

La santé des migrants

Dr Nicolas Vignier

Groupe hospitalier Sud Ile de France . ERES IPLESP UMR_1186

Groupe Migrants et Prévention SPILF. Corevih IDF Est



Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique
Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health

Pierre Louis (French physician, 1787-1872) contributed to the development of epidemiology



Questions FMC

- Quelle proportions de la population française représente la population immigrée?
 - A. 1%
 - B. 10%
 - C. 20%
 - D. 30%
- Combien de nouveaux immigrants (légaux) arrivent en France chaque année?
 - A. 50 000
 - B. 200 000
 - C. 500 000
 - D. 1 million

Questions FMC

- A quelles maladies infectieuses les migrants sont-t-ils particulièrement exposés?
 - A. VIH
 - B. VHB
 - C. VHC
 - D. Bilharziose
 - E. Paludisme
 - F. Infections urinaires
 - G. Bactéries multirésistantes

Émigrés? Migrants ? Exilés?
Réfugiés ? Peu importe comment
nous les appelons, ce sont eux qui
nous appellent.

@bernardpivot1

« Migrant »: définition?

- **Migrants:** définition non consensuelle
 - personnes nées à l'étranger et vivant sur le sol français?
 - primo-arrivants?
- **Immigrés:** nés étrangers à l'étranger et résidant en France (au moins 1 an?)
- **Etrangers:** immigrés non nationaux
- **Français naturalisés:** immigrés ayant acquis la nationalité Fr.
- **En fonction du motif**
 - Migration de travail 1/4
 - Migration familiale
 - Demandeurs d'asile / réfugiés / exilés
 - Migration pour raison de santé (minoritaires)
- **2^{ème} génération:** nés en France/français de parent(s) immigré(s)
 - Génération 1.5 si arrivé très jeune et socialisé en France
- **3^{ème} génération**
- **Durée de résidence**

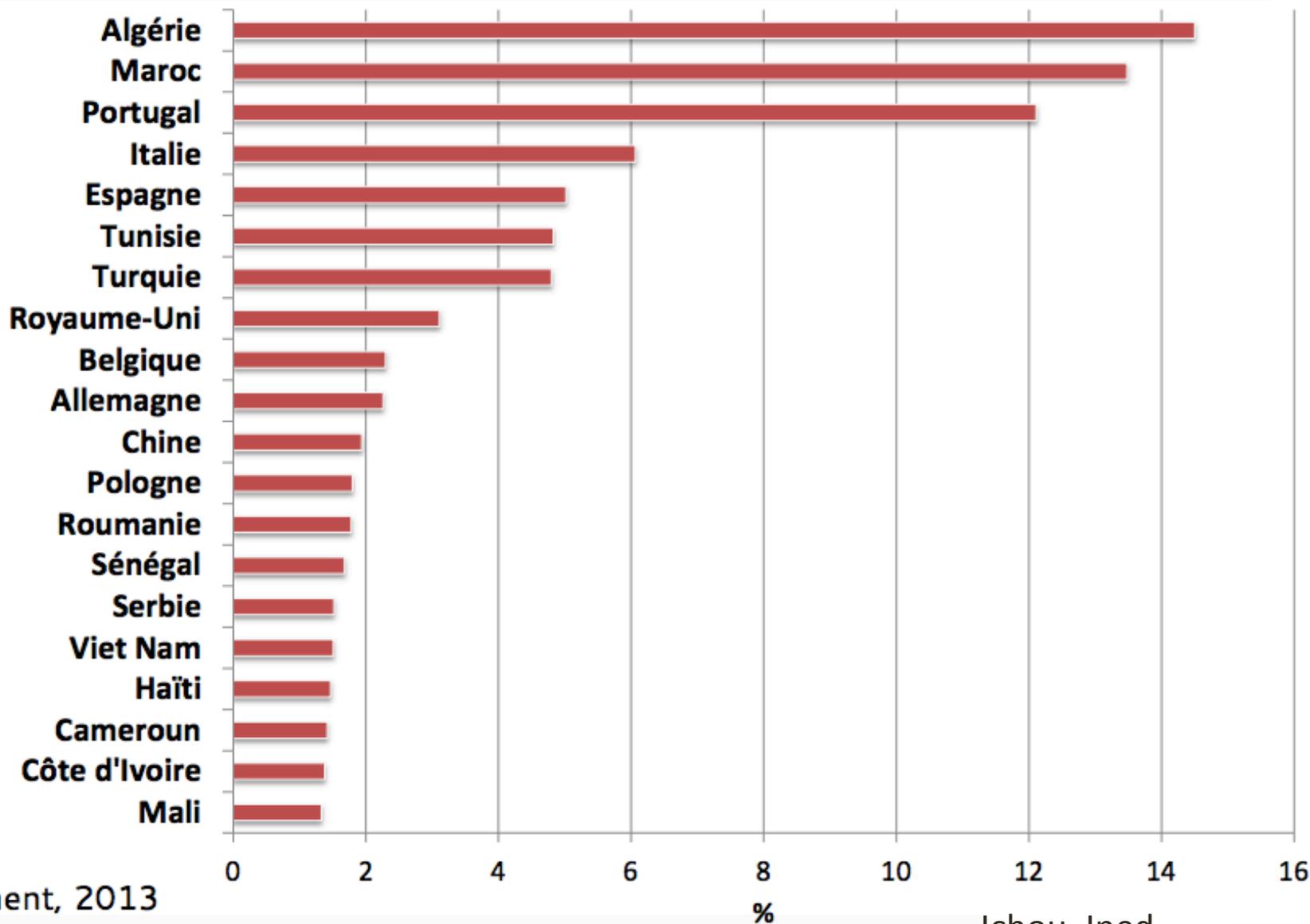
Qui sont les « migrants » en France?

- **Immigrés: 10% de la population française**
– stable
 - ≈ 6 millions
- dont **½ étrangers**
 - ≈ 3,7 millions
- **2^{de} génération: 10%**
- **Immigrés en situation irrégulière?**
 - 300 000 à 500 000?

Et des populations spécifiques:

- par situation sociale
- par origine géographique
- par ethnie
- les femmes
- les mineurs
- les demandeurs d'asile
- les travailleuses du sexe
- les transgenres
- etc.

Origines nationales (% des immigrants)

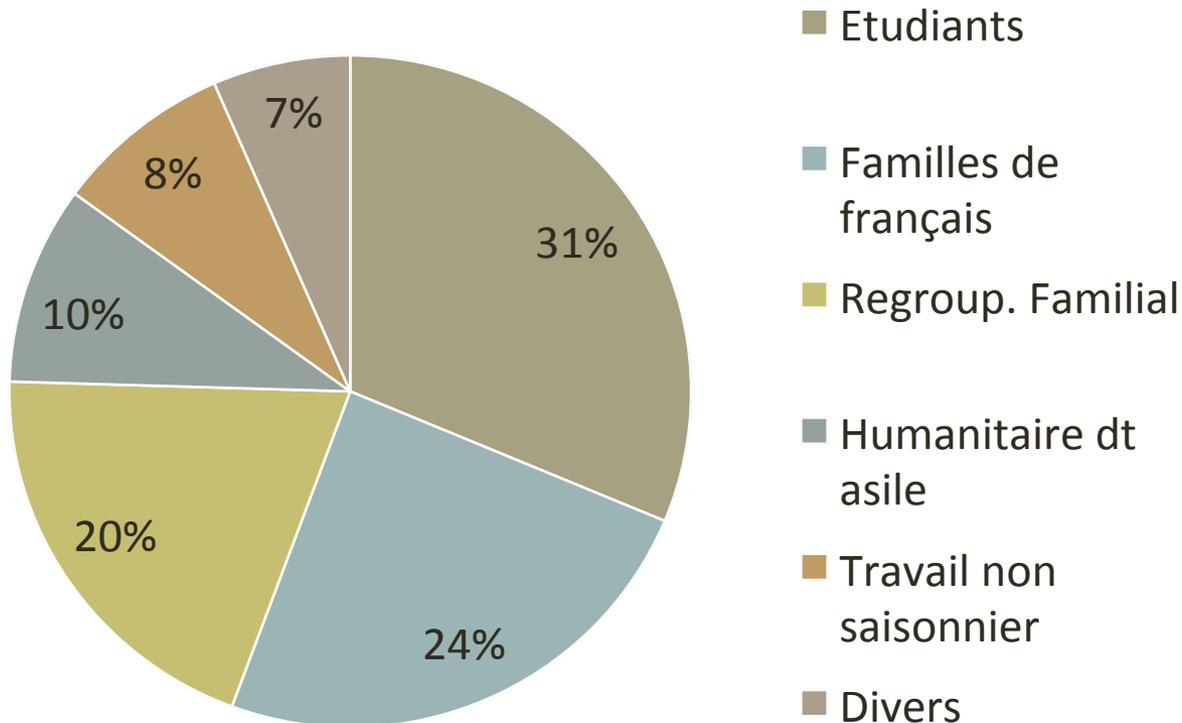


Source :
recensement, 2013

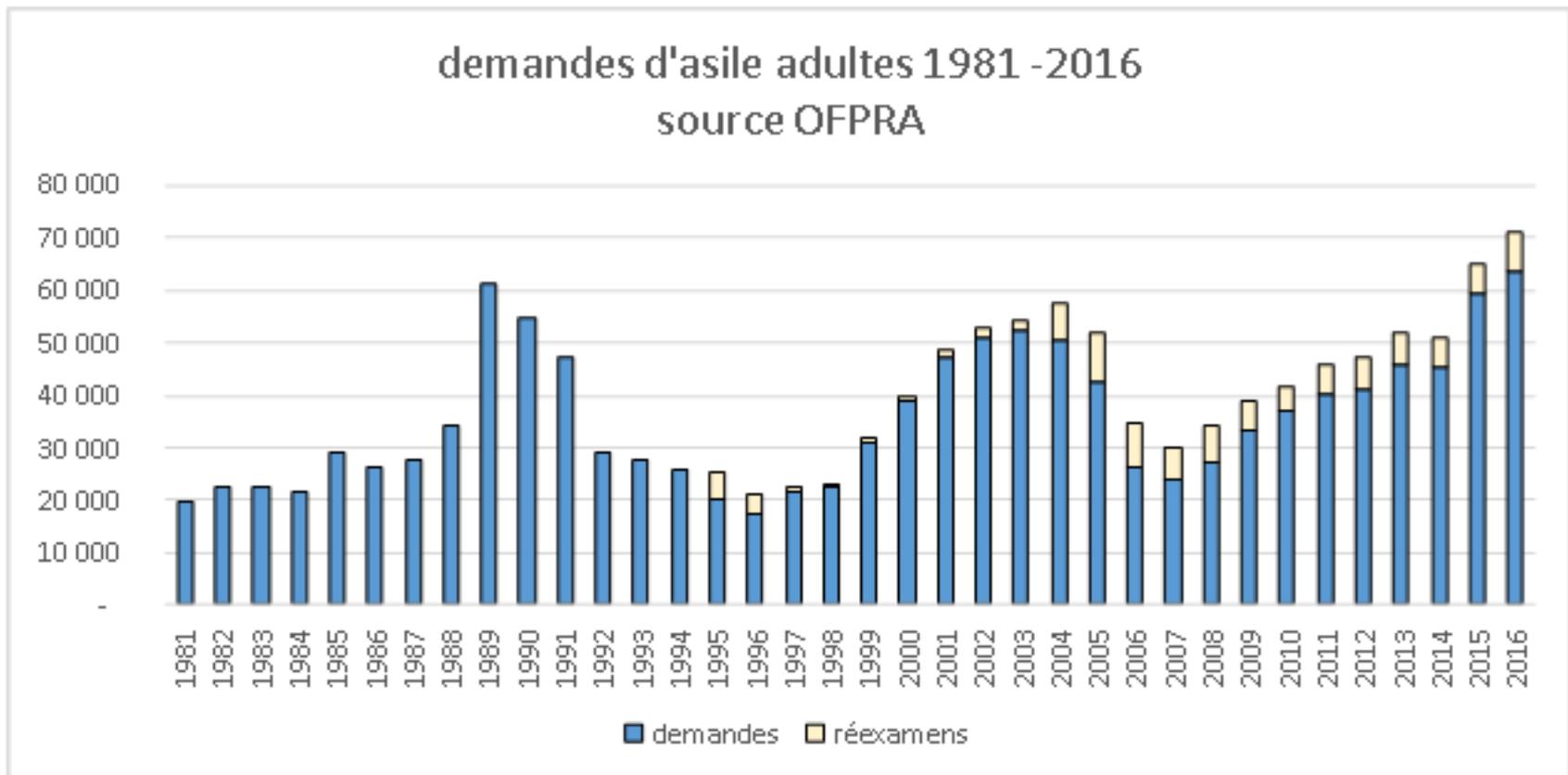
Qui sont les nouveaux « migrants » en France?

≈ 200 000 / an

Nouveaux immigrants en 2014

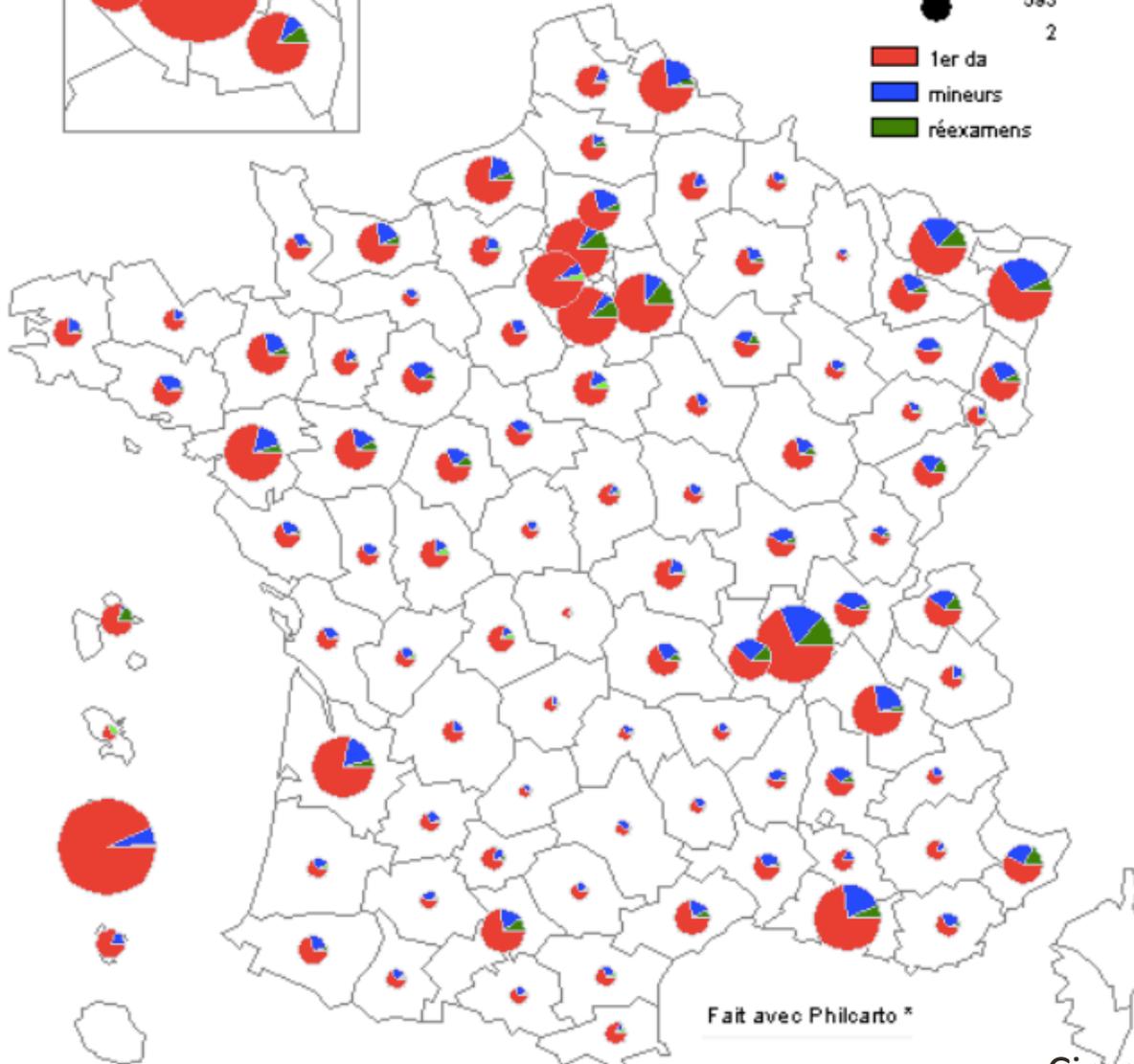


Demandeurs d'asile



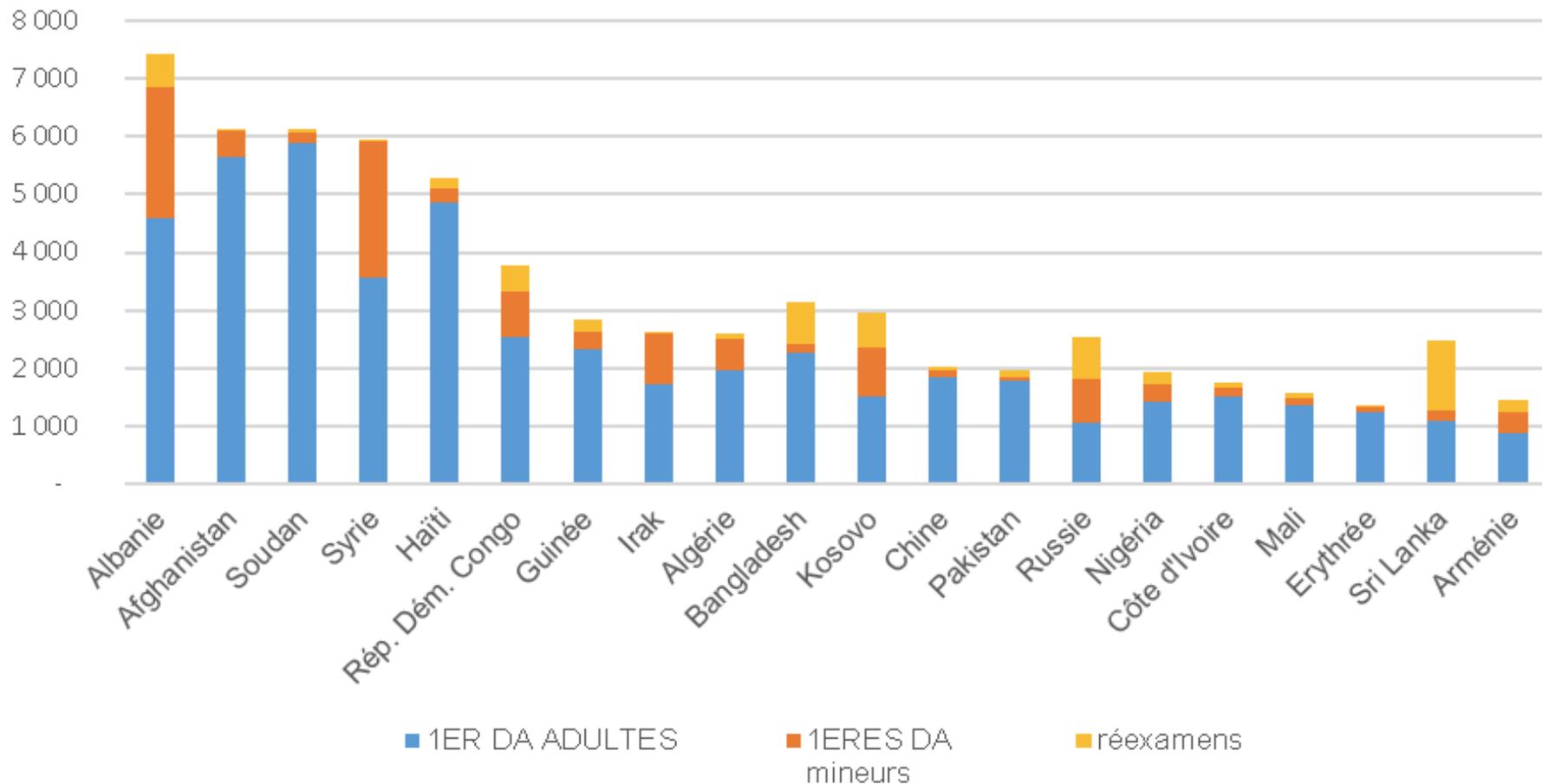
Nombre de **réfugiés** en France: 180 000 en 2015
Cimade 2016

DEMANDES D'ASILE
12 mois 2016



Fait avec Philcarto *

20 premières nationalités de demandes d'asile



décisions OFPRA 2010-2016



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
- Moins bon état de santé perçu

Khlat M., Beh 2012

Berchet C., Beh 2012

Wihtol de Wenden C., Beh 2012

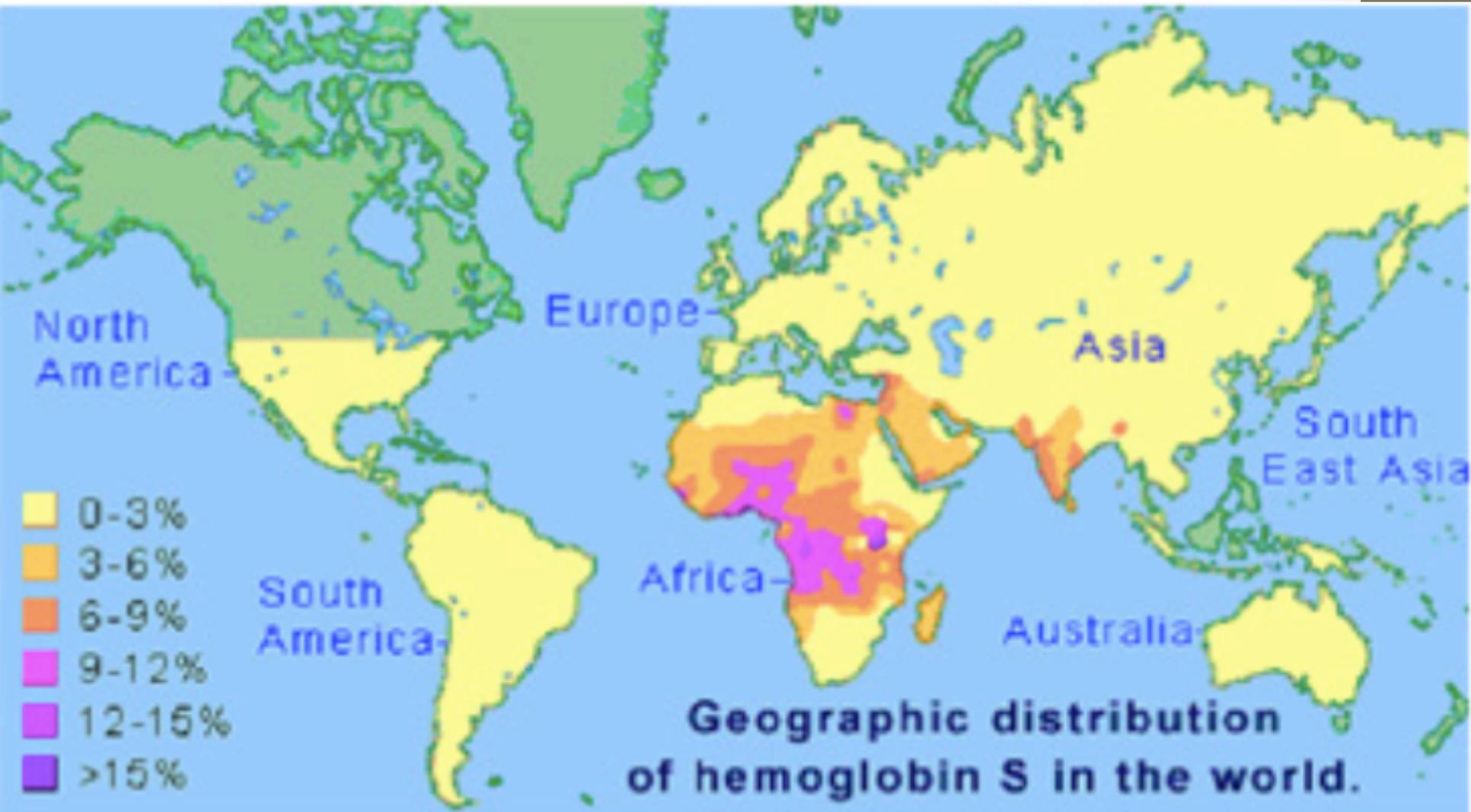
Vulnérabilités?

- Il faut éviter l'amalgame migrants et précarité
 - Mais il faut reconnaître que c'est le cas pour une partie, en particulier les primo-arrivants isolés
- **Administrative**
 - Droit au séjour ++
 - Droit au travail
 - Droit à une couverture maladie
- **Logement** (rue, vie communautaire)
- **Ressources**
- **Chômage** (x1,5 immigrés, x2 ASS, x3,5 ASS VVIH, +si femme seule avec enfant)
- Affective et psychologique
- **Isolement** social (connaissances, femme et enfants au pays)
- Barrière de la **langue**
- -> mise en état d'infériorité et donc de **soumission sociale**
- -> quid de la santé comme **priorité** dans ce contexte?

Problématiques de santé rencontrées chez les migrants

- **Santé mentale** (Psychotrauma, syndrome dépressif, etc.)
- **Maladies chroniques** (Diabète, HTA, AVC, MCV, BPCO, ins. rénale)
 - Incidence > pop gé
 - Fréquence du surpoids et de l'obésité
- **Maladies infectieuses**
- **Maladies génétiques**
 - Drépanocytose
- **Santé maternelle et périnatalité**
 - + de césarienne, prématurité, hypotrophie, mortalité (ASS++)
 - Mortalité mère 12,5/100000 vs 7,9
 - Incidence plus élevée du psychotraumatisme
- **Santé au travail**
- **Vieillesse accélérée** et dépendance (dès 75 ans vs 82 ans)

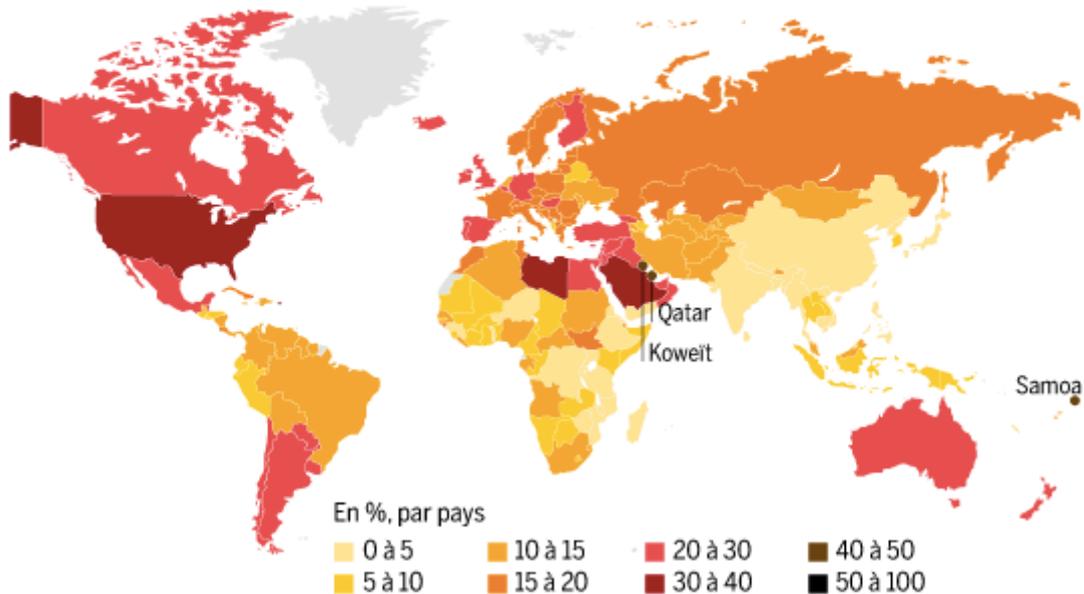
Drépanocytose



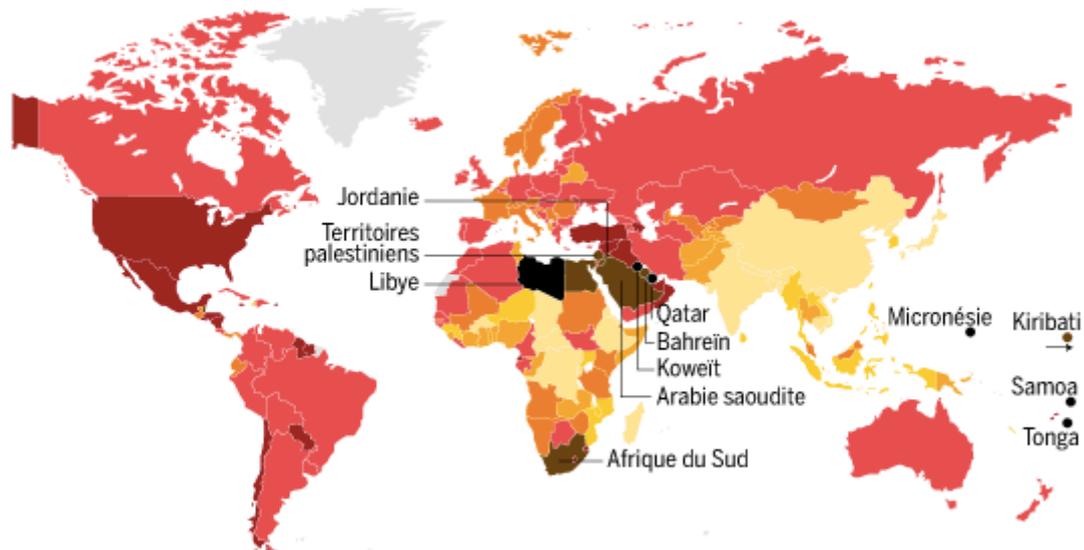
TAUX DE PERSONNES OBÈSES DANS LE MONDE EN 2013
(Indice de masse corporelle supérieur à 30)

Obésité

► Hommes âgés de plus de 20 ans



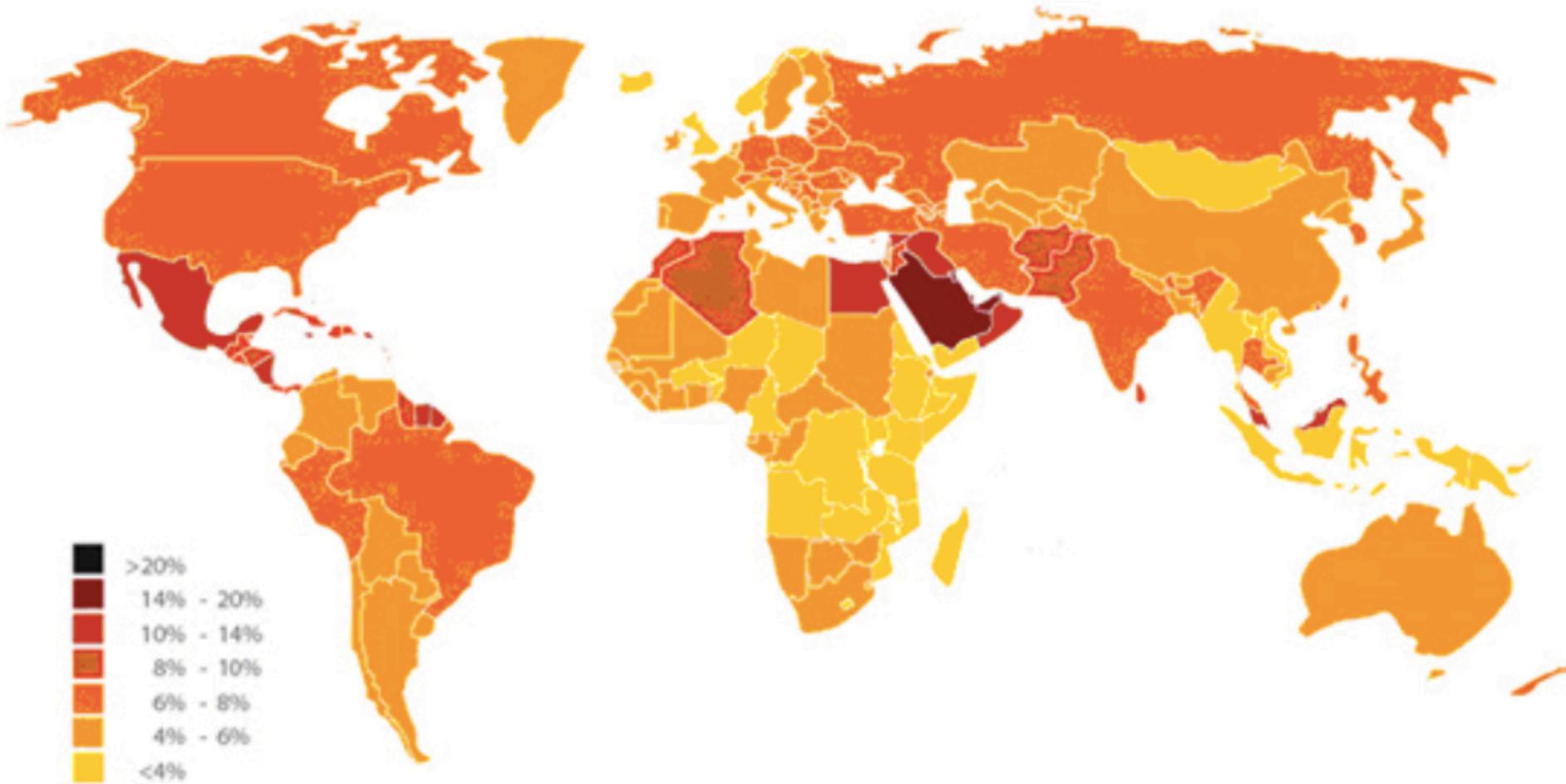
► Femmes âgées de plus de 20 ans



NB : seuls les pays dont le taux est supérieur à 40 % sont indiqués

SOURCE : WWW.THELANCET.COM

Diabète



SOURCE: DIABETES ATLAS THIRD EDITION, © INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006

Diabète en France : Origine Maghrébine

- INVS : 2 enquêtes : 13,959 adultes > 45 years, 3,894 diabétiques de type 2
- Résultats:
 - DT2 : 14.0% [CI 95%: 9.9; 18.0] si nés au Magreb
vs 7.5% [7.0; 8.0] si nés en France
 - Obésité 20.5% [15.7; 25.3]
vs 15.0% [14.3; 15.6]
 - Lien même avec ajustement sur l'âge, IMC, revenus et travail
mais disparition si ajustement sur le niveau d'éducation
- Conclusion: Une plus forte prévalence de DT2 chez les femmes maghrébines et un équilibre glycémique moins bon peuvent expliquer les disparités de mortalité.

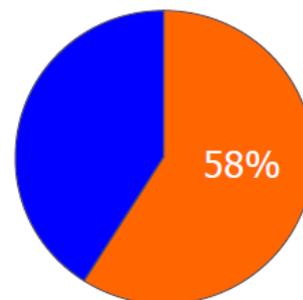
Environ 10 % des DT2 sont
d'origine Maghrébine

Problématiques de santé rencontrées chez les migrants

- **Maladies infectieuses** (VIH, VHB, VHC, tuberculose, bilharziose, parasitoses digestives)
 - 1/3 des PVVIH, près de ½ découvertes, dont ½ acquises en Fr
 - 40% des PVVHB
 - VHC: 1,5% des étrangers (50 000 personnes)
 - 77% des paludisme d'importation
 - TB: incidence x 8
 - Formes plus grave car diagnostic tardif

La proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité VIH a diminué jusqu'en 2007, puis s'est stabilisée

En 2003, les migrants représentaient 58% des découvertes de séropositivité



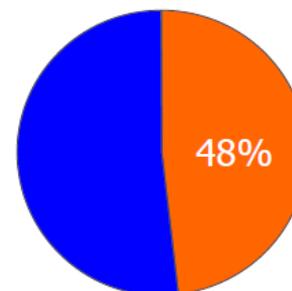
2003
N = 7 700

En 2007, ils représentaient 49% des découvertes de séropositivité



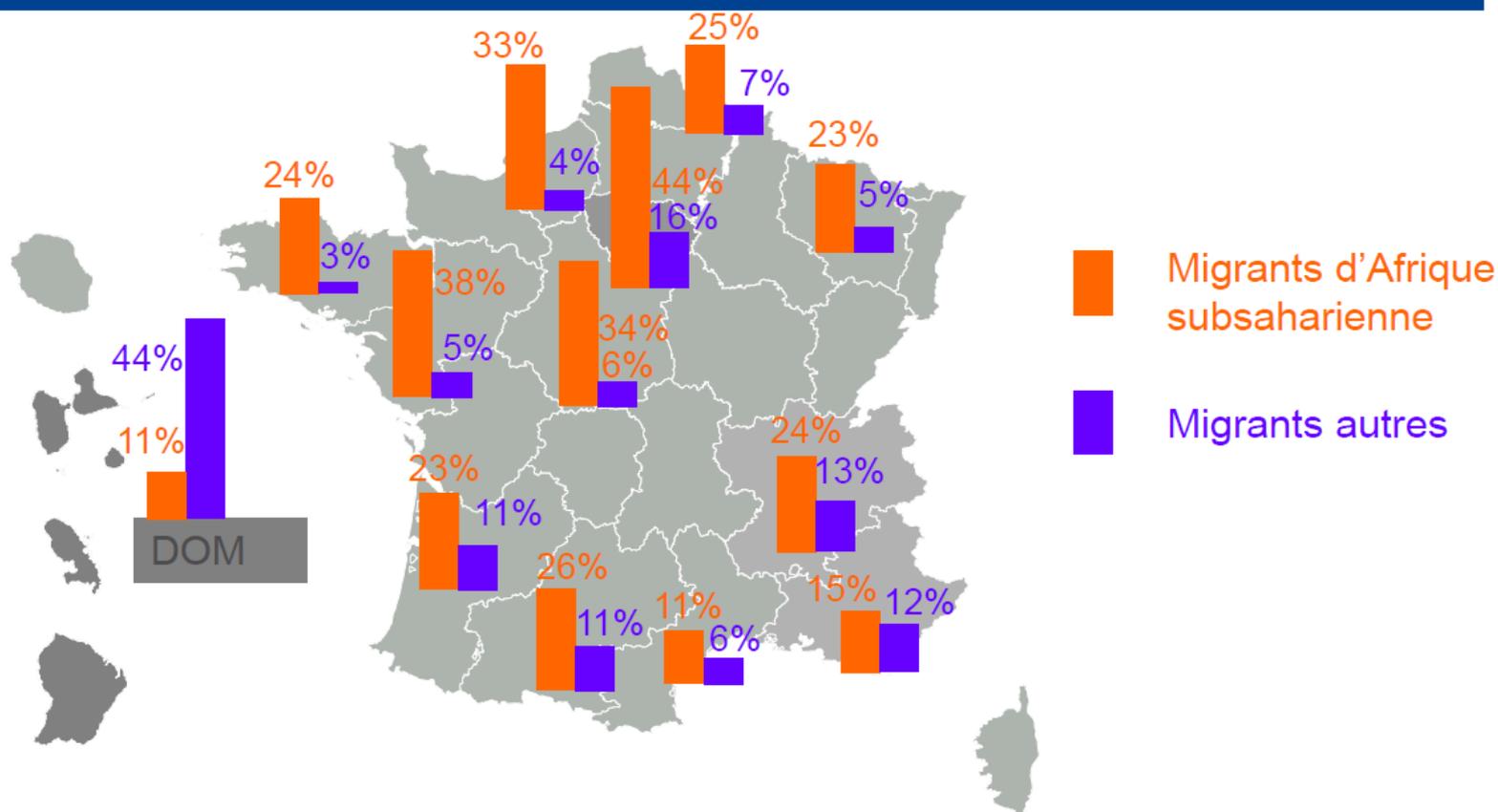
En 2014, ils représentent 48% des découvertes de séropositivité

→ environ 3 100 migrants ont découvert leur séropositivité en 2014



2014
N = 6 600

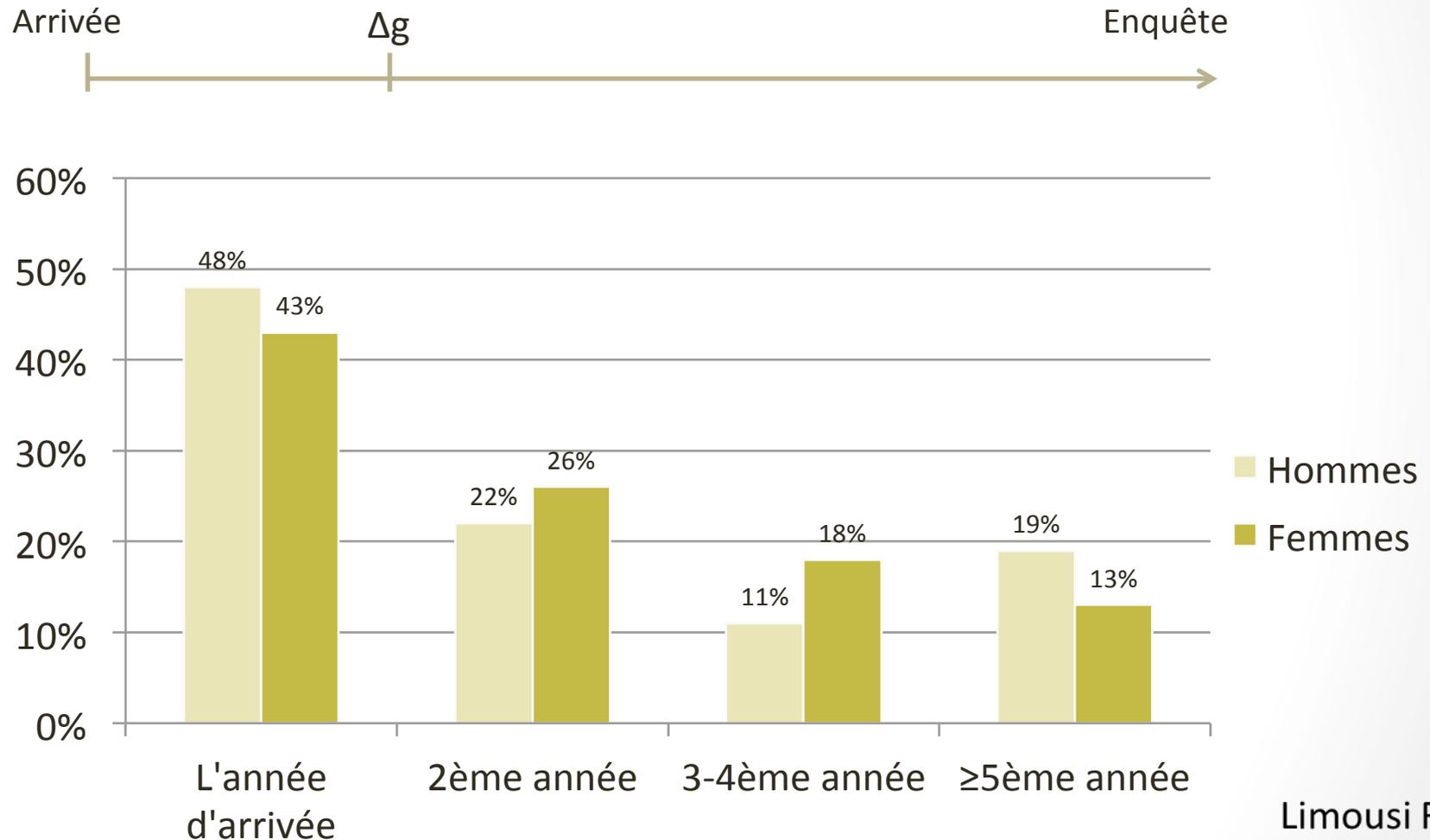
La proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité VIH varie par région, 2014



Dépistage du VIH en France

- 65% des immigrants subsahariens avaient déjà fait un test en 2005 (dont 34% plusieurs fois)
 - 68% des hommes et 77% des femmes subs. dans une autre étude en 2011
- Cependant, 25 000 personnes ignorent leur séropositivité
 - Dont 40% sont des immigrants hétérosexuels
- Délai diagnostic chez les immigrants hétérosexuels
 - 54 mois pour les hommes
 - 41 mois pour les femmes
- Importance du dépistage précoce
 - Et de la répétition des tests (réseaux sexuels)
 - De lutter contre les freins individuels, sociaux et structurels

Délai diagnostique



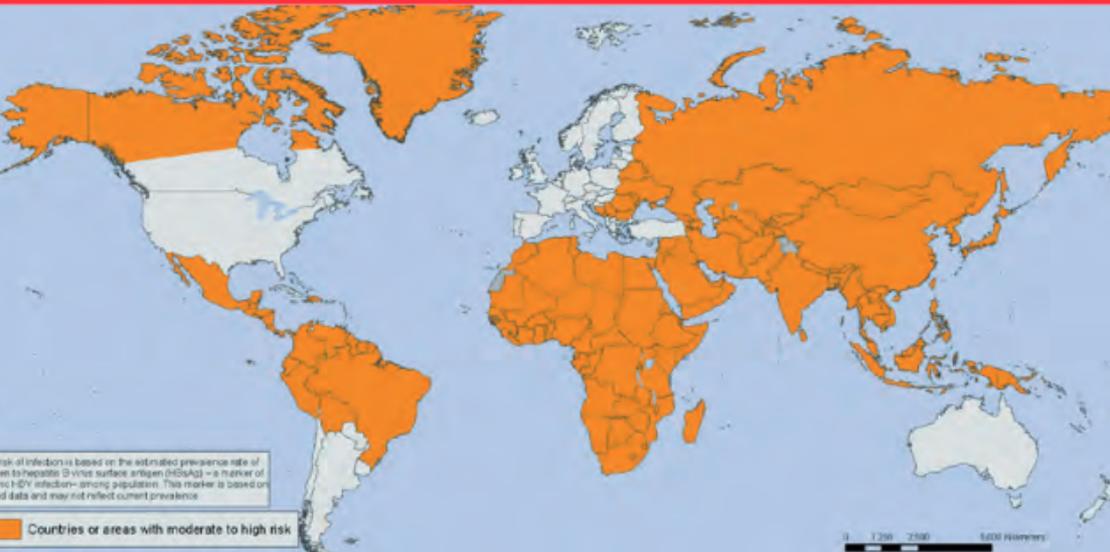
Facteurs associés à l'absence de dépistage

- Niveau d'étude \leq primaire pour les hommes
- Age \geq 45 ans chez les hommes
- Hébergement en foyer / structure collective pour les femmes

Hépatite B chronique

- Immigrés d'Afrique subsaharienne
 - Prévalence HBC de 5,25%
 - Jusqu'à 7 à 15% personnes en situation de précarité
 - Représentent 41% des nouvelles PEC en centre spécialisé
 - (75% pour l'ensemble des migrants)
 - 80% ignoraient leur statut

2. Zones à risque à risque modéré à élevé d'infection par le virus de l'hépatite B (OMS 2008)



Meffre, 2010
Comede, 2014
MDM, 2011
Roudot-Thoraval, 2011
Pioche, 2014
Meffre, 2010

Dépistage VHB enquête

Parcours

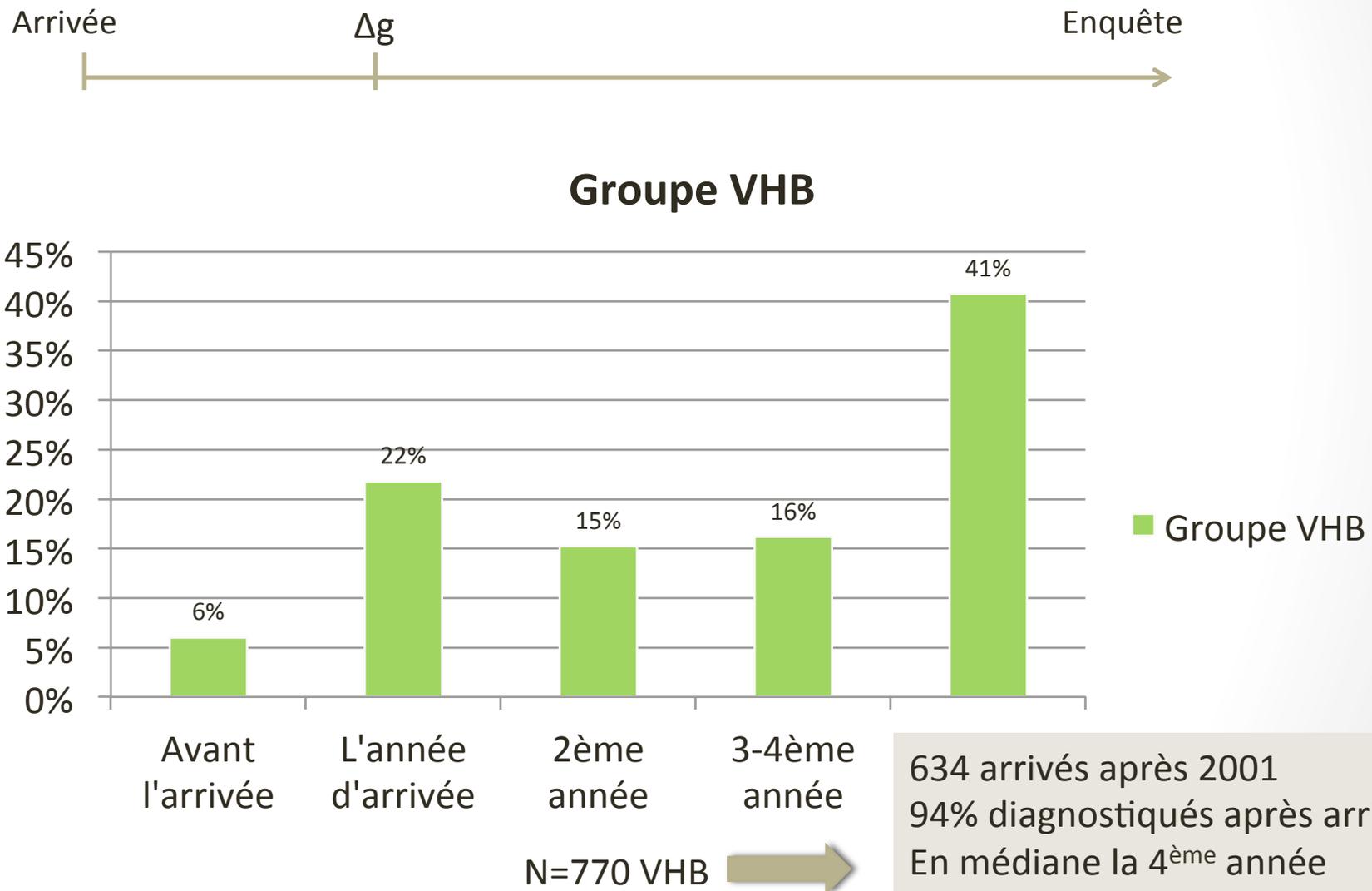
Test VHB			
	Ensemble	Hommes	Femmes
Testé	53%	44%	61%
Non testé	11%	13%	10%
Non renseigné	36%	43%	30%

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence. *Lecture* : 53 % des hommes sont vaccinés contre l'hépatite-B. *Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013

Statut vis-à-vis de l'hépatite B parmi les dépistés			
	Ensemble	Hommes	Femmes
Gueri	31%	34%	29%
Indetermine	2%	2%	2%
Vaccine	38%	39%	38%
Ni ATCD ni vaccination	29%	25%	31%

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence qui ont été dépistés par rapport à l'hépatite B chronique. *Lecture* : 53 % des hommes sont vaccinés contre l'hépatite-B. *Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013

Enquête Parcours: délai diagnostic VHB



Facteurs associés au diagnostic HBC

- Migration d'asile
- Les années avec un titre de séjour de courte durée ou un logement précaire
- Hospitalisation et grossesse
- Si couverture maladie (hommes)

Estimation des nombres de personnes Ac anti-VHC positives et ARN VHC positives chez les 18-80 ans, France métropolitaine, 2011

	Ac anti-VHC		ARN VHC	
	Estimation (médiane)	ICr95%	Estimation (médiane)	ICr95%
Usagers de drogues injecteurs	94 450	[87 732-100 900]	43 860	[37 513-50 532]
Usagers de drogues non injecteurs	6 325	[3 573-10 155]	2 935	[1 632-4 797]
Personnes transfusées avant 1992	93 219	[44 652-167 123]	59 859	[29 485-105 356]
Personnes immigrées	90 035	[75 151-108 902]	51 166	[36 169-69 834]
Personnes sans les principaux facteurs de risque vis-à-vis du VHC	58 718	[39 587-83 579]	33 210	[20 443-51 455]
Ensemble de la population	344 503*	[287 373-423 549]	192 737*	[150 935-246 055]

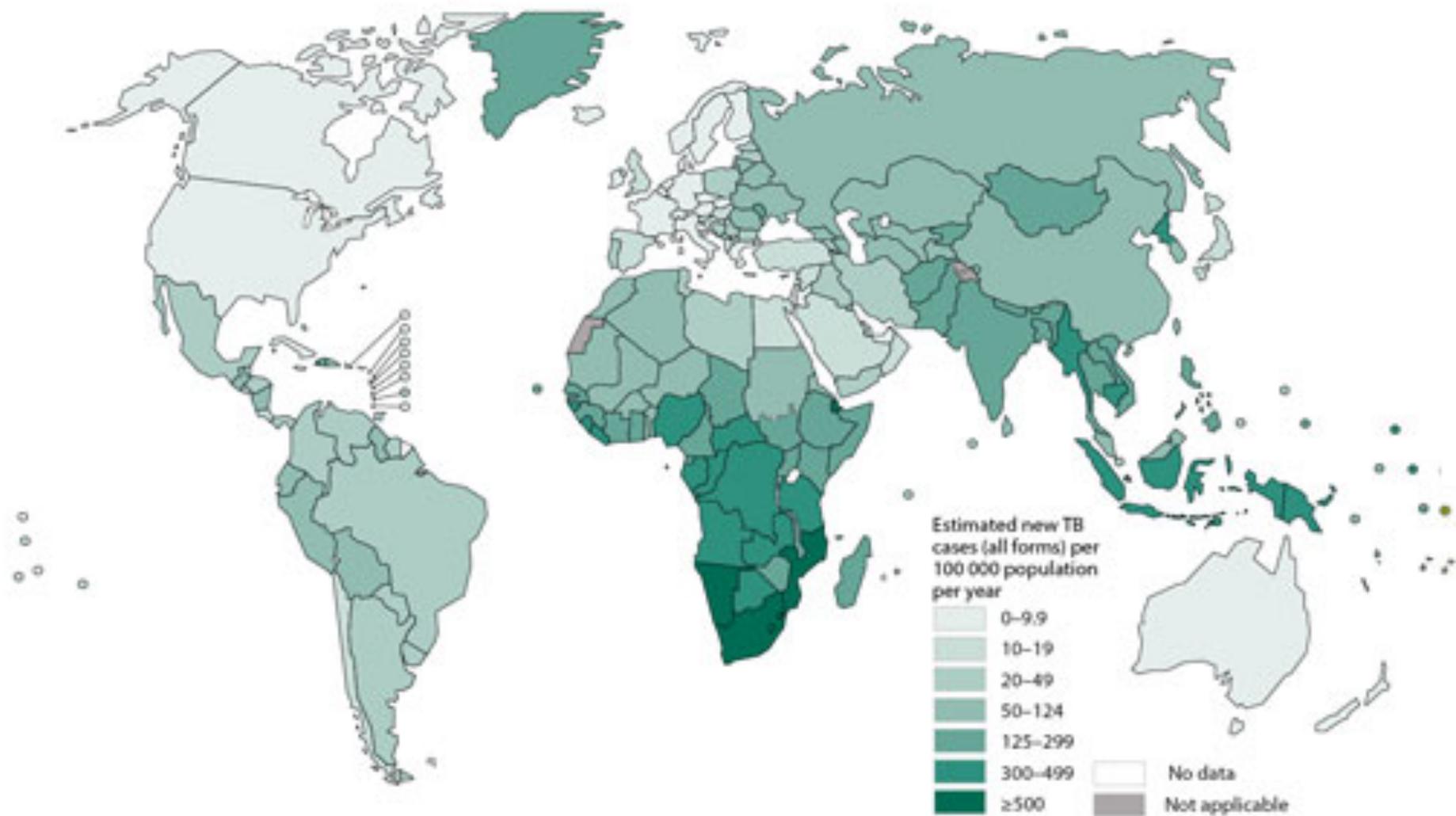
ICr : intervalles de crédibilité à 95%.

* La médiane de la somme n'est pas nécessairement égale à la somme des médianes.

Et connaissance du statut faible parmi les migrants atteints
23 à 39% (données associatives)

Pioche C et al, BEH 227, mai 2016

Estimated TB incidence rates, 2014



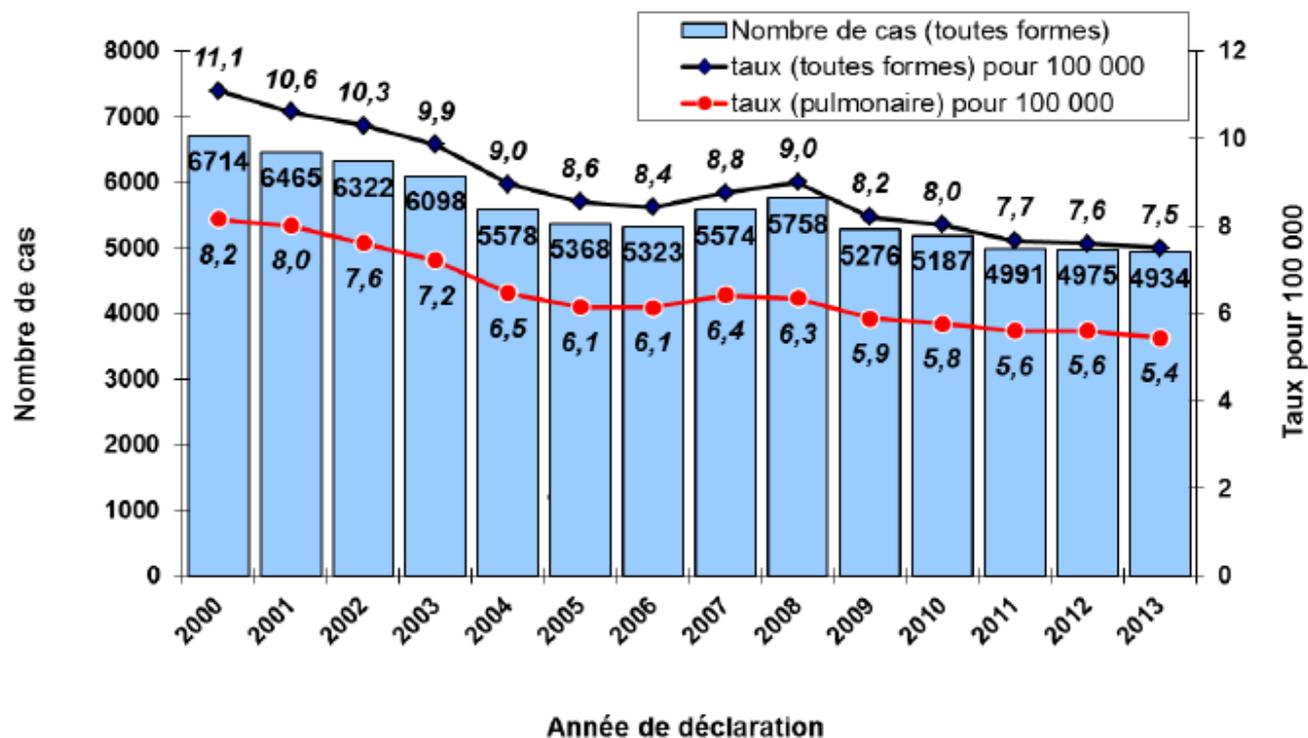
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Tuberculosis Report 2015. WHO, 2015.

© WHO 2015. All rights reserved.



Déclarations des cas de tuberculose (nbre et taux) France, 2000-2013



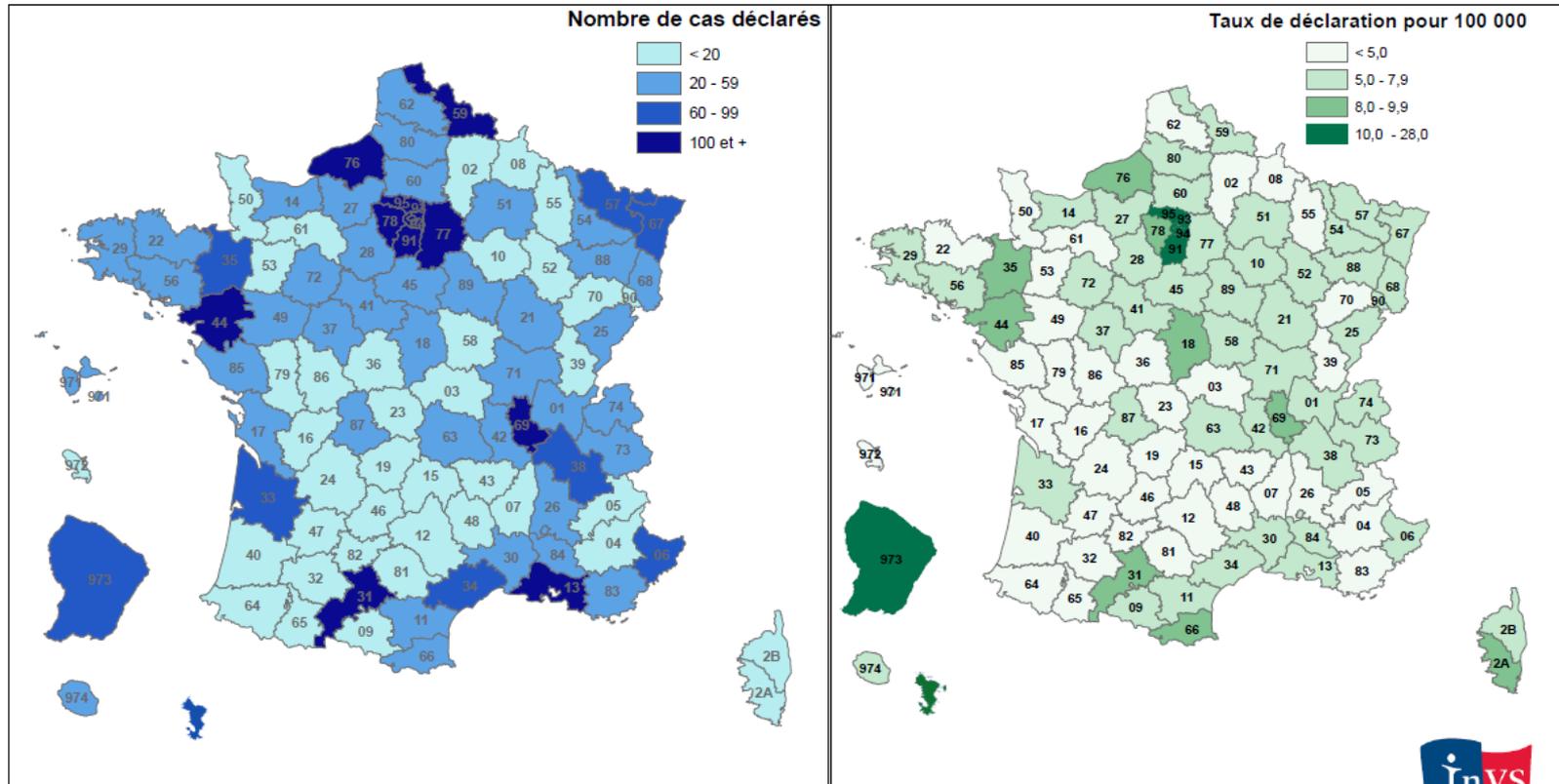
Source : InVS (déclaration obligatoire), Insee ELP

Tuberculoses pulmonaires = associées ou non à d'autres localisations

Nombre de cas et taux de tuberculose déclarée par département de déclaration, France, 2013

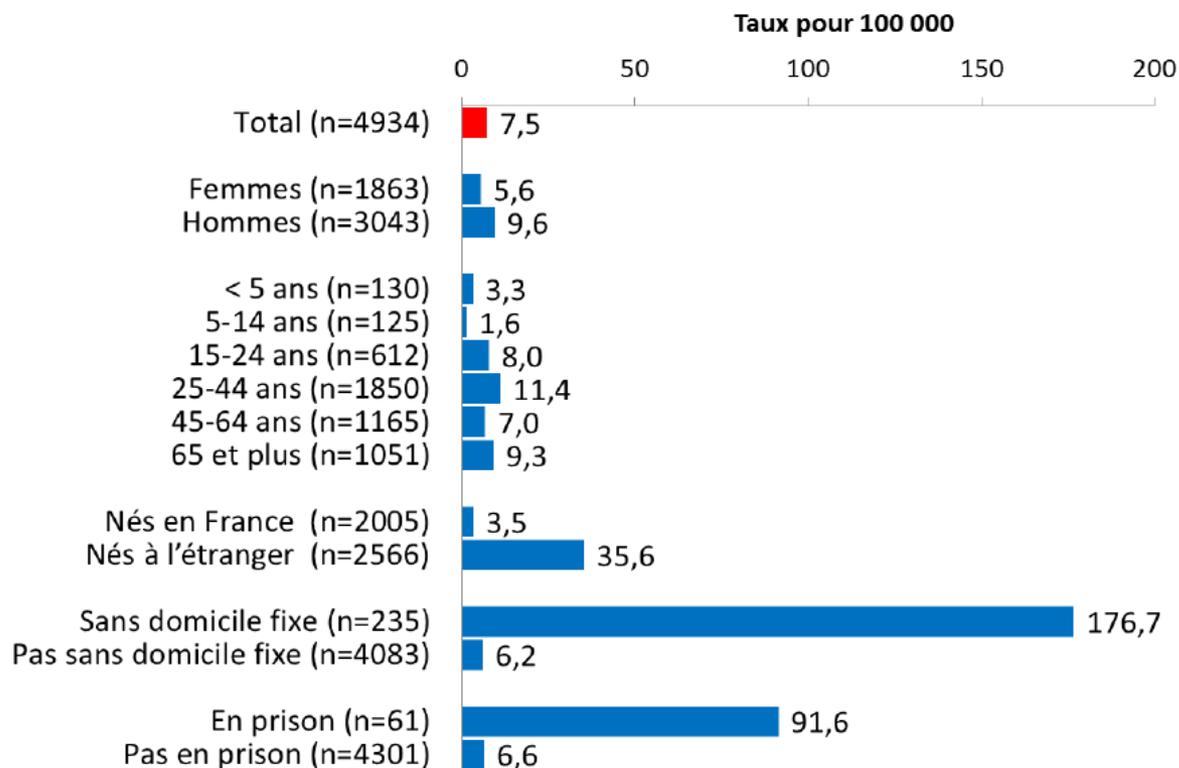
Nombre de cas déclarés

Taux pour 100 000



Source : InVS (déclaration obligatoire), Insee ELP

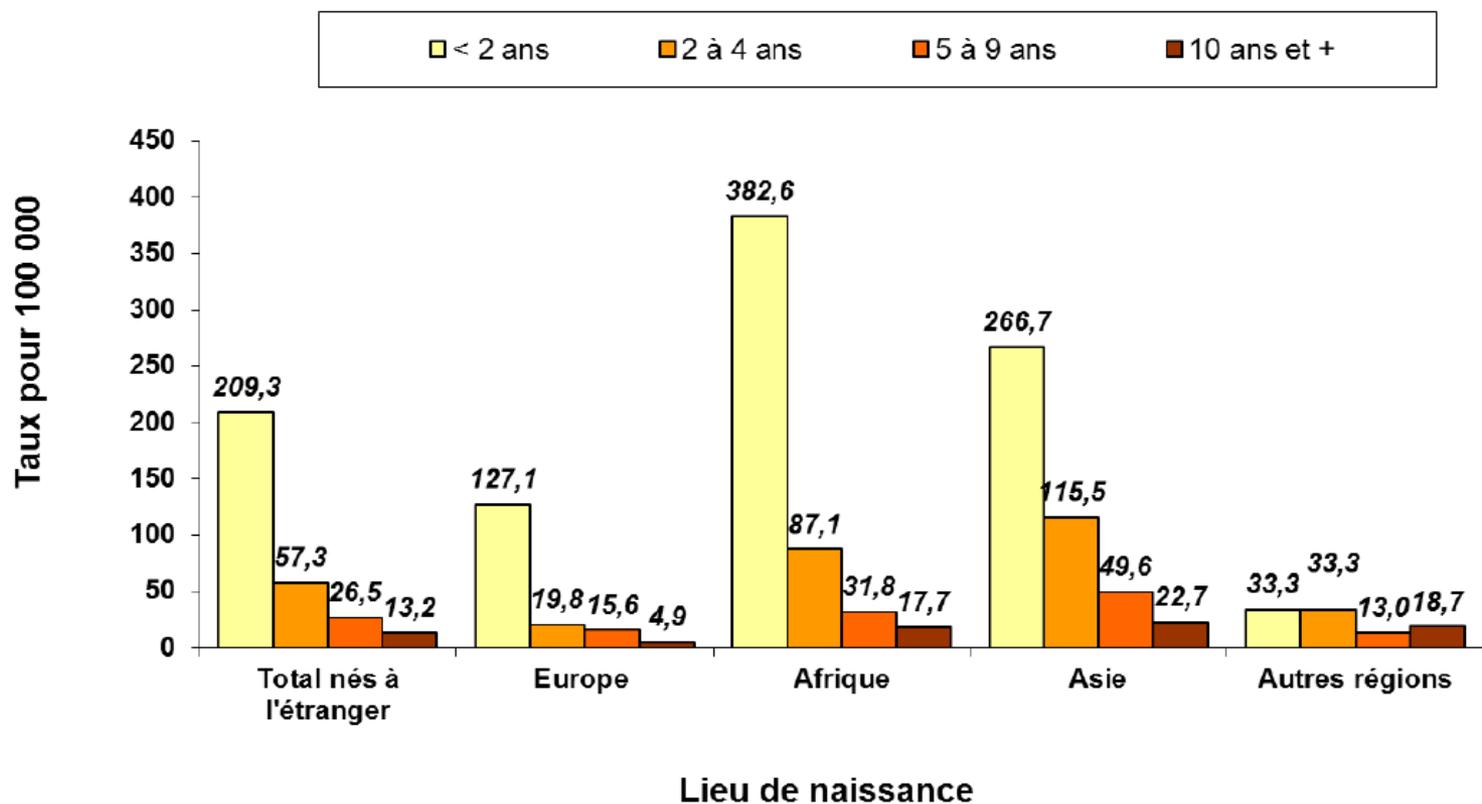
Taux de tuberculose déclarée selon les principales caractéristiques socio-démographiques , France, 2013



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



Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland



Robert W Aldridge, Dominik Zenner, Peter J White, Elizabeth J Williamson, Morris C Muzyamba, Poonam Dhavan, Davide Mosca, H Lucy Thomas, Maeve K Lalor, Ibrahim Abubakar, Andrew C Hayward**



- RP systématique âgé >11 ans
- 519 555 migrants
- RP anormales: 1873 cas (incidence 147 / 100 000)
 - TB EM+ ou culture+: 49/100 000
- Si RP+ EM-: surrisque de TM (4/100 000) vs RP-
- Si RP-
 - Surrisque de TM persistant après migration
 - Incidence des réactivations estimé à 46 à 91 /100000
 - -> discussion sur traitement des TB latentes
 - Risque de transmission secondaire négligeable (n=35/318983) mais non nul

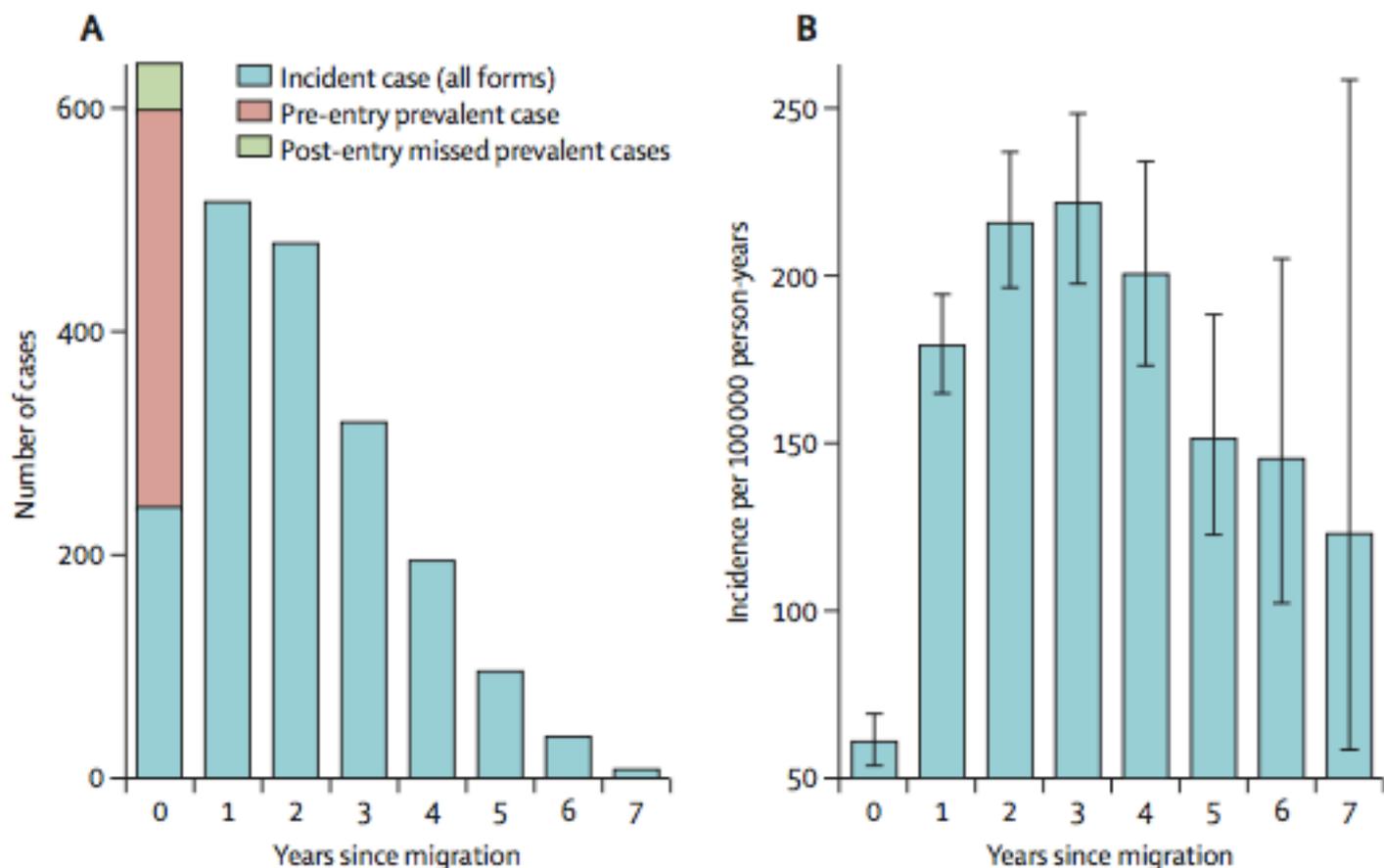


Figure 3: Cases of tuberculosis notified in migrants to England, Wales, and Northern Ireland (A), and incidence rates for tuberculosis (B), by time since entry

(A) Includes 439 pre-entry prevalent cases detected between Jan 1, 2006, and Dec 31, 2012, post-entry missed prevalent cases (41 cases notified within 90 days after migration), and all tuberculosis cases (1873 cases) notified in the UK among migrants by year since migration. The error bars in (B) are 95% CIs.

BMR et migrants

RAPID COMMUNICATIONS

Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June–December 2015

C Reinheimer¹, VAJ Kempf¹, S Göttig¹, M Hogardt¹, TA Wichelhaus¹, F O'Rourke¹, C Brandt¹

1. Institute for Medical Microbiology and Infection Control, University Hospital Frankfurt am Main, Germany

Correspondence: Volkhard A. J. Kempf (volkhard.kempf@kgu.de)

Citation style for this article:

Reinheimer C, Kempf V, Göttig S, Hogardt M, Wichelhaus T, O'Rourke F, Brandt C. Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June–December 2015. *Euro Surveill.* 2016;21(2):pii=30110. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.2.30110>

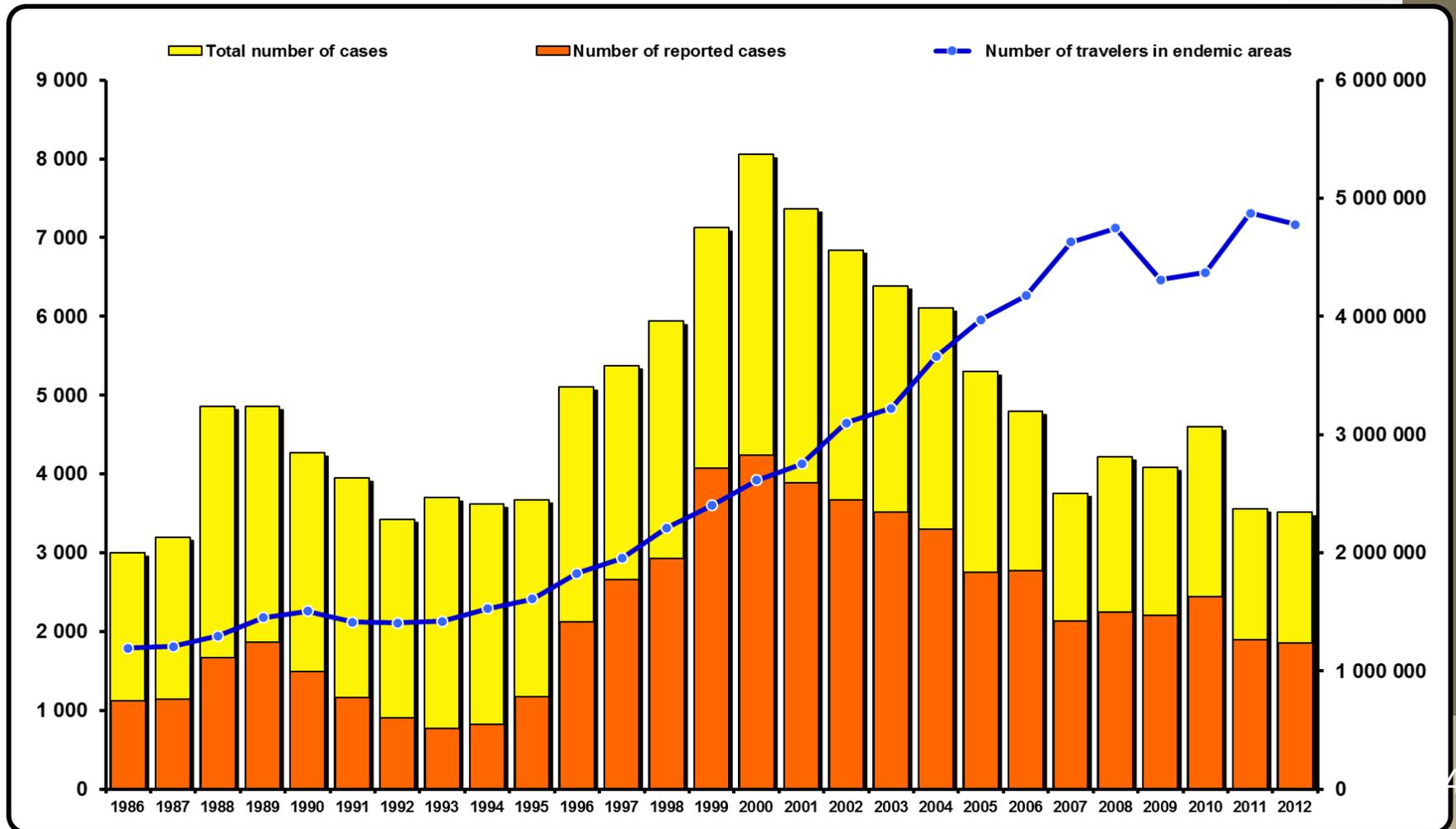
Article submitted on 23 December 2015 / accepted on 14 January 2016 / published on 14 January 2016

Multidrug-resistant Gram-negative bacteria (MDR GNB) were found to colonise 60.8% (95% confidence interval: 52.3–68.9) of 143 refugee patients mainly from Syria (47), Afghanistan (29), and Somalia (14) admitted to the University Hospital Frankfurt, Germany, between June and December 2015. This percentage exceeds the prevalence of MDR GNB in resident patients four-fold. Healthcare personnel should be aware of this and the need to implement or adapt adequate infection control measures.

applied to resident patients with previous treatment in hospitals in countries with high prevalence for MDRO and all patients admitted to intensive/intermediate care units (ICUs/IMCs).

During the study period, REF patients were identified on admission and screened for MDRO by rectal swabs for MDR GNB and nasal swabs for MRSA. MDR GNB screening was undertaken for extended spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing *Enterobacteriaceae*, and *Enterobacteriaceae* and *Acinetobacter baumannii*

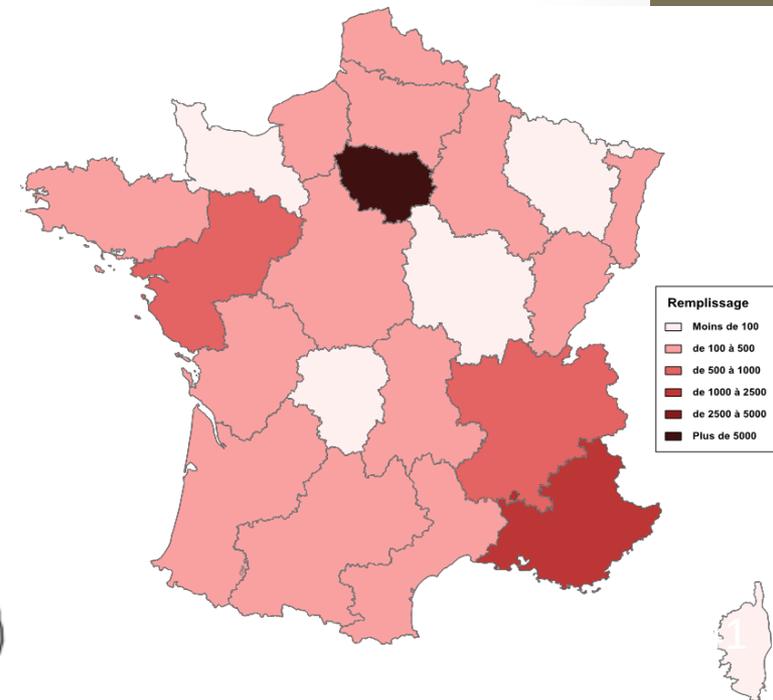
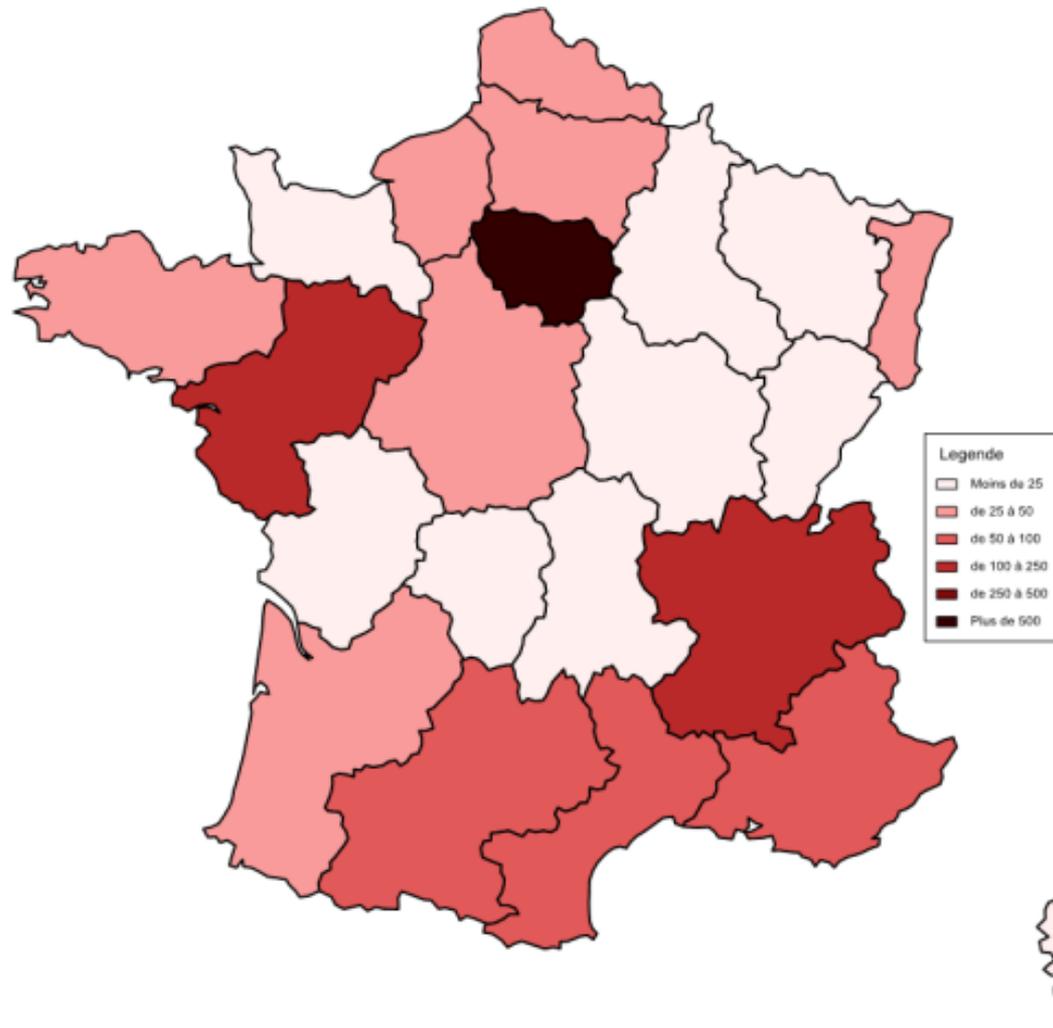
Paludisme d'importation en France



2014: 4370 cas (+ 8% environ). 311 formes graves. 11 décès. 96% ASS



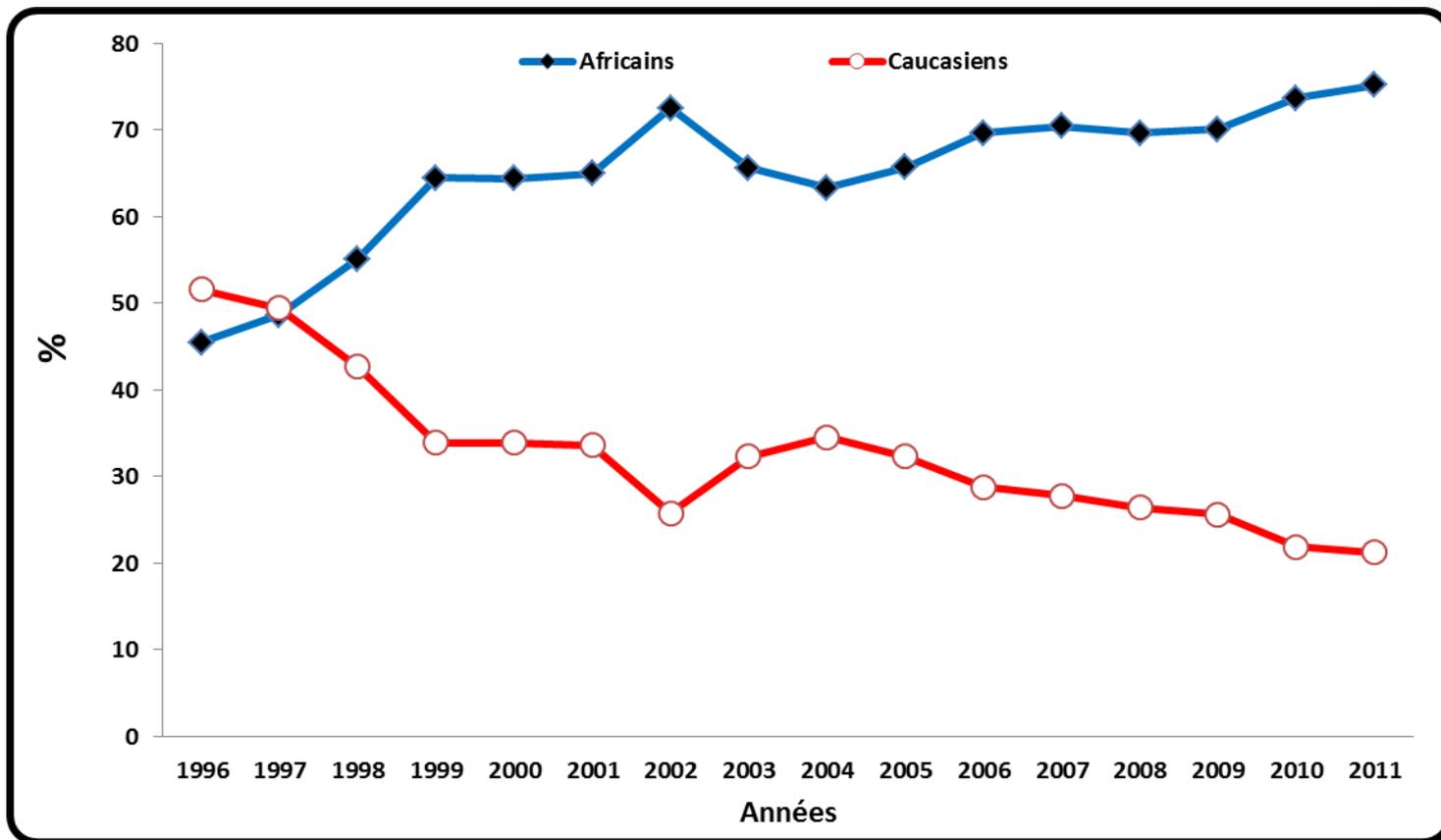
Répartition régionale des cas de paludisme déclarés par le réseau des correspondants du CNR du paludisme en France métropolitaine



Représentativité du réseau : 53,5% (stable de 2006 à 2011)

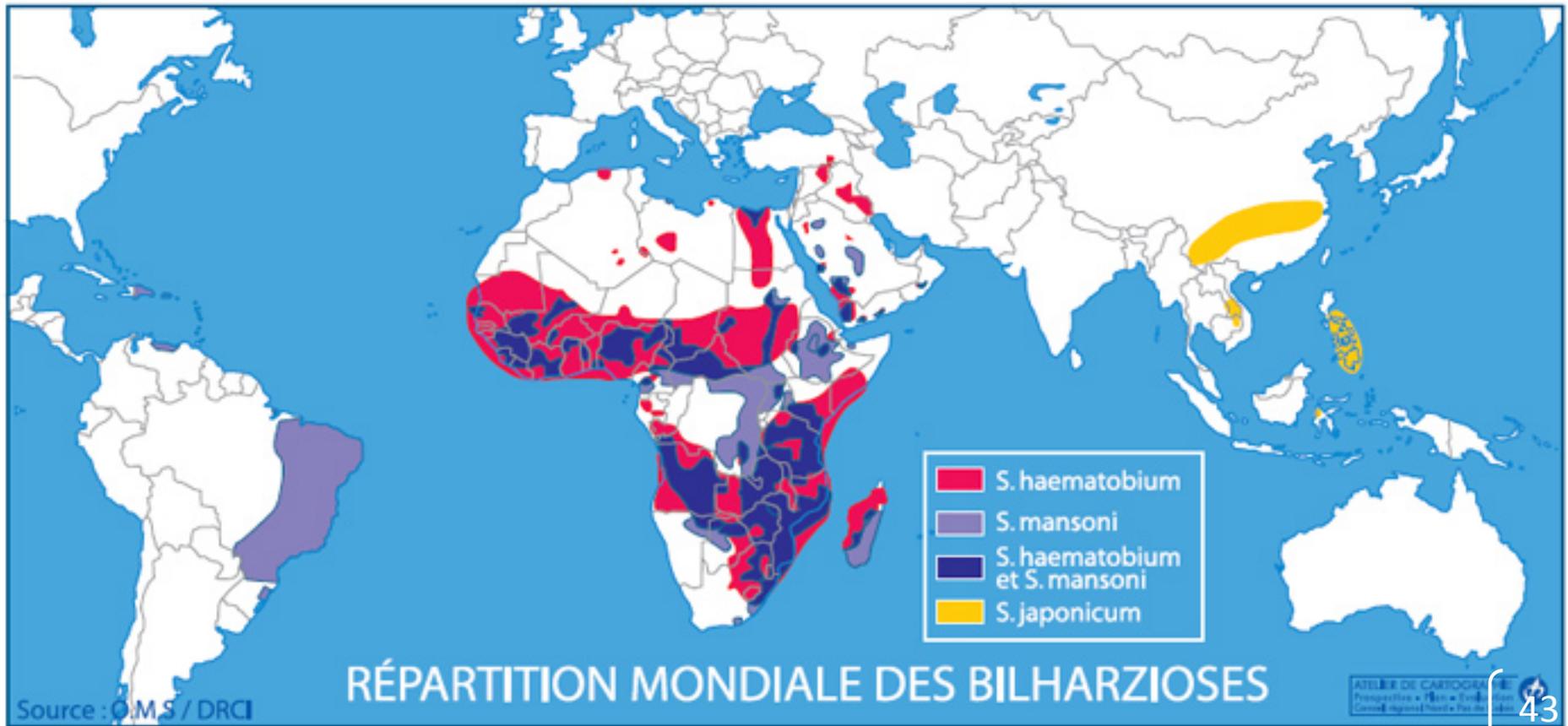


Evolution de la proportion des cas de paludisme en fonction de l'ethnie



77 %
en 2014

Bilharziose



Bilharziose

- Parasitose d'importation probablement fréquente mais sous estimée car asymptomatiques aux stades précoces asymptomatiques
- Sur 11 215 sérodiagnostics réalisés en 2015 en laboratoire
 - 1336 positifs
- A évoquer systématiquement devant
 - une hématurie (micro ou macroscopique), une dysurie, des douleurs pelviennes
 - Une hyperéosinophilie
 - Place pour le dépistage systématique?

Maladie de Chagas

- Endémique en Amérique Latine :
 - 16 à 18 millions de personnes
 - 2-3 millions complications graves
 - 200 000 nouveaux cas /an
 - 21 pays du Mexique à Argentine
- Incidence (sérologie positive)
 - Brésil: 0,14 (école) à 4,2% (zones rurales)
 - Argentine: 2%
 - **Bolivie: 20%**
 - Guyane: 0,5%



En France



La maladie de Chagas arrive

La maladie de Chagas, infection transmise par un insecte d'Amérique latine, arrive en Ile-de-France. Selon le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, dix-huit cas ont été recensés depuis 2004 dans la région, dont neuf rien qu'en

2007. Cette maladie, qui peut être mortelle, engendre des complications cardiaques ou digestives dans 30 % des cas. Parmi les personnes recensées en Ile-de-France, deux ont dû bénéficier de l'implantation d'un pacemaker.

Beh 2007

- Série rétrospective 2004-2007 St Antoine et Tenon
 - 18 cas (17 Bolivie)
 - Migrants en situation irrégulière
 - 3 dépistage don du sang (depuis 05/2007)
- Suisse 25 cas diagnostiqués chez des migrants

60 000 migrants d'Amérique latine -> dépistage?

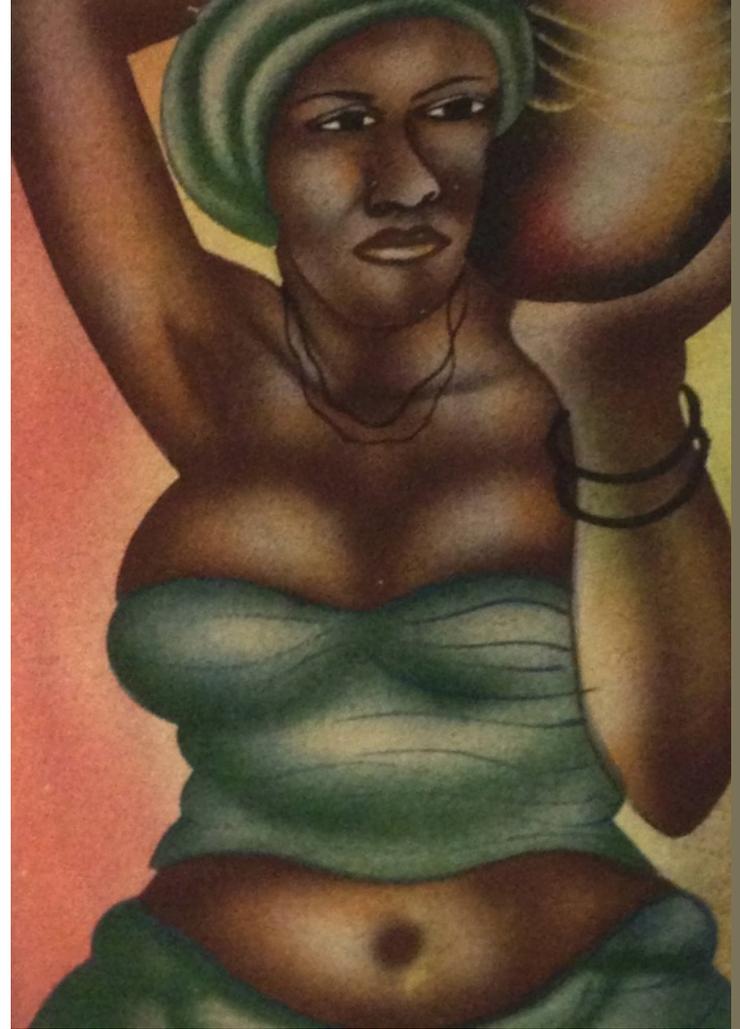
Estimation de 600 cas en France

Chagas en Guyane française

- Pathologie émergente
- le vecteur (triatome) n'est pas domicilié dans l'habitat humain
- son cycle naturel est un cycle sylvestre
- la pénétration de l'homme dans la forêt ainsi que l'urbanisation progressive de l'environnement forestier, rapprochent le vecteur de l'homme
- Veille épidémiologique mise en place

Bonnes pratiques?

- Généraliser (et financer) l'accès à l'**interprétariat professionnel**
 - Limites légales et éthiques de l'interprétariat par les accompagnants
- Prise en compte de la **dimension culturelle**
 - Double causalité
 - Savoir écouter et laisser la place à l'expression des représentations traditionnelles de la maladie
 - Facteur important dans l'alliance thérapeutique
 - Savoir adapter la PEC
- **Médiation en santé**, équipes d'ETP, **travailleurs sociaux, associations**
- Au bénéfice de la morbi-mortalité, de la qualité de vie et de la prévention des transmissions secondaires et du vivre ensemble



vigniernicolas@yahoo.fr

MERCI

Ressource: Guide du Comede. Prise en charge médico-psycho-sociale. Migrants/étrangers en situation précaire. www.comede.org

Dans un contexte

- **Historique**
 - Plus ancien pays d'immigration en Europe
 - Politique d'immigration souvent hésitante
 - Aujourd'hui 6^{ème} pays d'accueil de l'OCDE
- **National**
 - Austérité, terrorisme et montée du repli sur soi
 - Insuffisance des politiques d'intégration
- **International**
 - Montée des communautarismes, préférence nationale
- **Juridique**
 - Nombreuses lois
 - Dernières en date:
 - La loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers
 - Loi asile
 - Loi santé 2016 (médiation, interprétariat, droit au séjour pour soins)

Le « bilan de santé migrants »?

- Intérêt de mutualiser les efforts de dépistage de différentes maladies
- Variable en fonction du profil
- A considérer:
 - Examen clinique (TA+)
 - NFS, iono, urée, créat, ASAT, ALAT, glycémie
 - Sérologies VIH, VHB, VHC
 - +/- Examen parasitologique des selles et des urines, frottis « midi »
 - +/- Sérologie bilharziose (ASS), Chagas (femme Am Sud pauvre)
 - +/- Electrophorèse de l'hémoglobine
 - Radio pulmonaire (IDR/QF pour les moins de 15 ans)
 - +/- test de grossesse, PCR Chlamydiae/gono, TPHA/VDRL
 - Recherche souffrance psychique, notion de violences subies
 - FCV, dépistage K colon, dépistage K sein

Secret, culture

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

Droit au séjour pour soins

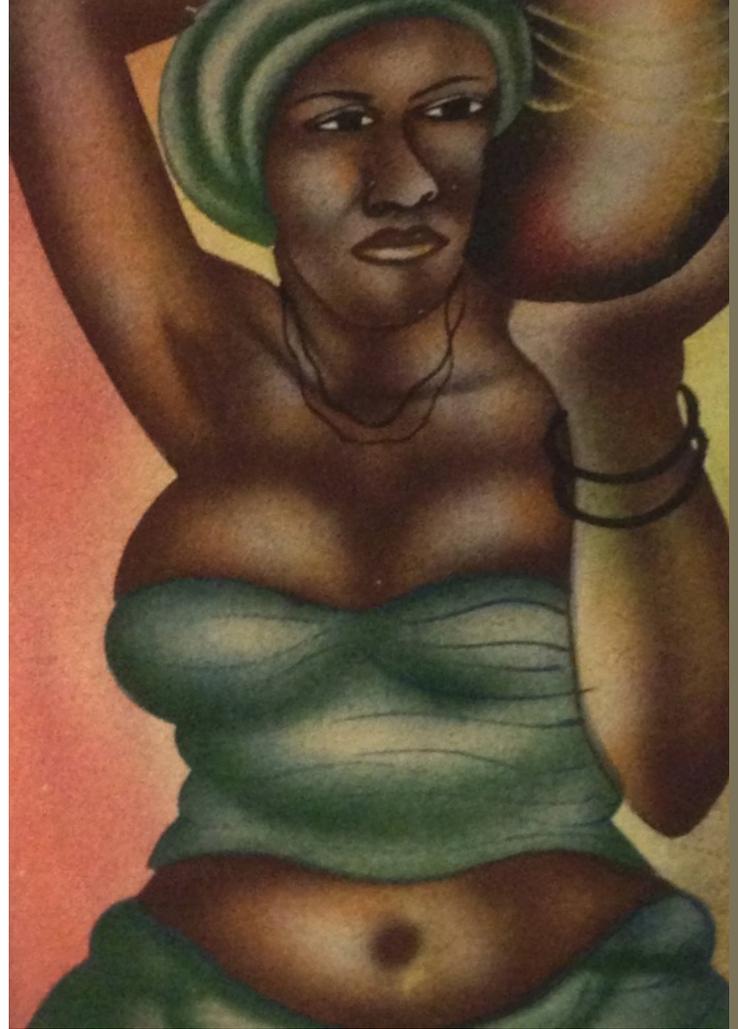
- Acquis de la lutte pour l'accès aux soins des associations de lutte contre le VIH
 - Mais accès limité à la carte de résident. « Enferme » les personnes dans un droit au séjour d'un an renouvelable
- Taux de refus importants, variable en fonction des pathologies
 - En pratique, uniquement les hépatites avec indication de traitement
 - Risque de perte du droit au séjour une fois guéri
- Changement récent dans le traitement des dossiers
 - Certificat peut être établi par tout médecin
 - Avis médical par les médecins de l'OFII – Avis collégial (et non plus médecins des ARS)
 - Décision revient au préfet

Bonnes pratiques?

- Importance de la **prise en charge globale** et pluridisciplinaire **médico-psycho-sociale** et culturelle (à organiser, réseaux, moyens)
- L'aller vers
- Regard plus attentif, **s'adapter**
- **Détecter** les difficultés
 - socio-économiques,
 - administratives
 - et psychologiques
 - pouvant interagir avec le soins et accompagner vers les ressources existantes
 - Impuissance sur le le logement, pourtant préalable

Bonnes pratiques?

- Généraliser (et financer) l'accès à l'**interprétariat professionnel**
 - Limites légales et éthiques de l'interprétariat par les accompagnants
- Prise en compte de la **dimension culturelle**
 - Double causalité
 - Savoir écouter et laisser la place à l'expression des représentations traditionnelles de la maladie
 - Facteur important dans l'alliance thérapeutique
 - Savoir adapter la PEC
- **Médiation en santé**, équipes d'ETP, **travailleurs sociaux, associations**
- Au bénéfice de la morbi-mortalité, de la qualité de vie et de la prévention des transmissions secondaires et du vivre ensemble

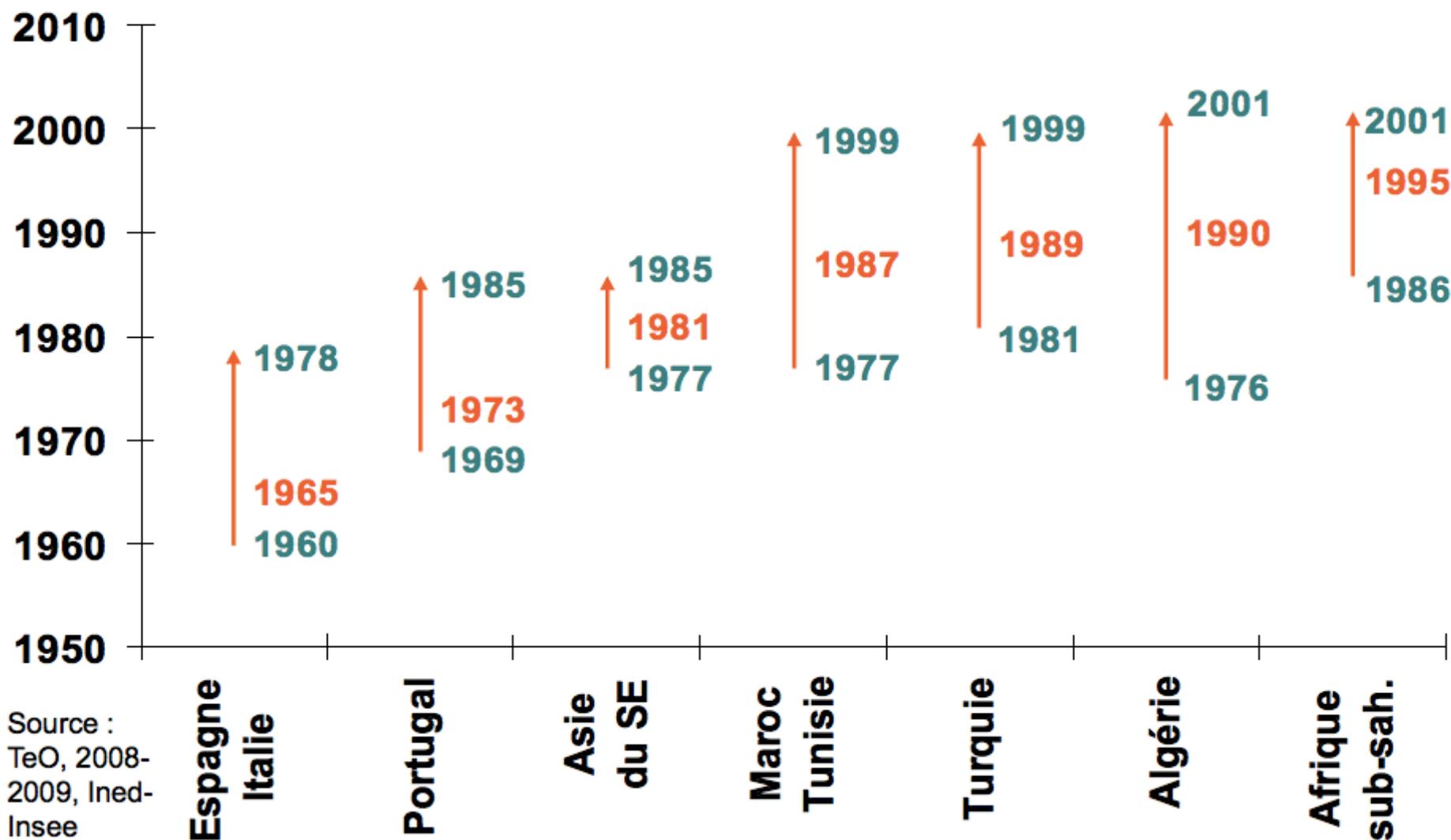


vigniernicolas@yahoo.fr

MERCI

Ressource: Guide du Comede. Prise en charge médico-psycho-sociale. Migrants/étrangers en situation précaire. www.comede.org

Périodes d'arrivée des immigrés de 18 à 60 ans (médiane, 1^{er} et 3^{ème} quartiles)

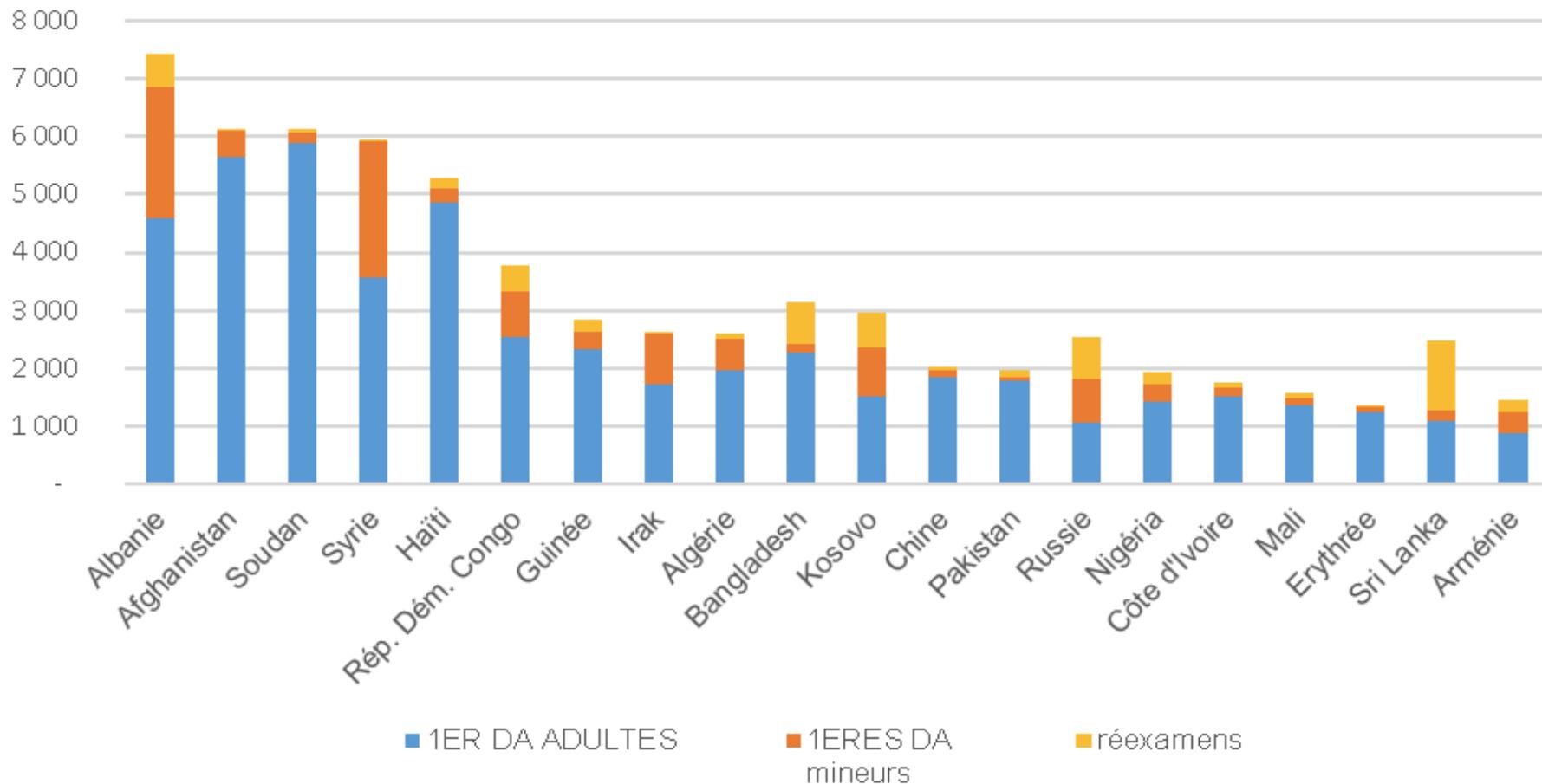


Source :
TeO, 2008-
2009, Ined-
Insee

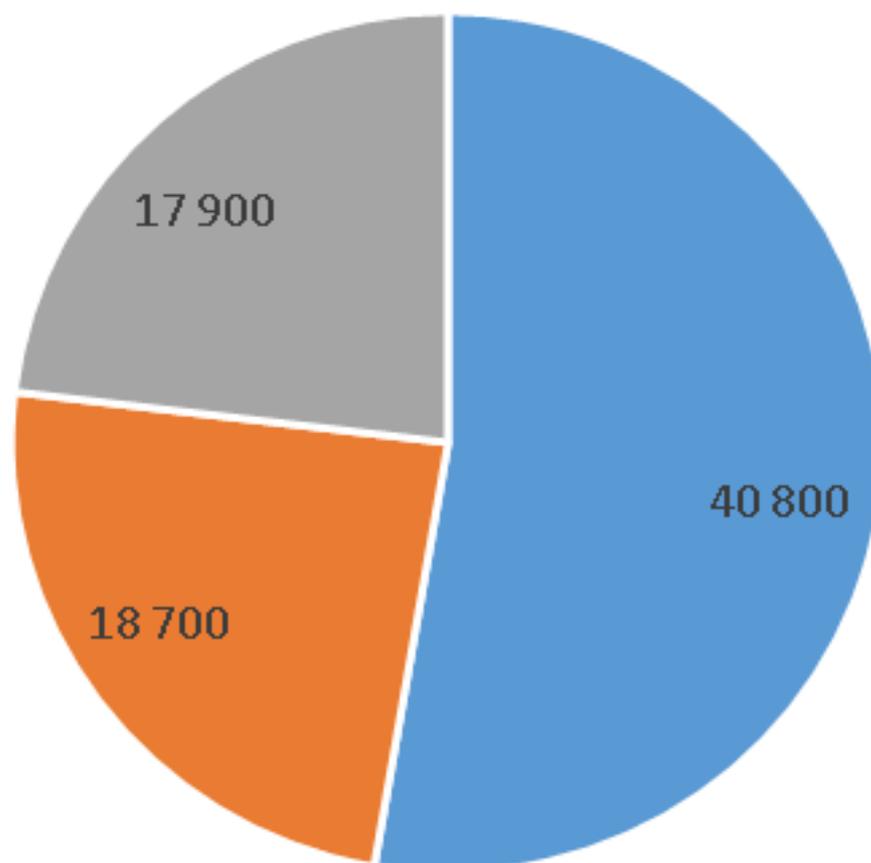
Demandeurs d'asile

- Sous population ne représentant pas la plus grande partie de l'immigration en France
 - Mais population souvent plus vulnérable
- Légère augmentation des **demandeurs** en 2016
 - n=70 000 vs 50 000 en 2014
 - 1 million en Allemagne
 - Taux accord de 28% soit environ 20 000 personnes vs 10 000 en 2014
 - Pays les +concernés: Syrie, Afghanistan, Soudan, Iraq, Tibet, Erythrée, RDC, Russie, RCA
- Nombre de **réfugiés** en France: 180 000 en 2015
- Les **déboutés** restent le plus souvent en France en situation irrégulière
 - Précarité et vulnérabilités++

20 premières nationalités de demandes d'asile



attestations délivrées par type en 2016

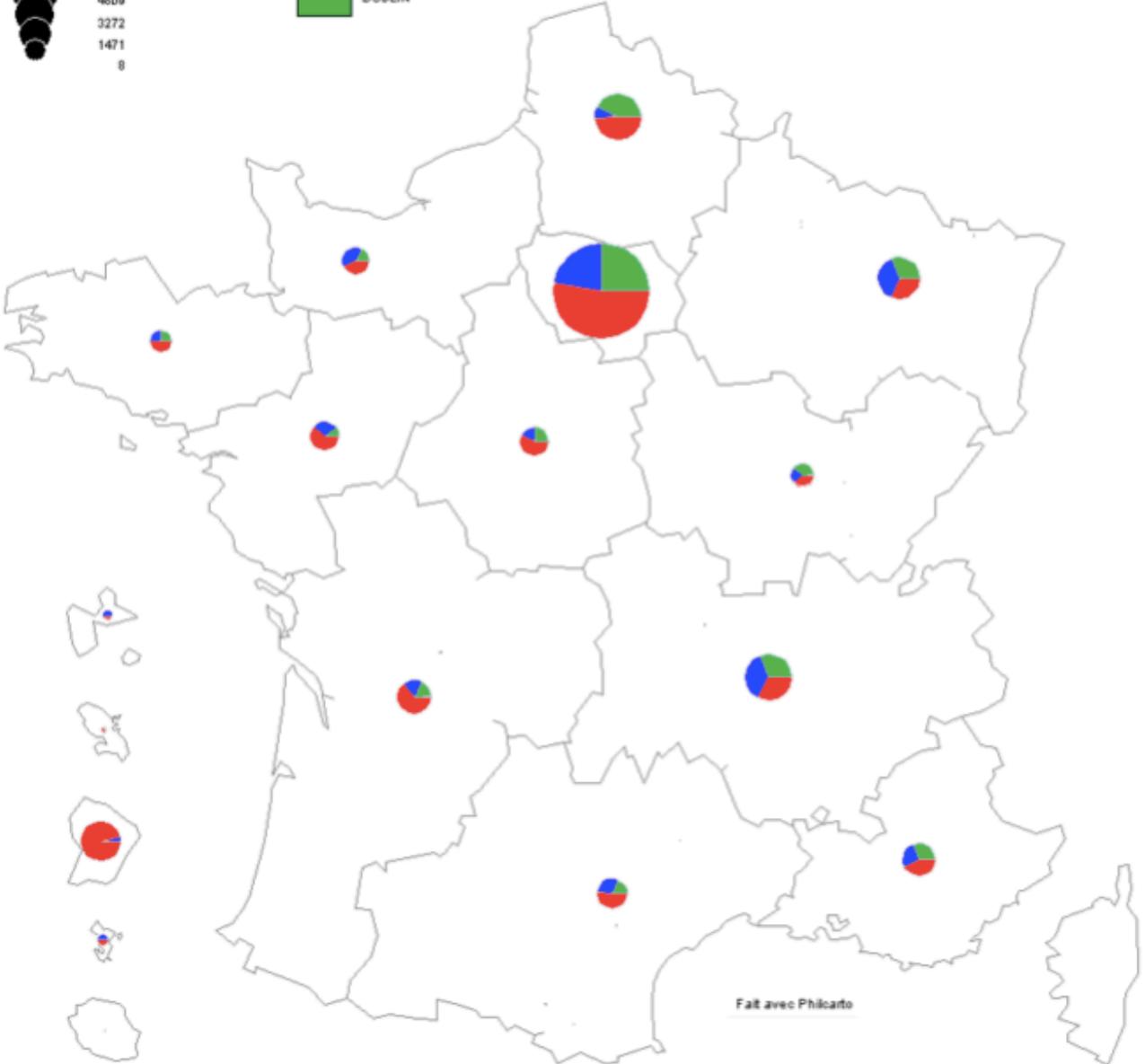
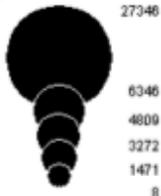


■ Normales

■ Accélérées (y compris réexamens)

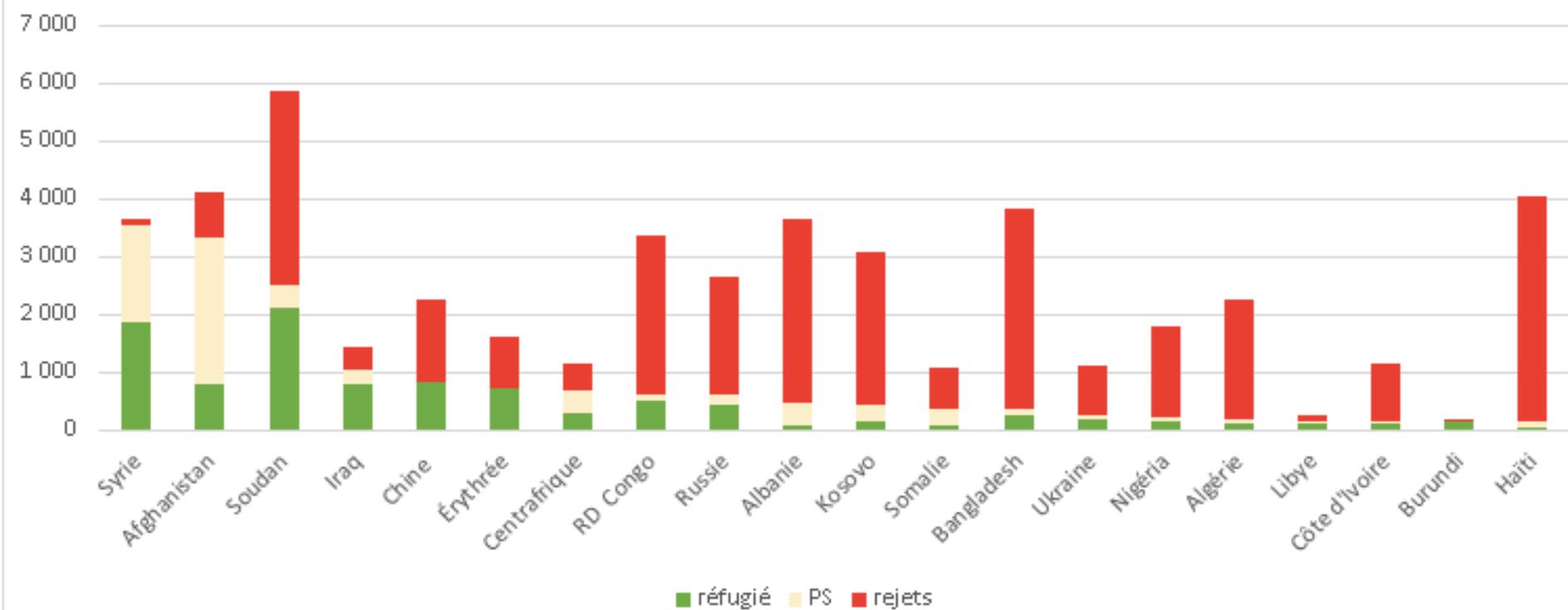
■ Dublin

ATTESTATIONS DE DEMANDES D'ASILE 11 mois 2016

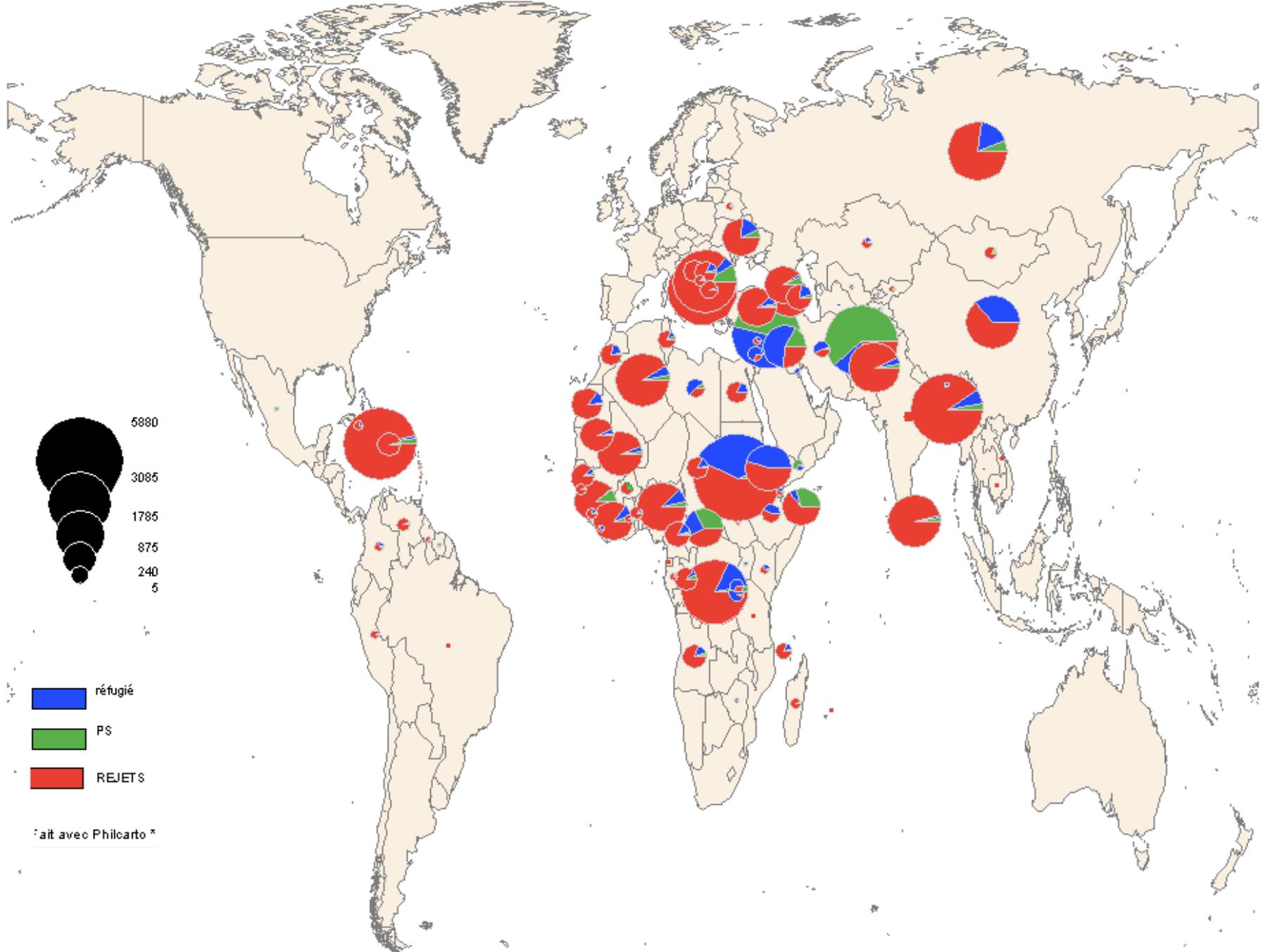


Fait avec Phicarto

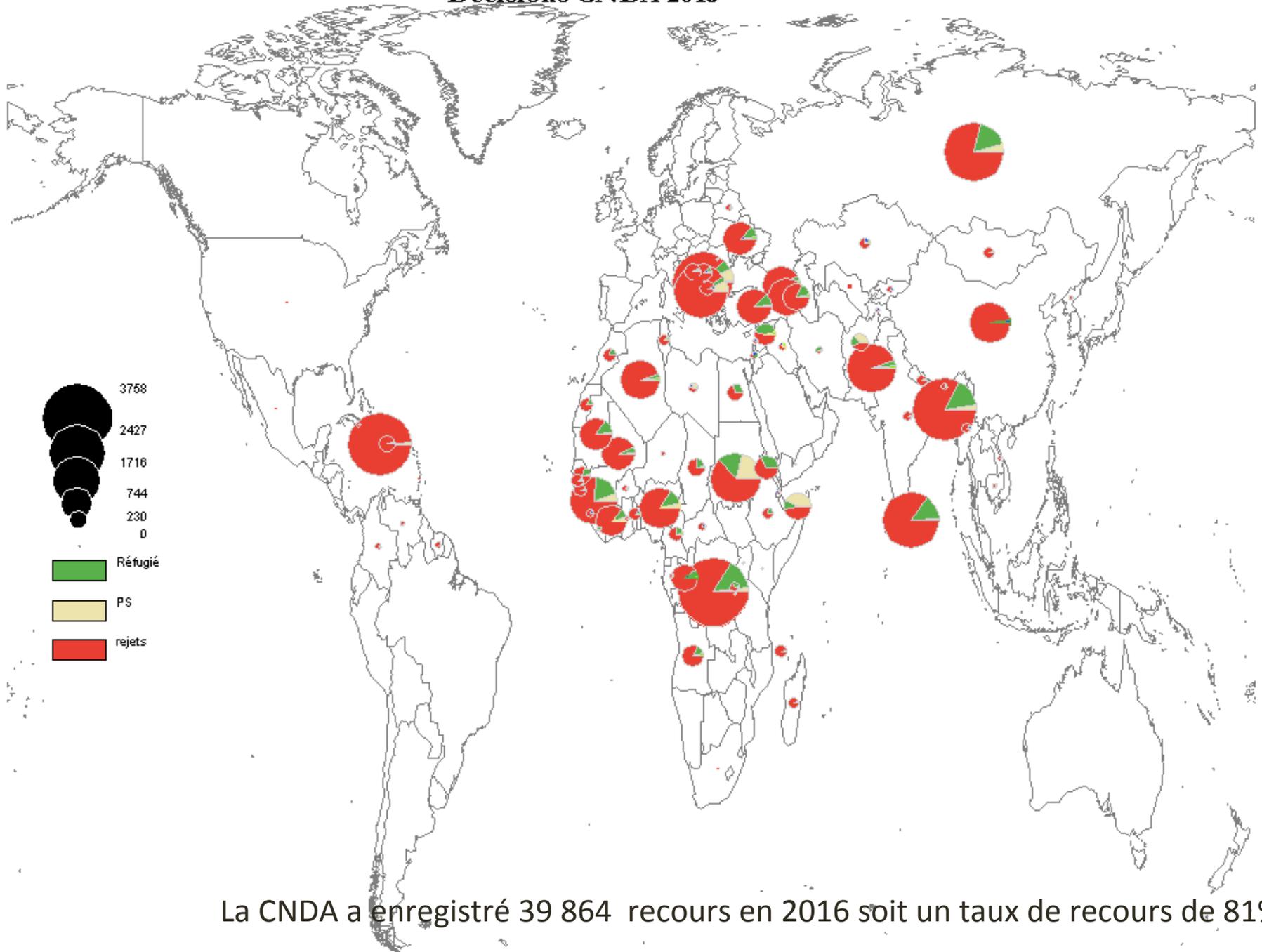
20 premières nationalités d'accord en 2016



Décisions OFPRA en 2016 source Eurostat



Décisions CNDA 2016



La CNDA a enregistré 39 864 recours en 2016 soit un taux de recours de 81%

Hépatite C et migrants

- Une partie des personnes migrantes est issue de pays de forte endémie pour le VHC.
- Certaines données rapporteraient des taux d'infection par le VHC chez les populations migrantes en Europe supérieurs à ceux observés dans les pays d'origine
- Prévalence chez les migrants mal connue
 - Estimée à 50 000 personnes
 - 1% à 1,5% des étrangers soit 36-70 000 personnes
- Et connaissance du statut faible parmi les migrants atteints
 - 23 à 39% (données associatives)

Hatzakis A, *J Viral Hepat* 2013 ; 20 : 1-20.

Carballo M, *Viral hepatitis*, 4th ed.

Rapport Comede, 2016

Pioche C, *Beh* 2016

Rapport Médecin du Monde 2015

Hépatite C

- Présente partout dans le monde
- Régions les plus touchées: l'Afrique et l'Asie
- L'épidémie peut toucher
 - Préférentiellement certaines populations (UDIV, personnes originaires pays forte endémie)
 - Et/ou la population en général (injections non stériles et autres expositions en milieu de soins)

Hépatite C et migrants

- Une partie des personnes migrantes est issue de pays de forte endémie pour le VHC.
- Certaines données rapporteraient des taux d'infection par le VHC chez les populations migrantes en Europe supérieurs à ceux observés dans les pays d'origine
- Prévalence chez les migrants mal connue
 - Estimée à 50 000 personnes
 - 1,5% des étrangers soit 36-70 000 personnes
- Et connaissance du statut faible parmi les migrants atteints
 - 23 à 39% (données associatives)

Hatzakis A, *J Viral Hepat* 2013 ; 20 : 1-20.

Carballo M, *Viral hepatitis*, 4th ed.

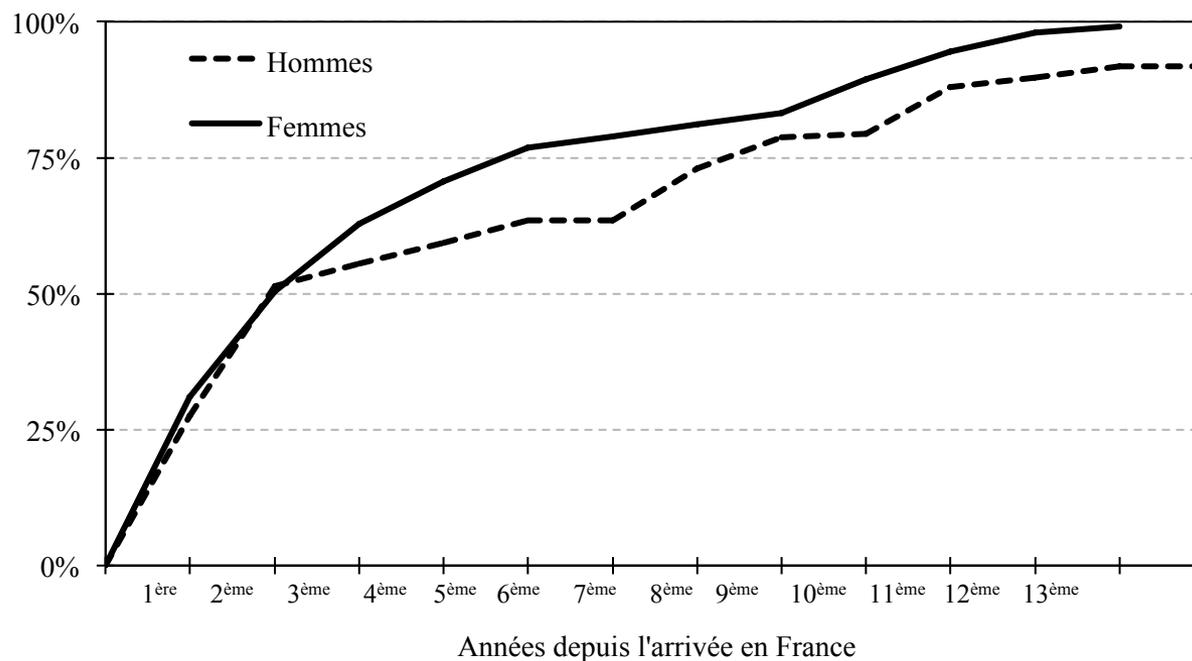
Rapport Comede, 2016

Pioche C, *Beh* 2016

Rapport Médecin du Monde 2015

Rapport Dhumeaux 2

Proportion d'individus ayant fait un test de dépistage du VIH en France selon le temps passé depuis l'arrivée



Champ : Femmes et hommes du groupe de référence arrivés en France après 2000. *Note* : Les résultats ont été obtenus à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier. *Lecture* : Au cours de la première année en France, 31% des femmes et 27% des hommes ont fait un test de dépistage du VIH. *Source* : Enquête ANRS-Parcours 2012-2013

Tableau 1 : Circonstances du diagnostic de VIH des personnes probablement infectées avant leur arrivée en France

	Hommes (N= 115)	Femmes (N=216)
Initiative médicale		
Bilan de santé	26 %	17 %
Proposition du médecin	11 %	13 %
Maladie	24 %	19 %
Hospitalisation	8 %	8 %
Propre initiative		
Juste pour savoir	14 %	14 %
Pour arrêter le préservatif	1 %	1 %
A été exposé à un risque	10 %	0 %
A la demande du partenaire	0 %	0,2 %
Dépistage systématique		
Grossesse	2 %	23 %
Dépistage pré-nuptial	2 %	1 %
Travail, papiers, logement, voyage	0 %	1 %
Autre circonstance ou non renseigné	2 %	3 %

Enquête Parcours: délai diagnostic VHB

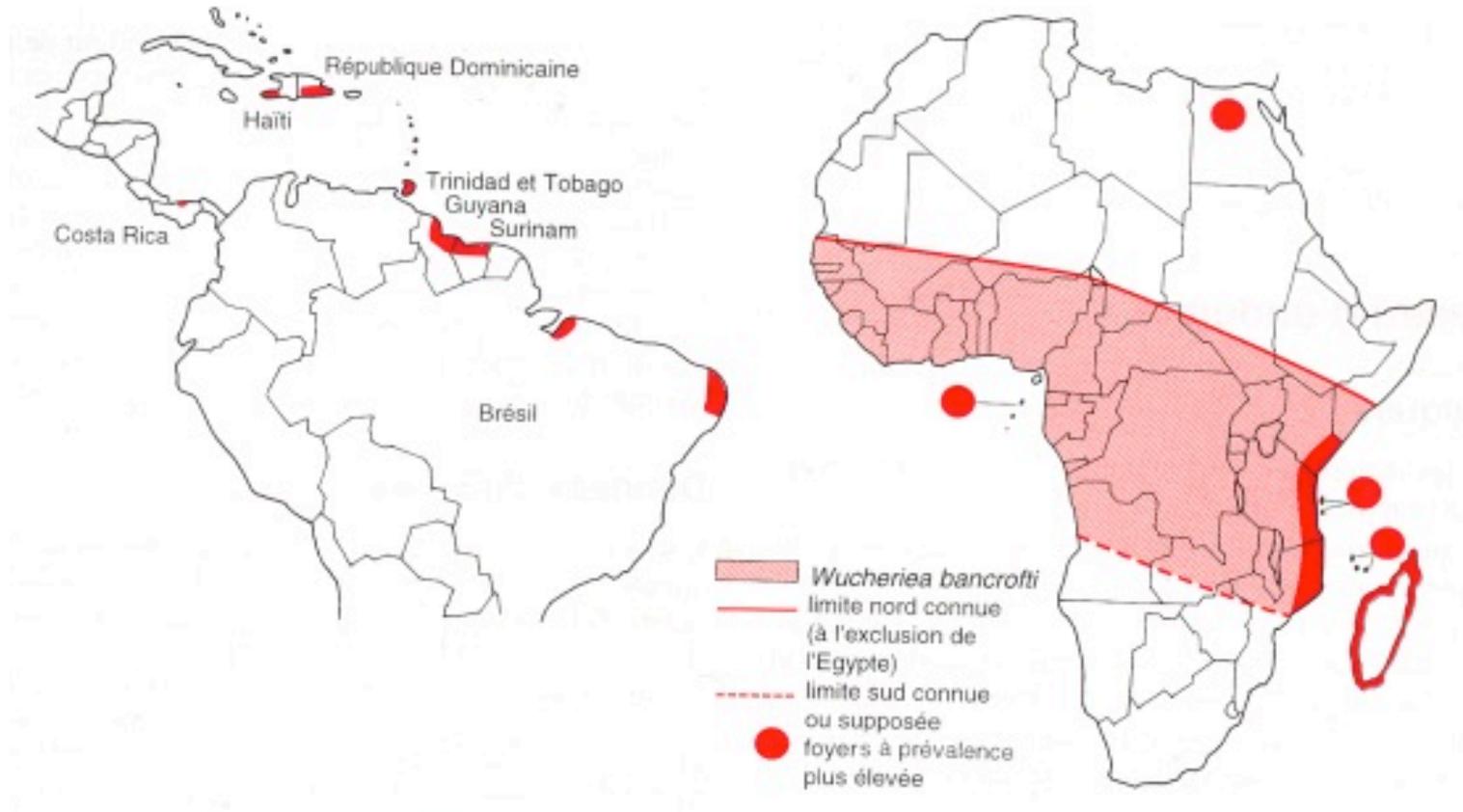
	Hommes (N=466)	Femmes (N=168)
Nombre d'années entre l'arrivée en France et le diagnostic (médiane [intervalle interquartiles])	4 [2-11]	2 [1-5]
Circonstances du diagnostic		
Bilan systématique*	33,7 %	57,4 % (25% prénatal)
À l'occasion d'un problème de santé	24,8 %	14,2 %
Sur proposition du médecin	21,3 %	12,6 %
Autres	18,7 %	14,2 %

*à l'occasion d'un test prénatal ou prénuptial, d'un bilan de santé ou d'un don du sang

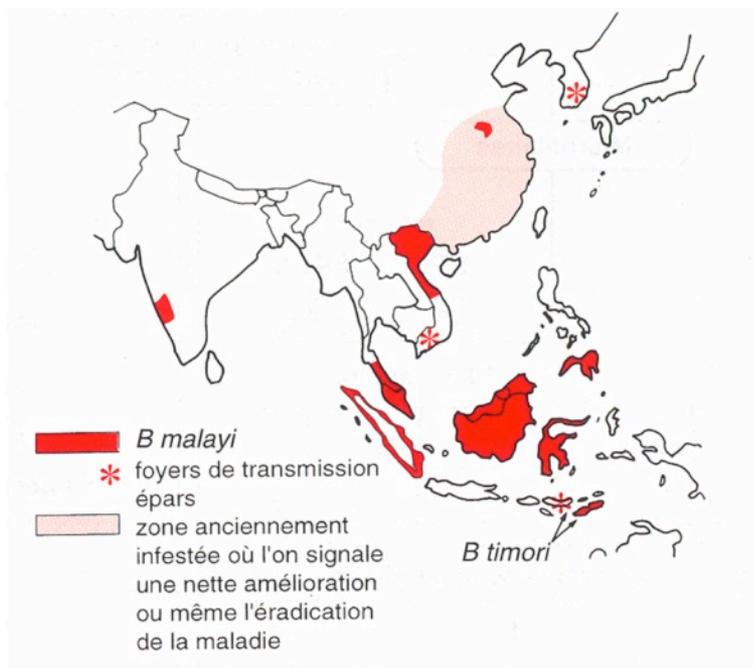
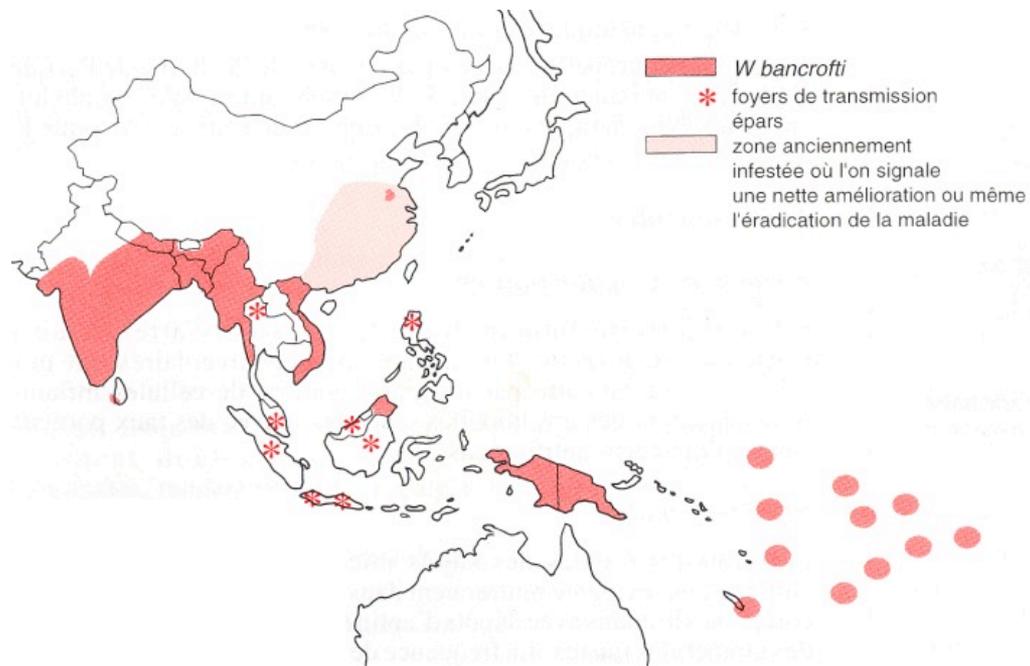
Filarioses

- Plus de 1 milliard de personnes à risque
- Endémique dans 80 pays
- 120 000 000 personnes atteintes
- 15 000 000 lymphoedèmes
- 25 000 000 hydrocèles
- 15 000 000 formes aiguës inflammatoires
- 2 000 000 chylurie
- 120 000 000 autres atteintes souvent asymptomatiques

Filarioses



Mayotte
Nouvelle Calédonie



Couvertures maladies

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

Accès et maintien en soins

- **Couverture maladie**
 - Plutôt meilleur en France qu'ailleurs
 - Mais
 - méconnaissance des droits, insuffisance accompagnement
 - restrictions légales, pratiques illégales des caisses
 - refus de soins (AME, CMU)
 - menacé politiquement (AME)
 - Couverture complémentaire plus faible
- **Moins bon accès aux soins** et à la prévention
 - Diagnostic tardif VIH
 - Absence de dépistage du K du col de l'utérus (OR=5,3 [3,4-8,2])
 - Retard recours aux soins TB
- **Plus de renoncement aux soins** pour raisons financières
- **Droit au séjour pour soins**
 - Accès variable
 - Bon pour le VIH
 - Mauvais pour les porteurs chroniques du VHB
 - Réforme 2017 (évaluation OFII): impact?

Dourgnon et al. QES 2009
Boisguerin et al. E&R 2008
Berchet C, Beh 2012
Grillo F, Beh 2012
Tattevin P, Int J Tuberc Lung Dis 2012

Bonnes pratiques?

- Importance de la **prise en charge globale** et pluridisciplinaire **médico-psycho-sociale** et culturelle (à organiser, réseaux, moyens)
- L'aller vers
- Regard plus attentif, **s'adapter**
- **Détecter** les difficultés
 - socio-économiques,
 - administratives
 - et psychologiques
 - pouvant interagir avec le soins et accompagner vers les ressources existantes
 - Impuissance sur le le logement, pourtant préalable