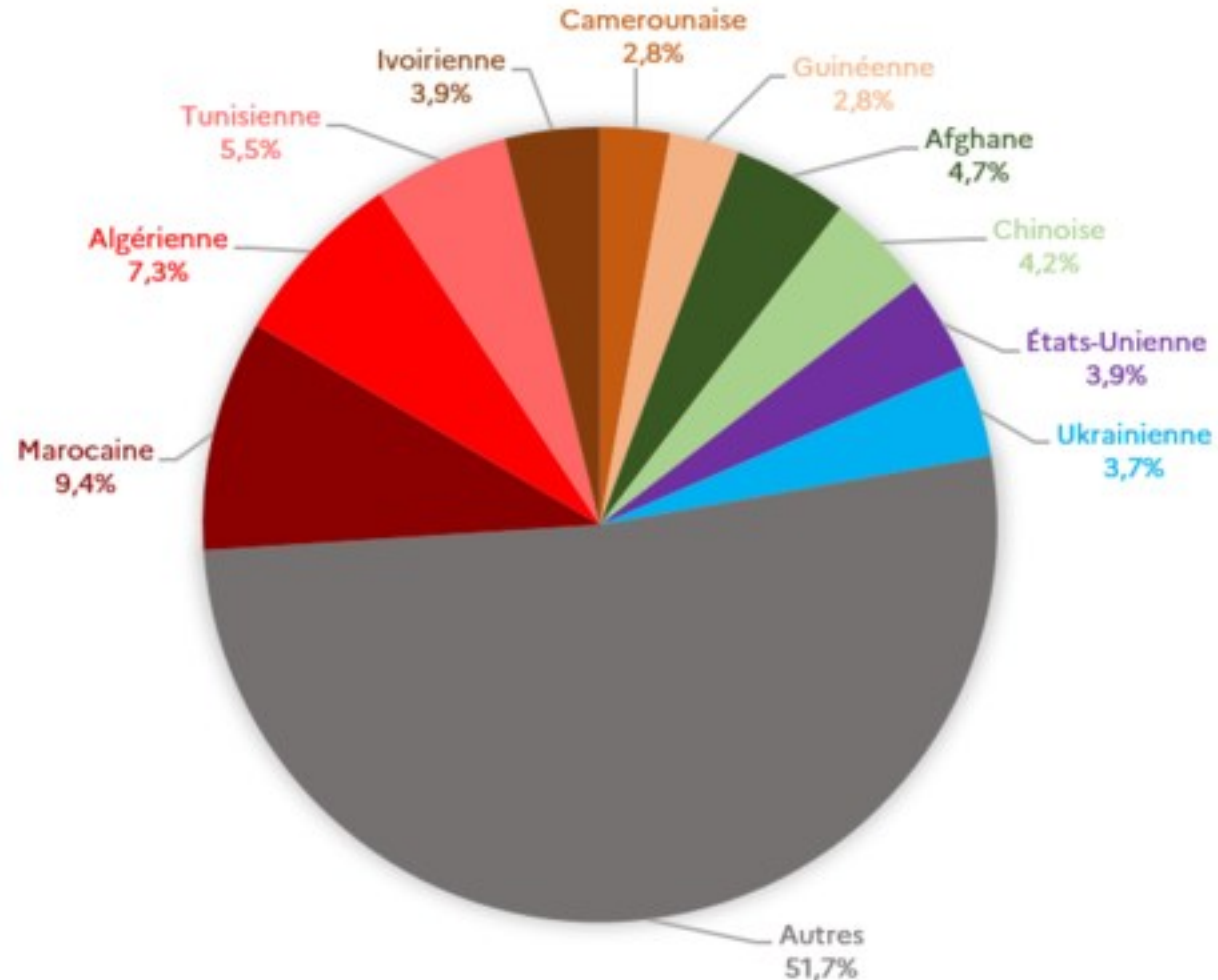
Source : MI-AGDREF/DSED

Champ : France/Ressortissants pays tiers

dont étranger malade	4 403	3 291	3 186	3 061	2 930	- 4,3 %
----------------------	-------	-------	-------	-------	-------	---------

<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Les-chiffres-de-l-immigration-en-France/Sejour>

Primo-délivrances 2025 : répartition des principales nationalités

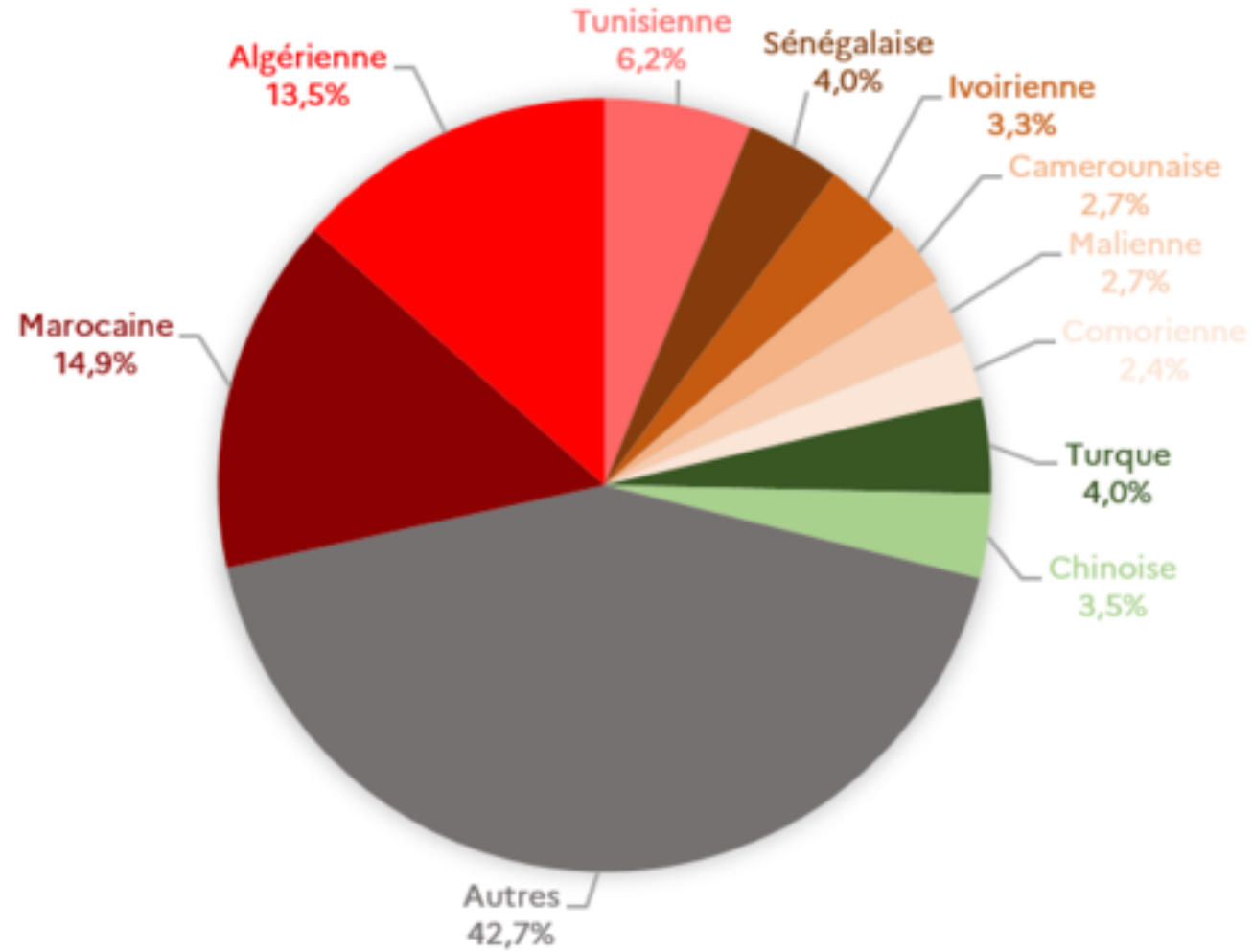


Source : MI-AGDREF/DSED

Champ : France/Ressortissants pays tiers

<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Les-chiffres-de-l-immigration-en-France/Sejour>

Renouvellements 2025 : répartition des principales nationalités

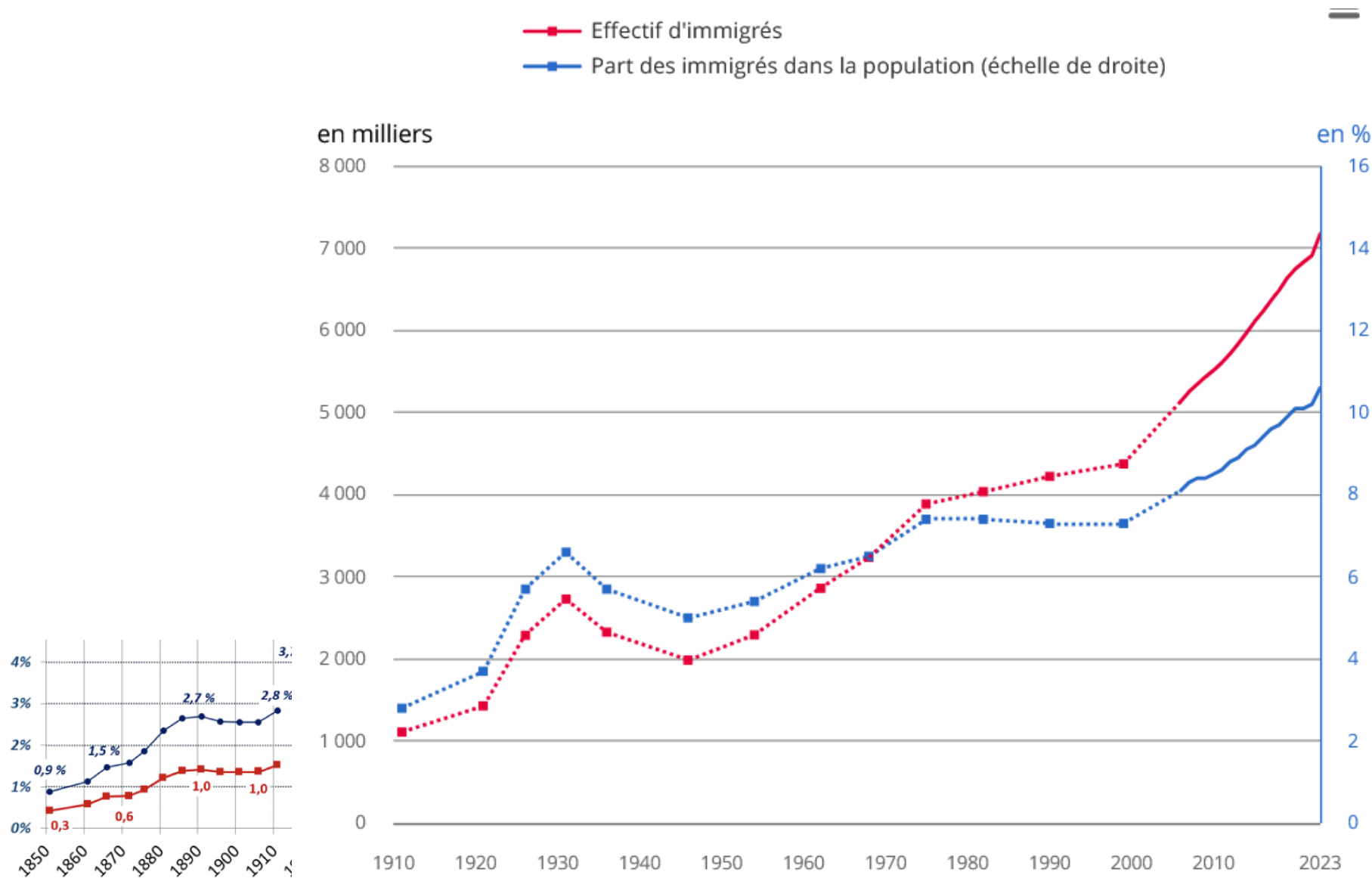


Source : MI-AGDREF/DSED

Champ : France/Ressortissants pays tiers

<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Les-chiffres-de-l-immigration-en-France/Sejour>

Population immigrée en France (1921-2023)



Note : Données provisoires pour 2022 et 2023.

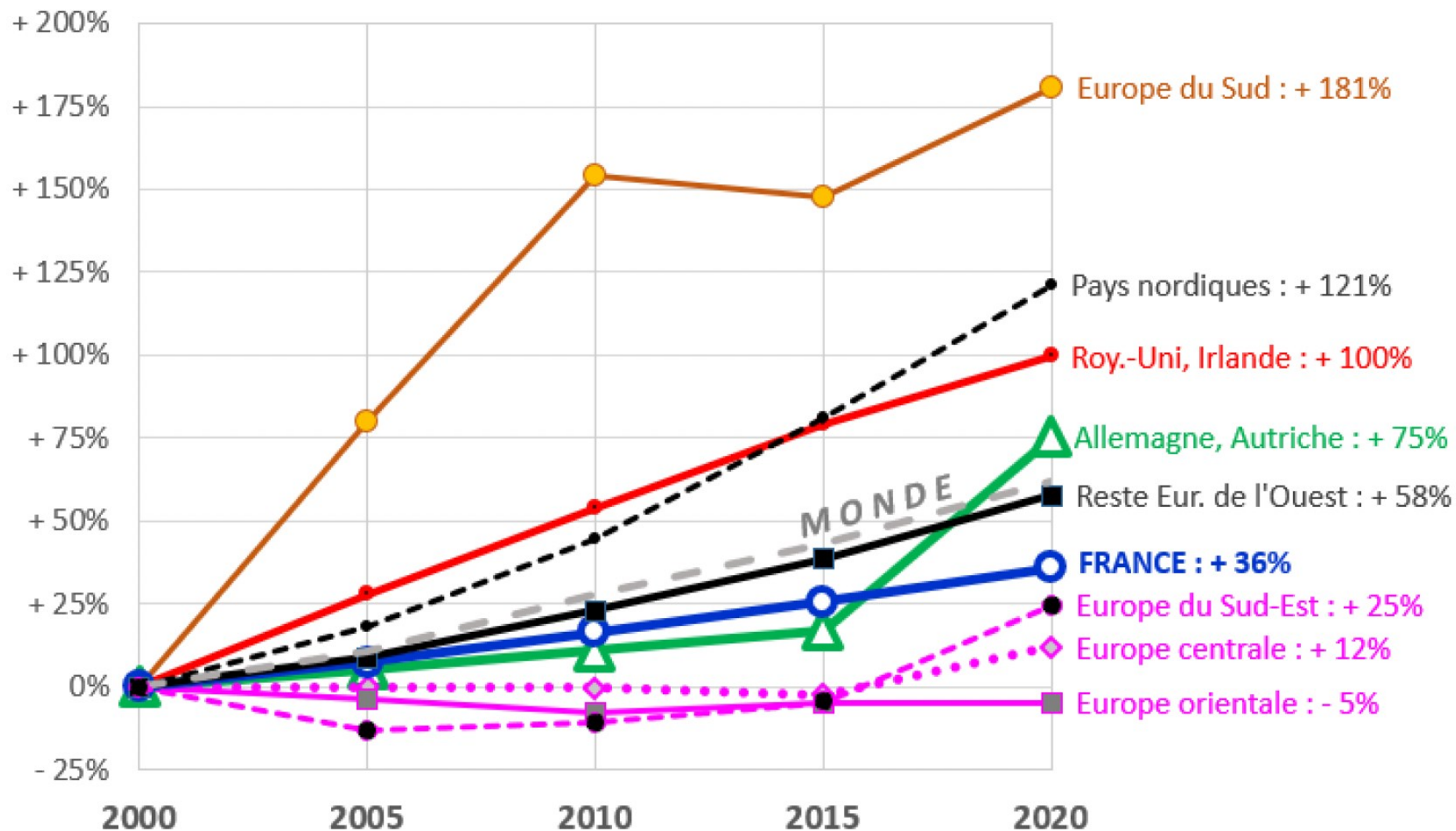
Champ : France métropolitaine jusqu'en 1982, France hors Mayotte à partir de 1990.
Source : Insee, recensements de la population et estimations de population.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8242329>

Progression relative du nombre d'immigrés depuis 2000 dans le monde, en Europe et en France métropolitaine

Source : ONU, *International Migrant Stock*, 2020

N.B. : définition ONU (inclut les nationaux nés à l'étranger)



Progression mondiale : + 62 % (de 173 à 281 millions)

F. Héran CdF 12

Immigrants, 2018 (per 1 000 inhabitants)



(¹) Estimate.

(²) Provisional.

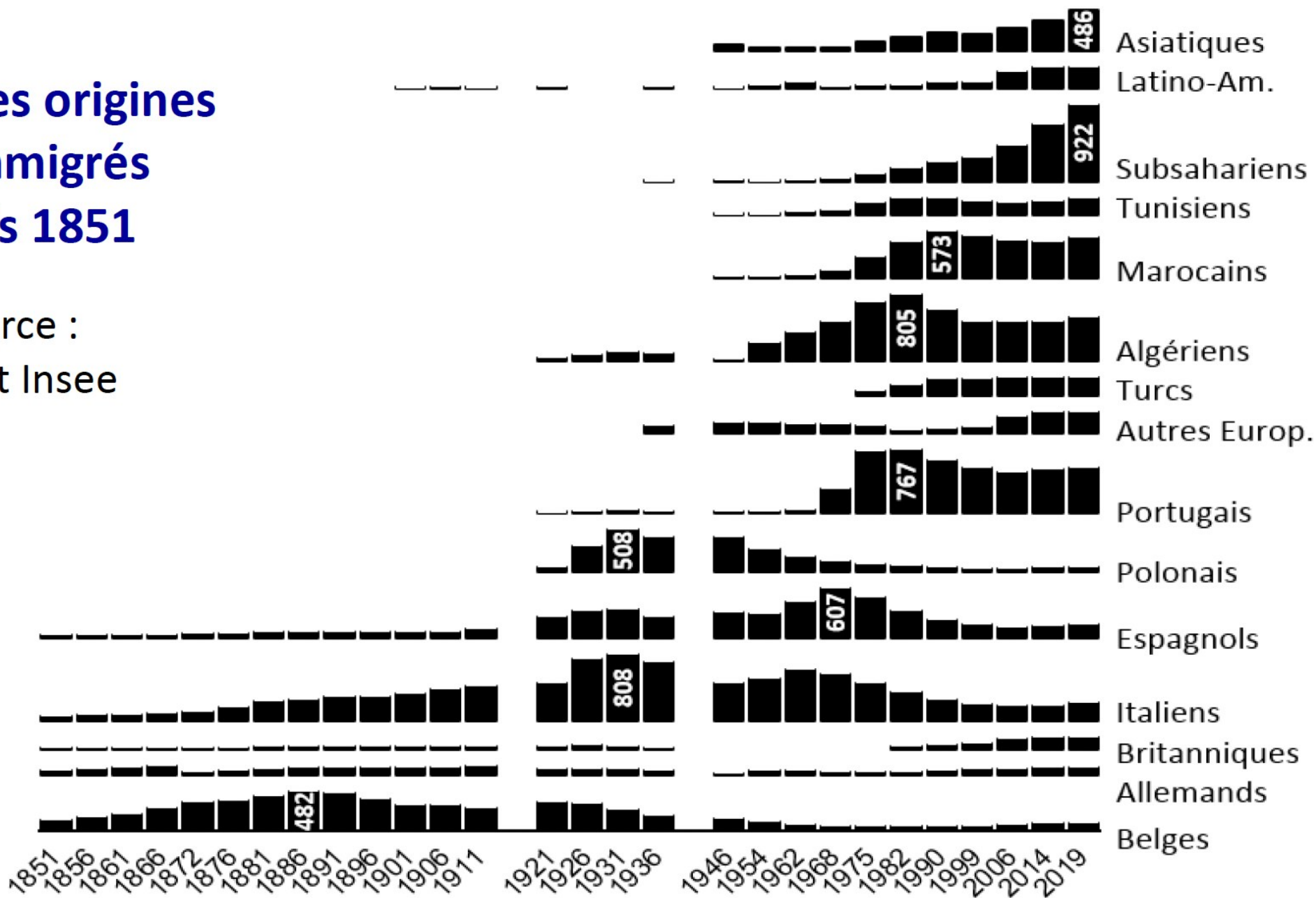
Source: Eurostat (online data codes: migr_imm1ctz and migr_pop1ctz)

eurostat 

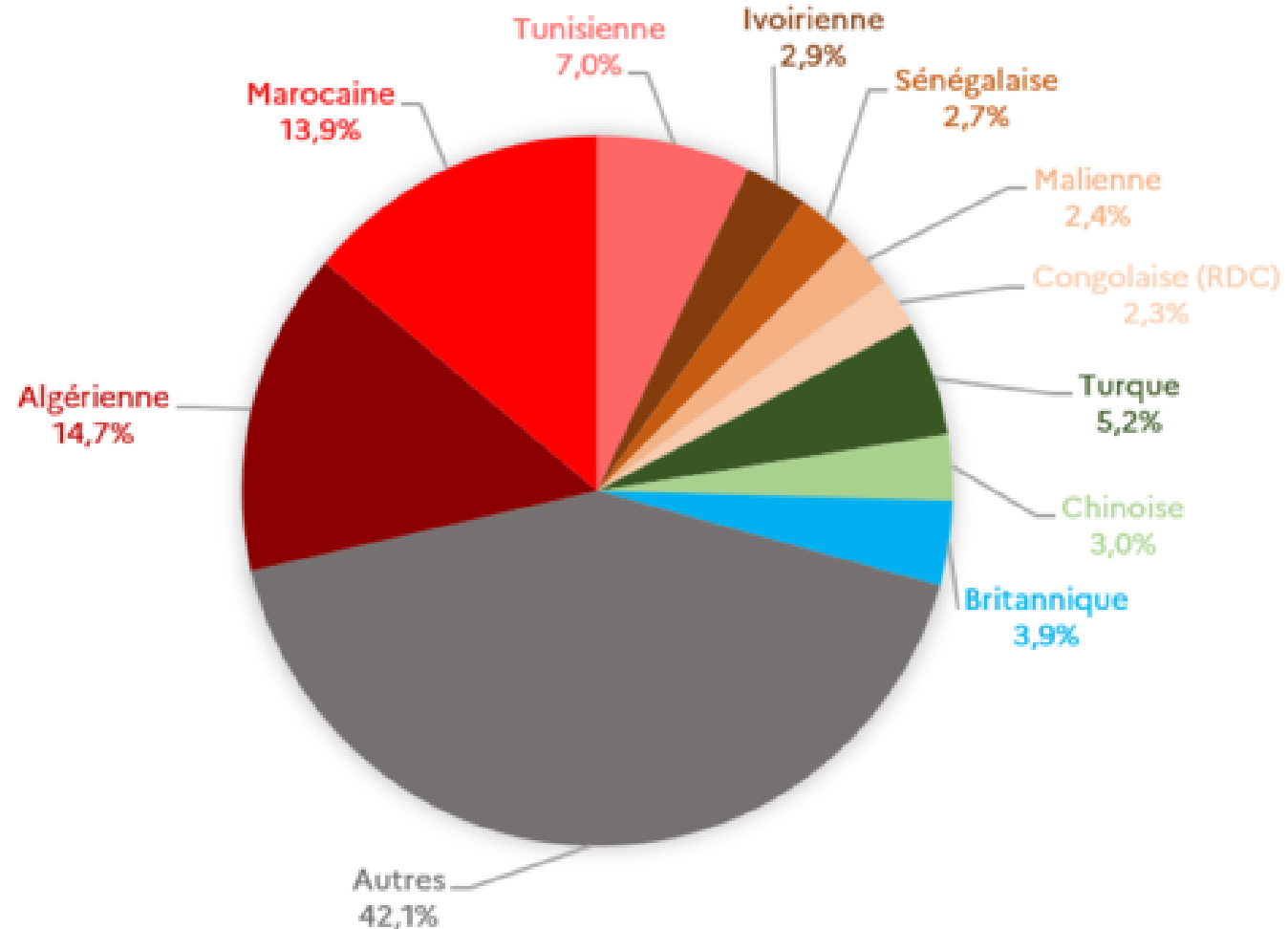
- 2.4 million immigrants entered the EU-27 from non-EU-27 countries in 2018.
- 21.8 million people (4.9 %) of the 446.8 million people living in the EU-27 on 1 January 2019 were non-EU-27 citizens.
- EU-27 Member States granted citizenship to 672 thousand persons in 2018.

Principales origines des immigrés depuis 1851

Source :
SGF et Insee



Etrangers en France 2025 : répartition des principales nationalités

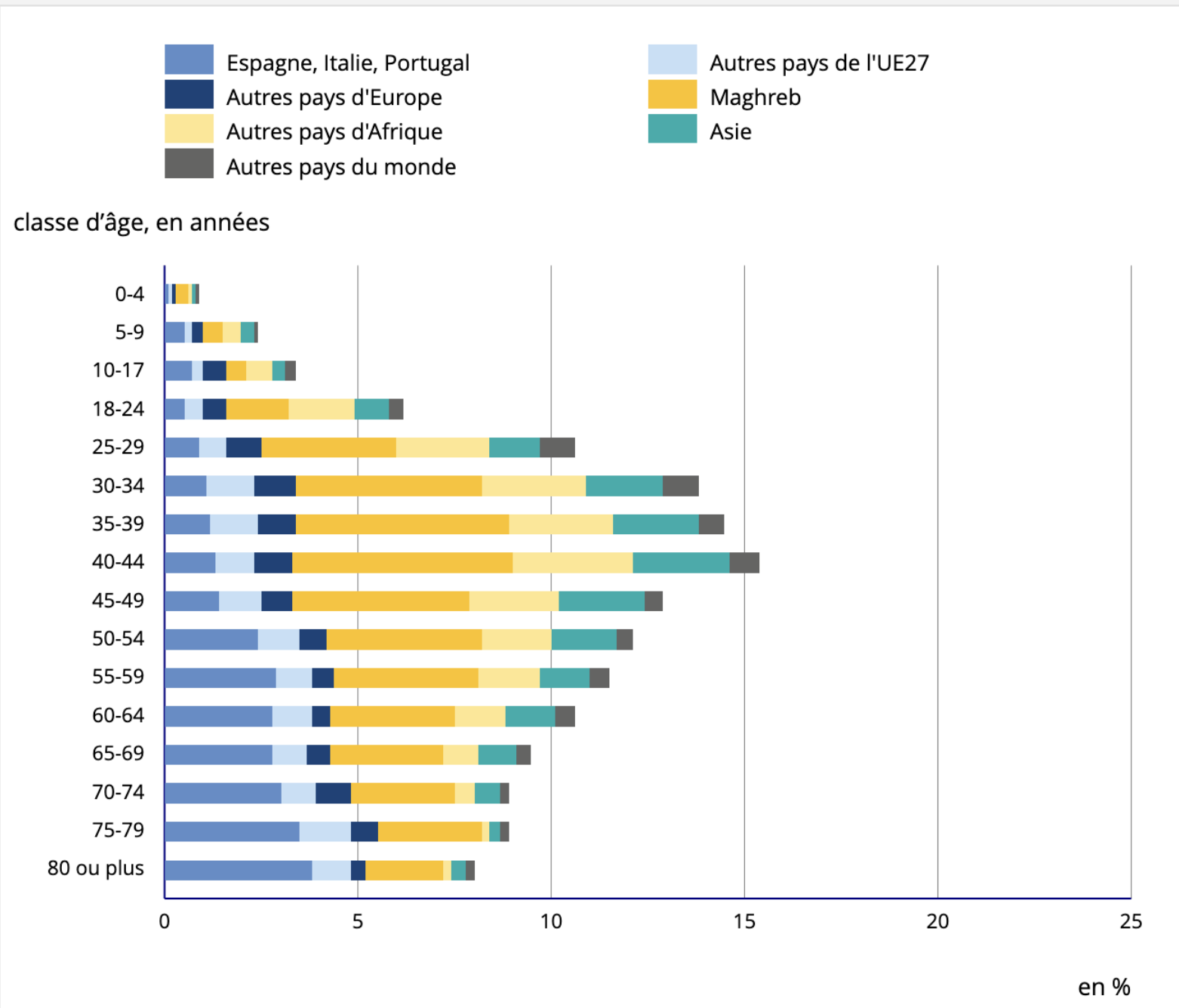


Source : MI-AGDREF/DSED

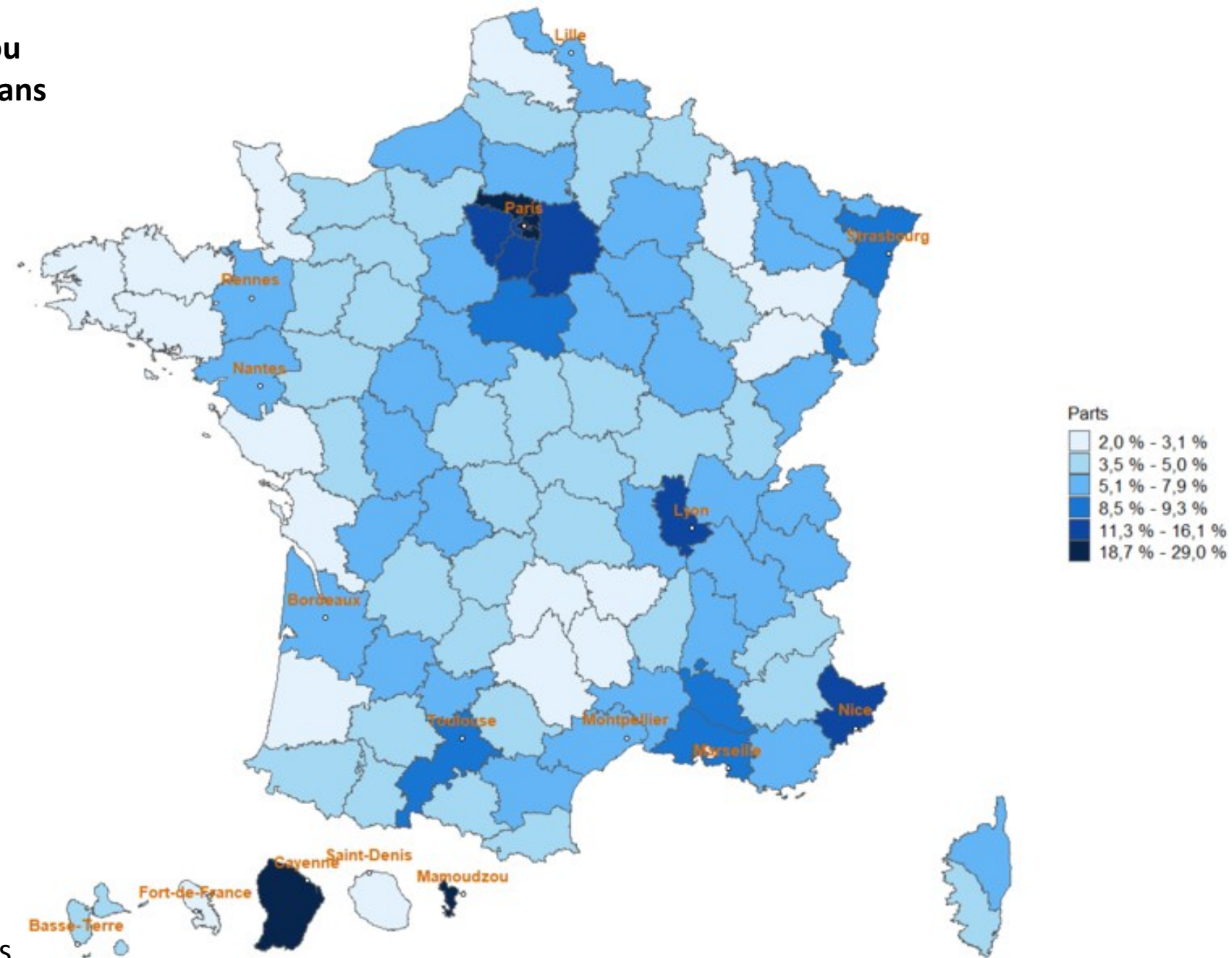
Champ : France/Ressortissants pays tiers

<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Les-chiffres-de-l-immigration-en-France/Sejour>

Figure 2a – Origine géographique des immigrés (G1) par classe d'âge



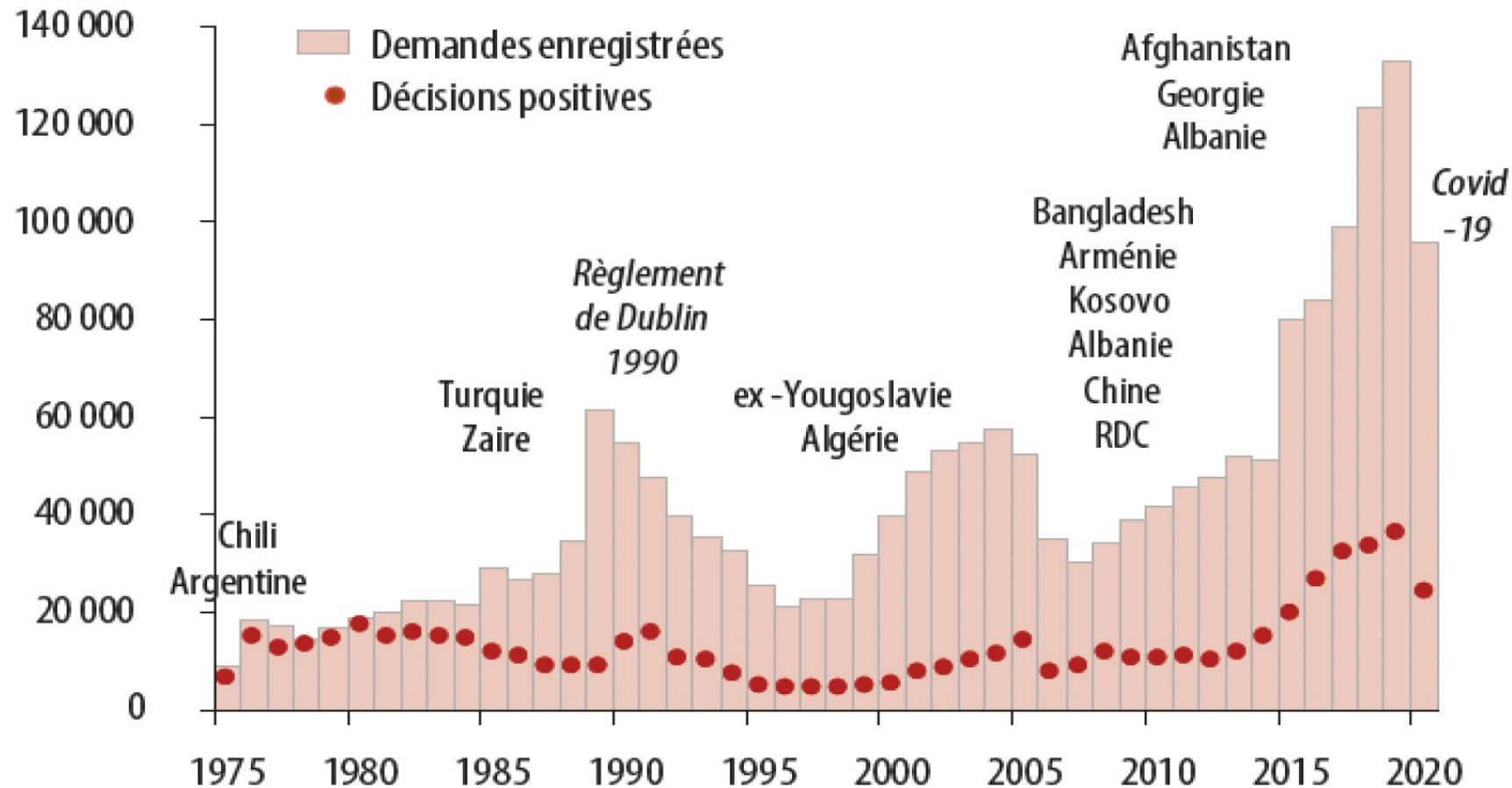
Part des étrangers titulaires d'un titre ou document provisoire de séjour valide dans la population par département au 31 décembre 2025



Verbatims (synthèse)

- Migrants
- Immigrés
- Etrangers
- Demandeurs d'asile
- Exilés
- Clandestins
- Sans papiers
- Etrangers malades

La demande d'asile en France, depuis 1975



F. Hérán, CdF 22

2019:
132 700

2020:
96 424

Premiers pays:
Afghanistan
Albanie
Géorgie
Guinée
Bangladesh

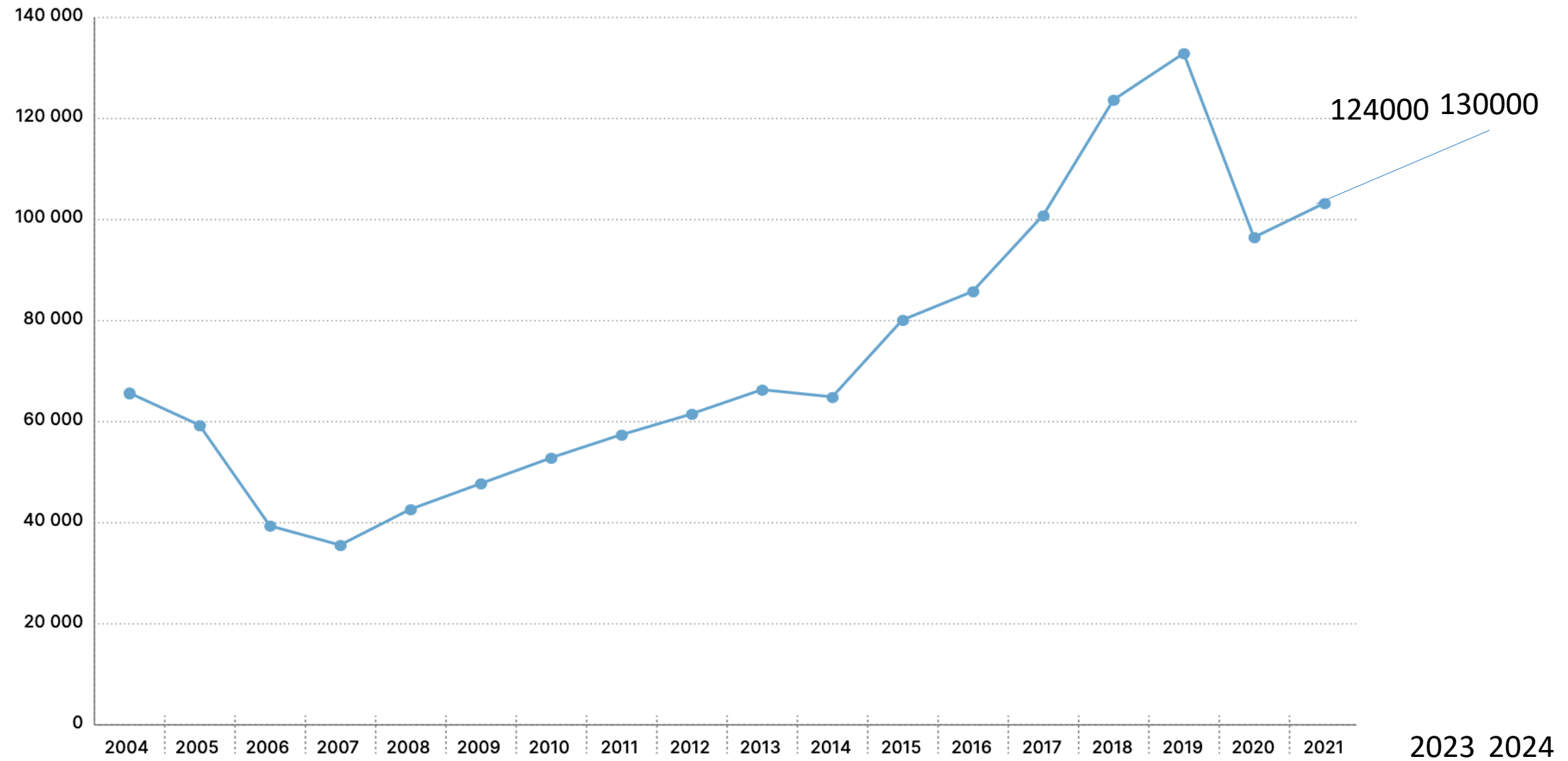
Premiers pays:
Afghanistan
Guinée
Bangladesh
Côte d'Ivoire
Nigéria
RDC

Taux d'accord:
24% soit
46 200 pers.

Turquie
Pakistan
Haïti
Somalie

Taux d'accord:
24% soit
33 204 pers.

Évolution du nombre total de demandes de protection en France depuis 2004



Demande d'asile en 2023

- 124649 premières demandes d'asile
- Hommes: 62%
- Adultes 74%, âgés en moyenne de 33 ans
- Mineurs non accompagnés (1329)
- Célibataires 1/2

Autres groupes en situation de vulnérabilité

- (Demandeurs d'asile)
- Femmes migrantes : 52% des personnes primo-arrivantes
- Mineurs non accompagnés et autres enfants migrants
- Personnes immigrées vieillissantes
- Personnes sans papiers ou avec un droit au séjour précaire
- Personnes migrantes en situation de précarité
- Personnes migrantes allophones
- Personnes migrantes LGBT

Eloignements

- 2739 éloignements Dublin en 2023 (23% des éloignements)

Engagement associatif

- 4 ans après l'obtention d'un premier titre de séjour, 13% des immigrés sont engagés dans une association
 - >4/10 une association de solidarité ou d'entraide
 - Plus souvent si ont été aidé par une telle association

Précarité, vulnérabilités

Facteurs fragilisant les personnes migrantes

- Exil
- Violences
- Discriminations et racismes
- Déclassement social
- Allophonie ou mauvaise maîtrise de la langue
- Précarité financière & absence carte de transport & insécurité alimentaire
- Précarité administrative
- Absence du logement
 - Vulnérabilité sexuelle
- Isolement social et relationnel
- Retard, limitation et refus de soins

Enjeux de prévention

Spécificités état de santé chez les migrants

- **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 (50 000 personnes)
- 77% des **paludismes** d'importation
- **TB**: incidence x 8
- **Bilharziose** fréquentes
- **Parasitoses digestives** fréquentes
- Autres (Syphilis, Maladie de Chagas, Filariose, BMR, HTLV1 etc...)
- Formes plus graves car diagnostic tardif et mortalité augmentée par maladies infectieuses

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

Diphthérie et migration: Europe

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).

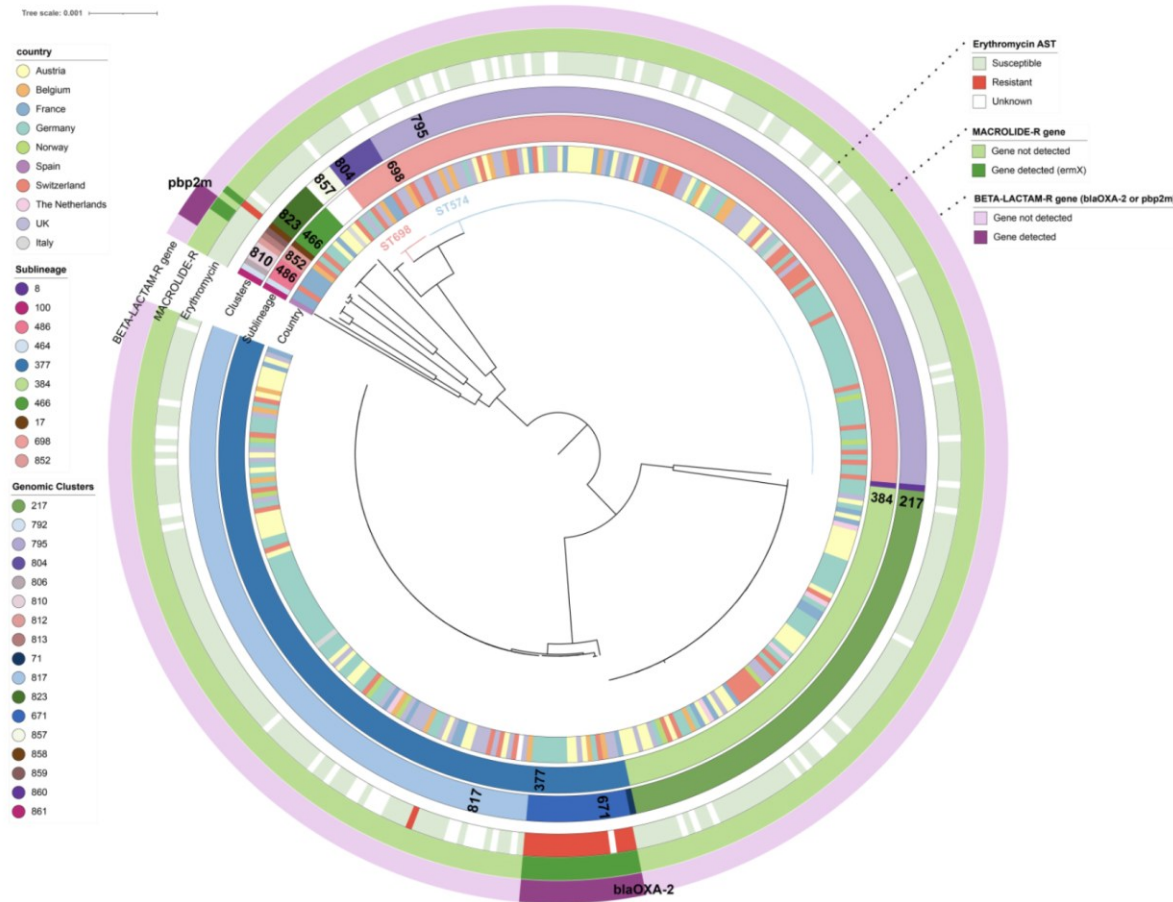
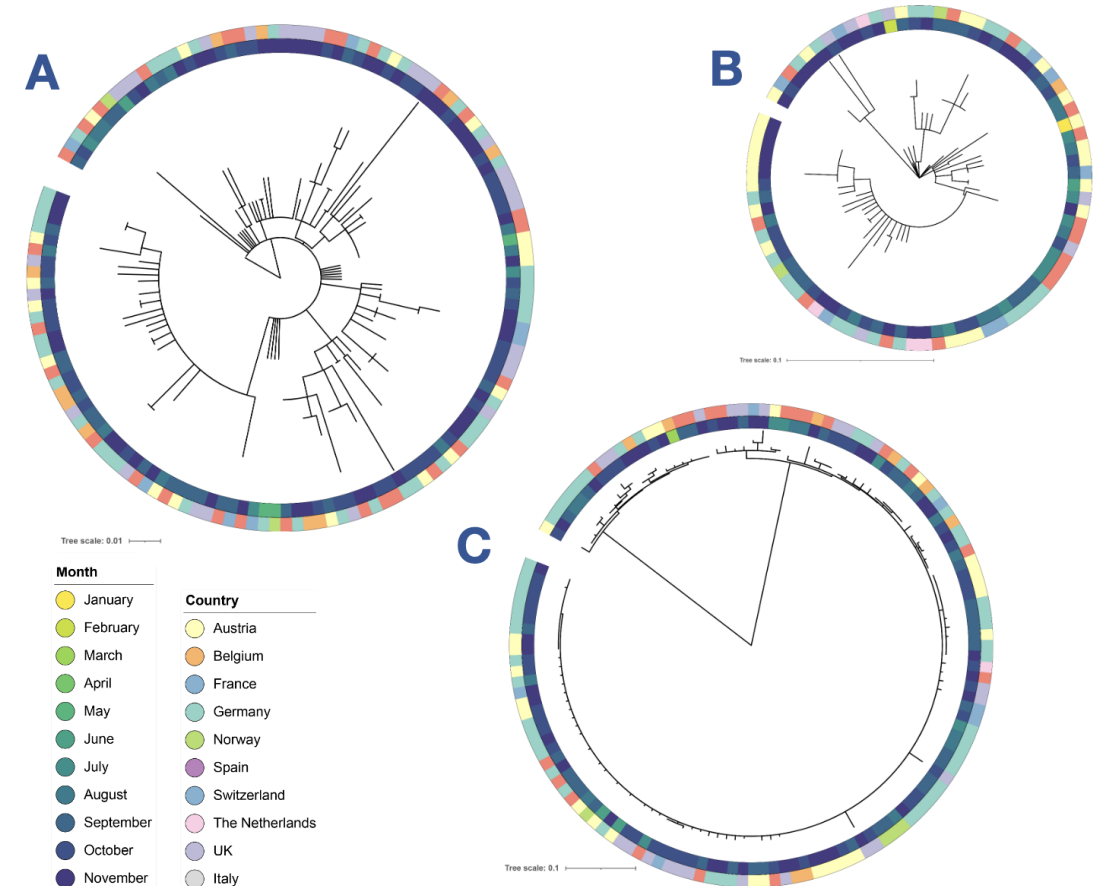


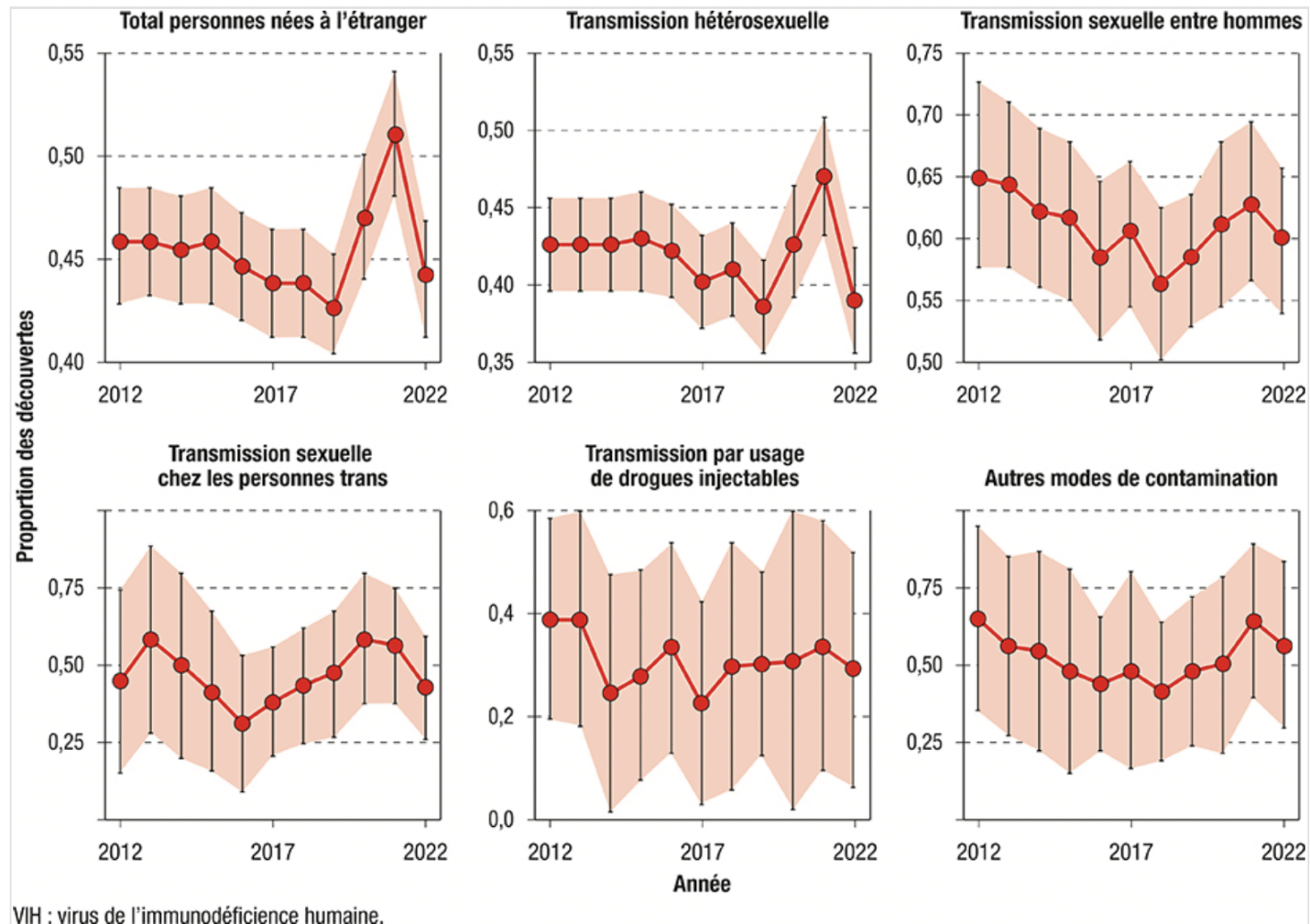
Figure 3: SNP based phylogenies within clusters. **A** GC795 (ST574; n=134); **B** GC217 (ST384; n=80); **C** GC817 and GC671 (ST377; n=116 and n=19). Metadata rings represent month of isolation and country in which the isolates were sampled, displayed using iTOL v6.7.3. Trees are rooted on relevant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



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

45% des PVVIH nés à l'étranger infectés en France

Figure 1 : Proportion de contaminations au VIH après l'arrivée en France parmi les découvertes de séropositivité chez les personnes nées à l'étranger, selon le mode de contamination, 2012-2022



Prévention du VIH

- Approche globale en santé sexuelle
- Prise en compte des déterminants sociaux de la santé
 - Hébergement (hébergement social)
 - Droit au séjour (accompagnement juridique)
 - Lutte contre les violences subies et les inégalités de genre
 - Accès à une activité génératrice de revenu
- Place de la prévention biomédicale du VIH?
- Dépistage précoce et répété

Infectious Diseases Now 52 (2022) 61–67

Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com/en

ELSEVIER

Review

Addressing sexuality and sexual health with migrants. Practice guidelines

Hugues Cordel^a, Claire Tantet^a, Tatiana Stempak^b, Eric Billaud^c, Emilie Mosnier^{d,e}, Florence Huber^{f,g}, Sophie Florence^h, Delphine Leclerc^a, Anaëza Freire-Maresca^{a,i}, Hélène de Champs Léger^j, Marie Ahouanto^k, François Linard^l, Marie Petruzzi^m, Emmanuelle Hamelⁿ, Emmanuelle Le Layⁿ, Nathalie Lydiéⁿ, Anna Simon^o, Leslie Alcoulffe^p, Nicolas Vignier^{a,b,q,r,s,*}

> [Sante Publique](#). 2022;34(3):383–390. doi: 10.3917/spub.223.0383.

Initier la PrEP en médecine de ville et envisager la santé sexuelle des personnes en situation de migration

[Article in French]
[Marie Ahouanto-Chaspoul](#), [Françoise Linard](#), [Agnès Giannotti](#), [Vanessa Viomesnil](#), [Jacques Phammavanh](#), [Franck Vanlerberghe](#), [Christophe Segouin](#)

PMID: 36575120 DOI: [10.3917/spub.223.0383](#)

--

AVIS

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

Version du 6 mai 2015

Visite médicale < 4 mois pour
les primo-arrivants

- = RDV santé
 - Où ?... Lieu unique
 - Information
 - Interprétariat
 - Accès aux soins
 - Examen clinique
 - Vaccin
 - Dépistage ITL (Via le CLAT?), VIH, VHB, VHC
 - +/- Hémoglobinopathie, diabète, saturnisme, BU, EPS

Un « bilan de santé migrants »?

- Intérêt de mutualiser les efforts de dépistage de différentes maladies. Accessibilité? Prise en charge? Moyens?
- Variable en fonction du profil. Et variabilité des pratiques +
- A considérer:
 - Evaluation socio-jurique
 - Examen clinique (TA+) + BU
 - NFS, iono, urée, créat, ASAT, ALAT, glycémie (≥45ans)
 - Sérologies VIH, VHB, VHC, TPHA/VDRL (Fdr), PCR Chlamydiae/gono (≤25 ans et Fdr)
 - Radio pulmonaire (IDR/IGRA pour les moins de 18 ans ou 40 ans sous conditions)
 - Recherche souffrance psychique, notion de violences subies, vulnérabilité sexuelle
 - FCV/PCR HPV, dépistage K colon, dépistage K sein selon sexe et âge
 - Examen dentaire +/- OPH, ORL
 - Sérologie bilharziose (ASS), Chagas (Am Sud)
 - +/- Examen parasitologique des selles et des urines, frottis « midi »
 - Et/ou traitement antiparasitaire systématique ivermectine 200 ug/kg + albendazole 400 mg/j pdt 3 j
 - +/- test de grossesse, besoin de contraception
 - +/- Electrophorèse de l'hémoglobine (ASS, Inde, Caraïbes)
 - Sérologies pré (VHB, varicelle, rubéole) ou post vaccinales (Ac antitétanique, Ac antiHbs)

Dépistage ou traitement de la Bilharziose:

coût efficace

Original Article

Presumptive treatment or serological screening for schistosomiasis in migrants from Sub-Saharan Africa could save both lives and money for the Italian National Health System: results of an economic evaluation

Lorenzo Zammarchi¹, MD^{1,2,*}, Annarita Botta, MD¹, Marta Tili, MD¹, Federico Gobbi, PhD³, Alessandro Bartoloni, MD^{1,2} and Sara Boccalini, PhD⁴



International Society of Travel Medicine
Promoting healthy travel worldwide
Established 1991

Journal of Travel Medicine, 2023, 1–7
<https://doi.org/10.1093/jtm/taac140>
Original Article

- Italie, 2014-2017
- 100 000 migrants ASS
- Modélisation
 - Assomption
 - Prévalence : 21,2%
 - Symptomatique : 60%
 - Ttt efficacité : 75%
 - Séquelles : 20%
- Modèle de Marko
- Critères de jugement
 - Cout
 - QALY

Table 1. Clinical and economic impact of different strategies for management of schistosomiasis in Sub Sahara African refugees in Italy, 2014–2017

	Survivals	Sequelae	Costs (Euro) 1st year	Total costs (28 years) (discounted)
Passive diagnosis	9519	2278	608 324	7 784 534
Screening programme	15 932	1215	3 836 480	7 662 991
Presumptive treatment	18 285	795	2 816 936	5 321 197

All costs in Euro are referred to 2018 pricelists. Discount rate of 3% was applied to all costs.

Table 2. QALYs of different strategies for management of schistosomiasis

	1st year	28 years (discounted)
Passive diagnosis	11 640	226 420
Screening programme	17 063	330 545
Presumptive treatment	19 025	368 206

Maladies à prévention vaccinale et migration

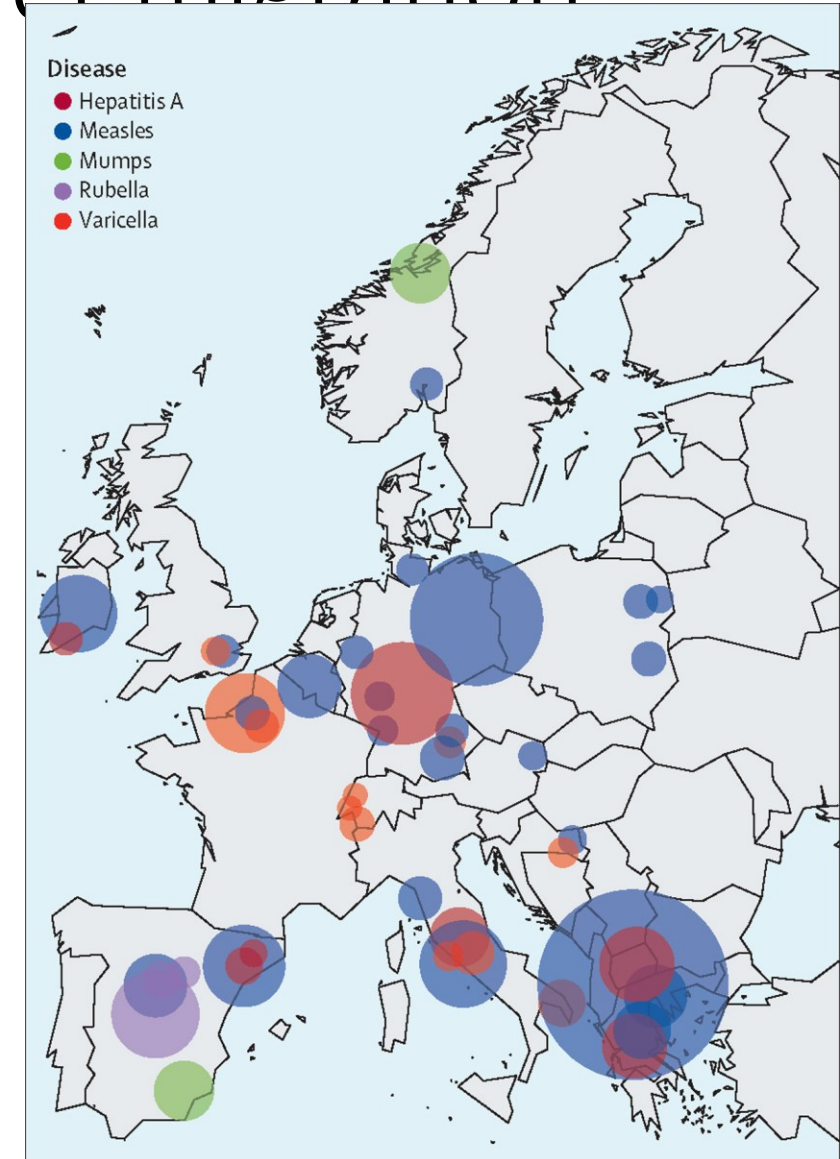
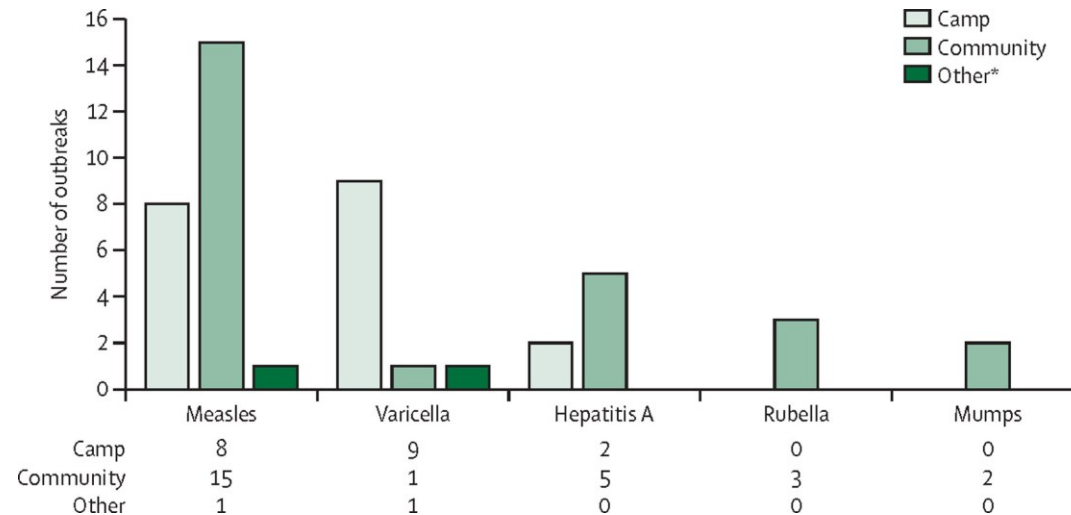
Migration and outbreaks of vaccine-preventable disease in Europe: a systematic review

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



- 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

Recos HAS / SPILF sur le rattrapage vaccinal chez les migrants

- Travail mené par le groupe Migration Prévention de la SPILF
- Copilotage HAS / SPILF



Enjeux d'accès aux soins

BACKGROUND

International human rights law (IHR) affirms the rights of migrants, regardless of status, to equal access to healthcare services in a non-discriminatory manner in their host countries. Here, we examine the disparities between the rights enshrined in international human rights law and national policies that should uphold these rights, including migrants' access to comprehensive primary healthcare and HIV services in the European region

METHODOLOGY

Georgetown University's HIV Policy Lab, a collaboration with UNAIDS and others, tracks the adoption status of 33 globally recommended laws and policies for 194 countries. We analyze whether country policies incorporate access to primary healthcare and HIV services to all migrants at par with the citizens. We classify country policies as the following:

- **Adopted:** National or subnational laws/policy makes primary healthcare and HIV services accessible to all migrants under the same conditions as citizens
- **Partially adopted:** National or subnational policy restricts access to primary healthcare or access to HIV services to all migrants under the same conditions as citizens
- **Not adopted:** National or subnational policy restricts access to primary healthcare and HIV services for some or all migrants

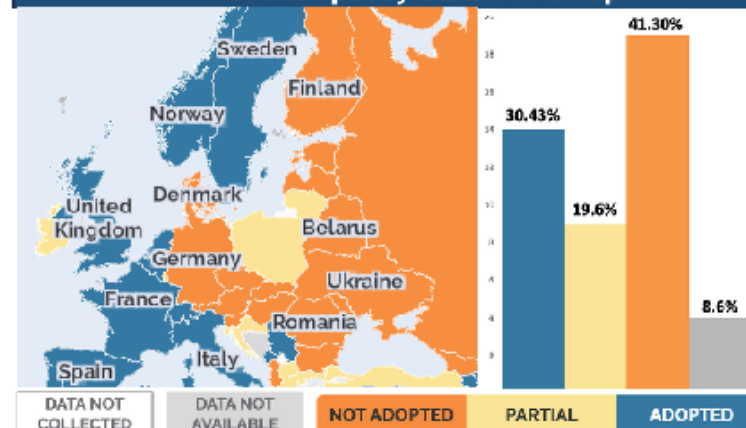
Migrants access to HIV services - Policy status in Europe



Migrants access to primary health care - Policy status in Europe



Overall policy status in Europe



RESULTS

Our findings suggest that;

- Out of the 44 European countries, only 14 countries have adopted optimal policies while 9 have partially adopted and 19 have not adopted optimal policies for migrants
- 54% of the countries have not adopted policies guaranteeing equitable primary health services to migrants
- Less than 50% of the countries ensure HIV-specific services to migrants at par with citizens as a matter of policy.
- Of the five countries with the highest number of refugees in Europe, Italy, Sweden, and France have adopted optimal policies while Germany and Austria have not.

CONCLUSION

Apart from impacting health outcomes, policies limiting access to health services for migrant populations are a violation of international law. Monitoring policy adoption status across countries in Europe could help inform efforts to improve access to health care for migrants. without unnecessary barriers.



Couvertures maladies

Couvertures maladies de base	Couvertures maladies complémentaires
Assurance Maladie (réforme PUMA)	Assurances privées, Mutuelles et Instituts de prévoyance
	Complémentaire Santé Solidaire (CSS) Avec ou sans participation
Aide Médicale d'Etat (AME)	
Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV)	
Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ou consultations associatives.	

Des barrières à l'accès aux soins

- Un système de santé universaliste mais avec des exceptions et un haut niveau de non recours (50% pour l'AME)
- Fréquence des renoncements aux soins pour raison financière et dans le soin
- Des refus de soins pour les bénéficiaires de la CSS et de l'AME
- Des discriminations subies dans le soin

Barrière de la langue

- Selon l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique : «Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne».
- Reconnaissance de la place de l'**interprétariat en santé** et de la **médiation en santé** dans **la loi n°2016-41** portant sur la modernisation de notre système de santé
 - Mais professionnels peu enclin à l'utiliser
 - Et ressources mises à disposition insuffisantes
- **Référentiel de compétence** élaboré par la HAS

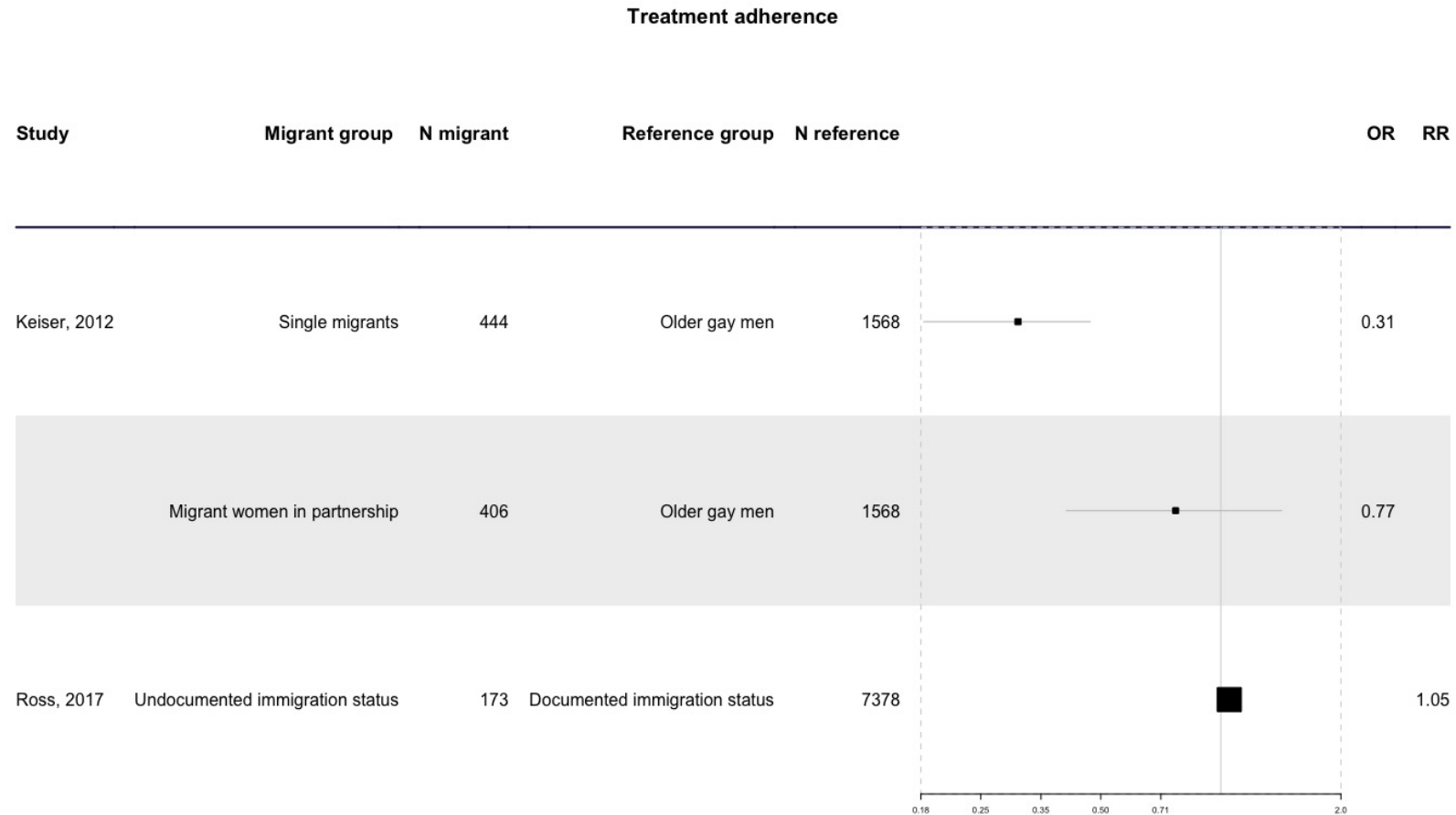
Secret, culture

- **Représentations** individuelles et collectives des maladies (VIH, psychiatrie notamment)
 - Discriminations et exclusion
- Secret, stigmatisation
- Poids de la **culture** (représentations traditionnelles de la maladie, etc.)
 - a un poids limité à côté des facteurs de vulnérabilités sociales
 - place disproportionnée donné historiquement en France
 - mais peut jouer un rôle dans certains cas

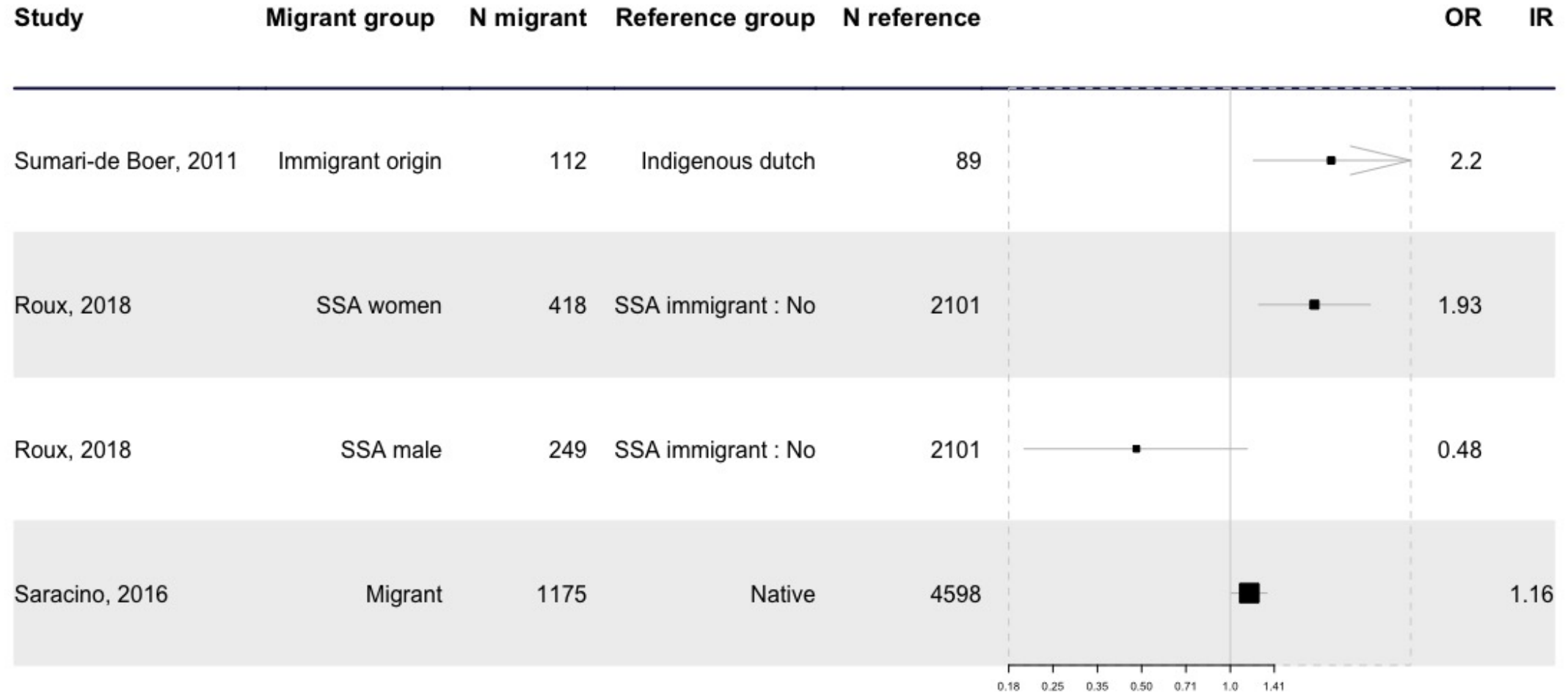
Secret, culture

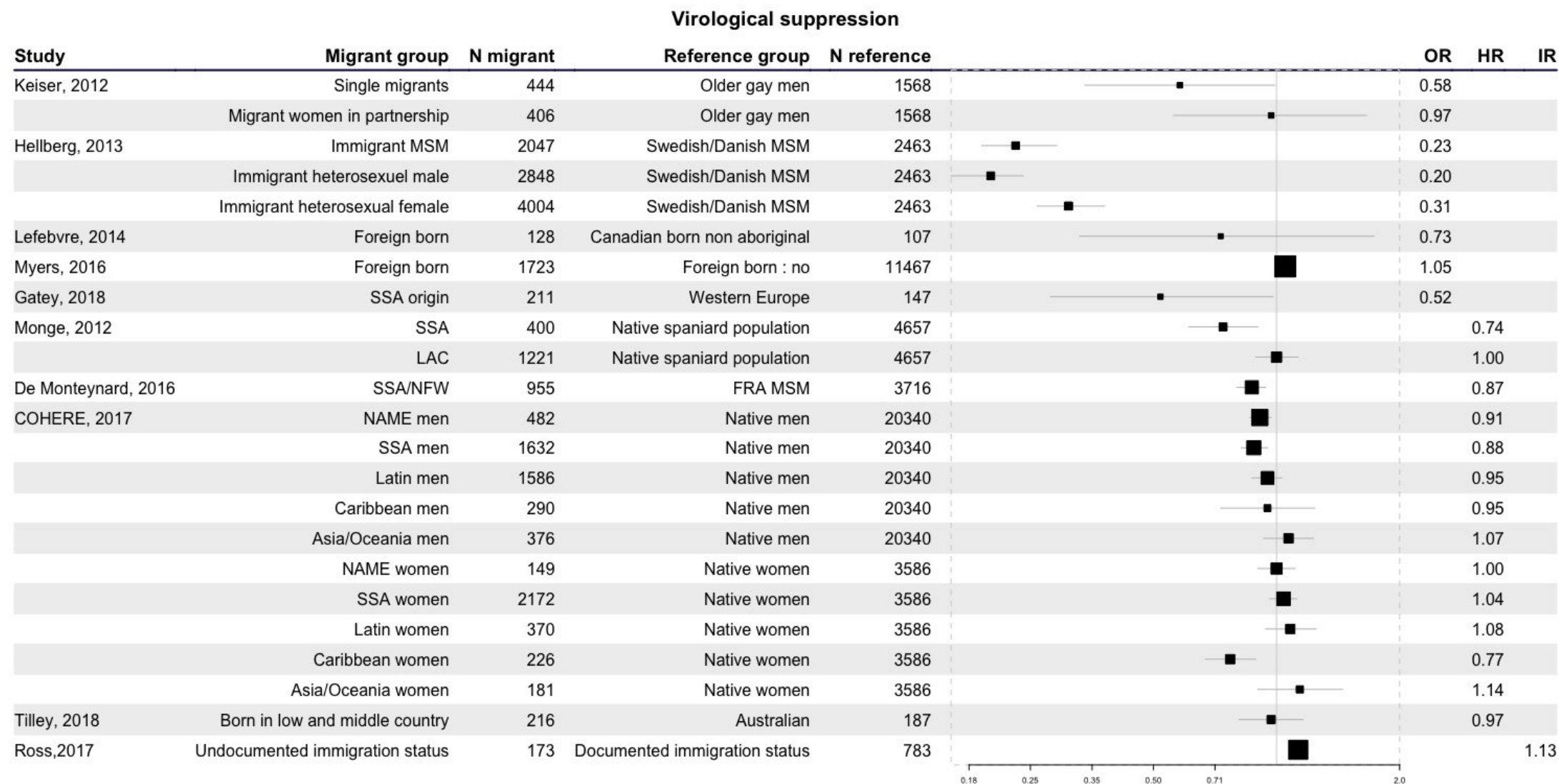
- Représentations individuelles et collectives des maladies (VIH, psychiatrie notamment)
 - Discriminations et exclusion
- Secret, stigmatisation
- Poids de la culture (représentations traditionnelles de la maladie, etc.)
 - a un poids limité à côté des facteurs de vulnérabilités sociales
 - place disproportionnée donné historiquement en France
 - mais peut jouer un rôle dans certains cas

Barrières au suivi des PVVIH

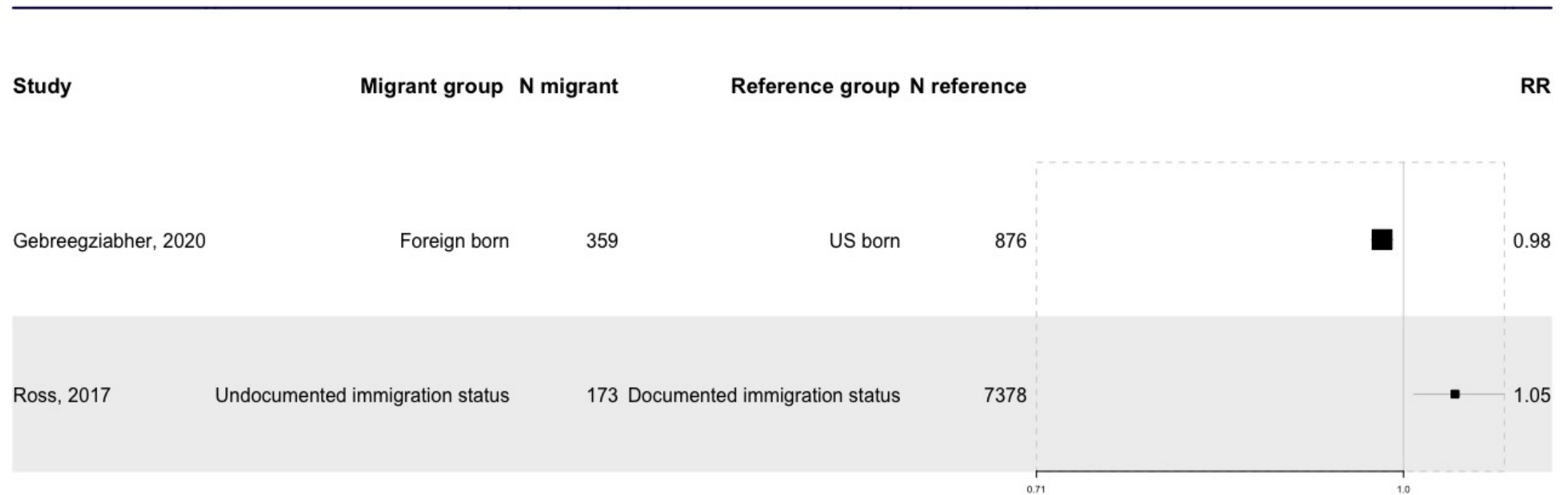


Non-adherence to treatment

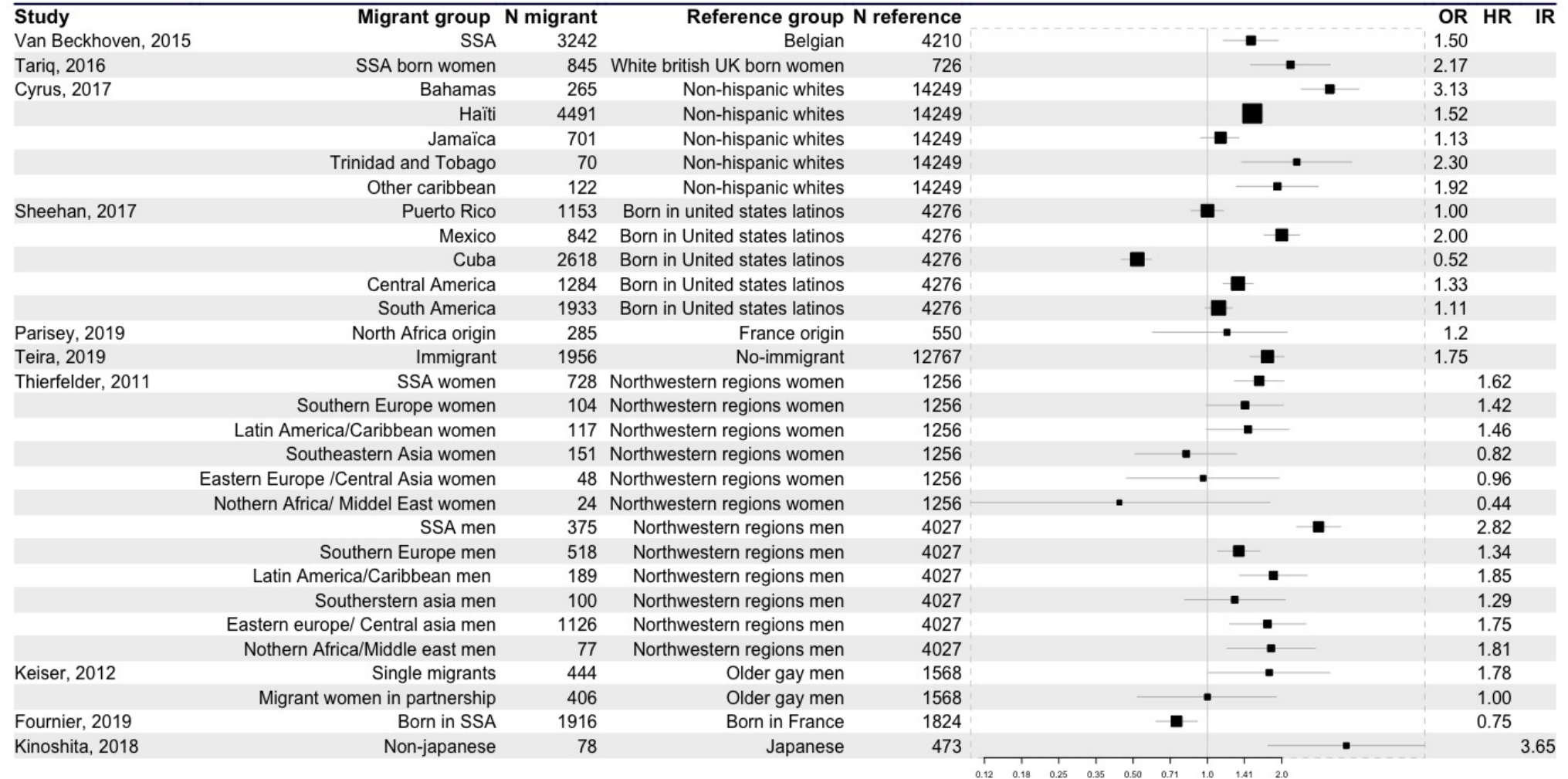




Retention in care



Lost to follow-up



	Factors associated with impaired follow-up/adherence to care	Factors associated with a better follow-up/adherence to care
	Socio-Demographic	
Sex	Male gender (12–14)	Male gender (15), age (for 10 year increase) (15)
Family	Relationship status single (16,17) ; Rejection of family (18,19)	Family support (18–21) ; Psychologic motivation : to see the children grow up (19)
Migration	Country of origin : Caribbean-born black (13), South America origin (22)	Country of origin Cuba or Puerto Rico compared with Latino born in mainland United States (23)
	Migration for economic reason (24)	Migration for medical reason (24)
Job	Unemployment (8,12,14)	Employment (18,24)
Place of living	Instable housing, living with others (16,17), Living in Neighborhoods with few migrants (23), Urban (13)	
Economic	Low socio economic status (23)	
	Cost of care if no money is sent to family (25)	
	Unmet vital needs, specially food insecurity (18,19)	
Education	Upper level education (26)	
Socio-cultural	Low social support (19) ; No HIV disclosure (16,17) ; Perception of stigmatization (18,19,24,26–28) ; Religion (29) ; Cultural conception of masculinity (19) ; Social taboo against homosexuality (19)	Peer Support (18,30), social support (18,20) ; HIV Disclosure (24) ; Religiosity (19–21)
	Clinical	
Symptoms	Asymptomatic HIV disease (24) ; Low physical quality of life (8)	Having HIV related symptoms (24) ; Control of HIV care (20)
		Pretreatment cd 4 count (per 100 cells/mm3 more) (15)
HIV transmission mode	Other or unknown HIV transmission mode than IVDU, MSM, heterosexual, unknown s(13)	Fear of transmission (19,21)
Treatment	Boosted PI-based regimen (14,15) ; Bad perception of treatment effectiveness (16,17,26) ; Bad perception of treatment toxicity (16)	
Drugs	Alcohol consumption (19,31) ; Drug User (14,15,19,29,31)	
Time Period	Travel period (12), Extension of stay during travel (12,27), Travelling during the Ramadan period while respecting fast (12) ; Year of HIV diagnosis (2000-2004)(13)	

	Psychologic	
	Low mental quality of life (8) ; Depressive symptoms (7,18,19,28,31,32) ; Anxiety (18,19,28,31) ; Post traumatic syndrome disorder (19) Higher external (social* and fatalistic**) health locus of control (33)	Psychological support (11,24,30) No association between depression and ART adherence (32)
	Healthcare Organization	
Staff composition	No translators (19)	Social support (11) ; Mediators (11,18) ; Community health worker (18) ; Interpreters (24,34)
Skills of the staff		Bicultural staff (13) ; Bilingual staff (7,34) ; Cultural competency of the staff (7,11) ; Staff able to provide expert information (11,18,24) ; Non-judgmental staff (7) ; Medical-legal partnership (7) ; Good relationship between doctors and healthcare personnel (11,18,20) ; To empowerment patient (11)
Care pathway	Place of HIV diagnosis (blood blank, hospitals, HIV case management, screening facilities) compared to outpatient. (23)	To connect patient to primary care (11)
Intervention	Directly administered antiretroviral therapy are not feasible intervention (30) ; Fear of losing job by going to medical appointment (24,25) ; Group medical appointments are not feasible interventions (30) ; Direct monthly supply of ART (9)	Go to patient's home (7) ;
Flexibility		Flexible hours to consult (7,24) ; Appointment time keeping (20)
Institutional discrimination	Discrimination in healthcare settings (28) Experience of refusal of care (35) was : -More frequent among migrants who have migrated for threat in their native country -in undocumented migrants, specific health insurance coverage for precarious, without insurance coverage	Transnationalism intervention (10)
	Administrative difficulties in providing documents to enter the care system (25)	
	Migration and health policy	
Illegal status	Undocumented (18,22,35); Fear of national immigration policy (7,18,19) ; Living with fear of deportation (19,25) ; Work restriction for undocumented migrants (25); Difficulties meetings paper work requirement (25); Lack of awareness of one's right (18)	Illegal status (36)
Cost of treatment		Free treatment (18)

Prevention and treatment of infectious diseases in migrants in Europe in the era of universal health coverage



Rebecca F Baggaley, Dominik Zenner, Paul Bird, Sally Hargreaves, Chris Griffiths, Teymur Noori, Jon S Friedland, Laura B Nellums*, Manish Pareek*



Lancet Public Health 2022;
7: e276-84

Le besoin d'un système de santé "migrant sensitive"

Dans lesquels les discriminations sont moindres
Est enrichi:

de partenariats communautaires,
de postes d'interface (médiateurs en santé)
et d'une offre d'interprétariat professionnel en santé

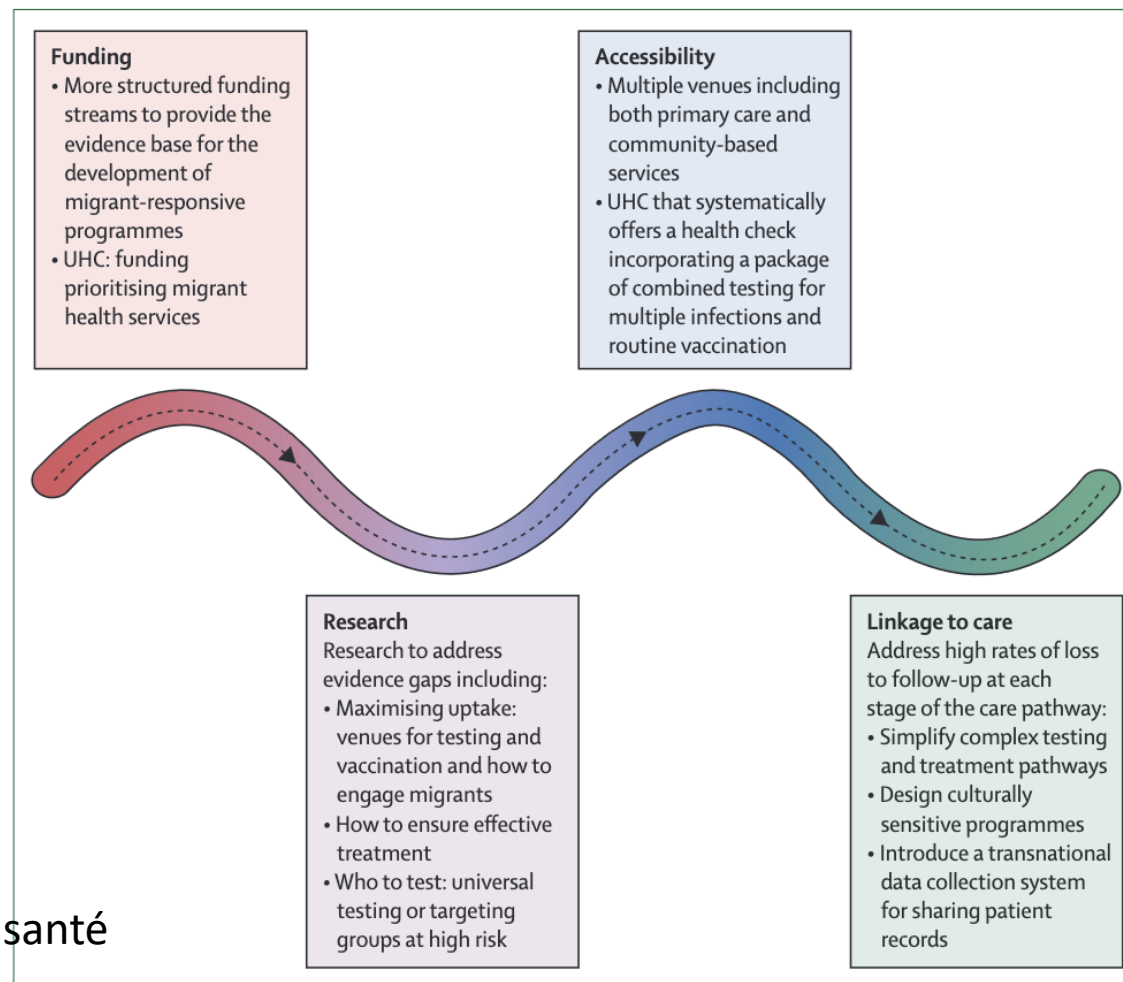


Figure: A roadmap for integrated infectious diseases screening and vaccination of migrants

UHC=universal health coverage.

Les leviers

Le besoin d'un système de santé "migrant sensitive"

- Plusieurs travaux démontrent que
 - L'accès aux soins
 - Le maintien en soins
 - Et l'adhérence au parcours de soins
- Est directement corrélé à
 - Des systèmes de santé qui s'adaptent à la complexité de l'accompagnement des personnes migrantes
 - Dans lesquels les discriminations sont moindre
 - Est enrichi de partenariats communautaires, de postes d'interface (médiateurs en santé) et d'une offre d'interprétariat professionnel en santé

Des reponses à developper “avec” et non “pour”

- Les spécialistes de la santé des migrants sont arrivés à la conclusion que
 - Les réponses doivent être co-construites avec des représentants communautaires
 - Que les minorités doivent être représentées dans les instances
 - Que la professionnalisation d'acteurs communautaire est un levier important

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 par le 115
- Pour certains patients comorbides ou au stade Sida, possibilité de demander une place en Appartement de coordination thérapeutique

La médiation en santé

- La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :
 - d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
 - d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.
- Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics.

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

Prevention and treatment of infectious diseases in migrants in Europe in the era of universal health coverage



Rebecca F Baggaley, Dominik Zenner, Paul Bird, Sally Hargreaves, Chris Griffiths, Teymur Noori, Jon S Friedland, Laura B Nellums*, Manish Pareek*



Lancet Public Health 2022;
7: e262

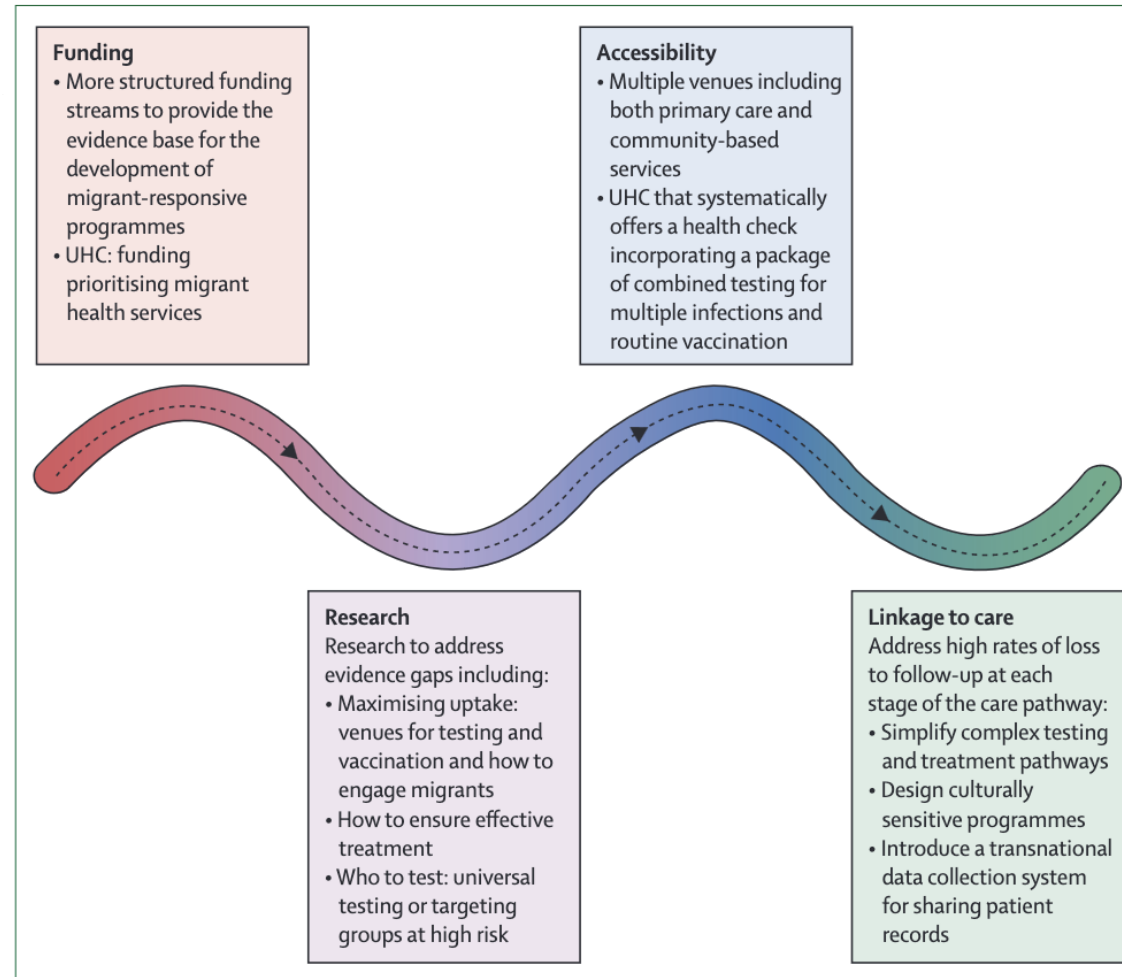


Figure: A roadmap for integrated infectious diseases screening and vaccination of migrants
UHC=universal health coverage.

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



AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Paris Seine-Saint-Denis

UNIVERSITÉ
SORBONNE
PARIS NORD

Merci

dr.vignier@gmail.com

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



Merci

dr.vignier@gmail.com

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

UNIVERSITÉ
SORBONNE
PARIS NORD



Groupe Migrants et populations vulnérables

Commission migrant de la SFLS



Conclusion

- Une fréquence plus importante des maladies infectieuses
- Une mortalité plus faible mais augmentée pour les maladies infectieuses
- Des vulnérabilités à repérer et des barrières à l'accès aux soins
- Une prise en charge médicale qui ne peut être dissocié d'une prise en charge globale médico-psychosociale
- Des enjeux de prévention important
 - Dépistage dans le cadre d'un bilan de santé élargi
 - Rattrapage vaccinal
 - Santé sexuelle
- Une veille sanitaire et médico-sociale nécessaire au vu du caractère changeant des flux migratoires et de l'épidémiologie mondiale des maladies infectieuses

UNIVERSITÉ SORBONNE PARIS NORD MEMBRE :



Merci

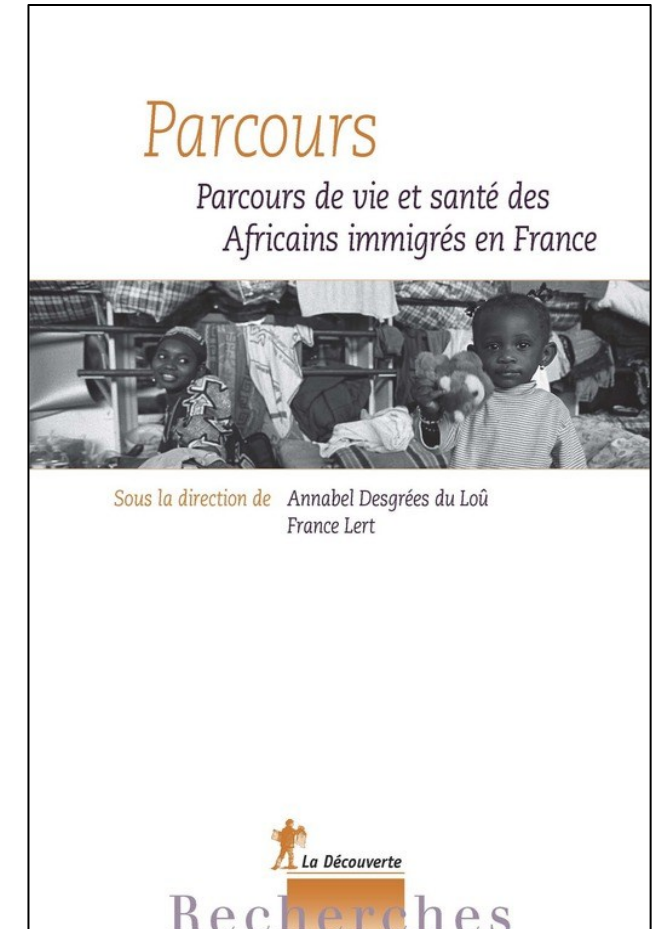
- dr.vignier@gmail.com



2009



2016



2017

Les immigrés d'ASS

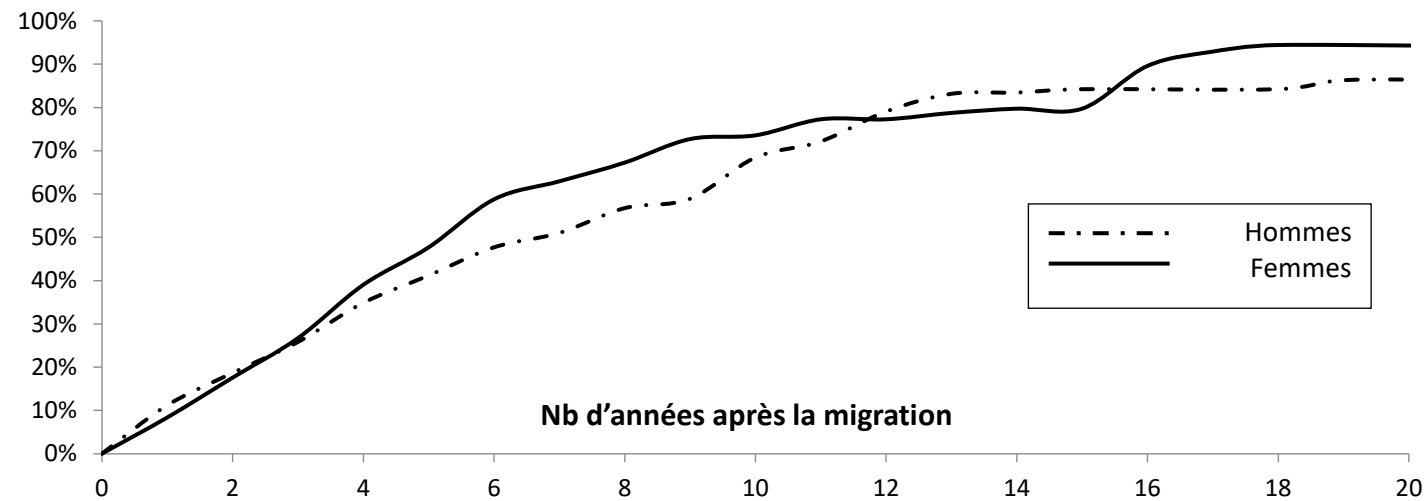
- Les immigrés d'ASS passent souvent par une période de **précarité** après leur arrivée en France (*Gosselin, 2016*)
 - Et restent inégalement exposés à des **indicateurs sociaux négatifs** même plusieurs années après leur installation (*Beauchemin, 2015*)
- Les **immigrés** semblent plus exposés à certains **problèmes de santé** (**maladies infectieuses, pathologies cardiovasculaires et souffrance psychique**) (*Berchet, 2012*)
- L'**accès aux soins** des immigrés d'ASS est ainsi un enjeu de santé publique (*Marmot, 2008*)
 - **Moins de consultation chez le généraliste & le spécialiste** (*Dourgnon, 2009*)

Infection par le VIH et le VHB

- **L'infection par le VIH** est fréquente parmi les immigrés d'ASS
 - Ils représentent **jusqu'à 60% des nouveaux diagnostics** sur certains territoires (*Corevih IDF Est*)
 - Le recours aux soins est le plus souvent tardif, en lien avec un **retard au diagnostic** (*Santé Publique France*)
- Près de 5% des immigrés d'ASS en France vivent avec une **infection chronique par le VHB** (*Meffre, 2007*)
 - Ils représentent **54% des patients nouvellement pris en charge** (*Centres de références en hépatologie*)

L'installation : un long processus

Accès à l'installation (titre de séjour d'au moins un an, + logement personnel + activité génératrice de revenus propres) selon le nombre d'années passées en France, par sexe

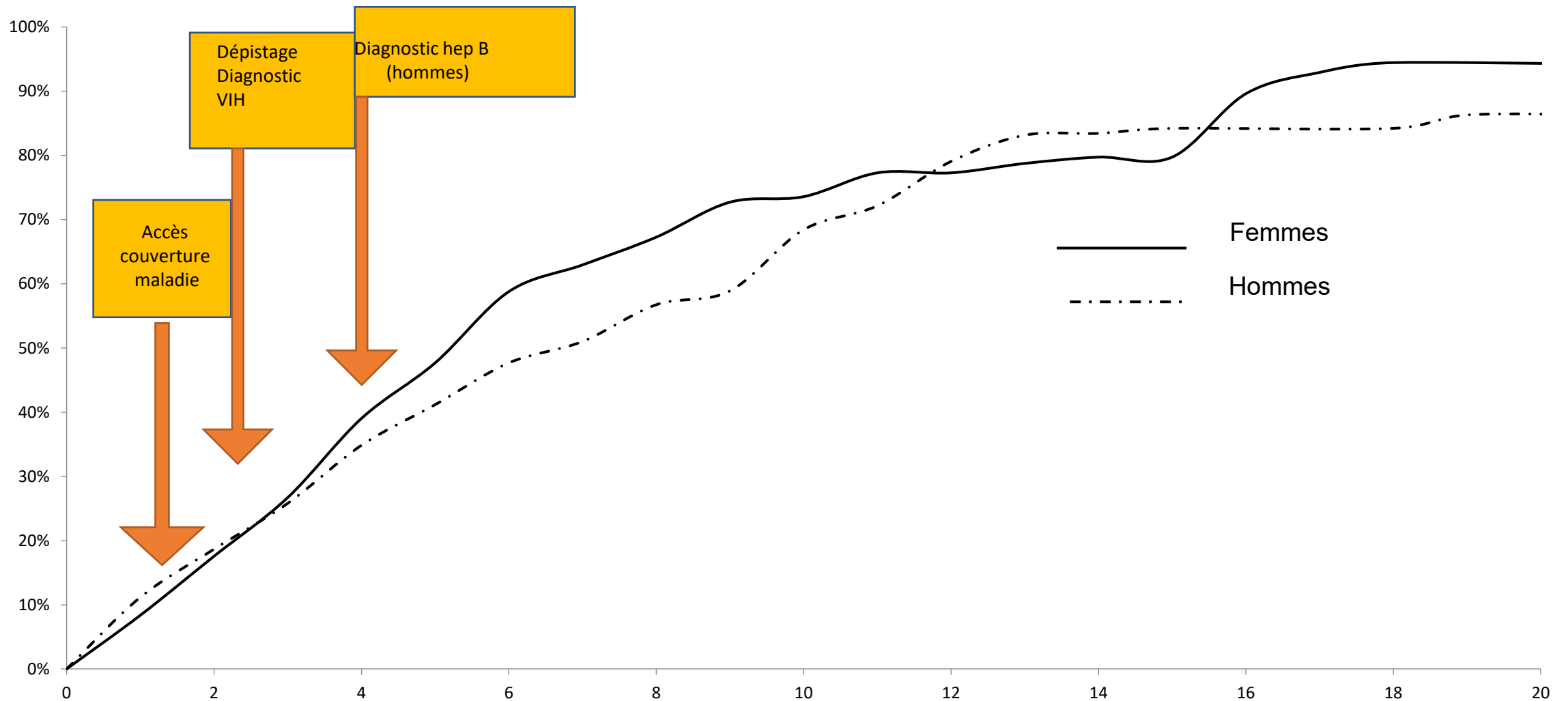


Nb d'années nécessaire pour avoir accès aux éléments d'installation (médianes)

	Hommes	Femmes
Installation (3 éléments)	7	6
Premier logement personnel	3	2
Premier titre de séjour >=1an	4	3
Première activité/indepce financière	2	4

➤ La moitié des sub-Sahariens doivent attendre au moins 6 ans (femmes) ou 7 ans (hommes) pour accéder aux éléments basiques de l'installation : un titre de séjour stable, un logement personnel, un travail (Gosselin *et al.* *Pop et Soc*, 2016 ; EJP, 2018)

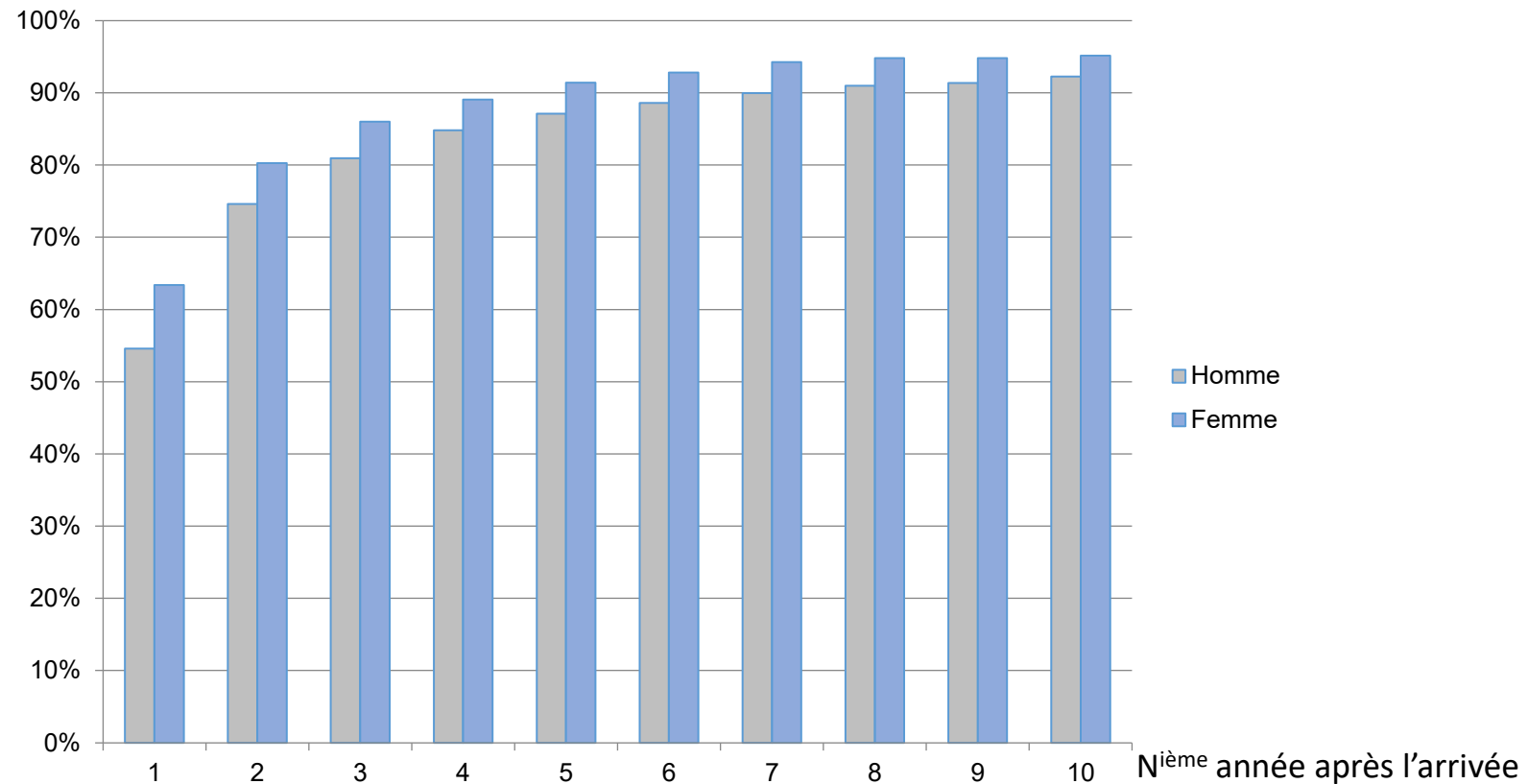
L'installation : un long processus (enquête Parcours)



Délai à l'obtention d'une 1^{ère} CM

N=1915

En médiane la **première année**, IQR [1-2], quelque soit le groupe



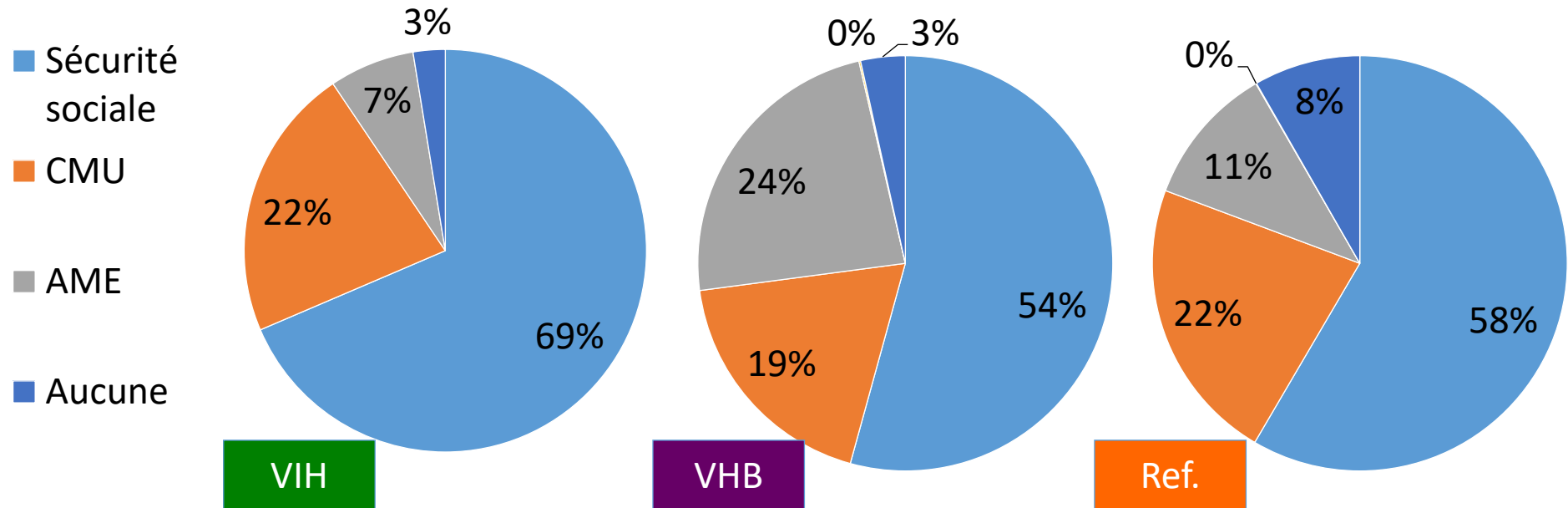
Accès à une 1^{ère} couverture maladie

Régression logistique à temps discret sur la probabilité d'obtenir une 1^{ère} couverture maladie

		Hommes			Femmes		
		N=1008 (2667 obs.)			N=907 (1916 obs.)		
		ORa	IC95%	p	ORa	IC95%	p
Période d'arrivée	≥ 2000	1,6	1,2-2,1	0,00	1,5	1,1-2,1	0,01
Niveau études à l'arrivée	Aucun ou 1re	Ref.			Ref.		
	2re	0,9	0,7-1,3	0,67	1,7	1,2-2,3	0,00
	supérieur	0,6	0,4-0,9	0,02	1,4	0,8-2,4	0,24
Titre de séjour* (TS)	Pas de TS	0,4	0,2-0,7	0,00	0,4	0,2-0,8	0,01
	TS court	1,9	0,9-3,8	0,08	1,8	1,0-3,4	0,06
	TS long	Ref.			Ref.		
	Nationalité	3,2	1,0-10,0	0,05	4,8	1,2-19,1	0,02
Ressources principales*	Propres	Ref.			Ref.		
	Famille	1,4	0,9-2,2	0,13	0,9	0,6-1,3	0,50
	Allocations	1,9	0,9-3,8	0,09	1,0	0,5-1,8	0,94
	Aucune	0,5	0,3-1,0	0,04	0,6	0,3-1,0	0,06
Activité*	Actif	Ref.			Ref.		
	Inactif	0,7	0,5-1,0	0,07	1,3	0,9-1,9	0,18
	Etudiant	0,9	0,5-1,7	0,70	12,5	5,2-30,1	0,00
Grossesse*		1,2	0,8-1,9	0,38	2,0	1,4-3,1	0,00
Diagnostiqué pour le VIH*		1,7	1,1-2,7	0,02	2,8	1,8-4,3	0,00
Diagnostiqué pour le VHB*		3,2	2,2-4,6	0,00	2,6	1,4-4,9	0,00

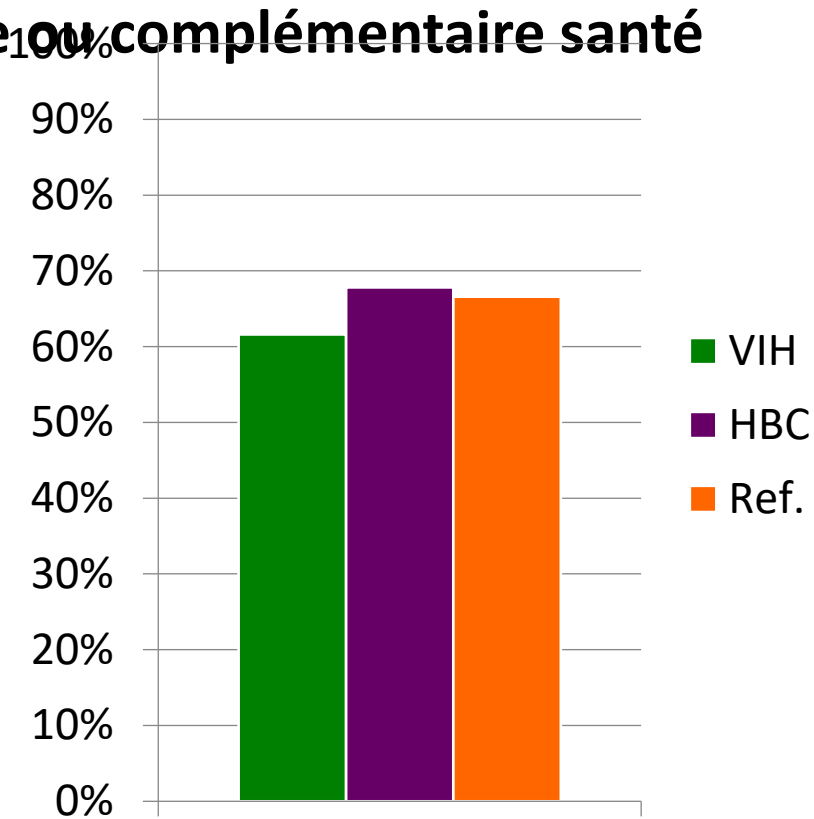
Résultats ajustés sur: le temps, la classe d'âge, la raison de venue en France, le niveau d'étude, la région de naissance pour les hommes, la situation conjugale à l'arrivée pour les femmes, le logement*, les ATCD d'hospitalisation*. * variables dépendantes du temps

Couverture maladie au moment de l'enquête

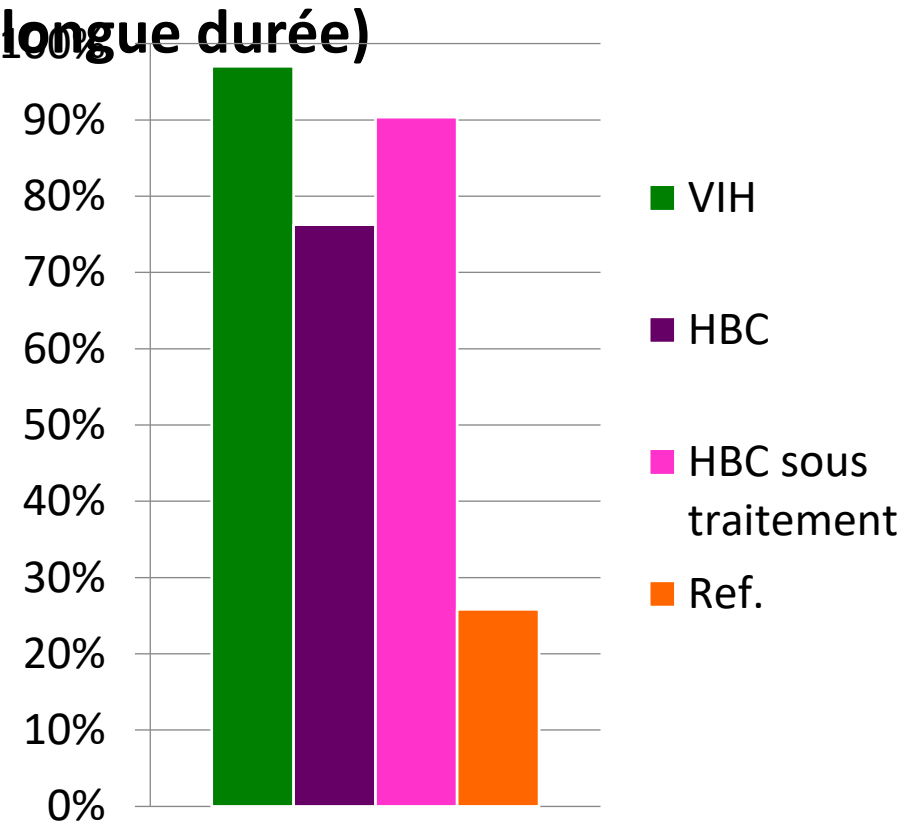


Couverture maladie complémentaire (parmi les bénéficiaires de l'Assurance maladie)

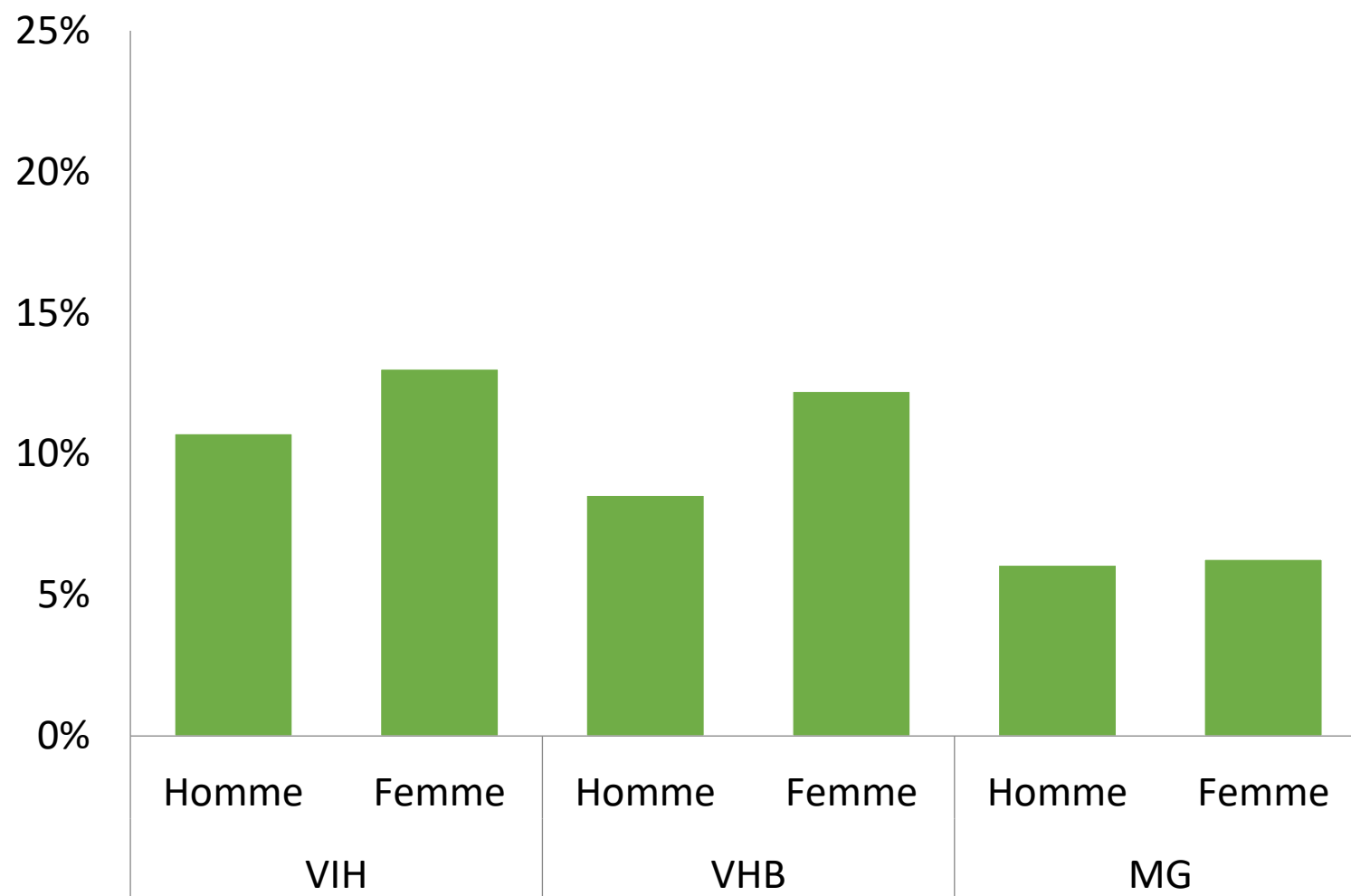
Mutuelle ou complémentaire santé



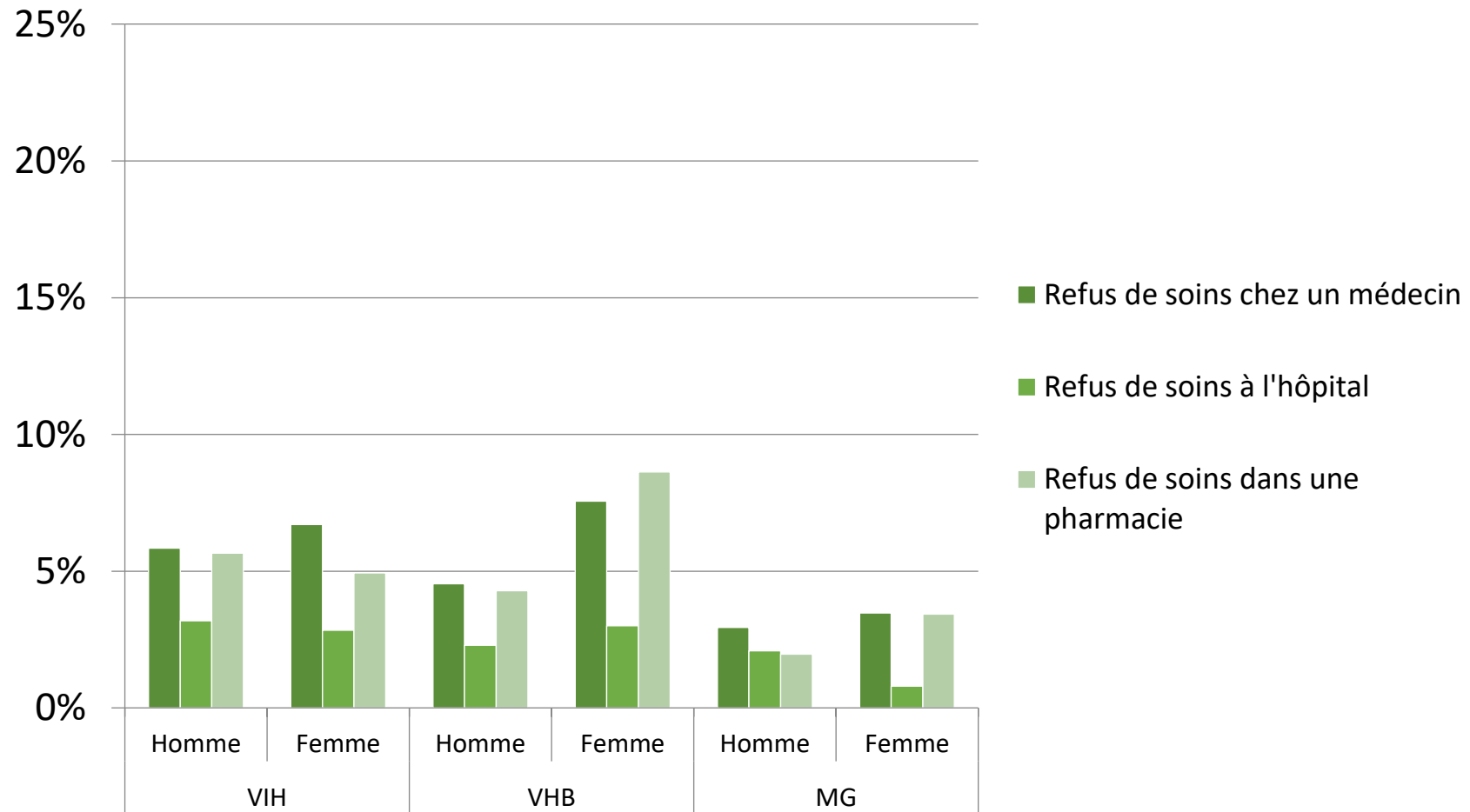
Prise en charge à 100% (Affection longue durée)



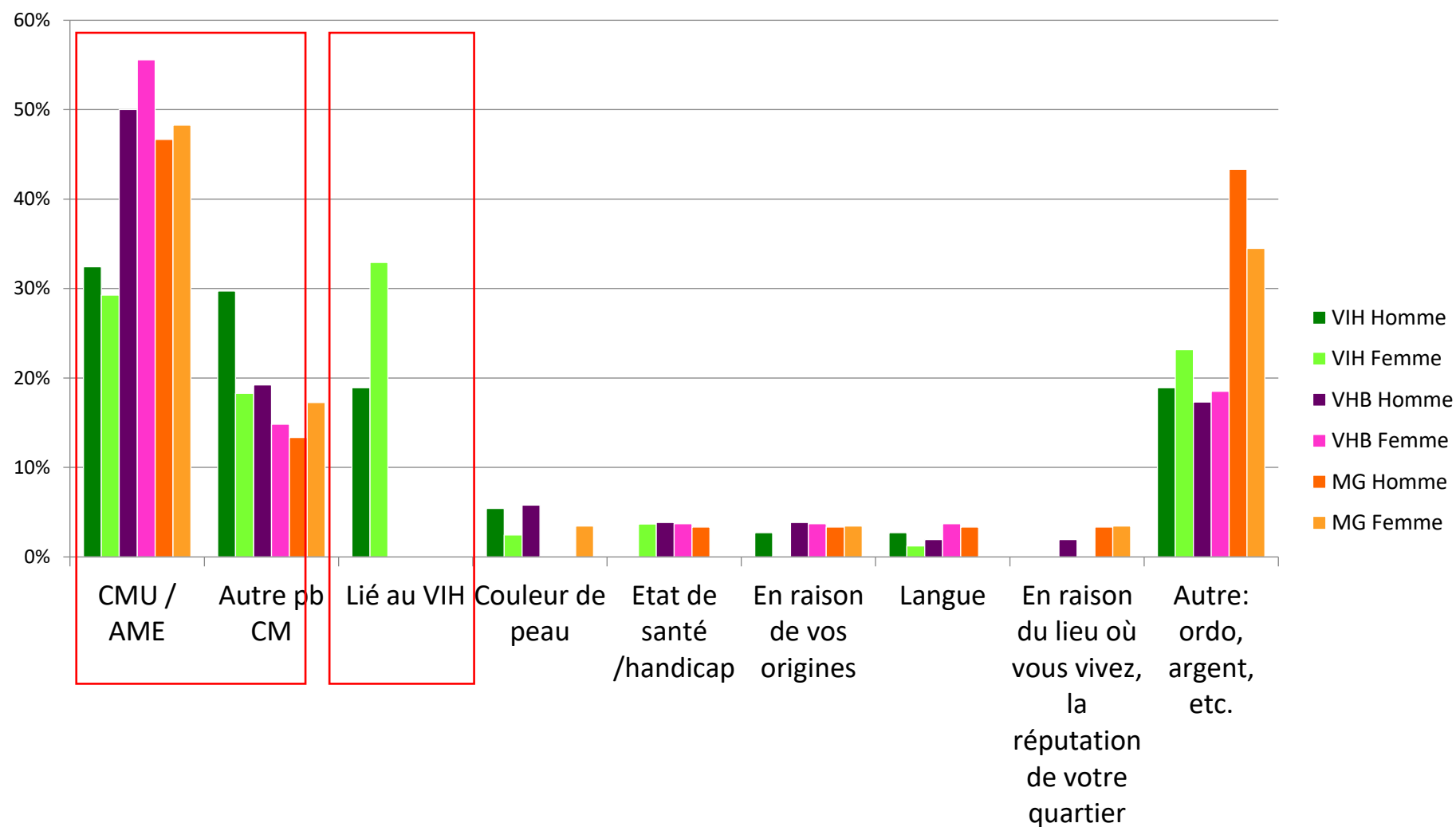
Refus de soins depuis l'arrivée en France



Refus de soins: lieu



Raisons du refus de soins (répartition)



Facteurs associés à une expérience de refus de soins depuis l'arrivée en France

Analyse multivariée par régression logistique

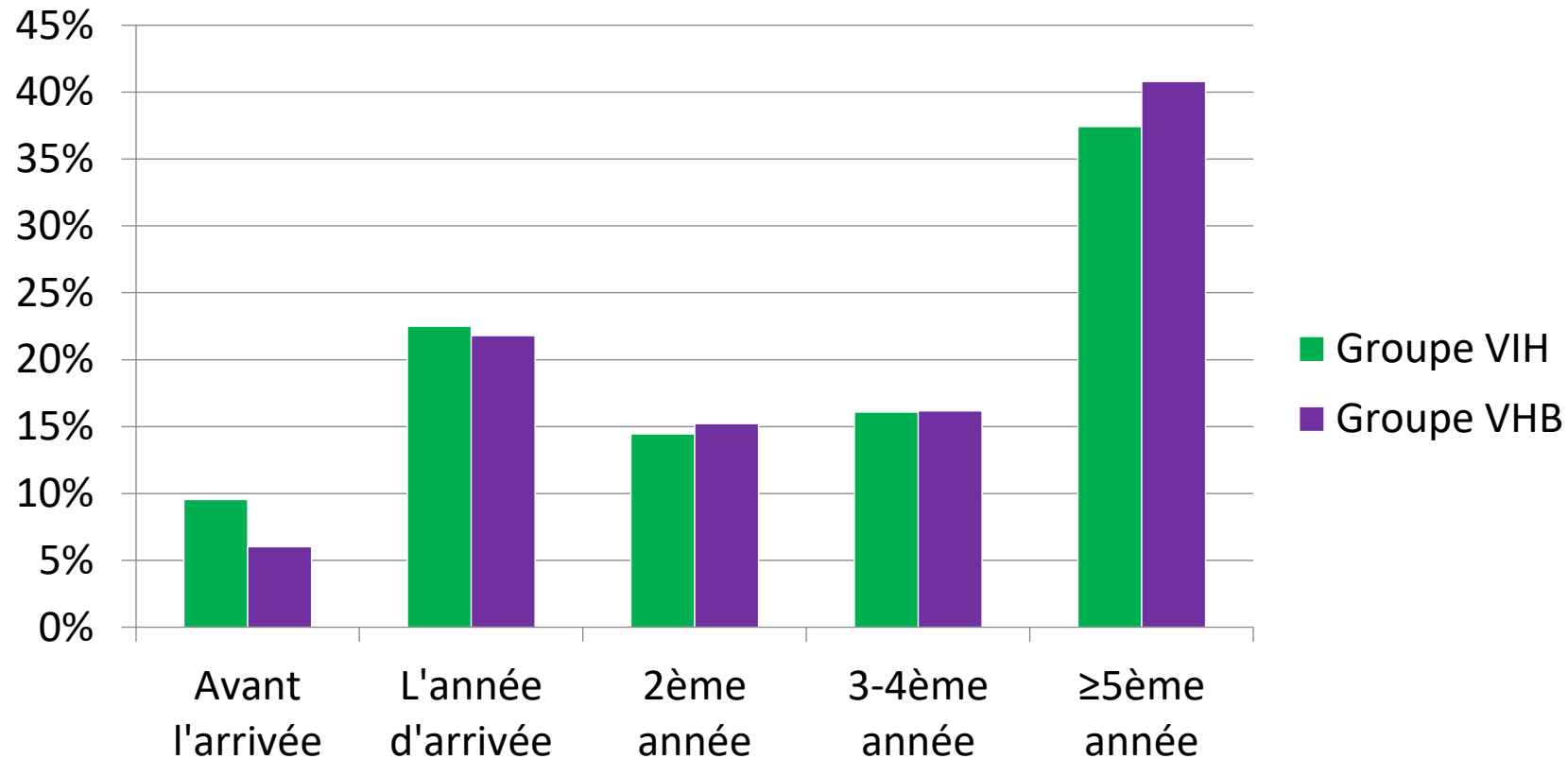
		Hommes			Femmes		
		N=1260			N=1191		
		ORa	IC95%	p	ORa	IC95%	p
Groupe	VIH	2,2	1,1-4,3	*	2,2	1,3-4,0	**
	VHB	1,3	0,7-2,3		2,0	1,0-3,9	
	MG	Ref.			Ref.		
Période arrivée	Avant 2000	Ref.			Ref.		
	Après 2000	1,5	0,8-2,9		0,7	0,4-1,3	
	Economique	1,8	0,6-5,4		0,9	0,5-1,7	
	Familial	Ref.			Ref.		
Motif	Menacé	3,3	1,1-10,3	*	1,6	0,8-3,1	
	Etudes	1,7	0,5-5,7		1,5	0,6-4,0	
	Raisons médicales	1,4	0,3-5,1		1,1	0,4-2,9	
Au moins une période sans titre de séjour	Oui	2,2	1,2-4,1	*	1,2	0,7-1,9	
	Non	Ref.			Ref.		
Au moins une période sans logement	Oui	1,5	0,9-2,5		1,7	1,0-2,8	
	Non	Ref.			Ref.		
Au moins une période sans CM	Oui	2,2	1,3-3,6	**	1,3	0,8-2,1	
	Non	Ref.			Ref.		
Type de couverture maladie au moment de l'enquête	Sécurité sociale	Ref.			Ref.		
	CMU	1,3	0,6-2,5		2,1	1,1-3,9	*
	AME	1,0	0,5-1,9		2,7	1,2-6,1	*
	Aucune	0,6	0,2-1,5		1,5	0,5-4,4	

Résultats ajustés sur la classe d'âge. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

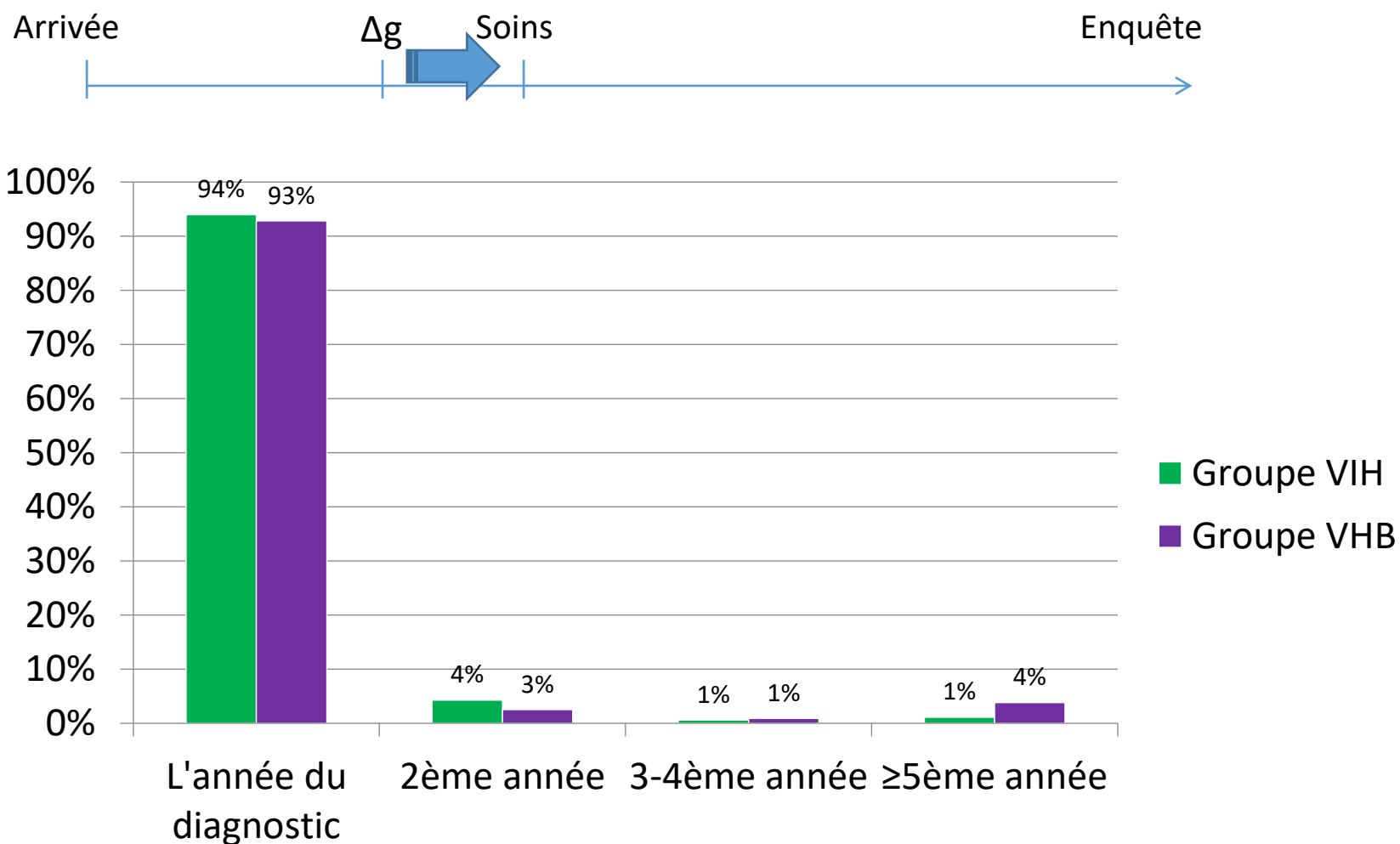
Conclusions

- En Ile-de-France, près d'un immigré d'ASS en soins sur 10 déclare une expérience de refus de soins
 - Le plus souvent par refus de la CMUC ou de l'AME
 - En lien avec l'interdiction d'exiger une avance des frais et des dépassements d'honoraire (*Després C, 2006*)
 - Et la surcharge administrative pour l'AME (pas de carte Vitale)
- Les PVVIH sont deux fois plus exposées aux refus de soins
 - probablement pour des raisons discriminatoires (*Douay C, 2016*)

Moment du diagnostic du VIH ou du VHB



Délai à l'entrée en soins après le diagnostic



Facteurs associés à l'entrée en soins après le diagnostic du VIH

Analyse uni et multivariée par régression logistique à temps discret

	Entrée l'année du diagnostic	Univarié OR [IC95%]	Multivarié ORa [IC95%]
Sexe			
Homme	93.9%	1.0	1.0
Femme	94.4%	0.8 [0.5-1.5]	1.1 [0.6-1.9]
Période d'arrivée en France			
1980–1999	92.8%	1.0	1.0
2000–2012	95.3%	2.0 [1.1-3.5]*	2.6 [1.4-4.8]*
Age°			
20–34	93.4%	1.4 [0.6-3.1]	1.0 [0.4-2.4]
35–44	95.4%	1.5 [0.7-2.9]	1.3 [0.6-2.5]
45–60	93.4%	1.0	1.0
Motif de migration			
Chercher du travail	93.1%	0.4 [0.2–1,0]*	0.4 [0.2–0.9]*
Familial	96.4%	1.0	1.0
Menaces	90.5%	0.4 [0.2–1.1]	0.3 [0.1–0.9]*
Study	95.3%	0.4 [0.1–1.3]	0.4 [0.1–1.0]
Medical reasons	95.7%	0.9 [0.1–5.6]	0.5 [0.1–4.3]
Couverture maladie°			
Oui	95.6%	3.3 [1.7–6.5]**	3.6 [1.8–7.3]***
Non	86.4%	1.0	1.0
Circonstances du dépistage			
Volontaire	88.0%	1.00	1.00
De routine	92.7%	1.0 [0.5–2.0]	0.6 [0.5–2.4]
A l'initiative du médecin	96.6%	2.6 [1.3–5.2]**	3.2 [1.6–6.6]**

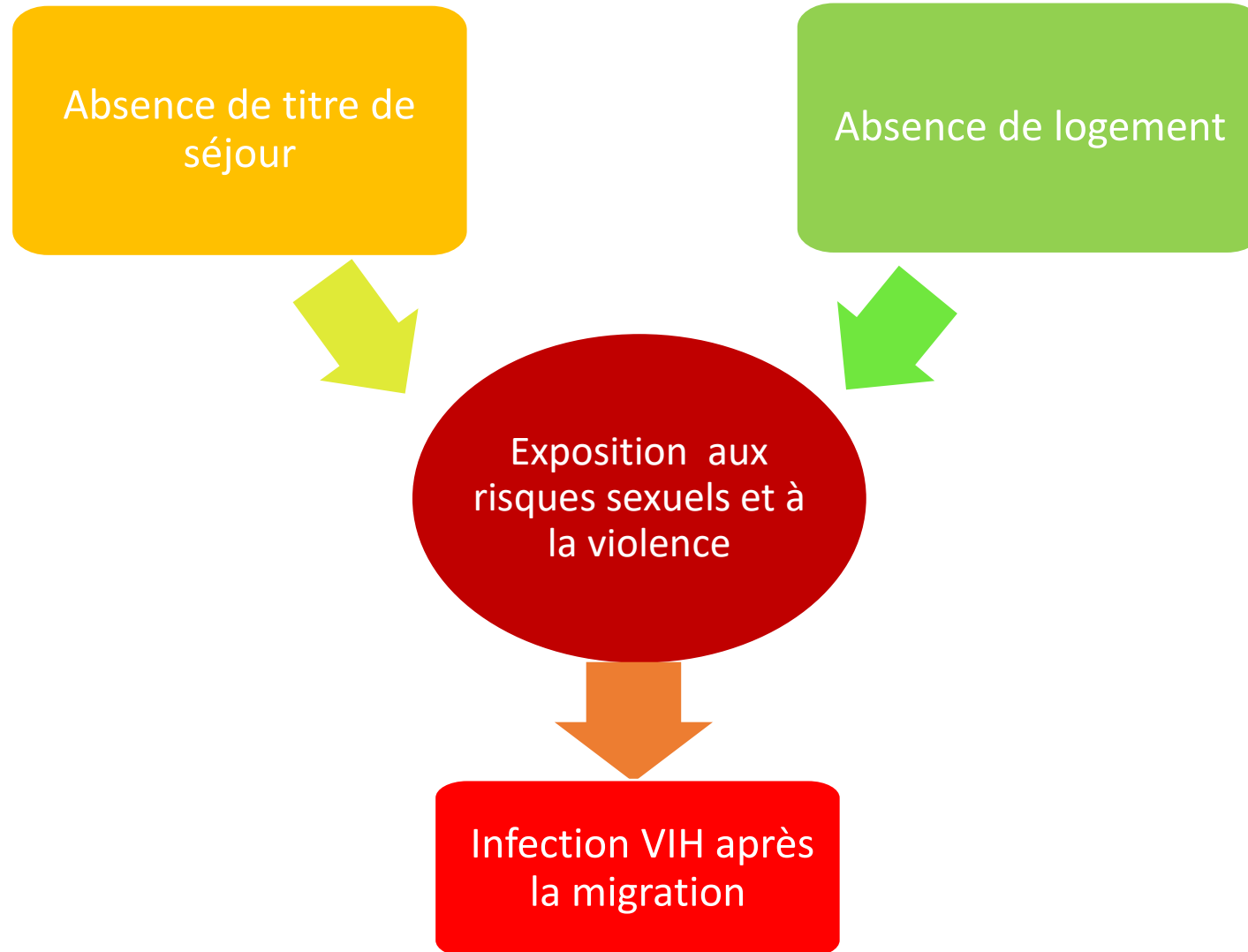
Conclusions

- La majorité des immigrants d'ASS vivant avec le VIH ou le VHB en IDF en soins avaient accédé à une prise en charge spécialisée l'année du diagnostic
- Un retard à l'entrée en soins spécialisés pour le VIH était plus souvent rencontré chez les immigrants
 - Arrivés avant 2000 (CMU?)
 - Qui avaient migré pour raison économique ou pour fuir une menace
 - Qui ne disposait pas de couverture maladie l'année du diagnostic
 - Quand le dépistage n'avait pas été réalisé à l'initiative du médecin

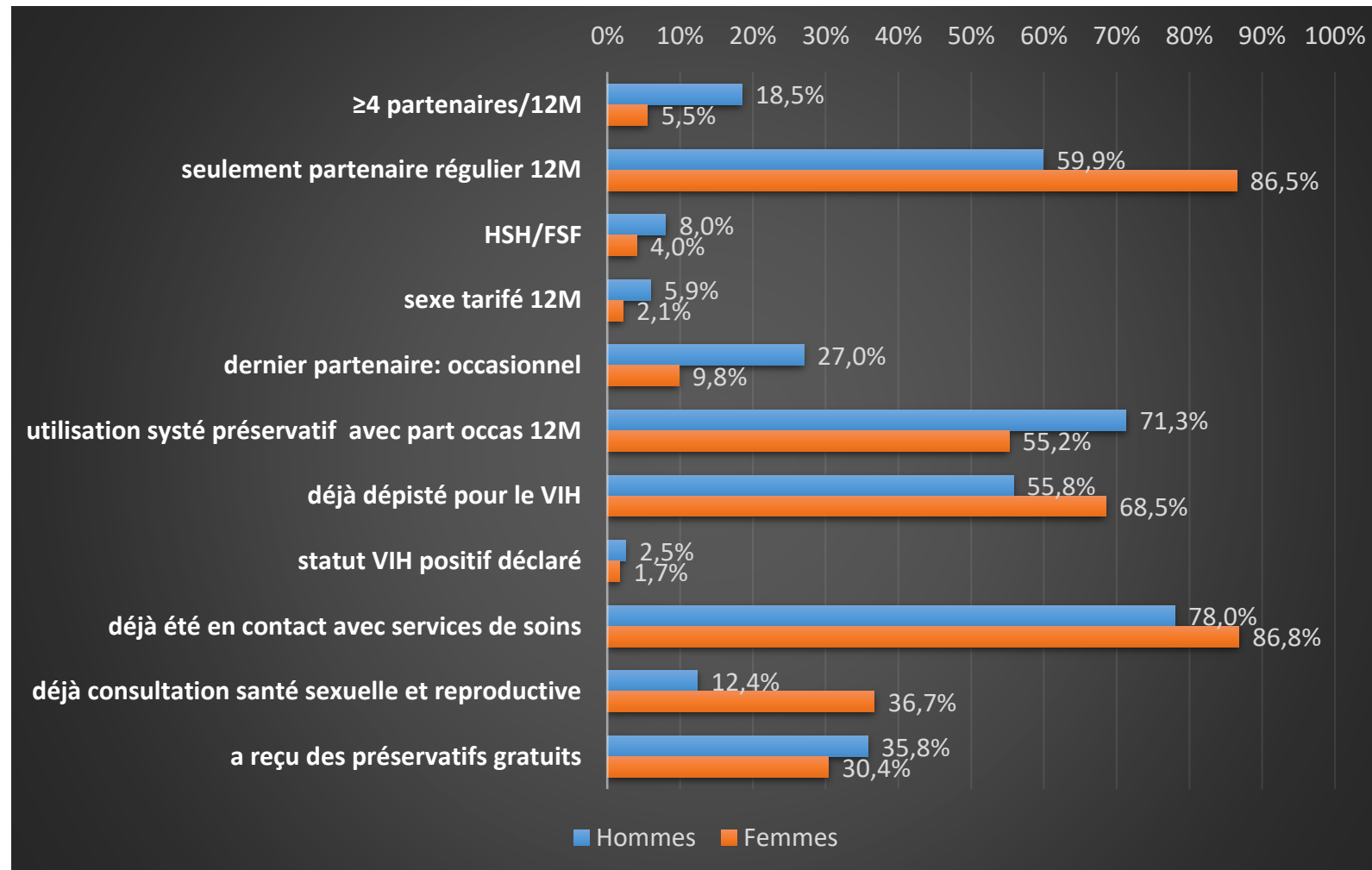
Une part importante des infections VIH a eu lieu après l'arrivée en France

- 90% des PVVIH ont été diagnostiqués après l'arrivée : **très peu de « migration pour soin »**
- 35% (estimation stricte) à 49% (estimation médiane) des infections VIH ont eu lieu après l'arrivée en France : **pas une « épidémie d'importation »**
- 15% des femmes qui ont été infectées en France ont subi des violences sexuelles

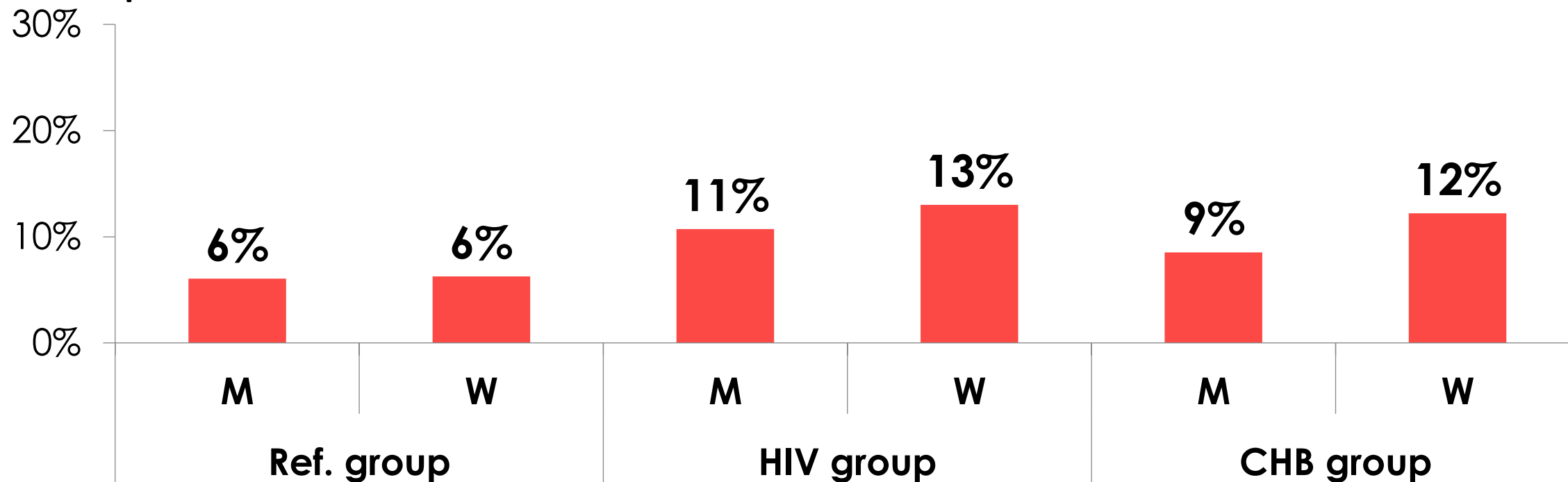
La précarité, facteur de risque pour le VIH



Comportements sexuels à risque chez les immigrants au Portugal



Expérience de refus de soin



Premier facteur du refus de soin : avoir l'AME ou la CMU

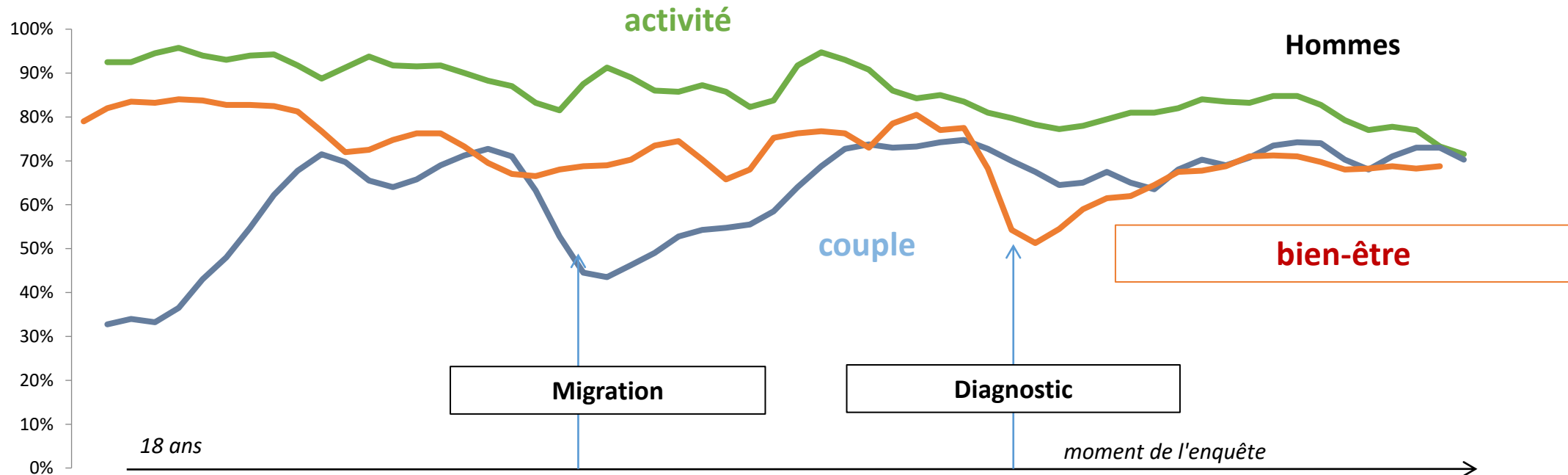
Facteurs d'accès au dépistage/diagnostic

- Être une femme
- Etre en situation de précarité
- Etre arrivé récemment
 - Nécessité de développer le dépistage pour les autres groupes : arrivés depuis plus longtemps, installés, hommes

Mesurer l'impact du diagnostic VIH sur les trajectoires

(Anne Gosselin et al, PLoS One, 2017)

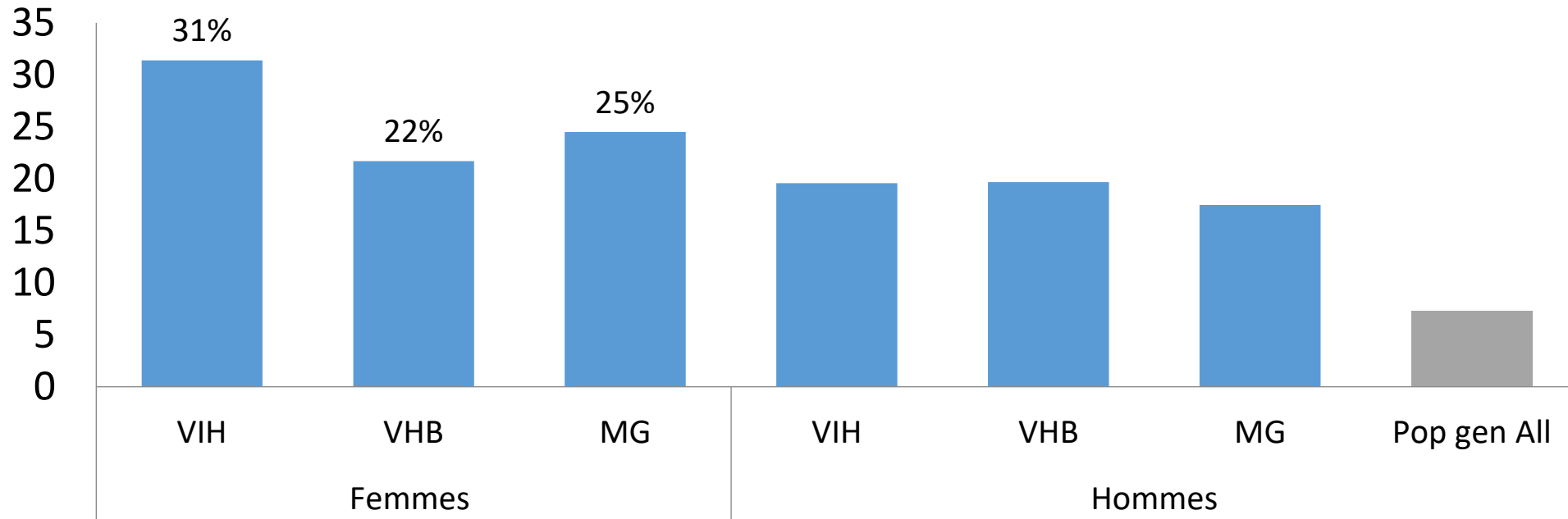
Proportions de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être au cours de la vie et impact de la migration et du diagnostic VIH sur ces proportions, par sexe (graphes en temps relatif)



Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Fréquence des symptômes anxio-dépressifs

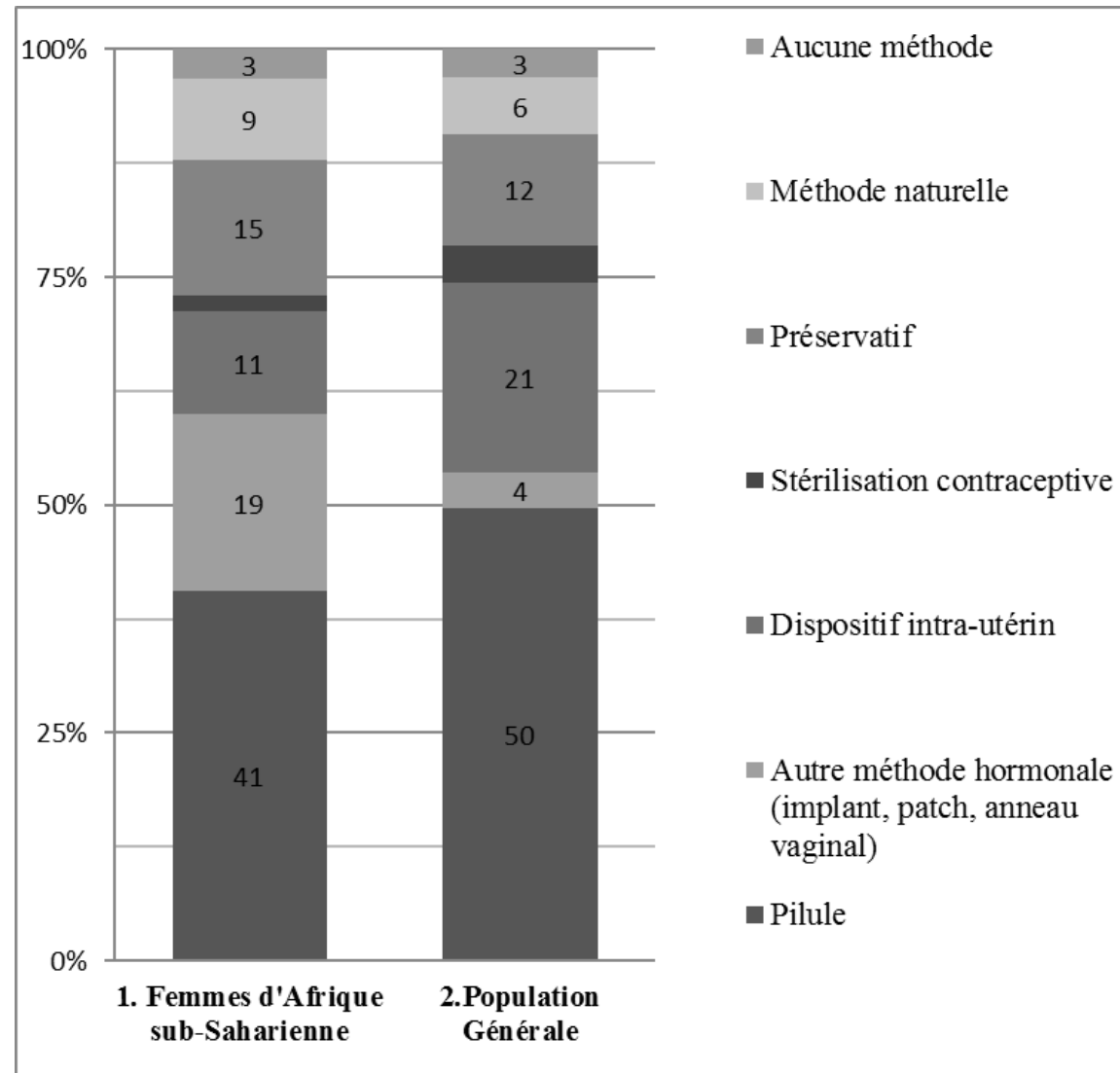
(Pannetier et al. Soc Sc and Med Pop Health, 2018)



Facteur aggravant : F : être arrivée pour fuir un pays, H : ne pas avoir de titre de séjour

Facteur protecteur : pouvoir compter sur des proches, parents ou amis, à la fois dans le pays d'origine et en France

Couverture et méthodes contraceptives parmi les femmes en besoin de contraception - Comparaison femmes d'Afrique subsaharienne (Enquête Parcours)/population générale (enquête Fécond) (Maraux, 2017)



Conclusions : apport de l'enquête Parcours

- En France, un système de santé accessible aux migrants, rapidement après leur arrivée, et sensibilisé à la vulnérabilité des migrants africains par rapport au VIH et à l'hépatite B

MAIS

- La précarité qui accompagne les années d'installation augmente l'exposition aux risques sexuels et au VIH, altère la santé psychique et physique, peut compliquer l'accès aux soins
- Les articulations migration/précarité/santé diffèrent selon le genre
- Des informations spécifiques à ce groupe
 - Qui révisent certaines idées reçues
 - Qui guident l'action : développer aussi la prévention
 - Qui soulignent l'importance de l'accès à un logement, un titre de séjour stable, pour prendre soin de soi
- Une enquête portée, relayée et appropriée par les groupes concernés

Santé des migrants en France

- Etat de santé
 - de meilleur dans les années 80-90' (*Healthy migrant effect*)
 - Lié à la sélection à la migration et habitudes de vie nt alimentaires
 - devenu moins bon dans les années 00' (*Paradoxe de l'assimilation*)
 - adoption d'habitudes de vie moins favorable à la santé (alcool, tabac, obésité, FdR diététique)
 - évolution profil des migrants (regroupement familial, demandeurs d'asile)
 - pénibilité des emplois
 - vulnérabilités (contexte précarité, modification des conditions d'accueil)
 - difficultés d'accès aux soins
 - habitat dégradé
 - souffrance psychique

Khlat M., Beh 2012

Berchet C., Beh 2012

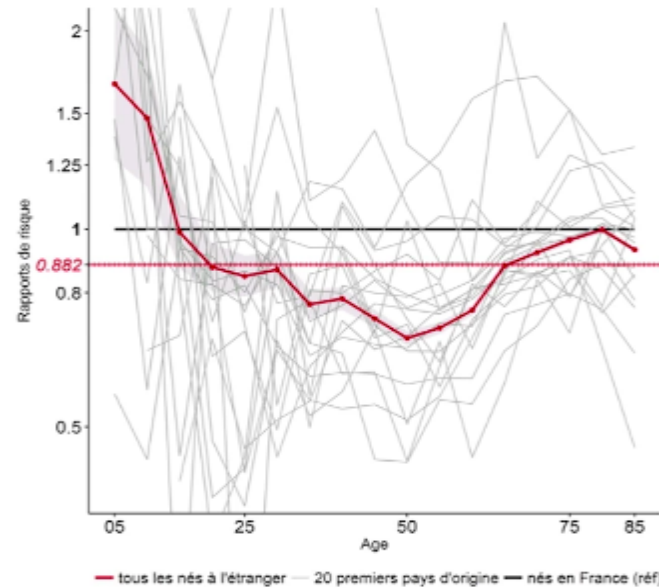
Wihtol de Wenden C., Beh 2012

Spécificités état de santé chez les migrants

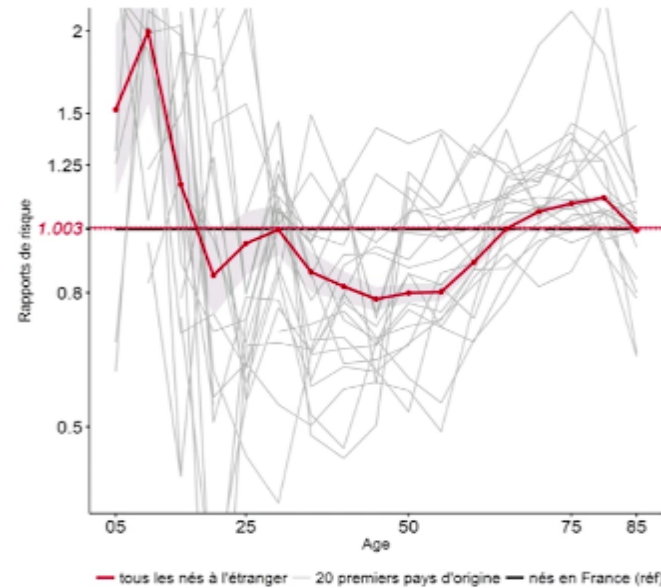
- **Violences subies**
 - Psychologiques, physiques, sexuelles
 - MGF
- **Santé mentale**
 - Psychotraumatisme
 - Syndrome anxio-dépressif (Chaud 2017)
- **Maladies chroniques** (Diabète, HTA, AVC, MCV, BPCO, ins. rénale)
 - Transition sanitaire
 - Incidence > pop gé
 - Fréquence du surpoids et de l'obésité
- **Cancers**
 - Lié aux infections (foie, col, estomac)
 - Moins colon, sein, prostate
- **Maladies infectieuses**
- **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

Mortalité des immigrés

Hommes

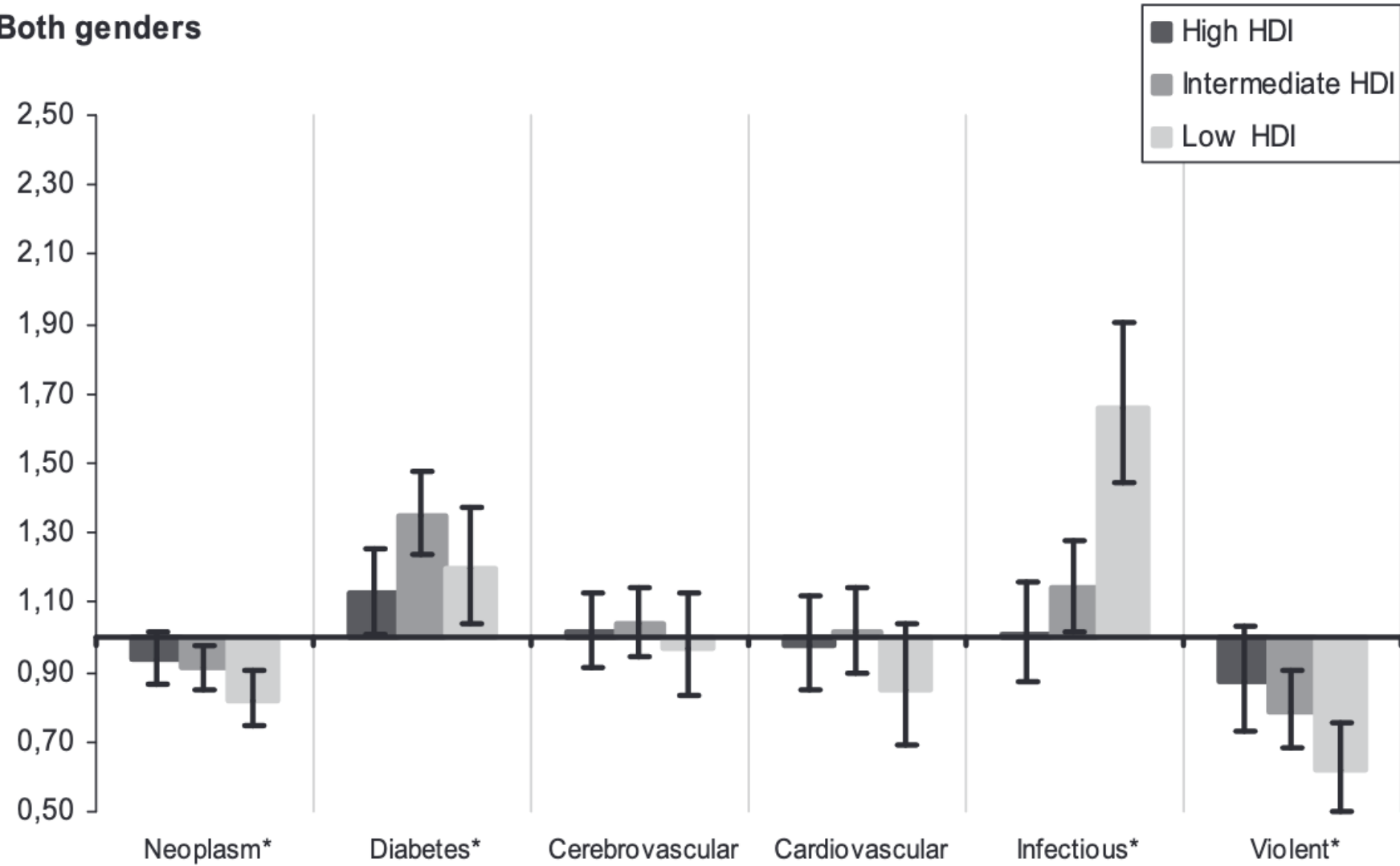


Femmes



Source : Guillot, Michel, Khat, Myriam. I. Elo. M. Solignac. M. Wallace.
“Understanding Age Variations in the Migrant Mortality Advantage: An International Comparative Perspective.” Paper presented at the 2016 PAA meetings, Washington, DC, 1 April 2016 and at the 2016 EPC, Mainz, Germany, 3 September 2016

Both genders

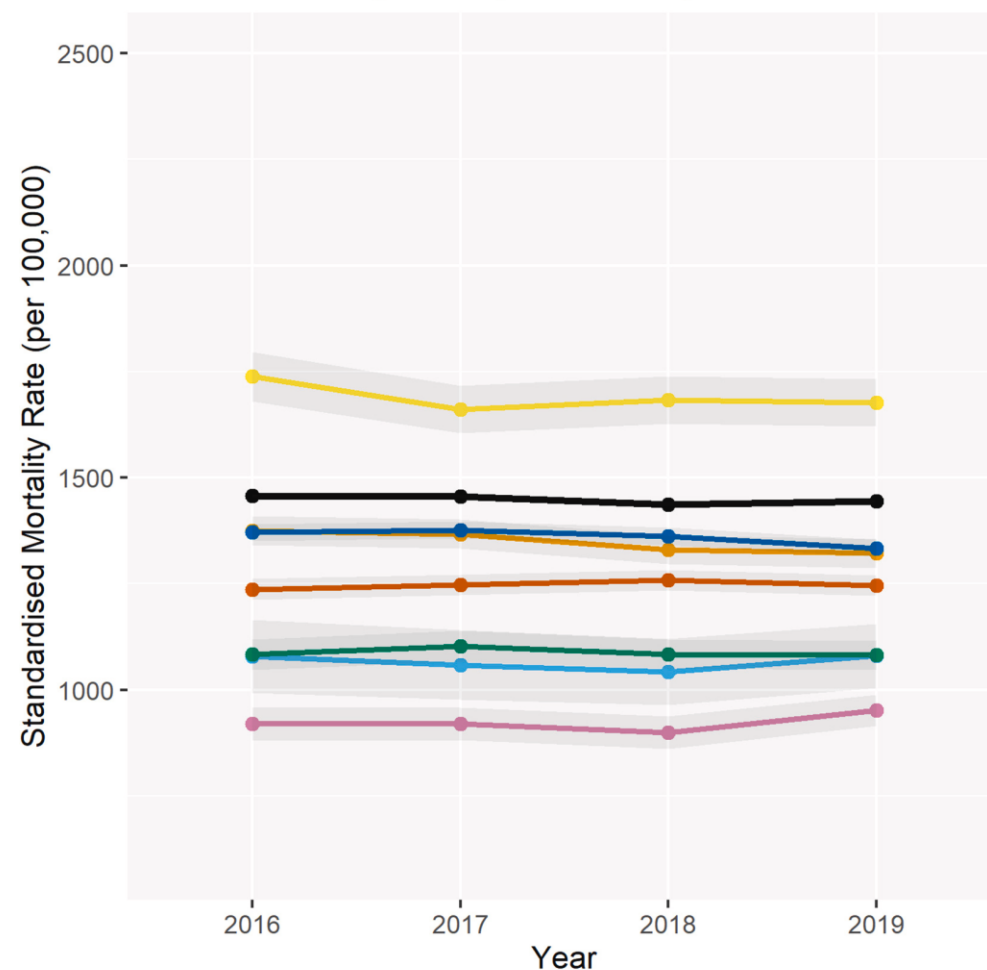


Impact of the COVID-19 crisis on the mortality profiles of the foreign-born in France during the first pandemic wave

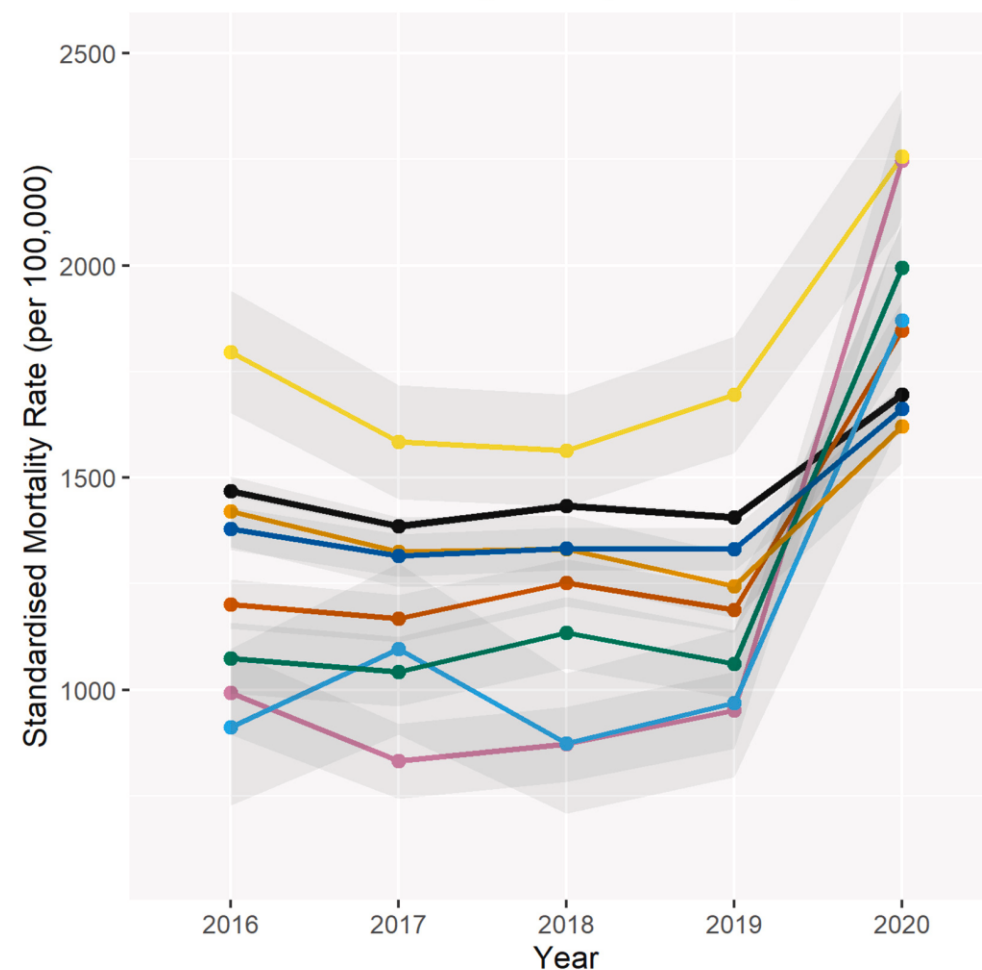
Myriam Khlat ^{a,1}, Walid Ghosn ^{b,1}, Michel Guillot ^{a,c},
Stéphanie Vandendorren ^{d,e,f}

Surmortalité Covid

Annual Mortality Rate (2016-2019)



Weeks 12-20 Mortality Rate (2016-2020)



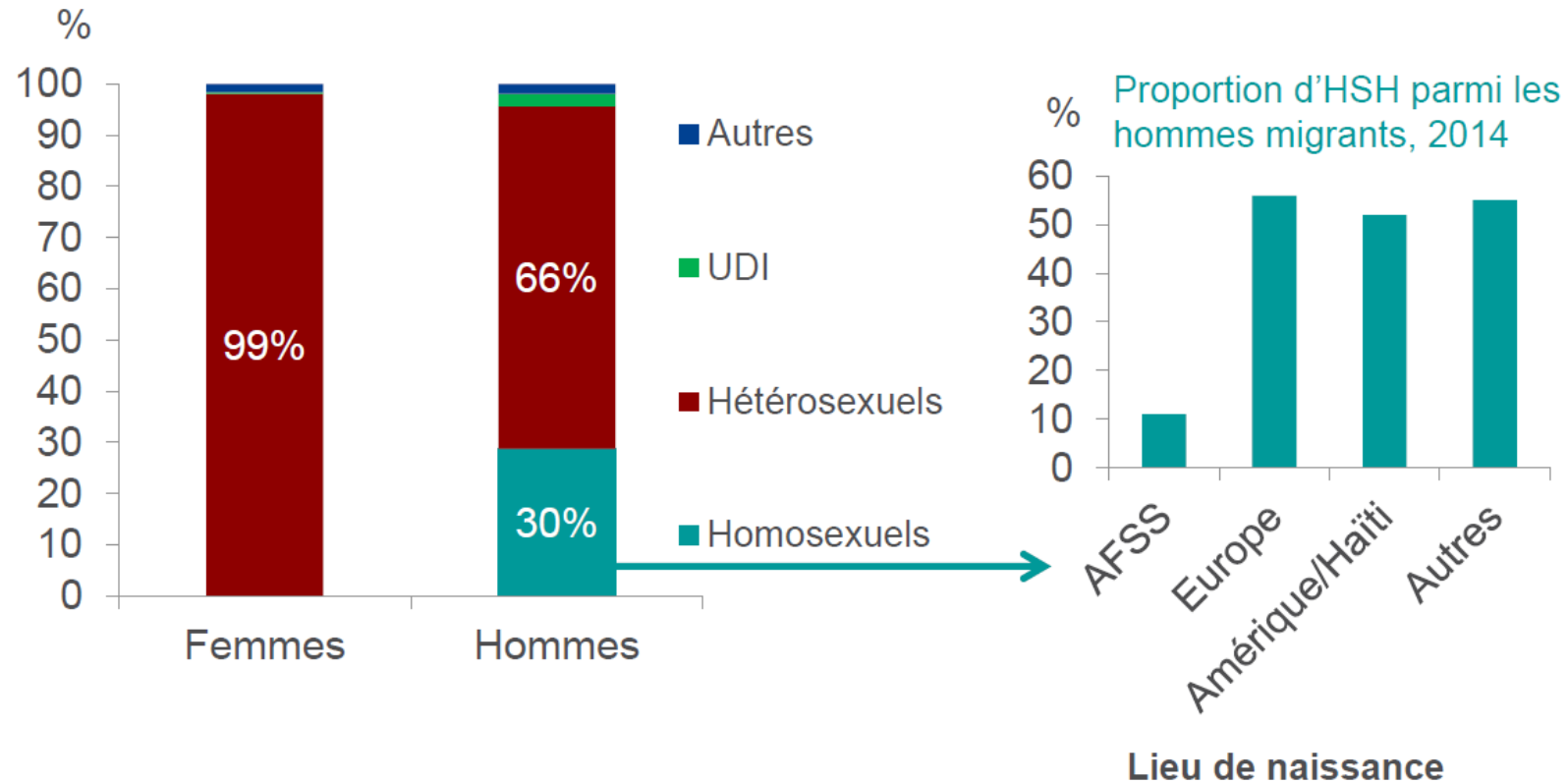
Country of Birth

- France
- Northern Africa*
- Asia/Oceania
- Northern and Western Europe
- Sub-Saharan Africa
- America
- Central and Eastern Europe
- Southern Europe

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 (50 000 personnes)
- 77% des **paludismes** d'importation
- **TB**: incidence x 8
- **Bilharziose** fréquentes
- **Parasitoses digestives** fréquentes
- Autres (Syphilis, Maladie de Chagas, Filariose, BMR, HTLV1 etc...)
- Formes plus graves car diagnostic tardif et mortalité augmentée par maladies infectieuses

Mode de contamination des migrants découvrant leur séropositivité VIH en 2014



HTLV-1

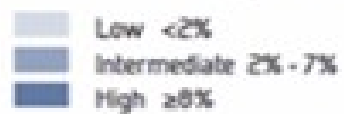
- Rétrovirus humain, 10 à 20 millions de personnes infectées dans le monde.
- Principaux foyers: Sud du Japon et Caraïbes (Afrique plus rare)
- Transmission inter humaine plus faible que VIH (allaitement maternel)
- Morbidité faible mais 2 grandes pathologies associées au HTLV-1:
 - **Leucémie à cellules T** (1 à 5% des infectés, AZT/ $\text{INF } \alpha$)
 - **Paraparésie spastique tropicale** (0,3 à 4%)

VHB ±D

Prévalence des AgHBs dans le monde en 2006



Prevalence of hepatitis B surface antigen

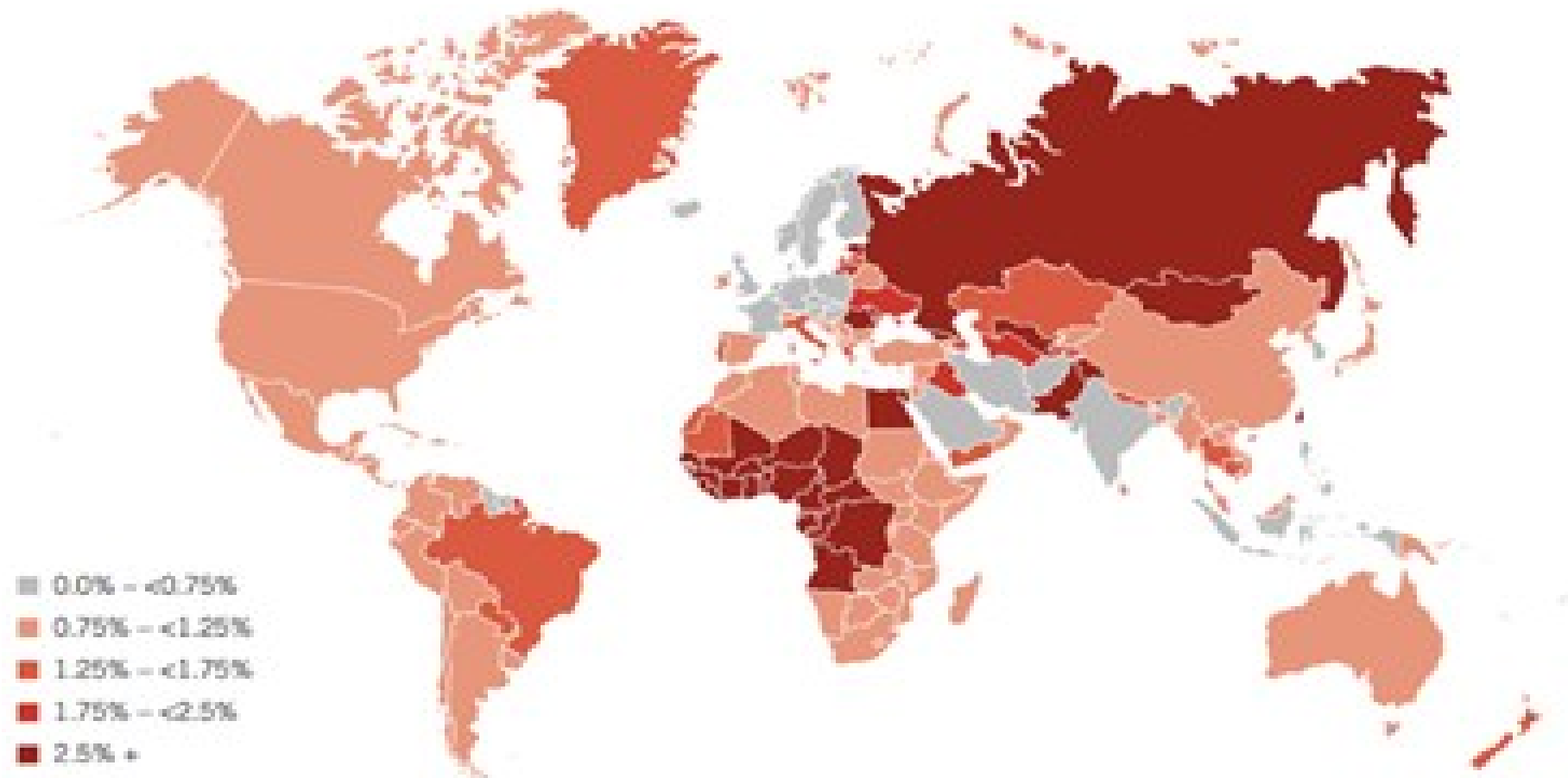


Source : Center for disease control and prevention

Acknowledgment: Adapted from Centers for Disease Control and Prevention

VHC

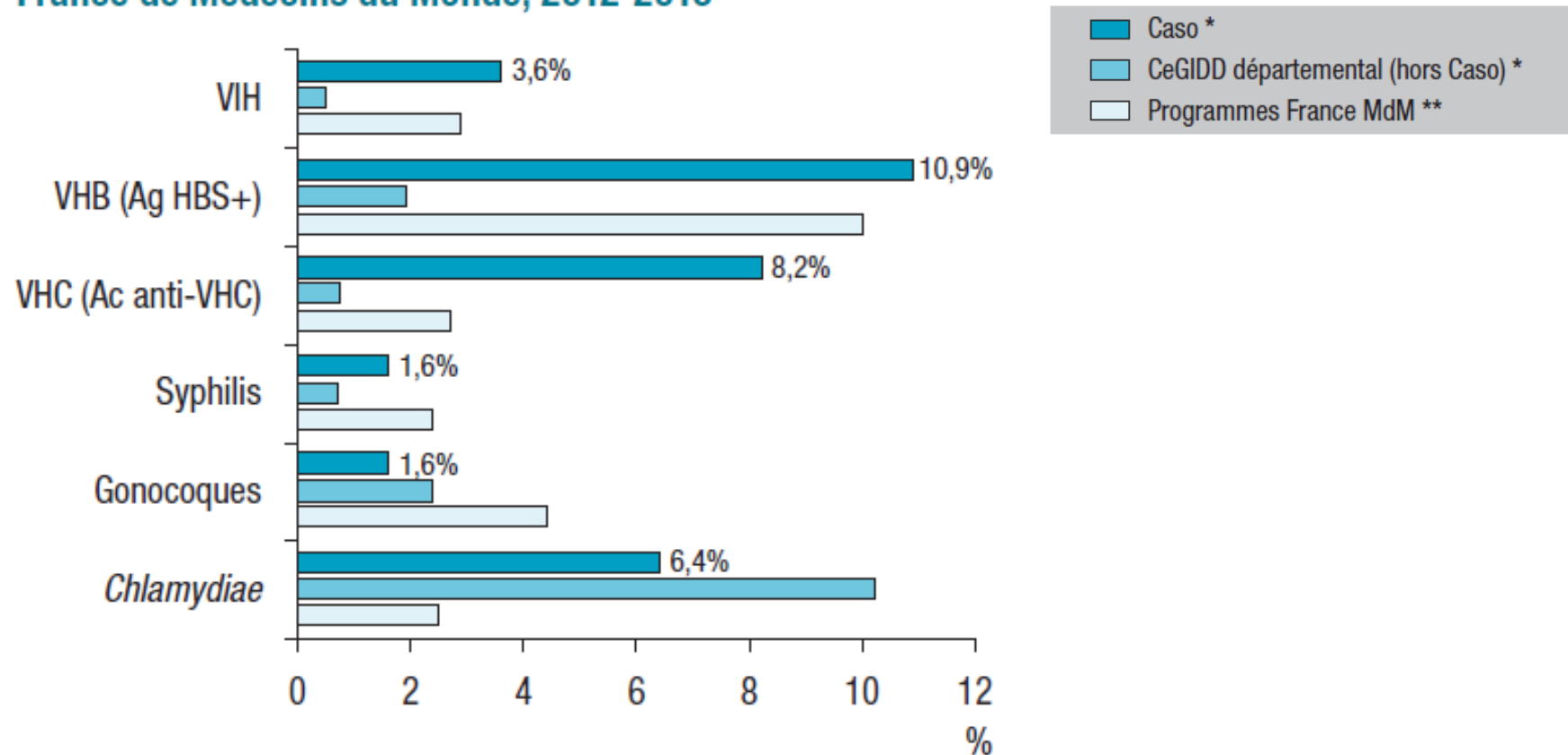
Prévalence de l'hépatite C dans le monde en 2014



Source: Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. Global epidemiology of the hepatitis C virus infection. J Hepatol. 2014; 61 (1 Suppl): S45–57 (2).

93 000 immigrants VHC + en France, 51 000 virémiques

Taux de positivité comparés des dépistages d'infections sexuellement transmissibles réalisés au Caso de Saint-Denis, dans l'ensemble de l'activité du CeGIDD de Seine-Saint-Denis (hors Caso) et dans les programmes France de Médecins du Monde, 2012-2016



DÉPISTAGE DU VIH, DES HÉPATITES ET DES IST CHEZ LES PERSONNES MIGRANTES PRIMO-ARRIVANTES AU CASO DE MÉDECINS DU MONDE DE SAINT-DENIS, DE 2012 À 2016

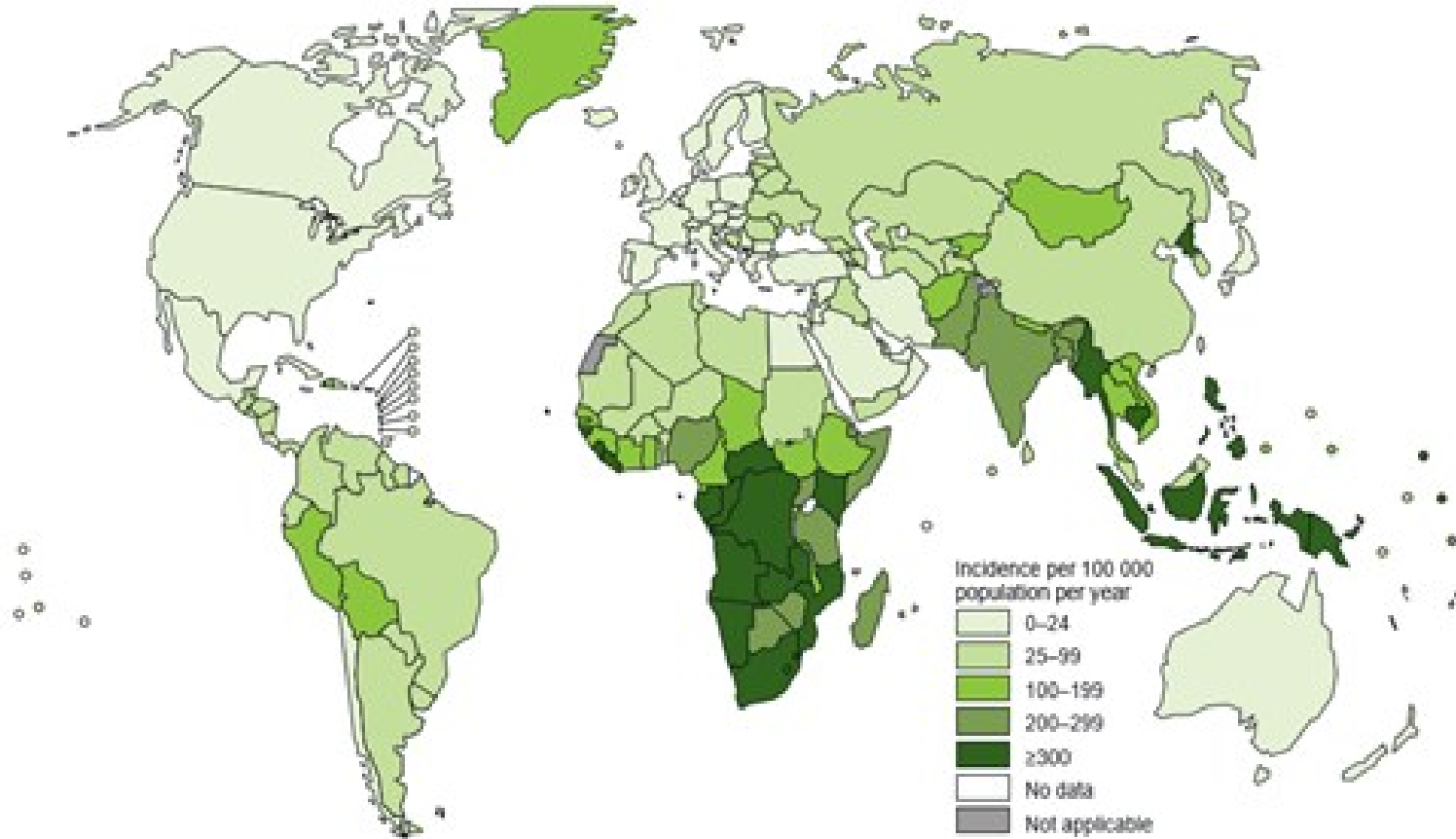
// SCREENING FOR HIV, HEPATITIS AND STIS AMONG RECENT MIGRANTS AT THE HEALTHCARE AND ADVICE CLINICS (CASO) OF DOCTORS OF THE WORLD IN SAINT-DENIS (FRANCE) FROM 2012 TO 2016

Floréale Mangin¹ (fmangin@seinesaintdenis.fr), Laura Sulli¹, Robert Matra¹, Isabelle Nicoulet^{1,2}, Antoine Deslandes³, Mathilde Marmier¹

Beh

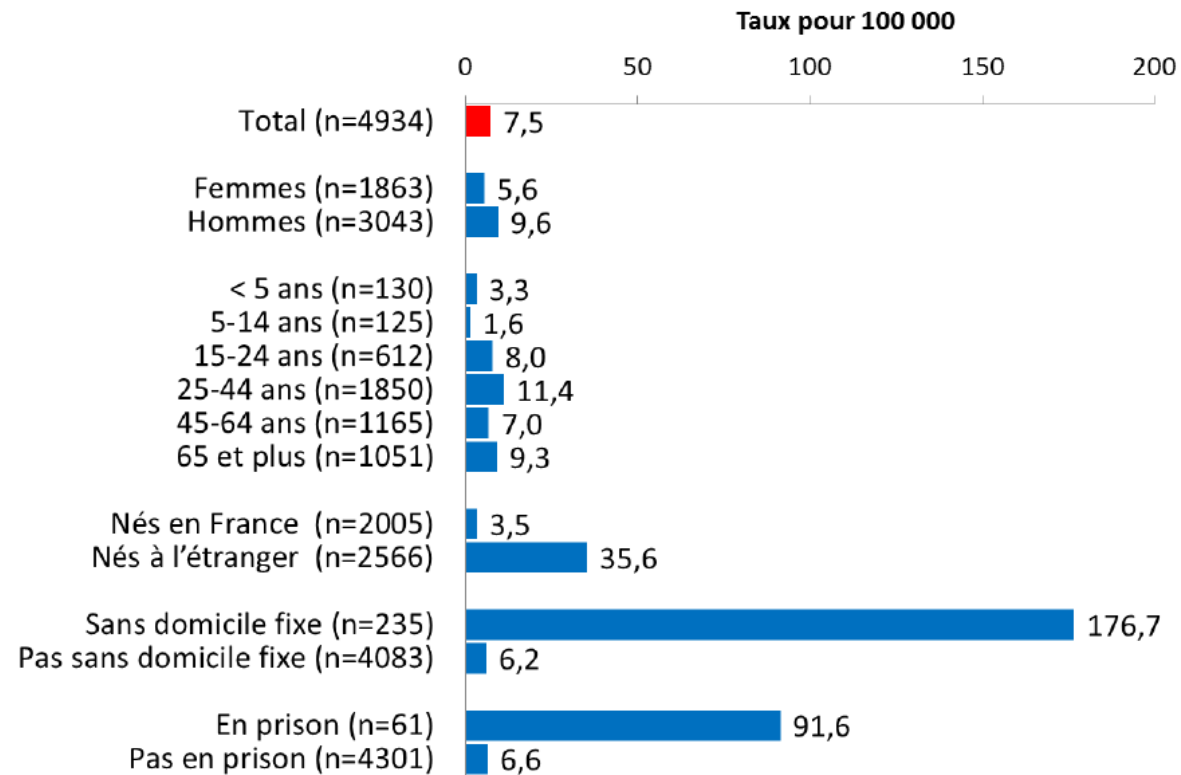
TB

Incidence de la tuberculose dans le monde en 2017



Source : WHO 2018, Global tuberculosis report.

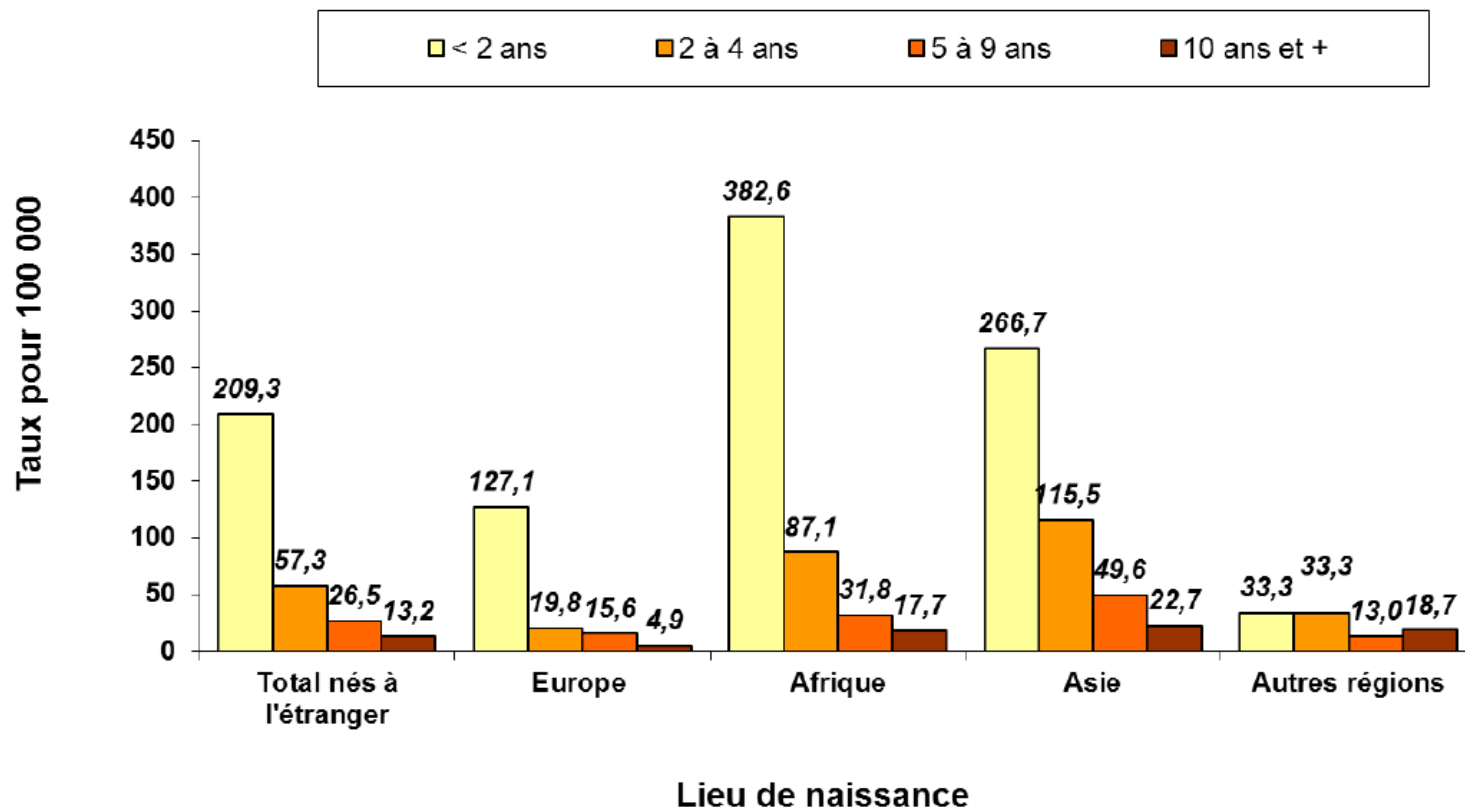
Taux de tuberculose déclarée selon les principales caractéristiques socio-démographiques , France, 2013



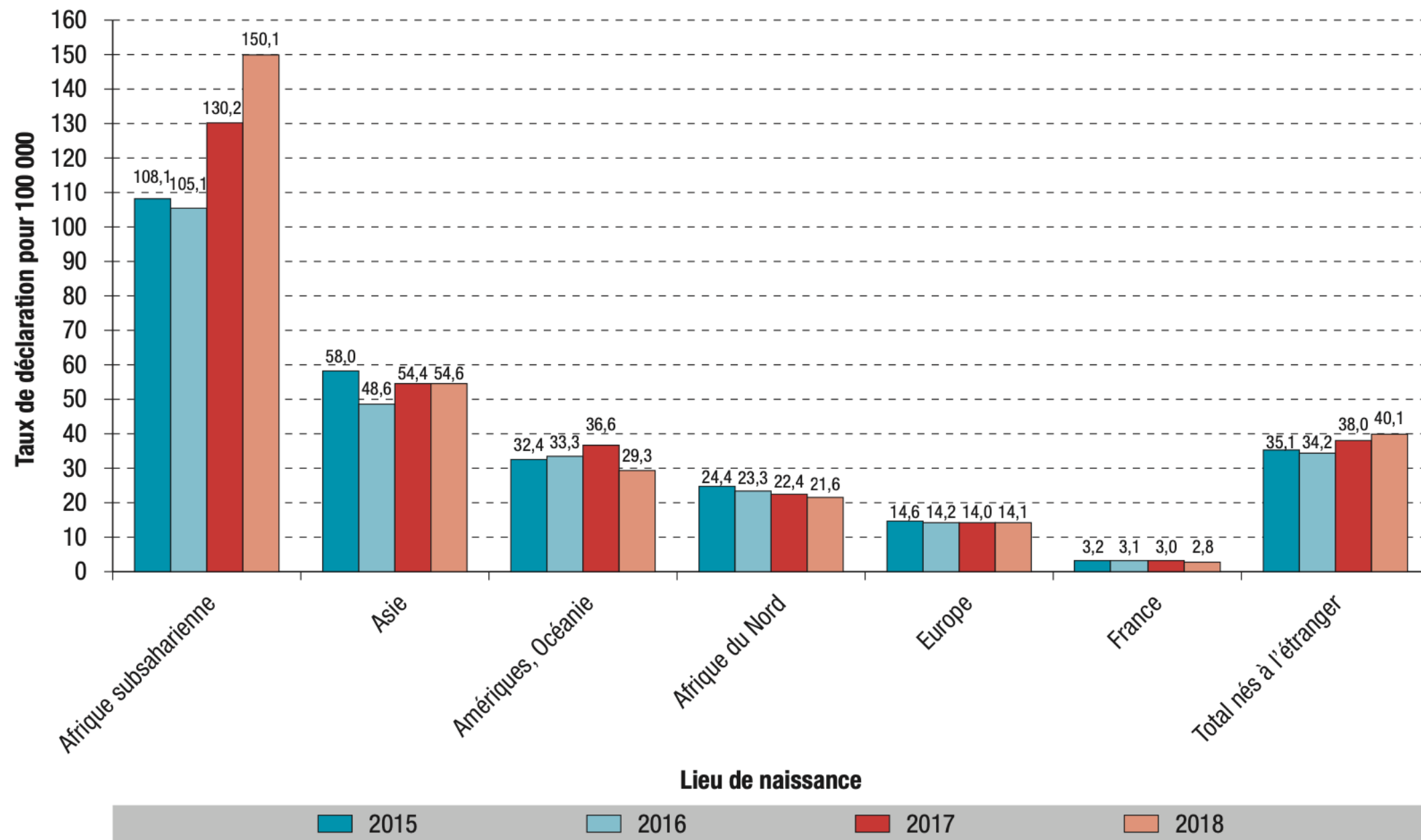
Pour chaque catégorie $p < 0,01$

Source : InVS (déclaration obligatoire)

Taux de tuberculose déclarée par lieu de naissance et ancienneté d'arrivée en France, France, 2013



Taux de déclaration de tuberculose par lieu de naissance, France, 2015-2018



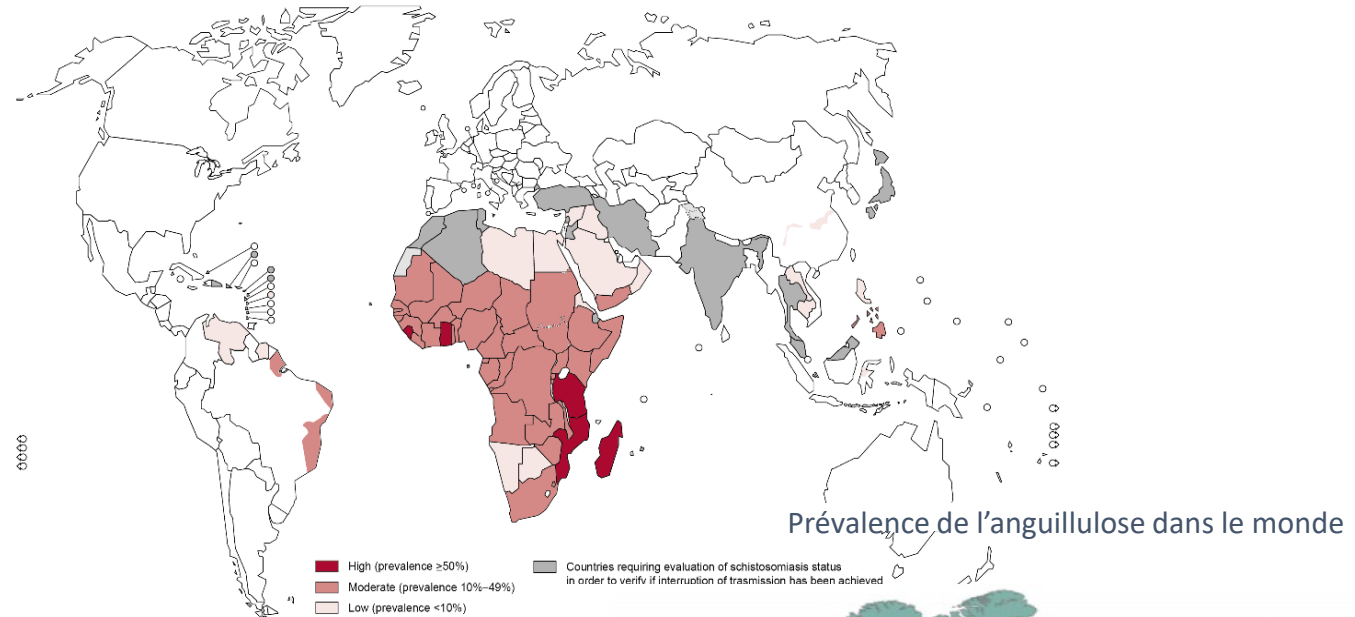
Source : DO tuberculose. Données de population : Insee 2015.

Bilharziose et anguillulose

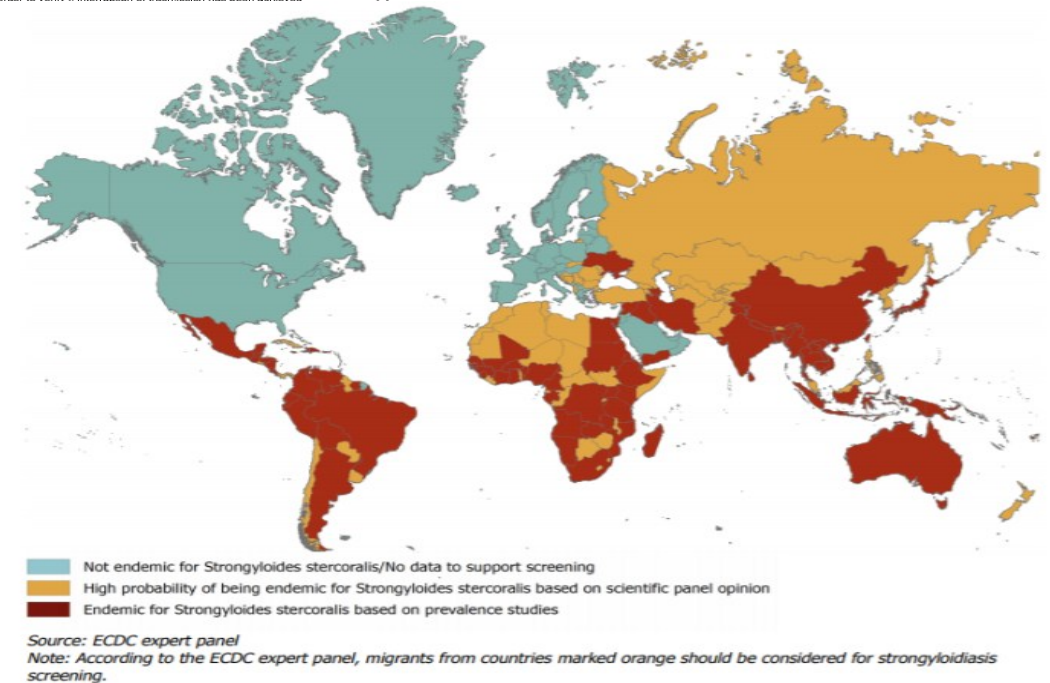
- **Peu de données + sous-estimées**
- **Asymptomatiques** aux stades précoces
- Souvent **pas dépistées**

Recommandations chez les migrants de l'ECDC: **sérologie + traitement** si sérologie positive

Répartition géographique de la bilharziose selon l'OMS en 2012



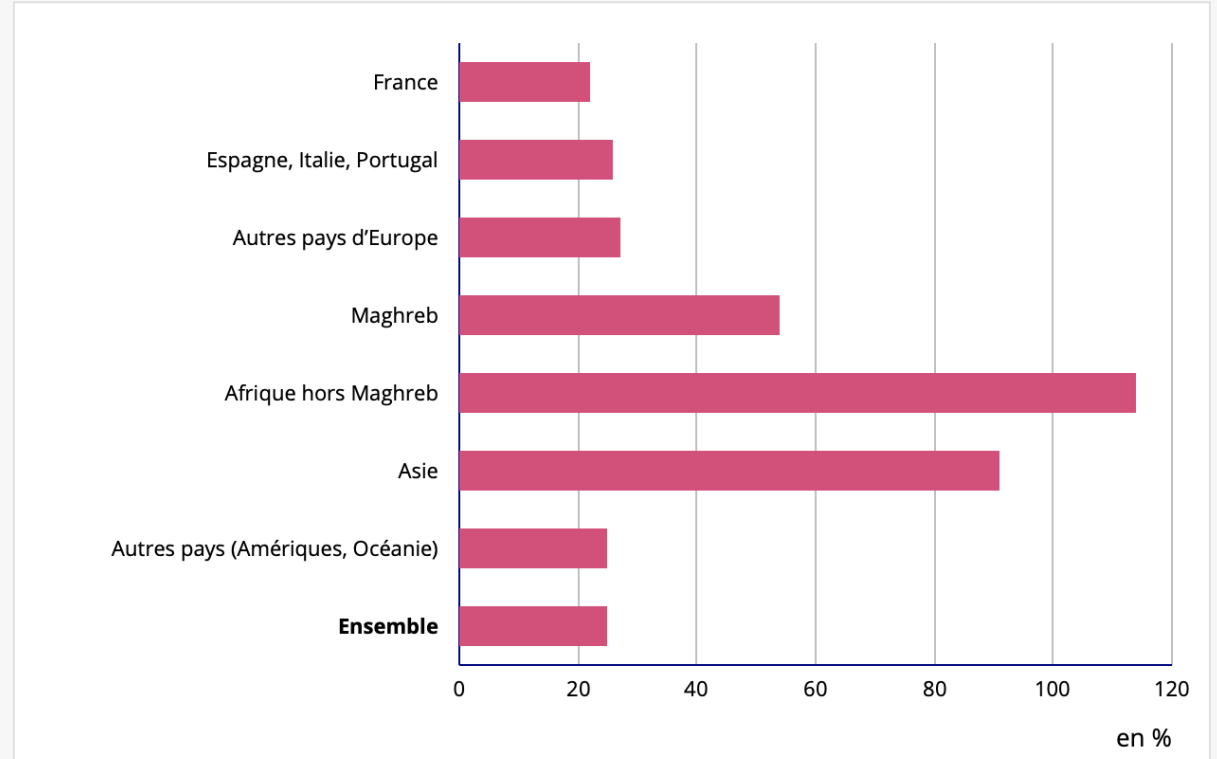
Source : World health organization,
<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/SchistoWorldMap2012.pdf>



Covid 19

- **Peu de données**
- **Une exposition accrue** dans certains contextes (promiscuité, hébergement d'urgence, Seine Saint Denis, etc.)
- Recours aux soins?
- **Surmortalité**

Figure 1a - Évolution du nombre de décès enregistrés en France entre mars-avril 2019 et mars-avril 2020, selon le pays de naissance des personnes décédées



Note : données provisoires.

Lecture : le nombre de décès enregistrés en France entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020 a augmenté de 25 % par rapport à la même période en 2019. Dans le même temps, le nombre des décès en France de personnes nées en Afrique hors Maghreb a plus que doublé (+ 114 %).

Champ : décès enregistrés en France.

Source : Insee, statistiques de l'état civil, fichier du 4 juin 2020.

AVIS

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

Version du 6 mai 2015

Visite médicale < 4 mois pour
les primo-arrivants

- = RDV santé
 - Où ?... Lieu unique
 - Information
 - Interprétariat
 - Accès aux soins
 - Examen clinique
 - Vaccin
 - Dépistage ITL (Via le CLAT?), VIH, VHB, VHC
 - +/- Hémoglobinopathie, diabète, saturnisme, BU, EPS

Un « bilan de santé migrants »?

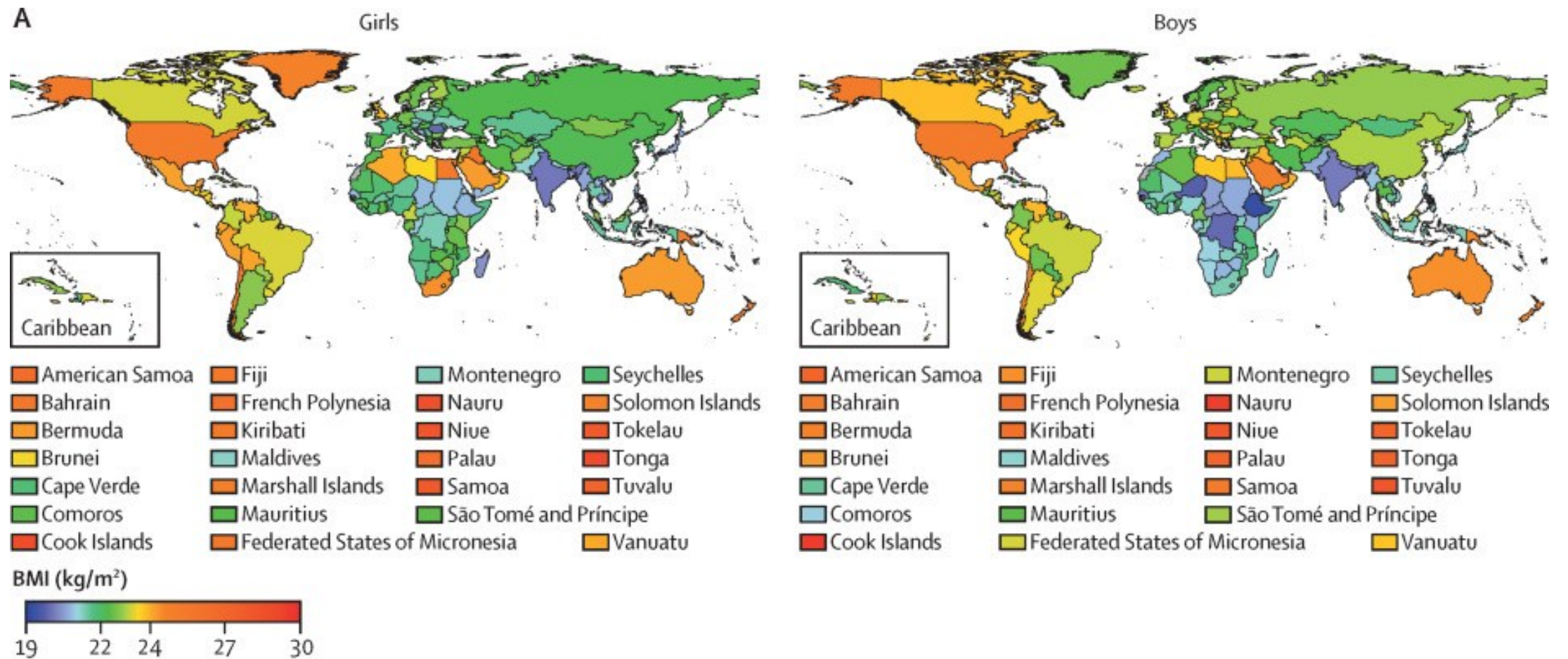
- Intérêt de mutualiser les efforts de dépistage de différentes maladies. Accessibilité? Prise en charge? Moyens?
- Variable en fonction du profil. Et variabilité des pratiques +
- A considérer:
 - Evaluation socio-jurique
 - Examen clinique (TA+) + BU
 - NFS, iono, urée, créat, ASAT, ALAT, glycémie (≥ 45 ans)
 - Sérologies VIH, VHB, VHC, TPHA/VDRL (Fdr), PCR Chlamydiae/gono (≤ 25 ans et Fdr)
 - Radio pulmonaire (IDR/IGRA pour les moins de 18 ans ou 40 ans sous conditions)
 - Recherche souffrance psychique, notion de violences subies, vulnérabilité sexuelle
 - FCV/PCR HPV, dépistage K colon, dépistage K sein selon sexe et âge
 - Examen dentaire +/- OPH, ORL
 - Sérologie bilharziose (ASS), Chagas (Am Sud)
 - +/- Examen parasitologique des selles et des urines, frottis « midi »
 - Et/ou traitement antiparasitaire systématique ivermectine 200 ug/kg + albendazole 400 mg/j pdt 3 j
 - +/- test de grossesse, besoin de contraception
 - +/- Electrophorèse de l'hémoglobine (ASS, Inde, Caraïbes)
 - Sérologies pré (VHB, varicelle, rubéole) ou post vaccinales (Ac antitétanique, Ac antiHbs)

Recos HAS / SPILF sur le rattrapage vaccinal chez les migrants

- Travail mené par le groupe Migration Prévention de la SPILF
- Saisine DGS de la HAS
- Copilotage HAS / SPILF
- Questions posées:
 - mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez les personnes à statut vaccinal inconnu
 - Etat des lieux des recommandations internationales, les pratiques et la couverture vaccinale
 - Crédit à accordé au statut vaccinal déclaré
 - Utilisation et fiabilité des sérologies et pré et post vaccinales
 - Risque d'hyperimmunisation?
 - Quels vaccins recommander?
 - Schémas de rattrapage? Implémentation? Continuité du rattrapage?



IMC moyen de 65 millions de jeunes âgés de 19 ans en 2019
dans 200 pays



NCD Risk Factor Collaboration, Lancet 2020; 396: 1511–24

Pour aller plus loin

- Recos HAS / SPILF sur le rattrapage vaccinal chez les migrants
- Stratégie nationale de santé sexuelle
- Recos HCSP sur l'infection tuberculose latente
- Rapport de l'ECDC sur le dépistage des maladies infectieuses chez les migrants
- Rapport du HCSP sur l'accueil sanitaire
- Instruction du ministère sur le Parcours santé migrants (INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018)



Migrants en situation de précarité / séjour irrégulier

- Maladies infectieuses, psychiatriques, gynécologiques et chroniques + fréquentes
- Gâle, poux, puces
- Viroses respiratoires
- Traumato
- Souffrance psychique et Stress post traumatique
- Varicelle
- Froid, fatigue
- Violences subies
- Migrants issus des camps de réfugié et risque épidémique (rougeole, méningocoque, etc.)

Hejblum E, JPLD 2008

Majori S, JTM 2008

Pezzoli MC, EID 2009

Stornaiuolo G, Dig Liver Dis 2013

Basile L, Eurosurveillance 2011

Migrants en situation irrégulière « undocumented migrants »

- 5-10% des **TM** (Pays faible endémie)
- Plus **d'hépatite B**: 9,3% (Italie)
- Plus de **VIH**:
 - 1% vs 0,4% pop gé (Italie)
 - 22% acquisition probable après migration
 - 5% parmi ceux fréquentant un centre de santé pour migrants avec unité mobile (Italie)
 - plus souvent parmi ceux recrutés de manière active, parmi les femmes et en cas d'abus de substance psychoactives
- Plus de **maladie de Chagas** que parmi les migrants en situation régulière (UE)
 - Espagne: 3,9-7,8%
 - Suisse: 2,5-7,8%

Heldal E, IJTLD 2008

Majori S, JTM 2008

Pezzoli MC, EID 2009

Stornaiuolo G, Dig Liver Dis 2013

Basile L, Eurosurveillance 2011

Migrants en situation irrégulière

- Plus de vulnérabilité **psychologique** et de troubles psychiatriques (dépression, schizophrénie, etc.) que migrants réguliers et pop gé (France, Grèce, Italie, Espagne)
 - En lien avec le vécu avant le départ, pdt le transit, aux frontières et parfois en lien avec différentes formes de violence subie
- Plus vulnérables et plus à risque de **maladies chroniques**
- Hommes
 - Plus à risque de **traumatisme** en lien avec leur travail (France, Espagne)
- **Décès** (Suède)
 - Causes externes en particulier par suicide (OR=3,6)
 - Suivi par les maladies cardiovasculaires (OR=2,2) et les cancers (OR=0,07)

Aragona M, Ann Ist Super Sanita. 2013
Madianos MG, Int J Soc Psychiatry. 2008
Rondet C, BMC Fam Pract. 2013
Rechel B, Lancet. 2013

Rechel B, Migration and health in the European Union 2011 (livre)
Affronti M, Int Emerg Med. 2011
Castañeda H, Soc Sci Med. 2009
Jolivet A, BMC Public Health. 2012
Schoevers MA, J Public Health Policy. 2009

Wahlberg A, Glob Health Action. 2014

Migrantes en situation irrégulière

- Plus de grossesses non désirées (Suisse)
- Plus de grossesse à l'adolescence (Portugal)
- Couverture vaccinale contre la rubéole insuffisante
- Plus de grossesses compliquées (Portugal)
- Dépistage du cancer du col de l'utérus insuffisant
- Plus d'IVG (Portugal)
- Plus de portage du *Chlamydiae* 13% vs 4,4% si TS (Suisse, centre IVG)

Wolff H, Soc Sci Med 2005

Wolff H, BMC Public Health 2008

Almeida LM, Cad Saude Publ 2014

Enfants migrants

- Plus de **maladies infectieuses**, de troubles **psychologiques** et de **problèmes congénitaux** (Suisse)
- Saturnisme
- Principales causes d'hospitalisation (Italie)
 - <1an: infections > maladies congénitales, troubles métaboliques, fonctionnels ou organiques, dénutrition
 - 1-14 ans: troubles métaboliques, fonctionnels ou organiques > infections, maladies congénitales,

Inégalités sociales de mortalité maternelle

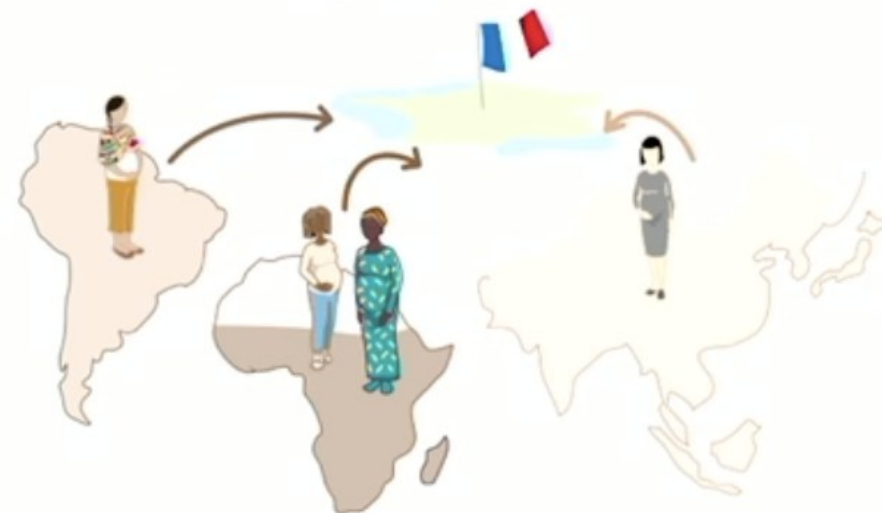
LES MORTS MATERNELLES EN FRANCE : MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX PRÉVENIR

6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle
sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015

Les femmes **MIGRANTES**

 RISQUE
x 2,8

pour les femmes originaires de certains
pays d'**Afrique subsaharienne,**
d'Asie du Sud-Est et d'**Amérique**
du Sud



Inégalités de Morbidité Maternelle Sévère

France

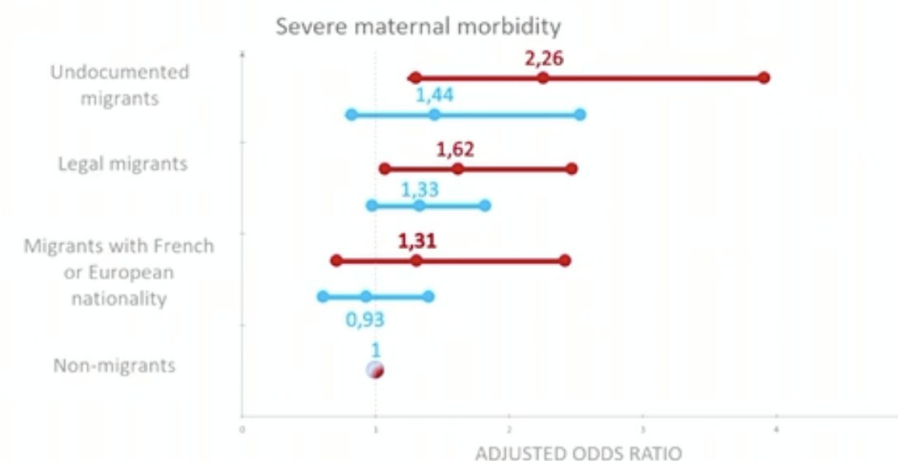
Type de MMS	Cases	Controls	Femmes nées en Afrique du Nord†		Femmes nées en Afrique sub Saharienne†	
			OR [CI 95%]	aOR [CI 95%]	OR [CI 95%]	aOR [CI 95%]
MMS toutes causes	1903	2743	1,1 [0,9-1,3]	1,0* [0,8-1,3]	2,2 [1,8-2,7]	1,9* [1,5-2,5]
Pathologie hypertensive sévère	408	2743	1,1 [0,8-1,5]	0,9* [0,6-1,4]	2,9 [2,1-3,9]	2,2* [1,4-3,3]
Sepsis sévère	30	2743	0,7 [0,2-2,9]	0,6* [0,1-2,8]	3,8 [1,5-9,4]	2,3* [0,6-8,6]
Hémorragie obstétricale sévère						
Avant travail ou césarienne programmée	295	282	0,9 [0,5-1,5]	0,6* [0,3-1,1]	2,1 [1,3-3,4]	2,0* [1,1-3,6]
Après accouchement ou César en cours de travail	899	2461	1,1 [0,8-1,4]	0,9** [0,6-1,2]	1,9 [1,4-2,5]	1,9** [1,2-2,9]

† Reference : Femmes nées en France

* Adjustment for age, body mass index, past medical history, parity and previous cesarean delivery, complications of current pregnancy (gestational diabetes, preeclampsia, other pregnancy complication), third trimester anemia and regularity of prenatal care

** Adjustment on previous covariates + labor characteristics (induction of labor, duration of labor, use of oxytocin) and delivery characteristics (spontaneous or instrumental vaginal delivery or cesarean delivery, perineal laceration, prophylactic oxytocin, and fetal macrosomia)

LEGAL STATUS

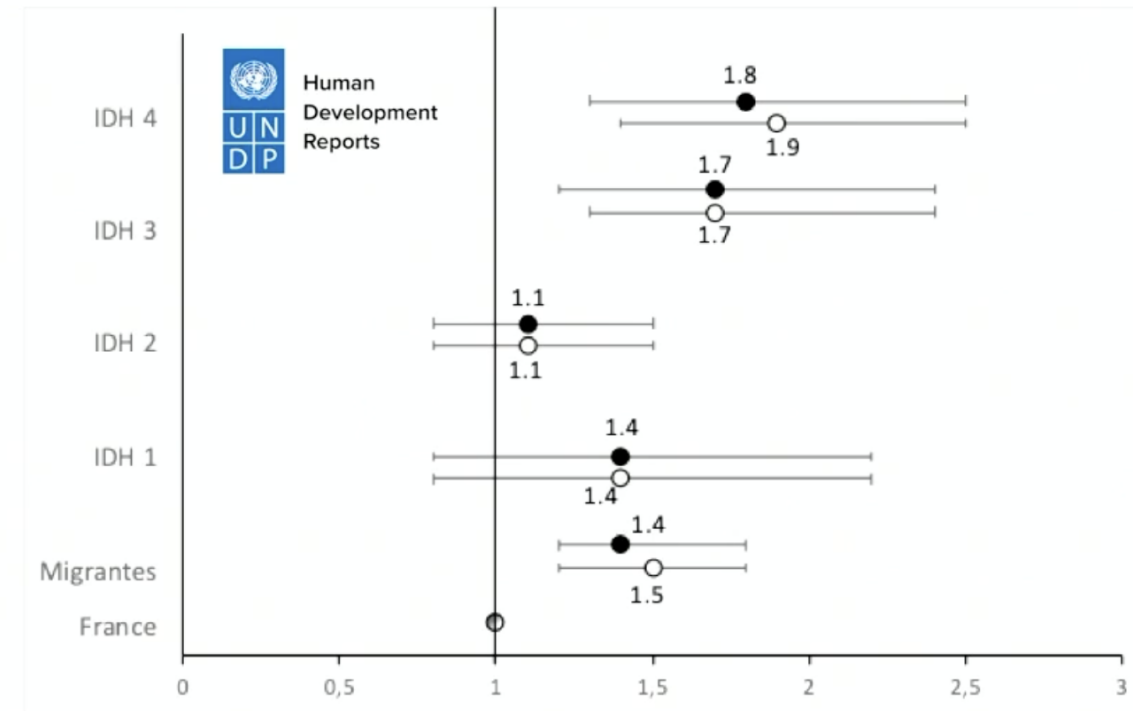
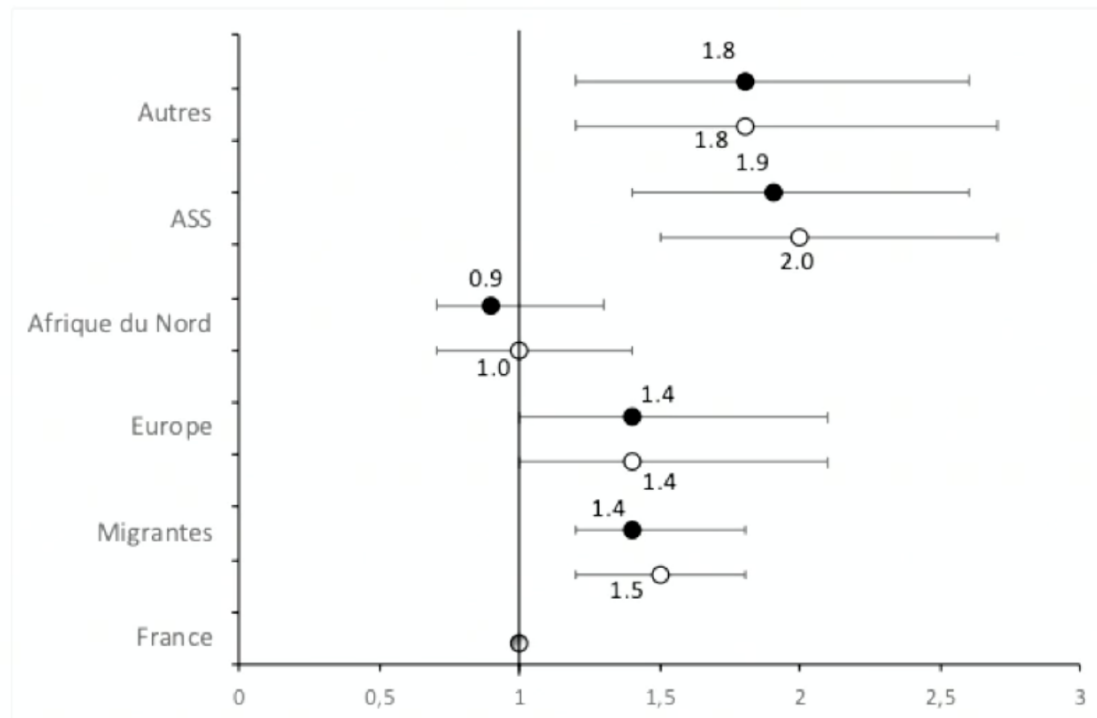


Inequalities in perinatal health

Preterm birth by women place of birth and HDI



Enquête Nationale Périnatale



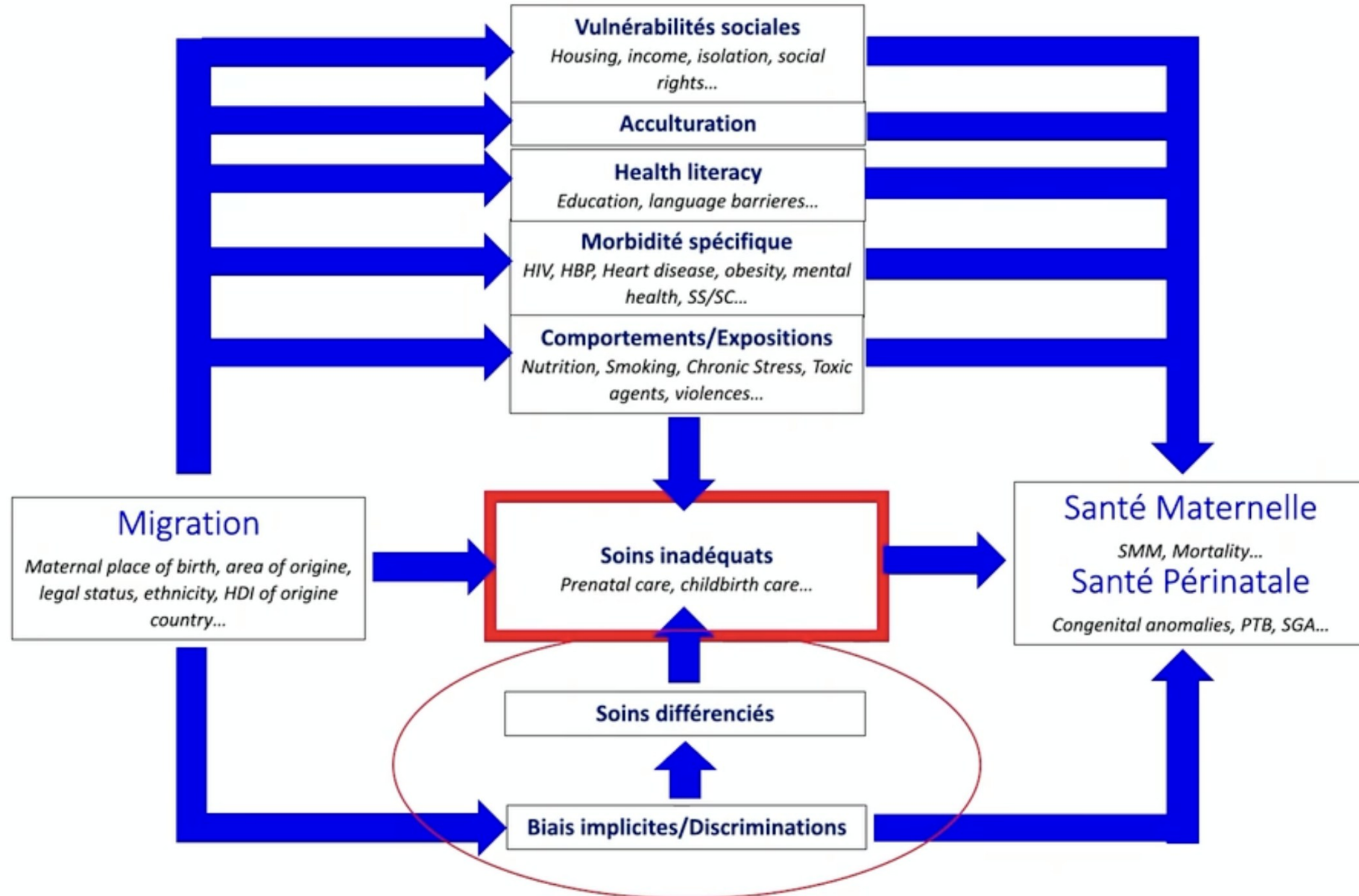
Human Development Index: Very High 1/ High 2/ Medium 3 / Low 4

○ Crude Odd Ratio

● Adjusted Odd Ratio (maternal age, parity)

Kestenar et al

Mécanismes des inégalités sociales de santé maternelle et périnatale

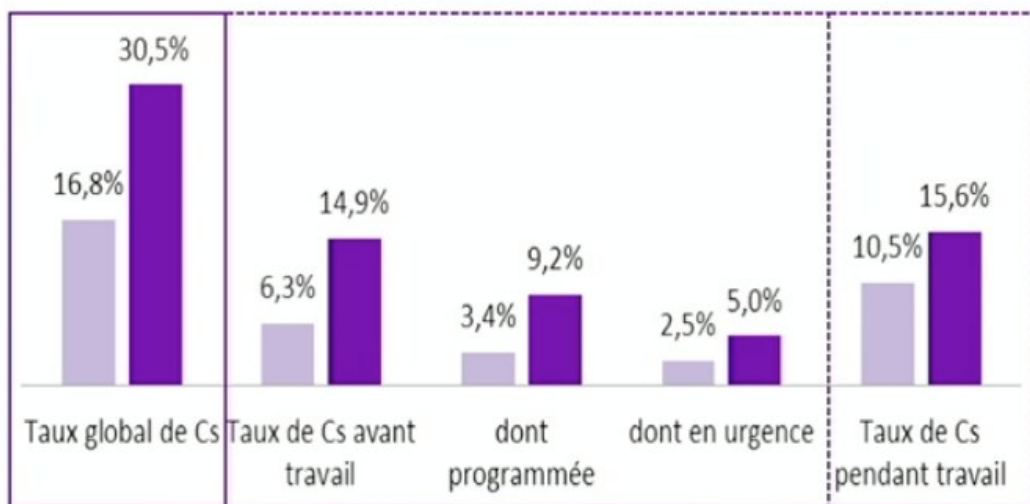


Soins différenciés en matière de césarienne selon l'origine géographique maternelle



Différence de taux de césarienne selon l'origine de la mère

■ Groupe Fr ■ Groupe AFSS



Robson 5A – Un antécédent de césarienne

Origine maternelle	Césarienne avant travail n=80/363		CS avant travail vs tentative VB		Césarienne pendant travail n= 82/283		Si travail : CS pendant travail vs VB	
	N	(%)	OR [95% CI]	aOR [95% CI]**	N	(%)	OR [95% CI]	aOR [95% CI]**
France métropolitaine	21	16,4	1	1	22	20,6	1	1
Afrique Subsaharienne	59	25,1	1,71 [0,98-2,97]	1,38 [0,61-3,12]	60	34,1	2,00 [1,14-3,51]	3,00 [1,36-6,61]

** Logistic regression models adjusted for maternal age, body mass index, medical risk at the beginning of pregnancy, number of previous pregnancies, social deprivation, prenatal care utilization, estimation of fetal weight, complications during pregnancy, hospital of delivery

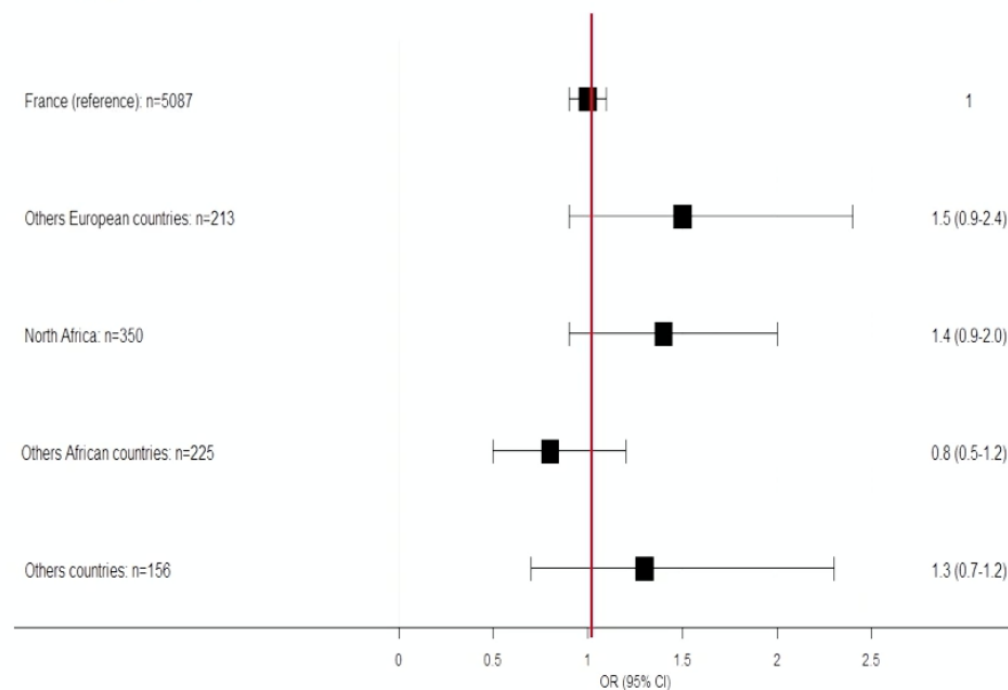
Confusion résiduelle possible

Soins différenciés en matière d'analgésie péridurale

Réalisation d'une APD

OR (95% CI)

Maternal geographic origin

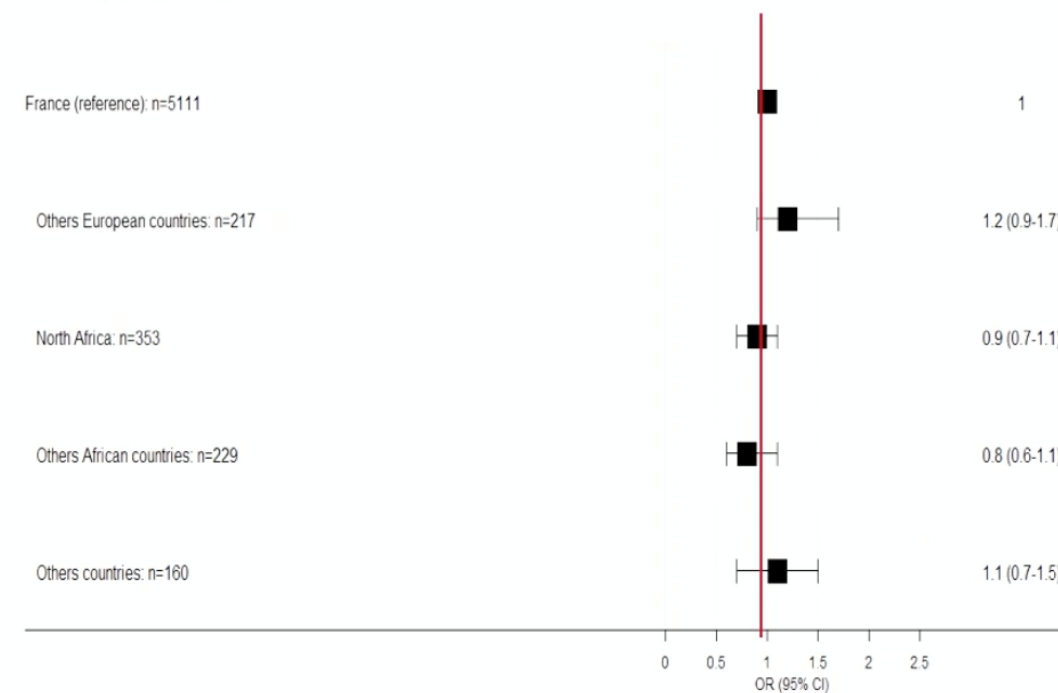


Réalisation APD <60'

imputations)

OR (95% CI)

Maternal geographic origin



Ajustement sur âge, parité et suivi prénatal inadéquat

Brebion et al Br J Analgesia 2021