



HAL
open science

Obstacles au rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants et solutions pour y remédier

Annabelle Guivarch, Eugénie Martin

► **To cite this version:**

Annabelle Guivarch, Eugénie Martin. Obstacles au rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants et solutions pour y remédier. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02993718

HAL Id: dumas-02993718

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02993718v1>

Submitted on 7 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement
par Annabelle GUIVARCH née le 17 octobre 1990 à Caen et
Eugénie MARTIN née le 16 décembre 1991 à Fontainebleau
Le 01 octobre 2020

**Obstacles au rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants et solutions
pour y remédier**

Sous la direction de Madame le Docteur Marie Boisvert

Membres du jury

Monsieur le Professeur François Alla

Président du jury

Madame le Docteur Sylvie Maurice

Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe Adam

Madame le Docteur Marie-Anne Vandenhende

Madame le Docteur Marie Boisvert

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur François ALLA, président du jury

Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention du CHU de Bordeaux

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et nous vous prions de trouver ici l'expression de notre haute considération et de notre respect.

A Madame le Docteur Sylvie Maurice,

Unité de coordination et d'analyse de l'information médicale du CHU de Bordeaux

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, et de la juger. Vous nous avez accompagné dans la réalisation de notre travail et nous vous remercions pour vos précieux conseils et votre grande disponibilité. Soyez assurée de notre reconnaissance et de notre profond respect. Un immense merci !

A Monsieur de Docteur Christophe Adam,

Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux

Nous vous sommes très reconnaissantes d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Vous avez été à l'écoute et d'une aide précieuse dans l'élaboration de notre projet de thèse et nous vous prions d'accepter tous nos remerciements et l'assurance de notre grande considération.

A Madame le Docteur Marie-Anne Vandenhende,

Service de Médecine interne et maladies infectieuses du CHU de Bordeaux, hôpital Saint André

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour vous être intéressée à notre travail et avoir accepté de le juger.

A Madame le Docteur Marie Boisvert,

Service d'accueil des urgences et de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Bordeaux, hôpital Saint André

Merci pour ton enthousiasme, ton soutien et tes précieux conseils dans la réalisation de ce travail. Merci pour ta confiance et ton expertise et sois assurée de notre profonde gratitude. Ce sera toujours un immense plaisir d'échanger avec toi sur le plan professionnel comme personnel.

Aux médecins qui ont participé à cette étude,

Merci à tous pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail, merci pour votre bienveillance et votre disponibilité. Un grand merci pour le temps que vous nous avez consacré.

Remerciements d'Annabelle Guivarch

A Eugénie,

Amie avant tout, co-thésarde, malgré les kilomètres qui nous séparent, malgré la dengue et le COVID, on a réussi à soutenir cette thèse ensemble ! Merci pour tout !

A ma famille,

A mon père, après des premiers pas hésitants je marche finalement dans les tiens, apaisée et heureuse. Merci pour ta bienveillance et ton soutien durant toutes ces années.

A ma mère, merci pour toutes tes petites et grandes attentions qui m'ont rendu la vie plus douce. Un immense merci pour ton amour inconditionnel.

A Léa, merci pour tes conseils, toujours précieux. Merci de m'accueillir toujours les bras ouverts. Merci à Guillaume d'être là, à tes côtés, bienveillant et de fonder cette magnifique famille avec toi. *A Juliette et Augustin,* merci d'enchanter ma vie.

A Raphaël, merci de m'avoir supporté pendant toutes ces années ! Une nouvelle vie démarre pour toi, je te souhaite plein de bonheur et de réussite.

A Clément,

Ma plus belle rencontre de cet internat bordelais. Merci pour tout. Ta bonne humeur, ton rire et ton amour indéfectible font la joie de mon existence et le bonheur de mon quotidien.

A mes amies et amis,

A Laura, mon pilier et alliée depuis tant d'années ! Notre amitié a traversé les décennies, merci pour le réconfort et l'oreille attentive que tu sais toujours m'apporter.

A Sarah, une pensée pour ces années studieuses dans les bibliothèques caennaises. La saveur de se retrouver maintenant, heureuses et accomplies est d'autant meilleure. Plein de bonheur pour cette nouvelle vie nantaise !

A Elsa, amies d'enfance perdues de vue et heureusement retrouvées. Merci pour ta bienveillance et tes petites attentions toujours pleines de gentillesse et de générosité.

A Amélie, ce sera toujours un plaisir de t'accueillir dans le Sud-Ouest pour tes escapades de surfeuse. Tu es toujours une vraie bouffée d'air frais !

A Maëva, merci de me faire rire depuis tant d'années ! J'espère de tout cœur que tu arriveras à retrouver ton gallois très vite.

A Lucie, merci d'avoir toujours été présente malgré la distance et de nous accueillir toujours avec joie à Berlin. Il me tarde de revenir !

A Anne-Laure, une grosse pensée pour toi et ton petit Charles que j'ai hâte de rencontrer.

A Esther, merci d'être juste toi, avec tes convictions, ta joie de vivre, ton humour et surtout ton grand cœur.

A Camille, un grand merci d'avoir croisé ma route. Merci pour ta bonne humeur, ton intelligence, ta spontanéité et ton sens de la fête.

A Claire, une grosse pensée pour ces années d'externat où l'on s'est soutenues dans les pires comme les meilleurs moments. Tu peux être fière de la femme et docteur que tu es devenue, en tout cas sache que moi je le suis.

A *Clara*, une grosse pensée pour cette amitié de longue date, qui a commencé sur les bancs des cours de portugais. Merci d'être toujours à l'écoute, merci d'être toi avec toutes tes contradictions et tes indécisions. Vivement que tu nous rejoignes à Bordeaux ...

A *Manon*, merci pour tous ces souvenirs de révisions, de voyages, de soirées, de goûters, de cafés. C'est toujours comme si on ne s'étaient jamais quittées !

A *Julie*, merci pour ta joie et ta bonne humeur, merci de nous supporter malgré nos discussions carabines. Continue de nous faire rire, tu es un vrai rayon de soleil !

A *Claire D*, toujours partante, merci pour ta gentillesse, ton honnêteté et tes déclarations de soirée !

A *Clémence*, merci pour ta franchise et ta spontanéité, vivement les prochaines vacances !

A *Charlotte*, merci pour ta douceur et ta bienveillance.

A *Margot*, une pensée pour ces bons souvenirs à tes côtés, c'est toujours un bonheur de te revoir ! Une grosse pensée pour ton petit Marius.

A *Margaux*, une grosse pensée pour ces après-midi et ces soirées de la rue Pasteur ! C'est un bonheur de te voir aujourd'hui heureuse et accomplie.

A *Laure et Emmanuelle*, à ces années de colocation, à ces soirées sushis et Top-chef, à ces dîners et ces lendemains de soirée partagés, merci ! Il me tarde de vous retrouver !

A *Claire*, merci pour ta bonne humeur et ton amitié sincère, j'ai déjà hâte de venir vous voir à la Réunion !

A *Thomas*, hâte de se retrouver autour d'un bon magret !

A *Marie-Céline*, merci pour ces souvenirs de soirées endiablées, de journées passées à la plage. Merci d'être toi, avec ton humour et ta spontanéité.

A *Christine*, merci de supporter avec moi tous ces urologues !

A *Mathilde*, merci pour ta douceur et ta gentillesse. Hâte de te revoir !

A *Chloé*, merci pour cette amitié précieuse et cette complicité que nous avons construit au fil de cet internat.

A *Agathe*, merci pour ta bonne humeur et ton optimisme. Merci de m'avoir accueillie dans cette team périgourdine !

A *Margaux*, merci pour ta gentillesse et ton oreille attentive, reviens nous vite !

Aux équipes médicales de mes différents stages, un grand merci pour votre enseignement, vos conseils et votre patience. Une pensée pour le Dr Dutronc du service de maladies infectieuses du CHU de Bordeaux, pour les médecins urgentistes de l'hôpital Robert Picqué, les cardiologues du CH de Libourne, les pédiatres du CH de Bayonne.

Un immense merci à Stéphane et Mourad pour leur soutien, leur enseignement et leurs précieux conseils. Merci également à Maud pour sa disponibilité et sa gentillesse. Une grosse pensée pour l'équipe de la MSP de Saint Caprais qui m'a accueillie les bras ouverts.

Merci aux *équipes paramédicales* rencontrées au cours de cet internat, aux *secrétaires*, aux *co-internes*.

Remerciements d'Eugénie Martin

A *Annabelle*, ma co-thésarde et amie, pour ta confiance dans ce travail, malgré les 8000km qui nous séparent depuis un an... Merci pour ton soutien et ta patience tout au long de l'élaboration de cette thèse et je suis heureuse de vivre ce moment à tes côtés.

A *mon père*, pour m'avoir transmis ta passion pour ce métier, ton amour et ton soutien depuis toujours.

A *ma mère*, merci pour ton amour, de m'avoir poussée à y croire et de m'avoir soutenue tout au long de mon parcours.

A *ma sœur*, ma meilleure amie et mon soutien de toujours. Rien de tout ceci n'aurait pu arriver sans toi, sans ta patience, ton amour et ton investissement sans faille à mes côtés.

A *mon frère*, pour m'avoir toujours poussé à être "ta star" et d'avoir été un exemple de persévérance et d'engagement.

A *Jean*, mon beau-frère, *Gaspard*, mon neveu, *Anne Laure*, ma belle-sœur, et *Margaux*, ma nièce pour le bonheur qu'ils me procurent.

A mes *grands-parents*, pour votre amour et vos encouragements qui m'ont toujours accompagné.

A ma tante *Corinne*, pour ton écoute, ta bienveillance et pour m'avoir épaulé dans ce choix professionnel.

Et aussi à tout le clan Martin-Lanssade : Roddy, Greg, Emeline et les enfants.

Agathe, pour cette complicité si forte qu'elle parvient à s'exprimer sans mots, ta présence dans les moments difficiles, nos voyages et la découverte partagée de notre métier.

Marie Céline, pour toutes ses discussions jusqu'au bout de la nuit à rire mais parfois aussi à pleurer sans oublier ta force que tu me transmets et tes conseils avisés.

Chloé, pour ton aide dans les moments de doute, ta douceur et ton attention mais également nos fous rires depuis notre première rencontre.

Christine, pour ton écoute et ta franchise, pour nos 6 premiers mois à la découverte de l'internat.

Margaux, pour ton optimisme, ta sincérité et ces instants intenses partagés en voyage.

France, pour nos délires et folies mais aussi ces longues discussions intenses dont seule toi et moi avons le secret.

Romain, pour tes déhanchés mythiques mais surtout ton amitié sincère et investie.

Martin, pour ces mois passés ensemble en coloc, ta bonne humeur, nos soirées mais aussi nos échanges privilégiés.

A *Diane* et *Maxence* pour nos moments de folie et nos soirées mais surtout pour votre amitié si forte.

A *Matthieu*, pour être un si fidèle ami qui a toujours été à mes côtés, à nos verres à refaire le monde et nos vies.

A *mon quatuor*, pour avoir toujours cru en moi pour réussir dans ces études. A ma *Loulou*, pour ton amour, ton amitié et pour ta complicité pendant nos cours de math. A *Sousou*, avec qui j'ai tout partagé et pour cette amitié précieuse. A *Sixt*, pour ta fidélité et ta folie, à nos soirées endiablées pleine de rebondissements !

A *Pierre* et *Kevin*, mes acolytes de toujours et pour cette sincérité entre nous.
A la famille de *Boboche*, pour tous nos moments privilégiés du patio et du clos
A *Jean*, pour ces moments de complicité incroyable pendant notre externat, à nos révisions à la BU et à Nation, à tous nos stages ensemble et tout ce qu'on a partagé.
A *Léa*, ma première copine de P1 et surtout mon amie fidèle tout au long de ce parcours et pour encore des années. Merci pour ton soutien dans tous mes choix.
A *Cécile*, pour nos moments de dingue de l'externat et en dehors.
A *Fatou*, pour ta gentillesse et ton écoute depuis toujours.
A *Fouf*, pour tes folies et ton grand cœur.
A *Matthias*, pour nos moments de partages.
A *Guigui*, pour ton enthousiasme et nos délires.
A *Jomana*, pour ces rêves que nous avons construit ensemble et cette amitié si longue.
A *tous les Périgourdins* pour ces moments incroyables, ces mardis et jeudis soir endiablés.
Aux *nouveaux copains de la Guadeloupe*, pour m'avoir supporté pendant l'élaboration de ce travail et votre intérêt pour celui-ci. A cette belle aventure tous ensemble : Florence, Simon, Anaïs, Dario, Angélique, Christian, Maya, Medhi, Noémie, Alissane, Antoine, Méloé !
A *tous mes co internes* durant ce cursus pour nos moments de doutes, de galères mais aussi de bonheur.

Aux *services où j'ai pu apprendre la médecine durant mon cursus d'interne* : la Neurologie de Périgueux, la Gériatrie de Pau, les Urgences de Saint André et la maternité de Bagatelle.
A la *MSP de Saint Caprais* où j'ai pu apprendre la médecine générale, à *Mourad* pour ta prévenance et ton humanité envers les patients, à *Stéphane* pour ton envie de transmettre tes connaissances et ta passion.

A la *famille Ruffinoni* pour votre bienveillance et votre accueil, Anne Marie, Eric, Steph, Cédric, Manon, Mathieu et tous les enfants.

A *Momo*, sans qui rien de tout cela ne serait probablement arrivé, à Mme Meunier et M. Segurier pour votre patience et pour avoir cru en moi.

A *Manu*, la maman de Loulou pour son intérêt et ses encouragements.

Et à *Nicolas*, merci pour ta patience, tes conseils et tout ce que l'on partage chaque jour sous les tropiques.

A tous les autres qui m'ont suivi tout au long de ce cursus !

Sans oublier Everest !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	16
1 Contexte	16
1.1 Définitions	16
1.2 Contexte migratoire actuel	17
1.2.1 L'Europe, première destination migratoire au monde	17
1.2.2 Pays d'origine des demandeurs d'asile	19
1.2.3 Profils socio-démographiques	19
1.2.4 Les routes migratoires.....	20
2 Parcours à l'arrivée en France et en Europe	20
2.1 Cadre légal.....	20
2.1.1 La demande d'asile	20
2.1.2 Titre de séjour pour raisons de santé	21
2.1.3 Etrangers en situation irrégulière	22
2.2 Couverture maladie : un déterminant essentiel de l'accès aux soins	22
2.3 Protections sociale et maladie selon le statut.....	23
2.4 Etat de santé des patients migrants	24
3 Epidémiologie des maladies à prévention vaccinale et programmes vaccinaux des pays d'origine	25
3.1 Maladies à prévention vaccinale dans les pays d'origine	26
3.2 Programmes de vaccination dans les pays d'origine	28
4 Séroprévalence et couverture vaccinale des migrants primo-arrivants	29
4.1 Séroprévalence des maladies à prévention vaccinale chez les migrants	30
4.2 Une couverture vaccinale insuffisante chez les migrants	31
4.3 Le risque de maladies infectieuses chez les migrants	33
5 Rattrapage vaccinal en pratique	35
5.1 Hétérogénéité des pratiques vaccinales européennes.....	35
5.2 Modalités du rattrapage vaccinal en France	39
5.2.1 Le rattrapage en cas de statut vaccinal connu	41
5.2.2 Le rattrapage vaccinal en cas de statut vaccinal incertain ou inconnu	44
OBJECTIFS	47
POPULATION ET METHODE	48
1 Type d'étude	48
2 Choix de la méthode qualitative	48
3 Choix de la technique d'entretien.....	48

4	Choix de la grille d'entretien.....	49
4.1	Première partie : le «talon sociologique ».....	49
4.2	Deuxième partie : grille d'entretien	50
5	Constitution de l'échantillon.....	51
5.1	Population source.....	51
5.2	Recrutement de l'échantillon.....	52
5.3	Taille de l'échantillon.....	52
6	Réalisation des entretiens	53
6.1	Entretien « test »	53
6.2	Déroulement des entretiens	53
7	Technique d'analyse.....	53
7.1	Retranscription des entretiens.....	53
7.2	Analyse des verbatims	54
	RESULTATS.....	55
1	Caractéristiques de l'échantillon des répondants.....	55
2	Présentation des résultats	56
2.1	L'arbre d'analyse	57
2.2	Le contexte.....	59
2.2.1	Le ressenti sur la prise en charge vaccinale des migrants.....	59
2.2.2	Aborder la question de la vaccination chez les migrants.....	61
2.2.3	Le bon moment pour vacciner.....	65
2.3	Les obstacles.....	65
2.3.1	Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents aux patients	65
2.3.2	Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents aux soignants	71
2.3.3	Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents aux structures accueillant les migrants.....	72
2.3.4	Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents au système de soins et aux institutions.....	77
2.3.5	Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents au calendrier vaccinal.....	79
2.4	Les solutions.....	82
2.4.1	Les solutions déjà mises en place	82
2.4.1.1	Les solutions déjà mises en place par les soignants.....	82
2.4.1.2	Les solutions déjà mises en place à l'échelle des structures	90
2.4.1.3	Les solutions s'appuyant sur le système de soins.....	91
2.4.2	Les solutions souhaitées.....	92
2.4.2.1	Les solutions souhaitées à l'échelle des soignants	93
2.4.2.2	Les solutions souhaitées à l'échelle des structures	95
2.4.2.3	Les solutions souhaitées qui pourraient venir du système de soins.....	96

DISCUSSION	98
1 Discussion de la méthode.....	98
1.1 Forces de notre étude.....	98
1.2 Limites possibles de notre étude.....	98
2 Discussion des résultats.....	100
2.1 Hétérogénéité des pratiques.....	102
2.2 Obstacles au rattrapage vaccinal des migrants en France.....	103
2.2.1 Autres priorités que le soin	103
2.2.2 Barrières à l'accès aux soins	104
2.2.3 Barrières spécifiques au rattrapage vaccinal.....	107
2.3 Apport des récentes recommandations HAS de décembre 2019	110
2.3.1 Quand aborder la question du rattrapage vaccinal et quel est le bon moment pour vacciner ?.....	110
2.3.2 Recommandations générales pour la mise en œuvre du rattrapage vaccinal	111
2.3.3 Solutions pour la détermination du statut vaccinal.....	112
2.3.4 Schémas de rattrapage recommandés par la HAS en cas de statut vaccinal inconnu ou incomplètement connu	117
2.3.5 Recommandations vaccinales spécifiques pour les migrants primo-arrivants	117
2.3.6 Possibilités d'amélioration dans la mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez les migrants 120	
PERSPECTIVES ET CONCLUSION.....	123
1 Articulation du rattrapage vaccinal avec un bilan de santé pour les migrants primo-arrivants ? 123	
2 Harmonisation des recommandations européennes ?	124
3 Perspectives de recherche	125
BIBLIOGRAPHIE.....	127
ANNEXES	134
1 Annexe 1 : Accélération de la hausse de la demande d'asile en France et répartition des demandes sur le territoire national	134
2 Annexe 2 : Principales routes migratoires en fonction du nombre de passages illégaux détectés aux frontières extérieures de l'UE en 2019.....	135
3 Annexe 3 : Epidémiologie des maladies à prévention vaccinale dans le monde.....	136
4 Annexe 4 : Couverture vaccinale pour 3 doses de DTP en 2017 dans le monde	138
5 Annexe 5 : Couverture vaccinale des patients reçus dans les CASO en 2018.....	139
6 Annexe 6 : Couvertures vaccinales et épidémiologie des MPV dans les pays d'origine des demandeurs d'asile en UE.....	140
7 Annexe 7 : Rattrapage vaccinal pour les individus jamais vaccinés selon l'âge.....	141

8	Annexe 8 : Rattrapage vaccinal et dosage post-vaccinal des anticorps selon InfoVac France, 2019	142
9	Annexe 9 : Le guide d'entretien	143
10	: Annexe 10 : « Code-book »	144
11	Annexe 11 : exemple de protocole de rattrapage vaccinal	147
12	Annexe 12 : Protocole de rattrapage vaccinal chez les MNA en Gironde	148
13	Annexe 13 : Schéma simplifié des portes d'entrées à la protection maladie	149
14	Annexe 14 : Intervalles minimaux entre 2 doses de vaccins en primo-vaccination.....	150
15	Annexe 15 : Spécialités vaccinales disponibles en France en 2019 et âges limites d'utilisation selon l'AMM et selon les recommandations.....	151
16	Annexe 16 : Interprétation de la sérologie hépatite B et conduite à tenir en fonction du résultat	153
17	Annexe 17 : Rattrapage vaccinal : modèle simplifié ou avancé	154
18	Annexe 18 : Rattrapage pour les migrants primo-arrivants à statut vaccinal inconnu proposé par la HAS	155

LISTE DES ABREVIATIONS

Ac : Anticorps
ACS : Aide à la Complémentaire Santé
ACIP : Advisory Committee on Immunization Practices
ADA : Allocation Demandeur d'Asile
Ag : Antigène
AME : Aide médicale d'Etat
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ARS : Agence Régionale de Santé
ASID : Australasian Society for Infectious Diseases
BCG : vaccin contre le Bacille de Calmette et Guérin
Ca : Coqueluche
CACIS : Centre d'Accueil Consultation Information Sexualité
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CDAG : Centre d'information et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille
CDC : Center for Diseases Control and Prevention
CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNDA : Cours Nationale du Droit d'Asile
COMEDE : Comité Médical pour les Exilés
CPH : Centre Provisoire d'Hébergement
CSS : Complémentaire Santé Solidaire
DGS : Direction Générale de la Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DNA : Dispositif National d'Accueil
DSUV : Dispositif des Soins Urgents et Vitaux
DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite
DTPCa : Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche
ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control
ELISA : Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EVAP : European Vaccine Action Plan
GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunization
GVAP : Global Vaccin Action Plan
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
Hib : Haemophilus Influenzae de type b
HepB : Hépatite B

HPV : PapillomaVirus Humain
HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
HUDA : Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile
IDR : Intra Dermo Réaction
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IgG : Immunoglobulines G
IGRA : Interferon Gamma Release Assays
IGS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IIP : Infections Invasives à Pneumocoques
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IOM : International Organization for Migration
ISM : Inter Service Migrants
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
LHSS : Lit Halte Soins Santé
MDM : Médecin du Monde
MDS : Maison Départementale de la Santé
MNA : Mineurs Non Accompagnés
MPV : Maladies à Prévention Vaccinale
OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OIM : Organisation Internationale pour les Migrations
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PUMa : Protection Universelle Maladie
ROR : Rougeole Oreillons Rubéole
SMIT : Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
STIKO : German Standing Committee on Vaccination
TQS : Tétanos Quick Test
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UE : Union Européenne
UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
VHA : Virus de l'hépatite A
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPO : Vaccin Poliomyélitique Oral
VZV : Virus Varicelle Zona
WHO : World Health Organization
WPV : Wild PolioVirus

LISTE DES FIGURES

- Figure 1** : Demandes d'asile dans les Etats membres de l'UE de 2008 à 2019, Eurostat
Figure 2 : Nombre de cas de poliomyélite rapportés en Syrie entre 1980 et 2019, OMS 2020
Figure 3 : Vaccination des migrants et des réfugiés dans les pays membres de la région OMS Europe, OMS 2017
Figure 4 : Arbre d'analyse
Figure 5 : Exemple d'un « passeport santé »
Figure 6 : Carnet de vaccination distribué à la MDS
Figure 7 : Carnet de vaccination distribué par un médecin généraliste en ville

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1** : Déclin de la couverture vaccinale en Syrie en 5 ans, Mipatrini *et al.* 2017
Tableau 2 : Classification des vaccins, InfoVac France 2019
Tableau 3 : Nombre de doses de vaccins selon l'âge de début de la vaccination, InfoVac France 2019
Tableau 4 : Schéma de rattrapage à adopter en cas de statut vaccinal connu et incomplet, synthèse des recommandations InfoVac et du calendrier vaccinal français 2019
Tableau 5 : Pratiques de rattrapage vaccinal appliquées par les médecins interrogés pour les patients de 2 ans et plus en l'absence d'information sur le statut vaccinal antérieur, Vignier *et al.* 2019 cité par la HAS
Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins interviewés
Tableau 7 : Modalités de rattrapage DTcaP/dTcaP/dTP en fonction du taux d'anticorps antitétaniques mesuré 4 à 8 semaines après une dose vaccinale
Tableau 8 : Modalités de rattrapage vaccinal VHB en fonction du taux d'anticorps antiHBs mesuré 4 à 8 semaines après une dose vaccinale

PREAMBULE

Nous avons choisi de réaliser ce travail de thèse à deux suite à nos passages successifs à la PASS de l'hôpital St André.

Nous avons toutes les deux été sensibles aux différentes problématiques que rencontraient les soignants et surtout impressionnées par leur implication dans le soin auprès de ces populations migrantes.

Après différentes discussions, la question de la vaccination a fini par émerger et plus précisément celle du rattrapage vaccinal. Nous avons constaté qu'elle était très présente mais difficile à traiter concernant cette population.

Il nous a donc semblé intéressant de nous intéresser à la vision des soignants et à leurs pratiques pour bien prendre en charge la vaccination chez les migrants devant le manque de consensus actuel. Il nous semblait pertinent de réaliser une étude de type qualitative avec des entretiens semi dirigés auprès des soignants concernés et au sein de différentes structures. Une analyse en double codage étant nécessaire, c'était un argument supplémentaire pour motiver ce travail commun.

Nous présenterons dans ce travail tout d'abord le contexte concernant le contexte migratoire actuel et le parcours des migrants à leur arrivée en France et en Europe, l'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale, la séroprévalence de ces maladies et la couverture vaccinale chez les migrants et un point sur les modalités pratiques de rattrapage vaccinal. Puis nous présenterons notre étude réalisée auprès des soignants concernés par notre problématique dans les différentes structures.

INTRODUCTION

1 Contexte

1.1 Définitions

Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration et reprise par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), un **immigré** est une personne née à l'étranger et résidant en France, qu'il ait acquis ou non la nationalité française. C'est donc le pays de naissance et non la nationalité qui définit le pays d'origine d'un immigré.

Le terme « **migrant** » - non défini dans le droit international - désigne, selon l'Organisation des Nations Unies, toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir - à titre temporaire ou permanent - et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays franchissant ainsi une frontière internationale. Cette définition implique une notion de mouvement, alors que le terme immigré, une notion d'installation durable. Ce terme est le plus souvent utilisé en France pour désigner les immigrés arrivés récemment en France. Ce terme de « migrant » ne fait donc pas de distinction selon le caractère régulier ou irrégulier de la migration, ni selon les raisons de celle-ci (économique, climatique, étudiant, etc.). Il est également important de l'utiliser avec précaution car il peut parfois revêtir une connotation négative.

A des fins statistiques, les Nations Unies proposent de distinguer le « migrant à long terme » (personne qui s'installe dans un pays autre que son pays de résidence habituelle pour une période d'au moins douze mois) du « migrant temporaire » (qui s'installe pour une durée de trois à douze mois). Le terme « mobilité » est utilisé lorsque cette période est inférieure à trois mois (touriste).

On entend par « **migrant primo-arrivant** » une personne née à l'étranger et arrivée en France depuis peu pour s'y installer, toujours indépendamment du motif de sa migration (1). Cependant, l'Europe n'a pas délimité plus précisément cette catégorie en fixant une durée de « primo-arrivée » et chacun des pays de l'Union Européenne (UE) est libre d'établir ses propres critères et donc d'attribuer par cette occasion les mesures d'aide qui en découlent. En France, l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) désigne par « primo-arrivant » les étrangers qui ont vocation à demeurer durablement sur le territoire, pendant les cinq premières années qui suivent leur admission au séjour.

Il est important ensuite de définir les différents statuts juridico-administratifs. En effet, de ces statuts vont découler le droit au séjour, la couverture maladie, l'accès aux soins et les conditions d'hébergement et ainsi des réalités très différentes.

Un **demandeur d'asile** est une personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951 (2). L'asile est la protection qu'accorde un Etat à un étranger qui est ou risque d'être persécuté dans son pays. Il existe deux formes de protection par l'asile : le statut de réfugié et la protection subsidiaire (2). Le seul organisme compétent

pour les accorder en France est l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). Parmi les formes de protection par l'asile, il existe la protection temporaire, dispositif particulier et exceptionnel décidé au niveau européen lors d'afflux massif de personnes fuyant leur pays ou région d'origine en raison de conflits armés, de violences ou de violations graves et répétées des droits de l'homme.

Le statut de **réfugié** peut être accordé à une personne victime de persécutions dans son pays. Il s'agit de persécutions fondées sur la race, la religion, la nationalité, l'appartenance à un certain groupe social (y compris pour des considérations liées au genre ou à l'orientation sexuelle) ou les opinions politiques. On parle alors d'asile conventionnel, puisqu'il est régi par la convention de Genève du 28 juillet 1951. Il peut s'agir également de personnes persécutées dans leur pays en raison de leurs actions en faveur de la liberté (militants politiques ou syndicalistes, journalistes, artistes ou intellectuels). Enfin, il peut s'agir d'une personne ayant obtenu dans son pays la protection du Haut-Commissariat des Nations Unies mais ne peut plus y rester (2).

La **protection subsidiaire** est attribuée lorsque la personne ne remplit pas les conditions d'obtention du statut de réfugié et prouve qu'elle est exposée dans son pays à l'un des risques suivants : peine de mort ou exécution, tortures ou peines ou traitements inhumains ou dégradants, menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international (2).

Selon la convention de New York du 28 septembre 1954, le terme **apatride** s'applique à « toute personne qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant par application de sa législation. » (3) L'OFPRA est chargée de reconnaître ce statut aux apatrides qui en font la demande en France et de leur assurer une protection juridique et administrative.

Un « **sans-papiers** » ou « **clandestin** » ou encore « **étranger en situation irrégulière** » sont des termes synonymes désignant un étranger qui réside en France sans avoir de titre de séjour l'y autorisant (4).

Enfin, nous allons également préciser le statut de **Mineur Non Accompagné (MNA)**, anciennement appelé mineur isolé étranger, car les droits de séjour et les conditions d'accès aux soins et à une couverture maladie diffèrent des autres statuts cités ci-dessus. Le MNA est soit un mineur entré sur le territoire français sans être accompagné d'un adulte et privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, soit un mineur laissé seul sur le territoire français. Il bénéficie donc des dispositions relatives à la protection de l'enfance et sa prise en charge relève à ce titre de la compétence des départements.

1.2 Contexte migratoire actuel

1.2.1 *L'Europe, première destination migratoire au monde*

L'Europe a connu une augmentation sans précédent des flux migratoires au début de l'année 2014, devenant ainsi la première destination migratoire, devant les Etats-Unis, le Canada et l'Australie (5). Cette hausse importante des arrivées de migrants dans l'UE, qualifiée

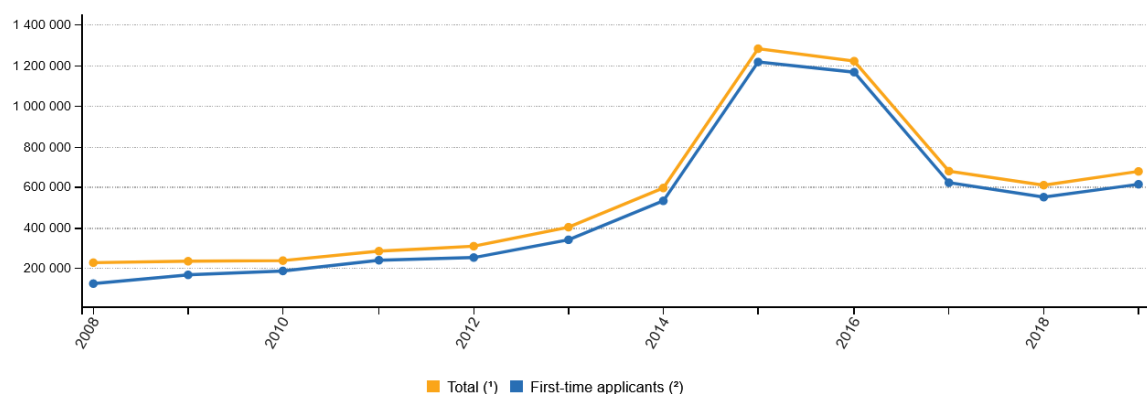
de « crise migratoire », s’est intensifiée jusqu’en 2015 où le nombre de détections de traversées illégales enregistrées par l’agence FRONTEX (Agence Européenne de contrôle des frontières extérieures de l’Europe qui enregistre le nombre de passages illégaux des frontières de l’UE) s’élève à 1 820 000 soit six fois plus qu’en 2014 (6). Le nombre de demandes d’asile a connu la même croissance avec 1 322 825 demandes enregistrées en Europe, dont 76 165 pour la France en 2015 (7).

En Europe, en 2016, les chiffres enregistrés de demandeurs d’asile et de passages illégaux des frontières restent élevés. C’est à partir de 2017 que les flux migratoires diminuent avec 204 750 passages illégaux aux frontières de l’UE selon l’agence FRONTEX soit 60% de moins qu’en 2016 (8). Le nombre de primo-demandeurs d’asile dans les états membres de l’UE chute également avec 654 600 demandes enregistrées en 2017 et 580 800 en 2018 selon Eurostat (9). Ce niveau est comparable à celui enregistré en 2014 avant les pics de 2015 et 2016. Un primo-demandeur étant une personne qui a déposé une demande d’asile pour la première fois dans un état membre de l’UE, leur dénombrement reflète ainsi mieux le nombre de migrants récemment arrivés qui soumettent une demande de protection internationale.

Selon l’agence FRONTEX, cette diminution des flux migratoires est attribuée à la mise en œuvre de la déclaration UE-Turquie de mars 2016 avec comme conséquence une chute du nombre de migrants arrivant en Grèce en provenance de Turquie (10). En effet, cet accord sur l’immigration signé le 18 mars 2016 entre la Turquie et l’UE prévoit, entre autres, que tous les nouveaux migrants en situation irrégulière qui partent de la Turquie pour gagner la Grèce à partir du 20 mars 2016 seront renvoyés en Turquie. Plus généralement, la Turquie s’engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter que de nouvelles routes de migration irrégulière ne s’ouvrent, au départ de son territoire en direction de l’UE (11).

L’année 2019 est marquée par une nouvelle augmentation des flux migratoires avec 612 700 primo-demandeurs d’asile enregistrés dans les états membres de l’UE, un chiffre en hausse de 12% par rapport à 2018 selon Eurostat (12). Les passages illégaux des frontières continuent quant à eux de diminuer avec 141 846 passages enregistrés par l’agence FRONTEX en 2019 (13).

Number of asylum applicants (non-EU-27 citizens), EU-27, 2008–2019



(*) 2008–2014: Croatia not available.

(‡) 2008: Bulgaria, Greece, Spain, France, Croatia, Lithuania, Luxembourg, Hungary, Austria, Romania, Slovakia and Finland not available. 2009: Bulgaria, Greece, Spain, Croatia, Luxembourg, Hungary, Austria, Romania, Slovakia and Finland not available. 2010: Bulgaria, Greece, Croatia, Luxembourg, Hungary, Austria, Romania and Finland not available.

2011: Croatia, Hungary, Austria and Finland not available. 2012: Croatia, Hungary and Austria not available. 2013: Austria not available.

Source: Eurostat (online data code: migr_asyappctza)

Figure 1 : Demandes d’asile dans les états membres de l’UE, 2008-2019, source : Eurostat (14)

En France, la situation n'est pas comparable et l'année 2019 s'inscrit dans la continuité de la hausse de demandes d'asile observée depuis 2015 selon l'OFPRA, à un rythme cependant moindre que les deux dernières années. En effet, le nombre de demandes d'asile globales introduites à l'OFPRA s'élève à 132 826 pour l'année 2019, soit une augmentation de 7,4% par rapport à l'année précédente. Le nombre de primo-demandeurs s'élève à 101 841 en 2019, contre 92 338 en 2018 (15).

En 2019, la Nouvelle-Aquitaine est la 8^{ème} région française à accueillir le plus de demandeurs d'asile. A l'échelle départementale, la Gironde est le 16^{ème} département à accueillir le plus de demandeurs d'asile (15). Ces données sont représentées par un schéma disponible en annexe 1.

1.2.2 Pays d'origine des demandeurs d'asile

En Europe en 2019, les Syriens étaient les plus nombreux demandeurs d'asile dans les États membres, comme depuis 2013, avec 12% du nombre total de primo-demandeurs d'asile. Les deux autres plus fréquents demandeurs d'asile en Europe en 2019 sont les Afghans et les Vénézuéliens (12).

En France, 2^{ème} pays d'accueil des demandeurs d'asile en 2019 (avec 20% de primo-demandeurs enregistrés) derrière l'Allemagne (12), l'Afghanistan reste le premier pays de provenance des demandeurs d'asile. En Afghanistan, l'instabilité géopolitique toujours présente explique le niveau élevé de demandes d'asile avec l'existence de conflits armés entre les autorités et l'Etat Islamique. L'Albanie et la Géorgie demeurent également parmi les plus fortes demandes mais avec une décroissance sensible de ces flux en 2019. Dans ces pays, les conflits privés en lien avec des activités mafieuses, des problèmes d'endettement ou de vendetta plus ou moins associés à des enquêtes judiciaires en cours sont les principales raisons de l'exode. Les demandes sociétales (liées à des violences domestiques, à l'orientation sexuelle ou à la traite des êtres humains) sont également très représentées (15).

Il faut souligner une forte augmentation des demandes haïtiennes, bangladaises et nigérianes. Parmi les demandes en provenance d'Afrique, la Guinée Conakry, la Côte d'Ivoire et la République démocratique du Congo figurent parmi les dix principaux pays de provenance. La demande d'asile syrienne continue de diminuer mais reste dans les principaux pays de provenance (15).

1.2.3 Profils socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des demandeurs d'asile sont superposables aux années précédentes avec une majorité d'hommes (67,5%), célibataires (54,8%) selon l'OFPRA (15). L'âge moyen des demandeurs d'asile baisse légèrement en 2019 pour s'établir à 30,7 ans.

1.2.4 Les routes migratoires

Même s'il existe une multiplicité de trajets migratoires, il existe trois principales portes d'entrées dans l'Europe. Les points de passage sont souvent périlleux, dépendants des réseaux de passeurs avec donc beaucoup d'immigration irrégulière.

L'agence FRONTEX définit trois routes principales classées en fonction du nombre de passages illégaux détectés aux frontières extérieures de l'UE en 2019 (Annexe 2) :

La **route méditerranéenne orientale** ou « **est-méditerranéenne** » est la route la plus empruntée pour arriver en Europe en 2019. Elle traverse la méditerranée de la Turquie vers les îles grecques. Cette route est le point d'entrée dans l'UE des migrants et réfugiés fuyant les conflits en Syrie, en Irak et en Afghanistan.

La **route méditerranée occidentale** ou « **ouest-méditerranée** » traverse la Méditerranée au niveau de la côte Nord de l'Algérie et du Maroc, et rejoint l'Espagne par la mer (via le détroit de Gibraltar) ou par la terre (via les enclaves de Ceuta et Melilla). Les migrants sont originaires d'Afrique sub-saharienne pour la plupart.

La **route méditerranéenne centrale** ou « **centre méditerranéenne** » qui traverse la Méditerranée pour atteindre l'Italie après avoir embarqué en Libye. Ce transit des migrants par la Libye, majoré par l'instabilité géopolitique, a encouragé le développement de réseaux de passeurs et de trafiquants. Cette route demeure la plus meurtrière selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM).

2 Parcours à l'arrivée en France et en Europe

2.1 Cadre légal

Afin de prendre en charge au mieux les patients migrants dans leur globalité, il est important de connaître les bases légales déterminant leur droit au séjour et les parcours administratifs auxquels ils sont confrontés à leur arrivée en France et en Europe. Nous précisons ici les principales situations rencontrées par les migrants au moment de leur accès au système de soins.

2.1.1 La demande d'asile

L'OFPRA est un établissement public administratif créé en 1952. En charge de l'application de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, puis de la Convention de New York de 1954 relative au statut des apatrides, il statue en toute indépendance sur les demandes d'asile et d'apatridie qui lui sont soumises (16).

Le parcours du demandeur d'asile comprend plusieurs étapes :

La première étape consiste à enregistrer la demande d'asile auprès du guichet unique rattaché au lieu de résidence. Ce guichet est composé d'agents de la préfecture et d'agents de l'OFII.

Lors de ce rendez-vous, les empreintes digitales sont relevées afin de déterminer le pays responsable de l'examen de la demande d'asile selon l'application du règlement Dublin. Cette loi du Conseil et du Parlement européens, mise en place en 2013 et dont la dernière version dite « Règlement Dublin III » est en vigueur en France depuis le 1^{er} janvier 2014, prévoit que le pays dans lequel un migrant a été contrôlé pour la première fois en Europe devient le pays responsable de l'instruction de sa demande d'asile. Si tel est le cas, la demande est suspendue sur le territoire français et un réacheminement dans le premier pays d'accueil européen référencé doit être réalisé pour la poursuite de l'évaluation de la demande d'asile.

Si la demande d'asile relève de la responsabilité de la France, cette demande est placée en procédure normale ou accélérée. La procédure est placée automatiquement en accélérée si le demandeur a la nationalité d'un pays considéré comme pays d'origine « sûr » par l'OFPRA, ainsi que si la personne demande le réexamen d'une demande d'asile définitivement rejetée (17). Un pays est considéré comme « sûr » « s'il veille au respect des principes de la liberté, de la démocratie, de l'état de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales. » La liste de ces pays est établie par l'OFPRA et est accessible sur leur site internet (18).

Après l'enregistrement, la personne doit envoyer sa demande d'asile à l'OFPRA dans un délai de 21 jours. Pendant ce temps, elle est en situation régulière en France, en attendant d'être convoquée pour une audience à l'OFPRA. Celui-ci statuera alors sur la demande et accordera ou non le statut de réfugié ou de protection subsidiaire. Si la demande d'asile est rejetée, et après un recours possible auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA), la personne reçoit une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) et sa situation en France devient alors « irrégulière », il passe dans la clandestinité et devient un « sans-papiers ».

Le droit d'asile en France a évolué récemment avec deux réformes en 2015 et 2019 dont les principaux objectifs sont : raccourcir les délais pour le dépôt et le traitement des demandes d'asile, durcir les mesures d'éloignement et créer un hébergement directif afin d'harmoniser sur le territoire français la répartition des demandeurs d'asile : les migrants sont contraints d'accepter la place en Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) proposée.

2.1.2 Titre de séjour pour raisons de santé

La France compte parmi les très rares pays en Europe qui disposent d'une procédure spécifique de délivrance de titres de séjour aux étrangers malades. Cette procédure permet la délivrance d'une carte de séjour temporaire, d'une durée variable selon le temps des soins. Nous avons fait le choix de mentionner cette autre voie de régularisation du séjour sur le territoire français car elle implique la rédaction d'un certificat médical par le médecin qui « suit habituellement » le patient demandeur de ce titre (19).

La loi n°2016-274 du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers en France a réformé cette procédure. Le ressortissant étranger peut bénéficier d'une carte de séjour temporaire pour soins si :

- son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité
- et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié (19).

Par ailleurs, la personne doit justifier de sa résidence habituelle en France (adresse personnelle, hébergement ou domiciliation chez un tiers).

Cette loi du 7 mars 2016 a transféré la compétence, en matière d'avis, des médecins des Agences Régionales de Santé (ARS) à un collège de 3 médecins de l'OFII.

2.1.3 *Etrangers en situation irrégulière*

Appelés également « sans-papiers » ou « clandestins », ils sont par définition non autorisés à rester sur le territoire français. Il s'agit principalement de demandeurs d'asile déboutés, c'est-à-dire dont la demande a été rejetée. En effet, en 2018, 36% de demandeurs ont été placés sous la protection de l'OFPRA aux titres du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire (20). Les 64% de demandeurs d'asile déboutés, eux rentrent alors dans la clandestinité s'ils restent sur le territoire.

2.2 Couverture maladie : un déterminant essentiel de l'accès aux soins

Les migrants sont confrontés à de nombreux obstacles à l'accès aux soins, principalement des restrictions légales et administratives pour l'accès à la protection maladie, des difficultés de communication linguistiques et des discriminations au sein des dispositifs de prévention et de soins (21).

D'après le rapport 2018 de l'observatoire de Médecins du Monde (MDM), les principaux obstacles à l'accès aux soins et aux droits évoqués par les personnes reçues dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) étaient les suivants : (22)

- difficultés administratives et complexité des démarches : 28%
- méconnaissance des droits et des structures : 27%
- barrière linguistique : 16%
- aucun droit possible : 16%
- difficultés financières : 15%

Selon une étude allemande publiée en 2015, les migrants primo-arrivants n'ayant pas encore accès aux soins de santé courants ont un taux plus élevé de morbidité et de mortalité (23) soulignant ainsi l'importance de l'accès rapide à une protection maladie efficace. En effet,

si la délivrance « gratuite » de soins préventifs et des premiers soins curatifs est parfois possible, seule une protection de base assortie d'une couverture complémentaire peut permettre la continuité des soins, comme le souligne le COMEDE (21).

Or la prise en charge des migrants se heurte à des difficultés croissantes d'obtention d'une protection maladie, comme l'illustrent les données enregistrées par MDM dans son rapport de 2018. En effet, seules 14,2% des personnes disposent d'une couverture maladie, quelle que soit leur situation administrative, alors même que 7 personnes sur 10 relèveraient théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative. Enfin, près de 30% des personnes rencontrées dans les CASO restent exclues de tout dispositif de couverture maladie, dans la plupart des cas en raison du critère de résidence de plus de 3 mois qui est à démontrer pour l'obtention de l'Aide Médicale d'Etat (AME) (22). L'accès aux soins pour ces personnes sans couverture maladie reste alors possible par le biais des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), des structures associatives comme MDM par exemple. Une étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les PASS en 2016 estimait ainsi à 41,6% la proportion de personnes sans couverture maladie de base et à 70,7% celle sans couverture maladie complémentaire (24).

2.3 Protections sociale et maladie selon le statut

Au cours des trois premiers mois de résidence en France, les migrants sont exclus des systèmes de protection maladie sauf s'ils sont demandeurs d'asile ou mineurs.

En effet, tous les **demandeurs d'asile** ont le droit à la Protection Universelle Maladie (PUMa) dès lors qu'ils ont déposé leur demande à la préfecture. La PUMa remplace la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base depuis le 1^{er} janvier 2016. Depuis novembre 2019, la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) remplace la CMU complémentaire (CMU-c) et l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS). Elle permet une prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé si la personne est affiliée à l'Assurance Maladie et sous conditions de ressource.

Au-delà de trois mois, si le migrant est en situation régulière et possède un titre de séjour, il peut bénéficier de la PUMa associée à une CSS selon les critères cités ci-dessus. Les migrants en **situation irrégulière** peuvent alors bénéficier de l'AME s'ils peuvent fournir la preuve de leur présence depuis plus de 3 mois sur le territoire français et sur conditions de ressources. Cette AME ne dépend pas de l'Assurance Maladie mais de l'Aide sociale. L'existence de ce double régime AME/PUMa a des conséquences très concrètes dans l'accès à la prévention et aux soins. Ils n'ont notamment pas de carte vitale limitant ainsi l'accès à la médecine de ville (22).

Pour pallier ce délai de résidence de 3 mois pour accéder à l'AME, le Dispositif des Soins Urgents et Vitaux (DSUV) a été créé. Ce dispositif prévoit une prise en charge par l'Etat des « soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître » dispensés par les établissements de santé (21).

Les personnes titulaires d'un titre de séjour pour soins bénéficient d'une couverture maladie complète de type PUMa associée à une CSS.

Concernant les possibilités d'hébergement et le permis de travailler, la situation est différente également selon le statut.

Pour les **demandeurs d'asile**, le Dispositif National d'Accueil (DNA) géré par l'OFII dispose de plateformes d'accueil régionales des migrants primo-arrivant, permettant l'information, l'orientation et l'accompagnement des demandeurs d'asile. Le DNA a vocation à héberger l'ensemble des demandeurs d'asile durant le temps de la procédure grâce aux : CADA (43 000 places), au dispositif d'Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA) (64 000 places) et aux Centres Provisoires d'Hébergement (CPH) pour les bénéficiaires du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire (8700 places) (25). Cependant, malgré les capacités d'accueil qui ont augmenté au cours des dernières années, elles restent en deçà des besoins d'hébergement : 49% des demandeurs d'asile consultant au CASO sont à la rue ou en hébergement d'urgence (22).

Les demandeurs d'asile n'ont pas le droit de travailler jusqu'à ce qu'ils obtiennent le statut de réfugié ou de protection subsidiaire. En attendant, ils perçoivent une Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA).

Les **migrants en situation irrégulière** n'ont pas le droit à un hébergement stable : une personne sur cinq est sans domicile fixe selon l'observatoire de MDM (22). Ils n'ont pas le droit de travailler.

Le retentissement sur la santé de ces situations sociales très précaires est très important, tant sur le plan somatique que psychique, marqué par la grande fréquence des problèmes de santé et le renoncement aux soins (26).

2.4 Etat de santé des patients migrants

L'état de santé des migrants est considéré comme un véritable enjeu de santé publique en France en raison de la fragilisation économique et sociale que connaissent la plupart d'entre eux, et qui participe à la détérioration de leur état de santé. En France comme dans la plupart des pays européens, l'état de santé des migrants est moins bon que celui de la population native (27). Des études antérieures ont montré que cette population migrante avait un plus faible taux de recours aux soins et un taux de renoncement aux soins pour eux-mêmes plus élevé (28).

Il n'existe pas de « maladie des migrants », cependant la prévalence de certaines pathologies dans leur pays d'origine et la précarité de leurs conditions de vie en France font qu'ils présentent plus fréquemment certaines pathologies. La connaissance probabiliste de ces pathologies permet ainsi une démarche diagnostique et thérapeutique plus adaptée.

Une étude nationale menée en 2016 portant sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les PASS a montré que les motifs de consultation étaient souvent multiples, dominés par les troubles digestifs, les maladies infectieuses (hépatites B et C chroniques et Virus de l'Immunodéficience Humaine -VIH-) et les troubles musculo-squelettiques (douleurs articulaires et arthrose).

Selon le rapport 2018 de l'observatoire de MDM, les motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés dans les CASO (correspondant à leurs centres d'accueil) étaient, par ordre de prévalence : digestifs, ostéo-articulaires, respiratoires, dermatologiques, cardio-vasculaires et psychologiques (22). Une étude comparative des motifs de consultation entre les patients de médecine générale de ville et ceux des centres d'accueil de MDM a révélé que les infections étaient plus fréquemment diagnostiquées chez les patients consultant dans les CASO, notamment les infections aiguës hivernales et les hépatites virales. L'absence ou le mal logement ainsi que les difficultés d'accès à une alimentation suffisante les rendent d'autant plus vulnérables à ces pathologies (29).

Les données déjà citées sont les principales plaintes et motifs de consultation des patients migrants. En ce qui concerne les pathologies graves retrouvées chez les migrants après bilan de santé, dans l'observation du COMEDE, les psycho-traumatismes sont les plus fréquents (15,3%). Classés par ordre de prévalence, viennent ensuite les maladies cardio-vasculaire, le diabète, les infections chroniques au Virus de l'Hépatite C (VHC), l'asthme persistant, les infections à VIH, les cancers et la tuberculose.

En effet, les violences multiples qui ont causé leur départ, les ruptures souvent brutales que cela a occasionné, et le parcours d'exil lui-même peuvent occasionner des troubles psychiques graves. La grande précarité sociale et administrative dans laquelle la plupart des migrants se trouvent à leur arrivée en France et en Europe renforce ces troubles, voire en crée de nouveaux (30).

Dans l'étude nationale menée dans les PASS citée ci-dessus, près d'un tiers des patients ont rapporté avoir été confrontés à des événements traumatisants tels que des guerres ou des violences dans leur pays d'origine ainsi que sur leur parcours migratoire. La moitié de ces violences subies étaient des tortures (24). Une étude menée par le COMEDE entre 2012 et 2016 confirme ces données : 62% des personnes migrantes consultant pour un bilan de santé ont déclaré avoir été victimes de violences, 14% des antécédents de torture, et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. La prévalence globale des troubles psychiques graves s'élevait à 16,6% dans cette population (31). Il existe une intrication somato-psychique importante rendant difficile le dépistage des troubles psychiques dans cette population (32).

Afin d'améliorer l'accès aux soins de ces populations migrantes et de faire le point sur leur état de santé, la réalisation d'un bilan de santé à leur arrivée en France, appelé « rendez-vous santé » a été récemment proposé et recommandé par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) et la Direction Générale de la Santé (DGS). Nous y reviendrons plus en détail en conclusion de notre travail.

3 Epidémiologie des maladies à prévention vaccinale et programmes vaccinaux des pays d'origine

Il est important de connaître l'épidémiologie des Maladies à Prévention Vaccinale (MPV) et les couvertures vaccinales, ainsi que les programmes vaccinaux des pays d'origine

des migrants afin de mieux appréhender la problématique du dépistage et de leur prévention par la vaccination.

3.1 Maladies à prévention vaccinale dans les pays d'origine

Nous avons fait le choix d'insister ici sur les MPV dont le vaccin figure dans les calendriers vaccinaux des pays européens. Ces données sont issues des sites de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Center for Disease Control and Prevention (CDC). Un site mis en place par l'OMS recense les calendriers vaccinaux de tous les pays du monde avec les données d'épidémiologie et des couvertures vaccinales par pays (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary). On retrouve également un site similaire mis en place par l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (<https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>). Les données ci-après sont toutes extraites de ces deux sites.

▪ **Diphtérie :**

La vaccination a permis de réduire de manière drastique la morbi-mortalité liée à cette infection due à la bactérie *Corynebacterium diphtheriae* dans le monde. Cependant, cette infection est encore présente dans de nombreux pays en voie de développement. Dans ces pays où la diphtérie est encore endémique, la maladie survient surtout dans un contexte de cas sporadiques ou de petites épidémies.

▪ **Tétanos :**

Le tétanos est dû à l'exposition au spore de la bactérie *Clostridium tetanii* présent dans les sols et dans le tube digestif de certains animaux. La bactérie pénètre dans le corps à l'occasion d'une plaie. Si la contamination a lieu pendant la grossesse, le risque est le tétanos maternel et néo-natal en cas de transmission materno-fœtale, qui reste un problème de santé publique dans encore 12 pays dans le Monde (en Asie et Afrique principalement).

▪ **Poliomyélite :**

La poliomyélite est une infection virale contagieuse grave liée au *poliovirus* sauvage. Il existe 3 types de poliovirus sauvages (WPV pour Wild PolioVirus) WPV 1, 2 et 3. Le WPV de type 2 a été officiellement éradiqué à l'échelle mondiale en 2015. Le WPV de type 3 n'a pas été détecté depuis 2012. Il persiste aujourd'hui uniquement le WPV de type 1 en Afghanistan et au Pakistan.

▪ **Coqueluche :**

La coqueluche est due à une bactérie *Bordetella pertussis* responsable d'infections respiratoires hautement contagieuses et d'évolution longue. Les programmes de vaccination ont permis d'éviter les formes sévères liées à cette bactérie et ont réduit l'incidence de cette infection de manière importante. Cependant, cette infection reste une cause importante de mortalité infantile dans les pays en voie de développement.

▪ **Rougeole :**

La rougeole est une maladie infectieuse d'origine virale hautement contagieuse. Si la vaccination a permis de réduire de manière importante les décès liés à cette infection

(diminution de 73% entre 2000 et 2018 dans le monde, selon l’OMS), des épidémies surviennent encore dans de nombreux pays, dont la France.

▪ **Oreillons :**

Cette infection causée par un virus donne des tableaux de parotidite mais aussi parfois d’orchite ou de méningite. Elle a vu son incidence diminuer fortement dans les pays avec des programmes de vaccination efficaces.

▪ **Rubéole :**

Cette infection virale est principalement rencontrée chez les enfants. En cas de transmission materno-fœtale elle peut être à l’origine d’une forme grave qu’est la rubéole congénitale. Le virus circule toujours dans les pays en voie de développement.

▪ **Haemophilus influenzae de type b (Hib) :**

Cette infection bactérienne est responsable de pneumopathies et de méningites dans les pays en voie de développement. La couverture vaccinale mondiale est estimée en 2018 à 72% par l’OMS mais avec des différences entre les pays.

▪ **Virus de l’Hépatite B (VHB) :**

Cette infection virale responsable d’hépatites aiguës et chroniques est encore très présente à l’échelle mondiale avec une séroprévalence élevée dans les pays en voie de développement (Annexe 3).

▪ **Tuberculose :**

Cette infection bactérienne due à *Mycobacterium tuberculosis* a été responsable de 10,4 millions de nouveaux cas en 2016 avec 1,7 millions de décès. Plus de 90% de ces cas surviennent dans les pays en voie de développement (Annexe 3).

▪ **Pneumocoque :**

Streptococcus pneumoniae est responsable principalement d’infections respiratoires et de méningites. Il en existe de nombreux sérotypes. Dans de nombreux pays, le vaccin a permis de diminuer fortement les formes sévères liées à cette infection bactérienne.

▪ **Méningocoque :**

Cette infection liée à *Neisseria meningitidis* est responsable de méningites et de bactériémies. Parmi les 12 sérogroupes identifiés, A,B,C,X,W et Y sont responsables de la majorité des cas. De fréquentes et importantes épidémies de méningites à méningocoques frappaient les pays de la « ceinture africaine de la méningite », une région au sud du Sahara qui s’étend du Sénégal à l’Ethiopie. Le sérotype A a été responsable de la plupart des épidémies dans cette région. Dans ce contexte, un vaccin conjugué contre le méningocoque A (également appelé MenAfriVac) a été mis au point en 2010. Selon un article publié dans *the Lancet* en 2017, les campagnes de vaccination de masse du MenAfriVac dans les 9 pays de la « ceinture de la méningite » (Bénin, Burkina Faso, Tchad, Côte d’Ivoire, Ghana, Mali, Niger, Nigéria et Togo) chez les sujets de 1 à 29 ans, ont permis de diminuer de 99% l’incidence des méningites à méningocoque A chez les sujets complètement vaccinés (33).

En France, les sérogroupes les plus fréquemment rencontrés sont les B et C et la vaccination concerne le sérotype C.

▪ **Hépatite A :**

Cette infection est transmise par voie oro-fécale et est responsable uniquement d’hépatites aiguës. Elle est encore très présente dans les pays en voie de développement et la plupart des adultes sont immuns à leur arrivée en Europe (Annexe 3).

▪ **Papillomavirus humain (HPV) :**

Cette infection virale du tractus génital est à l'origine de cancers du col de l'utérus chez la femme. En 2018, moins d'une femme sur 3 vit dans un pays où le vaccin contre le papillomavirus fait partie du calendrier vaccinal national.

▪ **Rotavirus :**

Le rotavirus est la première cause de diarrhée sévère chez les enfants dans le monde. La mortalité liée à cette infection virale reste importante dans les pays en voie de développement et la couverture vaccinale globale mondiale est estimée à 39% en 2019.

▪ **Varicelle :**

Cette maladie infectieuse contagieuse correspond à la primo-infection par le Virus Varicelle-Zona (VZV). L'épidémiologie diffère entre les pays à climat tempéré ou tropical : la maladie est beaucoup moins présente dans les pays tropicaux.

3.2 Programmes de vaccination dans les pays d'origine

Après le succès de l'éradication de la variole grâce à la vaccination, la vaccination dans les pays en voie de développement s'est développée dans les années 70 sous l'impulsion de l'OMS. Le Programme Élargi de Vaccination (PEV) créé en 1974 avait pour objectif de rendre accessible à tout enfant dans le monde la vaccination contre les six maladies les plus meurtrières : la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole. Depuis, des vaccinations supplémentaires ont été ajoutées et la plupart des pays ont ajouté la vaccination contre l'hépatite B, la fièvre jaune et l'*Haemophilus influenzae* de type b à leur calendrier de vaccination de routine. Beaucoup de pays travaillent à l'intégration du vaccin conjugué contre le pneumocoque et des vaccins rotavirus à leur calendrier (34).

La vaccination a reçu une très forte impulsion en 2000 grâce à la création de l'alliance GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) réunissant la fondation Bill et Melinda Gates, l'OMS, l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), la Banque Mondiale, des laboratoires et de nombreux mécènes. Cette alliance cofinance l'achat de vaccins, pousse les industriels à réduire les délais, incite financièrement les pays à des efforts de recherche et de production (35).

Ce programme élargi de vaccination n'a cessé d'évoluer et ses objectifs actuels, dans le cadre du Global Vaccine Action Plan (GVAP) 2011-2020 sont : l'éradication complète du virus de la poliomyélite, l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans au moins 5 des 6 régions de l'OMS (Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est, Europe, Méditerranée Orientale et Pacifique Occidental), l'élimination globale du tétanos néo-natal, atteindre une couverture nationale de 80 à 90% pour tous les vaccins inclus dans les programmes nationaux et enfin développer et introduire des technologies et des vaccins nouveaux et améliorés (36).

A l'échelle régionale avec l'European Vaccine Action Plan (EVAP) 2015-2020, les objectifs sont les suivants :

- soutenir l'éradication du virus de la poliomyélite
- éliminer la rougeole et la rubéole
- contrôler l'infection par le virus de l'hépatite B

- obtenir une couverture vaccinale supérieure à 95% dans 90% des pays pour le vaccin Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP) en 2020
- soutenir financièrement les programmes nationaux de vaccination avec 96% des pays autonomes financièrement pour se procurer des vaccins d'ici 2020 (37).

Ce plan d'action souligne également la nécessité d'identifier les groupes de populations mal vaccinées et les causes de ces inégalités avec une attention spéciale pour les populations migrantes.

Ces programmes de vaccination mondiaux mis en place par l'OMS représentent un véritable succès en termes de santé publique. La couverture vaccinale mondiale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite était de l'ordre de 5% en 1974 avant la mise en place du PEV. En 2019, 85% des enfants dans le monde ont reçu 3 doses de vaccin DTP (Annexe 4). La mortalité liée à la rougeole a diminué de 73% selon l'OMS avec 71% des enfants dans le monde ayant reçu les deux doses de vaccin en 2019. La vaccination préviendrait 2 à 3 millions de décès par an dans le monde. Cependant, il reste encore des progrès à faire. En effet, on estime à 19,7 millions le nombre d'enfants de moins d'un an qui n'ont pas reçu les principaux vaccins en 2019. Près de la moitié de ces enfants vivent en Afrique (38).

4 Séroprévalence et couverture vaccinale des migrants primo-arrivants

Malgré le succès de ces programmes de vaccination mondiaux, les couvertures vaccinales peuvent être insuffisantes au regard du calendrier vaccinal du pays d'origine parfois, et surtout, au regard du calendrier vaccinal des pays d'accueil européens et notamment français plus exigeants. Les situations pour lesquelles les schémas vaccinaux ne sont pas complets ou dont la preuve de la vaccination ne peut être apportée sont les plus fréquentes. Or, en l'absence de traçabilité de la vaccination, la question du rattrapage mérite d'être posée pour toute personne quels que soient son âge, son origine géographique ou son niveau d'exposition au risque de MPV (34).

C'est particulièrement le cas des personnes migrantes primo-arrivantes qui ont une vulnérabilité aux maladies infectieuses augmentée. Ce risque semble être plus lié aux longs parcours migratoires et aux situations de précarité dans lesquelles ils vivent à leur arrivée en France, qu'au niveau de circulation des MPV dans les pays d'origine, comme l'illustre les récentes épidémies observées dans les campements de Calais (39). A cela s'ajoute le non-respect du calendrier vaccinal dans les pays d'accueil responsable d'un retard vaccinal qui impacte la prévention à la fois individuelle et collective des MPV, comme en témoignent les récentes flambées épidémiques de rougeole dans de nombreux pays européens.

4.1 Séroprévalence des maladies à prévention vaccinale chez les migrants

Une récente revue systématique de la littérature a été menée par Mipatrini *et al.* en 2017 (40) à partir des bases bibliographiques Medline et Cochrane sur la période 2005 à 2016. Cette revue avait pour objectif d'établir un état des lieux de la prévalence des MPV, de la couverture vaccinale dans les pays d'origine et des éventuelles épidémies chez les migrants et réfugiés arrivant en Europe. Au total, ont été incluses 41 études de prévalence, 30 études de séroprévalence et 11 études liées à des épidémies. Ces études concernaient : le VHB, la poliomyélite, le tétanos, la diphtérie, la rougeole, la rubéole, la varicelle, les méningites, la coqueluche et les oreillons.

D'après la méta-analyse de Rossi *et al.* (41) la séroprévalence de l'infection chronique par le virus de l'**hépatite B** est la plus élevée chez les migrants originaires d'Asie de l'Est, du Pacifique et d'Afrique sub-saharienne ($\geq 10\%$ Antigène HBs positif), est intermédiaire chez les migrants originaires d'Europe de l'Est et d'Asie Centrale (4%-6%) et est faible chez les migrants originaires du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, d'Amérique latine et des Caraïbes ($\leq 2\%$),

L'immunité vis-à-vis de l'**hépatite A** est variable de 70 à 90% selon l'origine géographique et l'âge (34).

L'immunité est insuffisante vis-à-vis de la **rougeole** puisque, selon les études, entre 77 et 90% des migrants possèdent des anticorps type Immunoglobuline G (IgG). Dans l'étude de Jablonka *et al.*, 2016, portant sur les séroprévalences des maladies Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) dans une population de réfugiés en Allemagne, (42) les taux de séropositivité étaient globalement bons avec 90,9% immunisés contre les maladies ROR. Cependant, ces taux étaient très variables selon l'âge avec des valeurs nettement plus faibles chez les enfants : 73,1% des réfugiés mineurs présentaient une immunité complète contre les 3 maladies ROR, et seuls 68,9% des enfants et adolescents étaient immunisés contre les 4 maladies ROR et varicelle.

Concernant la **diphtérie**, la séroprévalence est très variable selon les pays d'origine mais également selon les seuils considérés variant de 28 à 84% pour des seuils supérieurs à 0,1UI/ml (34). Toutefois, l'absence d'immunité préalable semble rare chez les migrants (2,1%) d'après l'étude de Jablonka *et al.*, 2017 (43).

Près de 20 à 30% des migrants adultes présentent des seuils d'anticorps anti-tétaniques inférieurs à 0,1UI/ml suggérant la possible absence d'immunité préalable au regard du **tétanos** chez un grand nombre de migrants (34).

L'immunité préalable vis-à-vis de la **poliomyélite** est quant à elle élevée (supérieure à 90%) chez les migrants avec cependant des disparités régionales. Ces différences par rapport au tétanos et à la diphtérie s'expliquent potentiellement par la large diffusion antérieure du Vaccin Poliomyélitique Oral (VPO), de par sa facilité d'utilisation et son caractère peu coûteux pouvant être utiles en périodes épidémiques.

Le portage du **méningocoque** a été peu étudié chez les populations migrantes. Seule une étude réalisée en Italie en 2012 chez des demandeurs d'asile a retrouvé 5% de porteurs asymptomatiques (44).

Enfin, la prévalence des **papillomavirus** chez les femmes migrantes est plus élevée que dans la population générale selon plusieurs études et la couverture vaccinale souvent nulle, le vaccin ayant été introduit récemment et dans peu de calendriers vaccinaux dans le monde (34).

4.2 Une couverture vaccinale insuffisante chez les migrants

Plusieurs études soulignent une couverture vaccinale moindre chez les migrants et notamment les enfants immigrés par rapport à la population générale et aux enfants vivant dans leur pays d'origine, suggérant ainsi des inégalités d'accès à la vaccination dans les pays d'accueil (34).

En **France**, les données recueillies dans les CASO de MDM en 2018 montrent que près de 30% des enfants de 15 ans ou moins (≤ 15 ans) ne sont pas à jour des vaccins DTP, près de 40% ne sont pas à jour des vaccins contre la coqueluche et ROR et seulement 56,1% sont à jour des vaccins contre l'hépatite B (22). Concernant le vaccin contre le Bacille de Calmette et Guérin (BCG) contre la tuberculose qui n'est plus obligatoire en France depuis 2007 mais qui reste recommandé pour les enfants originaires de régions endémiques ou vivant dans des conditions précaires (ce qui correspond au profil des personnes rencontrées dans les CASO), 67,5% des enfants de 15 ans ou moins ont réalisé ce vaccin et 54,4% des personnes de plus de 15 ans (> 15 ans) (Annexe 5).

Cependant, ces taux de couverture vaccinale restent en-dessous de ceux retrouvés en population générale et en deçà des objectifs de santé publique qui permettraient de garantir une protection efficace à l'ensemble de la population. Santé publique France fait état d'une couverture vaccinale élevée des enfants, quel que soit le pays de naissance, à l'âge de 6 ans : 95,8% pour le DTP et 95,1% pour la coqueluche en 2012-2013 (45). Pour la rougeole, 96,4% des enfants de 6 ans ont reçu 1 dose et 83,2% 2 doses en 2012-2013 (46). Par ailleurs, selon l'analyse réalisée sur les enfants de 15 ans et moins de MDM, on constate que les taux de couverture vaccinale sont fortement associés aux conditions de logement : ainsi les enfants sans domicile fixe ou vivant dans des squats ou des campements ont une probabilité plus importante de ne pas être à jour de leurs vaccinations que les enfants ayant un domicile personnel (22). (Annexe 5) Ces résultats soulignent l'importance d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination afin de faciliter l'accès aux soins de ces populations.

L'enquête ENFAMS réalisée en 2013 chez les enfants de moins de 13 ans sans logement en Ile de France (47) retrouve également une couverture vaccinale moindre chez les enfants immigrés. Les couvertures vaccinales des enfants sans logement nés en France étaient meilleures que chez ceux nés à l'étranger et proches de celles observées au sein de la population générale ($> 90\%$ à 24 mois pour la plupart des vaccinations). Chez les enfants sans logement nés à l'étranger, ce taux était nettement plus bas, inférieur à 50% au même âge pour toutes les vaccinations. La couverture vaccinale étaient cependant plus élevée après 24 mois dans ce groupe mais restait insuffisante.

En **Europe**, plusieurs études soulignent également des différences de couverture vaccinale entre les populations immigrées par rapport à la population générale.

L'étude de Nakken *et al.* évalue le statut vaccinal et les besoins de santé des enfants et adolescents demandeurs d'asile au Danemark en 2015 (48). Parmi les 2126 demandeurs d'asile inclus, âgés de 3 mois à 17 ans, 33% n'étaient pas à jour de leurs vaccins au regard des recommandations danoises, 7% étaient partiellement à jour et 60% étaient correctement vaccinés. Les garçons, les enfants âgés de 12 à 17 ans et les enfants originaires d'Afghanistan et d'Erythrée étaient ceux qui présentaient les couvertures vaccinales les plus faibles. Le statut vaccinal était basé sur l'interrogatoire des parents, l'utilisation de sérologies étant jugée trop coûteuse et trop compliquée sur le plan logistique.

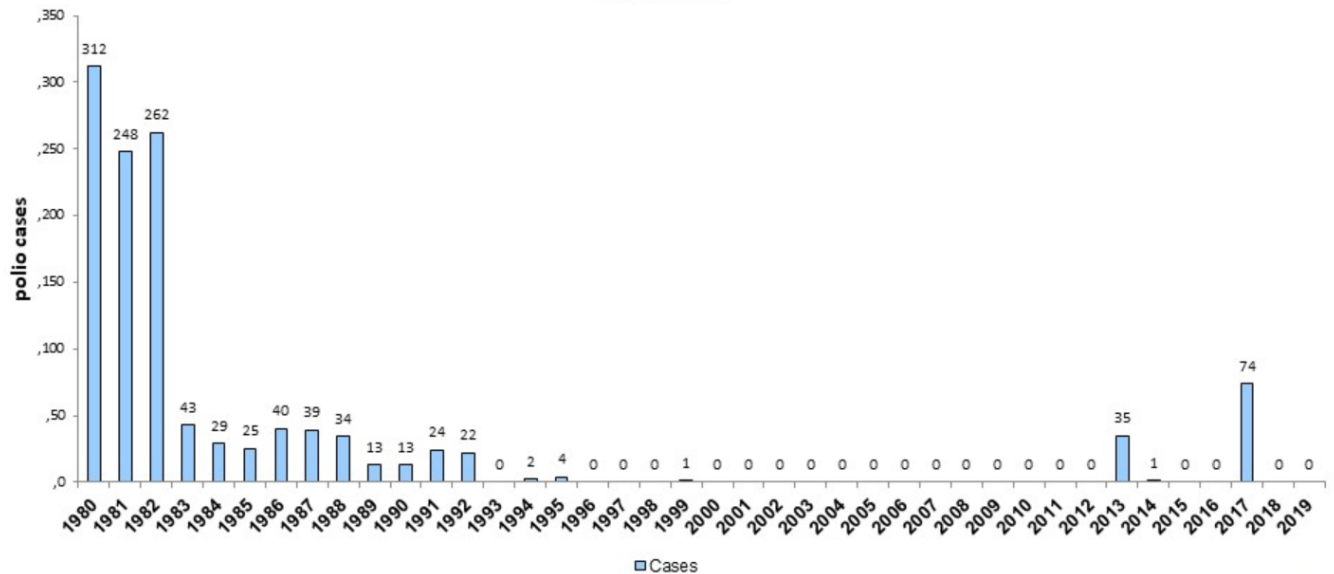
La couverture vaccinale d'un pays peut être affectée en contexte de guerre ou de conflit, du fait de l'interruption des programmes vaccinaux. Les enfants originaires de ces pays peuvent ainsi ne pas avoir reçu de primo-vaccination ou ne pas être à jour de leurs rappels. La Syrie par exemple connaît, depuis le début des conflits, un déclin de sa couverture vaccinale comme le montre le tableau 1 et une réapparition de MPV comme la poliomyélite (figure 2). La couverture vaccinale anti-poliomyélite est passée de 83 à 52% entre 2010 et 2014 (40). Un tableau en annexe 7 montre les couvertures vaccinales des six pays d'origine les plus fréquents des migrants arrivant en Europe depuis 2012.

Tableau 1 : Déclin de la couverture vaccinale en Syrie en 5 ans, source : Mipatrini *et al.* 2017 (40)

Vaccine	Code	% coverage in 2010	% coverage in 2014	Loss of % coverage
Bacille de Calmette-Guerin	BCG	97	81	16
Diphtheriatetanuspertussis 1st dose	DTP1	89	65	24
Diphtheriatetanuspertussis 3rd dose	DTP3	80	43	37
HBV 3th dose	HepB3	84	71	13
HBV 1st dose	HepB_BD	97	78	19
Haemophilusinfluentiae 3rd	Hib3	80	43	37
MeaslesContainingVaccin 1st dose	MCV1	82	54	28
MeaslesContainingVaccin 2nd dose	MCV2	82	49	33
Live births protected (PAB) through maternal immunization with at least two doses of tetanus toxoid	PAB	94	92	2
PneumococcalConjugate Vaccine	PCV3			
Polio vaccine 3rd dose	Pol3	83	52	31
Rotavirus	RotaC			

Number of reported Polio cases,
Syrian Arab Republic
1980-2019

Date of chart: 10-Jul-2020



Number of reported cases.

Source:

WHO/IVB database, data reported to WHO by Member States (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincidencepolio.html) as of 30 June 2020.



Figure 2 : Nombre de cas de poliomyélite rapportés en Syrie entre 1980 et 2019, source : OMS 2020 (49)

Concernant la rougeole, plusieurs études suggèrent que la couverture vaccinale est moindre chez les migrants que dans la population générale.

Une étude allemande a comparé la couverture vaccinale contre la rougeole entre des enfants nés en Allemagne et des enfants nés à l'étranger. Les résultats montrent que les enfants nés à l'étranger ont trois fois plus de risque de ne pas être vaccinés contre la rougeole (50). Une autre étude allemande a analysé les sérologies de la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle de 678 réfugiés enfants et adultes et a montré l'absence d'IgG chez 7,4% des sujets pour la rougeole, 10,2% pour les oreillons, 2,2% pour la rubéole et 3,3% pour la varicelle. L'immunité globale contre le ROR était très variable selon l'âge avec une immunité beaucoup plus faible chez les enfants et les adolescents (68,9% des enfants et adolescents étaient protégés contre le ROR) (42).

Des études conduites en Suède et au Royaume-Uni ont montré que les femmes migrantes étaient moins susceptibles d'être immunisées contre la rubéole que les femmes issues de la population majoritaire. Les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du Sud-Est étaient particulièrement concernées (51,52).

4.3 Le risque de maladies infectieuses chez les migrants

Il n'y a pas d'association démontrée entre la migration et l'importation de maladies infectieuses. Cependant, la pauvreté est un facteur de risque de maladies infectieuses dans le pays d'accueil. Les migrants et les réfugiés ont donc un risque augmenté de maladies

infectieuses communes en Europe en lien avec les mauvaises conditions d'accueil et les situations de précarité dans lesquelles ils se trouvent (53).

Au-delà du sur-risque d'exposition à certaines maladies infectieuses dans les pays d'origine du fait de leur prévalence (comme nous l'avons vu précédemment), les difficultés des parcours migratoires, les mauvaises conditions d'accueil dans le pays de destination ajoutées à la précarité, aux mauvaises conditions d'hygiène, à la promiscuité et la surpopulation des camps et des centres d'hébergement et aux difficultés d'accès aux soins des populations migrantes augmentent le risque d'exposition aux maladies infectieuses comme le souligne l'ECDC (54).

En octobre 2015, un système de surveillance épidémiologique a été mis en place par Santé publique France dans les campements de migrants de Calais et de Grande-Synthe dans le nord de la France. Plusieurs épisodes épidémiques ont été détectés : une épidémie de grippe A(H1N1) fin novembre 2015, un foyer épidémique de rougeole en janvier-février 2016 et une épidémie de varicelle au cours de l'été 2016, qui ont donné lieu à des campagnes de vaccination (39). Plusieurs épidémies de rougeole ont été recensées au sein des populations migrantes dans l'UE, en lien pour certaines avec une couverture vaccinale insuffisante notamment chez les enfants (40). Il est important de souligner que des épidémies de rougeole ont aussi été recensées au sein de populations non migrantes et notamment en France, du fait d'une couverture vaccinale insuffisante.

L'infection par le virus de l'hépatite B est fréquente parmi les migrants originaires des pays de forte endémie, souvent diagnostiquée après leur arrivée dans le pays de destination. Au COMEDE par exemple, 1 095 diagnostics d'infections par le virus de l'hépatite B ont été posés parmi les 16 095 patients accueillis au centre de santé entre 2007 et 2016, dont 8% seulement étaient connus dans leur pays d'origine. Les patients les plus fréquemment atteints étaient ceux originaires d'Afrique de l'Ouest.

Des cas sporadiques de diphtérie ont été répertoriés, et notamment de diphtérie cutanée, chez des réfugiés et demandeurs d'asile arrivant en Europe (54).

Après avoir été éradiqué pendant 10 ans, le virus de la poliomyélite a réémergé en Syrie en 2013 du fait de la baisse de la couverture vaccinale en lien avec le début des conflits. Le virus n'a jamais été éradiqué en Afghanistan et au Pakistan. En Irak, 2 cas ont été enregistrés en 2014 et aucun depuis selon l'OMS.

Des cas sporadiques de méningites ont été rapportés dans des camps de réfugiés en Europe (40).

La varicelle est une des maladies à prévention vaccinale que les migrants sont le plus à risque de contracter à leur arrivée en France et en Europe. Ainsi, les migrants originaires des régions tropicales ont-ils 5 à 10 fois plus de risque de contracter la varicelle que la population générale née en Europe (55).

Certains migrants proviennent de pays où l'incidence de la tuberculose est élevée comme par exemple l'Afghanistan, la Somalie et l'Erythrée (54). Selon Prymula *et al.* (55) la tuberculose constitue une des plus grandes menaces pour la santé des migrants : il existe actuellement une recrudescence de tuberculose (29% d'augmentation en Allemagne par rapport à l'année précédente). L'incidence de la tuberculose parmi les immigrés vivant en Allemagne est 20 fois supérieure à celle des natifs (50,3 versus 2,5 cas pour 100.000 habitants).

Un tableau publié par l'ECDC en 2015, disponible en annexe 6, présente l'épidémiologie des principales maladies infectieuses dans les 5 principaux pays d'origine des demandeurs d'asile en UE.

Ainsi, la couverture vaccinale de certaines populations migrantes est-elle insuffisante, et il s’y ajoute une vulnérabilité aux maladies infectieuses du fait d’une prévalence élevée de certaines maladies dans les pays d’origine mais surtout en lien avec les longs trajets migratoires et les conditions souvent précaires dans lesquelles ils vivent à leur arrivée en France et en Europe. Le risque de développer une MPV pour les migrants demeure faible, mais ce risque doit être considéré et il est important que ces populations bénéficient de la même protection que la population générale au regard des maladies infectieuses, et particulièrement celles à prévention vaccinale. Le rattrapage vaccinal des migrants est donc primordial, tant sur le plan individuel pour les protéger contre ces maladies infectieuses que sur le plan collectif pour protéger la population d’accueil. Plusieurs organisations dont l’OMS et UNICEF rappellent d’ailleurs l’importance pour les réfugiés et demandeurs d’asile de pouvoir bénéficier d’un « accès équitable et non discriminatoire » aux services de santé, notamment à la vaccination, quel que soit leur statut juridique (56).

En France et en Europe, les recommandations vaccinales ne sont pas uniformisées et ne tiennent pas compte, le plus souvent, des spécificités des populations migrantes, notamment lorsque le statut vaccinal est méconnu.

5 Rattrapage vaccinal en pratique

5.1 Hétérogénéité des pratiques vaccinales européennes

En Europe, les recommandations vaccinales pour les migrants ne sont pas uniformes. Les parcours de soins sont multiples et souvent complexes pour les migrants primo-arrivants, surtout lorsqu’ils sont passés par plusieurs pays et ont pu être vaccinés sans détenir de documents prouvant cette vaccination.

Un rapport de l’OMS publié en 2017 souligne l’hétérogénéité des politiques et des pratiques vaccinales en Europe ainsi que les barrières d’accès à la vaccination pour les migrants et les réfugiés (57). Sur les 42 pays de la région OMS Europe disposant d’un programme national de vaccination, seulement 11 pays avaient établi des recommandations vaccinales spécifiques à destination des migrants et des réfugiés (la France n’en faisait pas partie au moment de ce rapport) (voir figure 3). Ces pays sont l’Allemagne, la Grèce, l’Italie, la Lettonie, les Pays-Bas, le Portugal, la Roumanie, la Slovaquie, le Tadjikistan, le Royaume-Uni et l’Ouzbékistan. Les programmes vaccinaux contenaient des recommandations générales concernant soit la population migrante dans sa globalité, soit des groupes spécifiques comme les enfants, les travailleurs, les réfugiés ou les demandeurs d’asile. Six pays seulement (Allemagne, Grèce, Italie, Portugal, Slovaquie et Royaume-Uni) incluaient les migrants à la fois dans leur programme vaccinal national mais également dans d’autres directives spécifiques à destination des migrants (circulaires, recommandations nationales, etc.). Des programmes spécifiques permettant de faciliter l’accès à la vaccination des migrants ont été rapportés par six pays (sensibilisation, campagnes de rattrapage, ...). Trois principaux facteurs ont été identifiés pour expliquer le manque de politiques et recommandations vaccinales spécifiques à destination des migrants. Le premier est le manque de ressources humaines et financières, et particulièrement le manque de médiateurs culturels et d’interprètes. Le deuxième est le

manque d'expérience des soignants concernant les besoins de santé spécifiques des migrants et leur contexte socio-culturel. Le dernier était le manque de données épidémiologiques concernant les MPV et la couverture vaccinale de ces populations.

Entre 2010 et 2013, le PROMOVAX (Promote Vaccination among Migrant Population in Europe Project) a évalué les politiques vaccinales à destination des migrants dans 8 pays membres de l'UE (Italie, Norvège, Pologne, Grèce, Hongrie, Allemagne, Chypre et Croatie). Chaque pays a répertorié les données démographiques des populations migrantes, ainsi que les politiques et recommandations vaccinales. La mise en commun de ces données a permis d'identifier et d'évaluer des bonnes pratiques dans le but d'établir des recommandations. Ce projet a permis l'élaboration d'un « toolkit », outil éducatif à destination des professionnels de santé et des migrants, permettant la promotion de la vaccination. Ce kit est traduit en anglais pour les professionnels de santé et dans plusieurs langues pour les patients. Il est disponible sur le site internet du projet PROMOVAX (www.promovax.eu) et contient un guide à destination du professionnel, un exemple d'interrogatoire et 2 carnets vaccinaux (un pour le patient et un pour le professionnel de santé). Pour les patients, il existe aussi de la documentation traduite en plusieurs langues qui explique les principes de base de la vaccination, les MPV, etc.

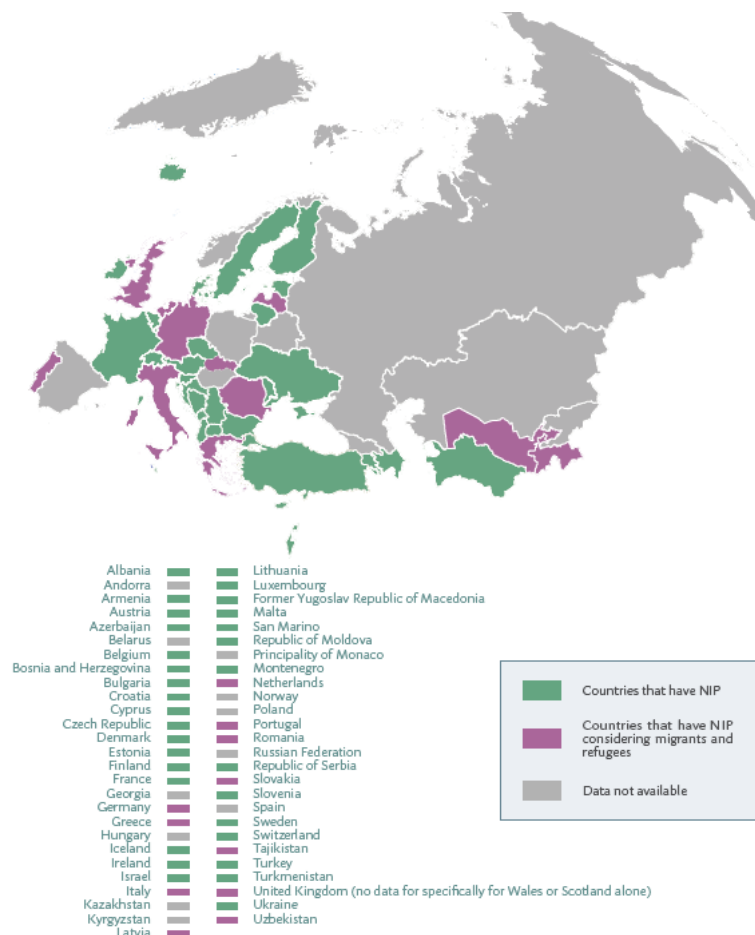


Figure 3 : Vaccination des migrants et des réfugiés dans les pays membres de la région OMS Europe, source : OMS 2017 (57)

Une étude anglaise menée en 2017 a souligné les différences de politiques vaccinales à destination des migrants primo-arrivants dans 32 pays européens dont la France (58). Un questionnaire a été rempli par un expert en vaccination représentant chacun des 32 pays. Les questions portaient sur l'existence et l'application de recommandations nationales vaccinales spécifiques pour les populations migrantes, les éventuelles différences d'approche entre les enfants et les adultes, le coût de ces vaccinations, les attitudes adoptées en cas de statut vaccinal inconnu ou de vaccination incomplète. Des questions plus ouvertes en fin de questionnaire portaient sur des stratégies mises en place ou à mettre en place pour promouvoir la vaccination chez les migrants. Sur les 32 pays concernés, seulement 6 disposaient de recommandations spécifiques à destination des migrants. La plupart des experts étaient d'accord pour vacciner rapidement les migrants à leur arrivée en Europe, dans les centres d'accueil et d'hébergement et les campements. Pour les enfants, la majorité des pays (31 sur 32) proposent les vaccinations contre DTP Coqueluche (DTPCa) et ROR. 25 pays sur 32 proposent le vaccin contre l'hépatite B et moins de la moitié vaccinent contre méningocoque, pneumocoque, grippe et tuberculose. Pour les adultes, moins de la moitié des pays rapportent une proposition de rattrapage vaccinal et quand il existe, il concerne principalement le DTPCa et le ROR. Les approches concernant le rattrapage chez les migrants à statut vaccinal inconnu sont variables selon les pays. Pour les enfants sans preuve de vaccination antérieure, 30 pays sur 32 recommandent une revaccination complète selon le calendrier vaccinal national en vigueur. Seulement un pays rapporte l'utilisation de sérologies chez les adultes pour déterminer le statut vaccinal. Concernant le financement, 10 pays rapportent que le coût des vaccinations est à la charge des migrants. Un seul pays rapporte la gratuité des vaccinations mais seulement pour les enfants. Les auteurs concluent que face à ces disparités dans les pratiques vaccinales entre les différents pays européens, une harmonisation des recommandations est nécessaire.

Concernant les modalités de rattrapage vaccinal, la majorité des recommandations en Europe et à l'international (59–62) se basent sur le calendrier national en vigueur pour déterminer les doses manquantes nécessaires à rattraper (et donc avec des divergences possibles entre les pays). Des recommandations spécifiques concernant les migrants existent pour les vaccinations contre l'hépatite A, l'hépatite B, la tuberculose et la varicelle. La majorité des recommandations préconisent une revaccination complète en l'absence de preuve vaccinale, même si la personne déclare avoir été vaccinée (à l'exception du groupe d'experts InfoVac France dont nous verrons les recommandations par la suite). Les seules preuves de vaccination antérieure considérées comme valables sont les vaccinations inscrites sur les documents nationaux ou internationaux avec le nom des vaccins, les dates d'administration et les numéros de lots. La plupart des recommandations ne retiennent pas l'utilisation de sérologies pré ou post-vaccinales pour la détermination du statut vaccinal, à l'exception du dépistage de l'hépatite B pour les personnes originaires de pays de moyenne et forte endémicité, de la sérologie hépatite A et de la sérologie varicelle.

En fait, les stratégies de rattrapage vaccinal proposées par les différentes recommandations en Europe et à l'international s'articulent autour d'une question centrale qui est le caractère connu ou inconnu du statut vaccinal et l'utilisation ou non de sérologies en cas de statut vaccinal inconnu.

- en cas de **statut vaccinal inconnu**, ce qui représente la majorité des situations des migrants primo-arrivants, il existe 2 stratégies possibles : considérer la personne comme non vaccinée et reprendre une primo-vaccination complète ou réaliser des sérologies vaccinales ciblées pour éviter l'administration de vaccins inutiles et réfléchir au plus près de l'immunité de la personne.

- en cas de **statut vaccinal connu** mais incomplet : considérer que chaque dose reçue compte et ne pas recommencer un schéma vaccinal complet, prendre en compte l'âge de début de la vaccination et estimer le nombre de doses qu'il doit avoir reçu en fonction de l'âge actuel.

En Europe, les **règles de bases du rattrapage vaccinal selon l'ECDC** sont les suivantes (54,59) :

- les premières doses de vaccins doivent être administrées le plus tôt possible, dès l'entrée et l'enregistrement dans le pays hôte, de préférence dans les 14 jours suivant l'arrivée, en particulier pour les vaccins prioritaires. Le schéma vaccinal sera ensuite complété ou continué dans le pays de « résidence à long terme ».

- en l'absence de document prouvant une vaccination antérieure, ou si ce document est incertain, la personne doit être considérée comme non vaccinée.

- en présence de documents attestant d'une vaccination, il est utile de consulter les sites de l'OMS pour les recommandations vaccinales internationales ou de l'ECDC pour les recommandations vaccinales européennes afin de connaître les vaccins administrés dans les pays d'origine. Les sites utiles ont été cités précédemment. L'ECDC propose également un site aidant à la traduction du nom des vaccins qui peuvent différer selon les pays : www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/foreign-products-tables.pdf

- les vaccins prioritaires sont le ROR chez les adultes et les enfants sans preuve antérieure de vaccination, le DTP, coqueluche et Haemophilus influenzae de type b pour les enfants et le DTP chez les adultes sans preuve antérieure de vaccination. Le vaccin contre l'hépatite B est recommandé uniquement chez les enfants et adolescents originaires de pays de moyenne ou forte endémicité et sans preuve d'immunité ou de vaccination antérieure.

L'OMS a également proposé en 2015 des recommandations sur les principes généraux de la vaccination des réfugiés, des demandeurs d'asile et des migrants dans la région européenne de l'OMS (56). Malgré la difficulté d'assurer à ces populations en déplacement un programme complet de vaccination comprenant des doses consécutives devant être administrées à intervalles réguliers, l'OMS recommande de vacciner dans les plus brefs délais les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants, conformément aux calendriers vaccinaux des pays où ils ont l'intention de séjourner plus d'une semaine. La priorité doit être accordée aux vaccins contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la poliomyélite. La vaccination de ces populations n'est pas recommandée aux postes-frontières, à moins qu'une flambée épidémique de MPV ne sévise dans les pays de transit ou d'accueil.

5.2 Modalités du rattrapage vaccinal en France

Au moment de la réalisation des entretiens de notre étude, de janvier à juin 2019, il n'existait pas de recommandations nationales spécifiques pour les populations migrantes et notamment pas de consensus sur la conduite à tenir pour le rattrapage vaccinal en cas de statut vaccinal inconnu. Des recommandations nationales spécifiques pour le rattrapage vaccinal des migrants, établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), ont été publiées en décembre 2019. Nous avons choisi dans cette première partie de présenter la situation telle qu'elle était au moment des entretiens et nous aborderons ces nouvelles recommandations à la fin du travail.

Le calendrier vaccinal français de 2019 présentait seulement un tableau pour le rattrapage vaccinal des personnes n'ayant jamais été vaccinées (disponible en annexe 7).

Le groupe d'experts indépendants **InfoVac** a publié en 2019 des propositions de rattrapage vaccinal chez l'enfant et l'adulte en abordant la question du statut vaccinal incomplet ou inconnu (63).

InfoVac rappelle les 7 **règles de base du rattrapage vaccinal** :

- chaque dose de vaccin reçue compte, on ne « recommence pas tout »
- tous les vaccins (inactivés ou vivants) peuvent être administrés le même jour
- dans le cas où ils ne sont pas administrés le même jour, aucun intervalle n'est à respecter entre des vaccins inactivés. Pour les vaccins vivants viraux, un délai d'un mois est recommandé (Tableau 2).
- protéger en priorité contre les infections les plus sévères : coqueluche avant 3 mois, infections invasives avant 2 ans, rougeole dès que possible, hépatite B et HPV chez l'adolescent, tétanos à tout âge.
- effectuer le rattrapage le plus rapidement possible, en profitant de toutes les occasions de vacciner.
- terminer le rattrapage en tenant compte de la tolérance de l'enfant et des parents vis-à-vis du nombre d'injections à chaque séance et des possibilités de nouvelles consultations dans des délais acceptables : classiquement 2 injections sont réalisées par séance, mais en cas de nécessité 3 ou 4 vaccins peuvent être administrés en même temps, sur des sites différents.
- chaque fois que cela est possible, se recalculer sur le calendrier national en vigueur.

Tableau 2 : Classification des vaccins, source : Infovac 2019 (63)

Vaccins inactivés	
Micro-organisme entier tué	Antigènes
Polio injectable	Diphtérie
Hépatite A	Tétanos
Rage	Coq acellulaire
Encéphalite à tique	Haemophilus b
Encéphalite japonaise	Hépatite B
	Pneumocoque
	Méningocoques
	Papillomavirus
	Grippe injectable

Vaccins vivants atténués	
Vivants viraux	Vivant bactérien
Rougeole	BCG
Oreillons	
Rubéole	
Varicelle	
Fièvre jaune	
Polio orale	
Rotavirus	
Grippe nasale	

InfoVac rappelle également les procédures pour le rattrapage vaccinal en général :

- Déterminer, pour chaque valence, le nombre de doses que le sujet aurait dû recevoir en tenant compte : de l'âge de début de la vaccination et de l'âge au moment du rattrapage. Il ne faut pas dépasser le nombre d'injections qui serait pratiqué si ce patient était primo-vacciné à cet âge. (Tableau 3)

Tableau 3 : Nombre de doses de vaccins selon l'âge de début de la vaccination, source : InfoVac 2019 (63)

Age début vaccination	Vaccins	Nombre de doses nécessaires
2 mois - 1 an	DTCaP	3
	Hib	3
	HepB (HB)	3
1 an - 5 ans	DTCaP	3
	Hib	1
	HepB	3
6 ans - 10 ans	DTCaP	3
	HepB	3
11 ans - 15 ans	DTCaP	3
	ou dtcaP	
	HepB	2
≥ 16 ans	DTCaP	3
	ou dtcaP	
	HepB	3

- Choisir les combinaisons les plus adaptées permettant de réduire le nombre d'injections.
- Respecter les intervalles optimaux entre les doses itératives :
 - pour la primo-vaccination DTPCa-Hib-Hépatite B : 2 mois d'intervalle pour les deux premières doses.

- pour les vaccins monovalents hépatite B et pour la vaccination HPV, un délai d'un mois peut être acceptable entre les 2 doses de primo-vaccination
- pour être considérée comme une dose de rappel, une dose doit être administrée au moins 5 à 6 mois après la première dose de primo-vaccination.
- un délai d'un mois minimum est nécessaire entre 2 doses de vaccin ROR ou varicelle

5.2.1 Le rattrapage en cas de statut vaccinal connu

Le tableau 4 rassemble les doses des différents vaccins à administrer fonction de l'âge, d'après Infovac (2019) et d'après les recommandations françaises vaccinales de 2019, **lorsque le statut vaccinal de la personne est connu.**

Tableau 4 : Schéma de rattrapage à adopter en cas de statut vaccinal connu et incomplet, synthèse des recommandations InfoVac et du calendrier vaccinal français 2019

VACCIN	Enfants (jusqu'à 15 ans révolus)	Adultes et adolescents (16 ans et plus)
DIPHTERIE, TETANOS, POLIOMYELITE, COQUELUCHE	Primo-vaccination : 2 doses de DTPCa* à 2 mois d'intervalle 1^{er} rappel : 8 -12 mois après primo-vaccination 2^{ème} rappel : fonction du calendrier standard ou minimum 2 ans après le 1 ^{er} rappel	Primo-vaccination : 1 ^{ère} dose de vaccin DTPCa si certitude de non-vaccination antérieure ou dTPCa si doute puis, 2 ^{ème} dose avec le vaccin dTP à 2 mois d'intervalle (mais DTPCa = AMM jusqu'à 13 ans seulement) 1^{er} rappel : dTP 8 -12 mois plus tard 2^{ème} rappel : à 25 ans avec le dTPCa ou dTP si la dernière dose de vaccin coqueluche ≤ 5 ans
ROUGEOLE, OREILLONS, RUBEOLE	A partir de 12 mois : 2 doses de vaccin ROR à au moins un mois d'intervalle, quel que soit l'âge.	2 doses de vaccin ROR espacés d'au moins 1 mois, quel que soit l'âge selon InfoVac France, et pour les personnes nées après 1980 et pour toutes les femmes en âge de procréer selon les recommandations nationales.
HEPATITE B	Règle générale : 2 injections initiales à 1 ou 2 mois d'intervalle, rappel au moins 5-6 mois plus tard. Entre 11 et 15 ans : 2 injections de vaccins dosés à 20µg à 6-12 mois d'intervalle suffisent. Si l'enfant a déjà reçu 1 dose : reprendre le schéma vaccinal avec la 2 ^{ème} dose dès que possible puis la 3 ^{ème} au moins 6 mois plus tard. Si l'enfant a déjà reçu 2 doses à au moins d'intervalle : 3 ^{ème} dose au moins 6 mois plus tard, quel que soit l'antériorité des 2 premières.	Vaccination après sérologie hépatite B préalable. Si absence de taux d'anticorps protecteurs : vaccination au cas par cas. Recommandations nationales : vaccination en cas de présence d'une personne de l'entourage infectée par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs.
MENINGOCOQ UE C	Avant 12 mois : 2 doses à 6 mois d'intervalle.	1 dose jusqu'à 24 ans révolus.

	<p>A partir de 12 mois : 1 dose de vaccin.</p> <p>Recommandations InfoVac : 2^{ème} dose de vaccin aux personnes de 11 à 24 ans ayant été vaccinés avant l'âge de 5 ans</p>	2 ^{ème} dose jusqu'à 24 ans si première dose administrée avant 5 ans selon InfoVac
HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B	<p>Entre 6 et 12 mois : 2 doses à 2 mois d'intervalle + rappel au moins 6 mois après</p> <p>De 1 an à 5 ans : 1 dose</p> <p>Après 5 ans : ce vaccin n'est plus nécessaire</p>	Pas de vaccination
PNEUMOCOQUE 13 VALENCES PCV 13 et 23 VALENCE VPP 23	<p>Nourrissons de moins de 12 mois à risque élevé d'infections invasives à pneumocoque (IIP) : 3 doses à 4 semaines d'intervalle puis 1 rappel</p> <p>Nourrissons de moins de 12 mois nés à terme et sans risque élevé d'IIP : 2 doses de PCV 13 à 8 semaines d'intervalle puis rappel 1 an plus tard de PCV 13</p> <p>Enfants âgés de 12 à 23 mois : 2 doses de PCV 13 à 8 semaines d'intervalle sans rappel</p> <p><u>En cas de risque d'IIP :</u></p> <p>Pour les enfants de 24 mois à 5 ans : si déjà vacciné avec PCV 13, 1 dose de VPP 23 au moins 8 semaines après le dernier PCV 13 ; si jamais vacciné PCV 13 : 2 doses de PCV 13 à 8 semaines d'intervalle puis 1 rappel de VPP 23 au moins 8 semaines après</p> <p>Pour les enfants âgés de plus de 5 ans et à risque d'IIP : même attitude que chez l'adulte à risque d'IIP</p>	<p>Vaccination en cas de risque élevé d'IIP seulement.</p> <p>Si aucune vaccination antérieure : 1 dose de PCV 13 suivie au moins 8 semaines plus tard d'une dose de VPP 23.</p> <p>Si vaccination antérieure uniquement avec le VPP 23 : 1 dose de PCV 13 au moins 1 an après puis 1 seule injection de VPP 23 avec un délai minimal de 5 ans</p> <p>Si vaccination antérieure avec la séquence PCV 13-VPP 23 : nouvelle injection de VPP 23 avec un délai d'au moins 5 ans.</p>
HPV	<p>Pour les filles :</p> <p>Si la 1^{ère} dose a été reçue avant 15 ans : 2^{ème} dose dès que possible, minimum 6 mois après la 1^{ère} dose (quel que soit la date de la 2^{ème} dose, un schéma débuté avant 15 ans ne comportera que 2 doses au total)</p> <p>Si la 1^{ère} dose a été réalisée après 15 ans : schéma à 3 doses (MO M2 M6)</p> <p><i>Si la vaccination a été débutée avec un vaccin bivalent (Cervarix) ou quadrivalent (Gardasil), il faut</i></p>	Vaccination jusqu'à 26 ans pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, avec le vaccin quadrivalent ou nonavalent selon le même schéma que celui des filles âgées de 15 à 19 ans (3 doses)

	<i>continuer la vaccination avec un vaccin nonavalent (Gardasil 9) selon InfoVac (les recommandations nationales incitent à poursuivre avec le même vaccin)</i>	
VARICELLE	<p>Ne fait pas l'objet de recommandations nationales.</p> <p>Selon InfoVac : 2 doses à au moins 1 mois d'intervalle pour tous les patients de plus de 11 ans sans antécédent de varicelle et dont la sérologie est négative.</p> <p>Pour les enfants de 12 à 18 ans sans antécédent de varicelle ou avec une histoire douteuse : contrôle sérologique préalable.</p>	<p>Recommandations particulières :</p> <p>Pour les femmes en âge de procréer/après une grossesse et sans antécédent de varicelle : contrôle sérologique préalable.</p> <p>Pour les personnes sans antécédent de varicelle et en contact étroit avec personnes immunodéprimés et dont la sérologie est négative : vaccination</p> <p>Recommandations autour d'un cas :</p> <p>Vaccination dans les 3 jours suivant le contact avec un zona ou une varicelle pour toutes les personnes immunocompétentes de plus de 12 ans, sans antécédent de varicelle et de vaccination contre la varicelle</p> <p>Schéma : 2 injections espacées de 4 à 8 semaines (Varivax) ou 6 à 10 semaines (Varilrix)</p> <p>Vaccin contre-indiqué pendant la grossesse.</p>
BCG	<p>A partir de 1 mois, idéalement à 2 mois, voire jusqu'à 15 ans pour les enfants à risque** et non vaccinés.</p> <p>Pour le enfants de moins de 6 ans : pas d'IDR à la tuberculine préalablement à la vaccination, sauf séjour de plus d'1 mois dans un pays de forte incidence de tuberculose.</p> <p>Pour les enfants de plus de 6 ans : IDR à la tuberculine systématique avant vaccination.</p>	Pas de vaccination
HEPATITE A	<p>Pas de recommandations générales</p> <p>Cas particulier : enfants à partir d'un an, nés de familles dont l'un des membres au moins est originaire de pays de forte endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner.</p> <p>Recommandations autour d'un cas : en présence d'1 ou plusieurs cas confirmés d'hépatite A : vaccination dans les 14 jours de l'entourage familial et dans les communautés de vie aux situations d'hygiène précaire</p>	<p>Pas de recommandations générales</p> <p>Recommandations particulières :</p> <p>Jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et jeunesse handicapée, patients atteints de mucoviscidose ou de pathologie hépatobiliaire à risque, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.</p> <p>Recommandations autour d'un cas : idem que chez l'enfant</p> <p>Une injection puis rappel 6 à 12 mois plus tard</p>

	1 injection puis rappel 6 à 12 mois plus tard	
--	---	--

**dans tout le texte, l'utilisation de majuscules D, T, Ca ou de minuscules d,t,ca permet de faire la différence entre vaccins dosés pour la primo-vaccination des enfants et ceux pour adultes moins dosés en diphtérie et coqueluche mais aussi en tétanos. Pour coqueluche, le « a » veut dire acellulaire.*

***Sont considérés comme enfants à risque élevé de tuberculose les enfants qui répondent à au moins 1 des critères suivants :*

*-enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ****

-enfant dont au moins un des 2 parents est originaire de l'un de ces pays

-enfant devant séjourner au moins 1 mois d'affilée dans l'un de ces pays

-enfant ayant un antécédent familial de tuberculose

-enfant résidant en Ile de France, en Guyane ou à Mayotte

-enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment enfant vivant dans des conditions de logement défavorables, ou socio-économiques défavorables ou précaires, enfant vivant avec des personnes originaires d'un pays de forte endémie.

**** Selon l'OMS s'il existe plus de 20 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants : -Afrique dans son ensemble*

-Asie et Proche et Moyen Orient à l'exception du Japon, Chypre, Emirats arabes Unis, Israël, Jordanie et Oman

-Amérique centrale et du sud à l'exception de Antigua et Barbuda, Barbade, Bermudes, Bonaire, Cuba, Costa Rica, Curaçao, Jamaïque, Porto Rico, Iles Vierges et Caïman

-Europe centrale et de l'Est à l'exception de la Grèce, Hongrie, Slovaquie, Slovénie, Tchéquie.

5.2.2 Le rattrapage vaccinal en cas de statut vaccinal incertain ou inconnu

Lorsque le **statut vaccinal de la personne est incertain ou inconnu**, il n'existe pas de recommandations nationales, et pourtant c'est ce qui nous intéresse plus particulièrement dans la population migrante. Le groupe InfoVac a proposé quant à lui une conduite à tenir dans cette situation, que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte (63).

Tout d'abord, InfoVac rappelle qu'il n'y a pas d'inconvénient à administrer un vaccin ROR, Haemophilus, hépatite B ou polio à une personne éventuellement déjà immune pour l'une ou l'autre des maladies. Pour le tétanos et surtout la diphtérie, il existe cependant un risque théorique d'hyper-immunisation et d'hyper-réactogénicité (que nous détaillerons ultérieurement).

En cas de doute sur la vaccination antérieure diphtérie, tétanos et hépatite B, ils conseillent de faire une dose de vaccin puis de faire un dosage des anticorps anti-tétaniques et anti HBs, 4 à 8 semaines après pour évaluer la réponse immunitaire et déterminer le statut vaccinal (l'annexe 8 détaille l'interprétation du dosage post-vaccinal des anticorps anti-tétaniques et anti HBs). A défaut, on peut considérer la personne comme non vaccinée et administrer les doses nécessaires selon l'âge comme vu précédemment. Pour les enfants et adolescents venant de l'étranger, il faut tenir compte des calendriers vaccinaux des pays d'origine, car en général ils ont été vaccinés au moins pour le DTP.

Devant l'absence de recommandations nationales claires par rapport au rattrapage vaccinal des populations migrantes et notamment sur l'attitude à adopter en cas de statut vaccinal inconnu, les pratiques des médecins exerçant en France auprès de ces populations sont très variables. Une étude menée en France en 2017-2018 par Vignier *et al.* (1) a justement évalué les pratiques des médecins exerçant en France en termes de rattrapage vaccinal des personnes migrantes, notamment en vue de l'élaboration des recommandations pratiques nationales.

Cette enquête reposait sur un auto-questionnaire en ligne mis au point par le groupe Vaccination prévention de la SPILF en partenariat avec plusieurs sociétés savantes. Au total, 372 médecins ont répondu à l'enquête, exerçant à la fois en médecine libérale (30,7%), en centre de santé (13,4%), en PASS (20,4%), en Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) (21%), dans des centres de vaccination polyvalents (16,9%) ou international (14,3%), en pédiatrie ou dans un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (4,8%) ou dans un Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) (23,4%). Le tableau 5 présente les principes de vaccination mis en œuvre lors de la prise en charge d'une personne migrante âgée de 2 ans et plus en l'absence d'informations sur ses vaccinations antérieures. Cette enquête montre que les pratiques des médecins sont très hétérogènes : reprise d'une primo-vaccination complète indépendamment de l'interrogatoire (33,1%), reprise du calendrier vaccinal en fonction de l'âge en faisant l'hypothèse que la personne a été correctement vaccinée antérieurement (26,6%) ou collecte d'informations sur les pratiques vaccinales dans les pays d'origine des patients (23,4%) avec adaptation des prescriptions fonction de ces calendriers.

Près d'un tiers des répondants disaient avoir recours à l'utilisation de sérologies pré vaccinales (32,8%) afin de connaître le statut immunitaire vis-à-vis de la maladie et d'adapter les prescriptions aux résultats. La sérologie qui était le plus souvent proposée en pré-vaccinal était la sérologie hépatite B. Enfin, une proportion plus faible (16,9%) déclarait pratiquer des sérologies post-vaccinales, un mois après une dose de rappel (anticorps antitétaniques) et adaptaient leur prescription au résultat.

Quand les médecins étaient interrogés sur le crédit qu'ils apportaient au statut vaccinal déclaré par l'individu, 53,4% considéraient l'information délivrée comme recevable quand le patient déclarait avoir déjà été vacciné, et 83,1% étaient disposés à croire un patient quand ce dernier déclarait n'avoir jamais été vacciné.

Tableau 5 : Pratiques de rattrapage vaccinal appliquées par les médecins interrogés pour les patients de 2 ans et plus en l'absence d'information sur le statut vaccinal antérieur, source : Vignier et al. (1) cité par la HAS (34)

	Total	Genre			Type d'exercice		
	N=372	Femme N=240	Homme N=132		Soins primaires ¹	Hospitalier ou structure de santé publique ²	
	%	%	%	p	%	%	p
Primovaccination complète	33,1	28,3	41,7	0,01	35,9	31,3	0,36
En fonction du calendrier et de l'âge	26,6	27,9	24,2	0,44	30,3	24,2	0,19
Consultation d'un site spécialisé	23,4	29,2	12,9	0,00	17,9	26,9	0,05
Sérologies prévaccinales	32,8	34,2	30,3	0,45	33,8	32,2	0,74
Sérologies à un mois	16,9	18,3	14,4	0,33	8,2	22,5	0,00

1 : Médecins généralistes libéraux, médecins salariés en centre de santé, médecins exerçant en PASS et médecins exerçant dans les structures associatives

2 : Médecins exerçant en CeGIDD, en centre de vaccinations polyvalentes ou internationales, Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT), pédiatre/PMI, médecin de santé publique/Réseau ville hôpital, maladies infectieuses/médecine interne, autre

p : test du Chi

Ces pratiques hétérogènes soulèvent la question de recommandations pratiques qui tiendraient compte des contraintes et des habitudes des médecins afin de pouvoir harmoniser la prise en charge du rattrapage vaccinal chez les migrants. Toutefois, avant la mise en place de recommandations nationales, il nous a paru intéressant de questionner et de comprendre ces différences de pratique en interrogeant les médecins.

Face à ces différentes données, nous avons décidé de mettre en place notre étude après avoir été confrontées dans notre pratique aux difficultés de prise en charge, notamment pour la vaccination, de ces populations migrantes.

OBJECTIFS

L'objectif de notre étude était d'identifier les obstacles rencontrés par les médecins exerçant auprès des populations migrantes dans le rattrapage vaccinal ainsi que les solutions mises en place ou souhaitées afin de faciliter leurs pratiques.

Le but était de comprendre et d'analyser les difficultés rencontrées dans leur pratique quotidienne concernant cette problématique du rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants, situation pour laquelle il n'existait pas, au moment de notre étude, de recommandations claires établies à l'échelle nationale et européenne.

POPULATION ET METHODE

1 Type d'étude

L'étude que nous avons réalisée est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés s'adressant à des médecins exerçant auprès des populations migrantes à Bordeaux.

2 Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative nous a paru la plus adaptée à notre question de recherche. En effet, alors que la recherche quantitative basée sur un mode de raisonnement hypothético-déductif, permet de mesurer et de quantifier des déterminants de santé, la recherche qualitative tente de comprendre le comportement des acteurs de santé, permettant une démarche interprétative.

D'abord utilisée dans le domaine des sciences sociales et humaines, la méthode qualitative « étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent (64). » A ce titre, la méthode qualitative est adaptée à la recherche en médecine générale car elle permet d'explorer la complexité de la relation médecin-patient. La recherche qualitative tente de répondre aux questions « comment ? » et « pourquoi ? » avec un raisonnement inductif.

Dans notre cas, une étude descriptive quantitative aurait été réalisable mais avec un intérêt moindre, se résumant à un état des lieux des pratiques de rattrapage vaccinal chez les migrants, sans questionner les difficultés de « terrain » rencontrées et sans pouvoir aborder la dimension humaine et sociale de la question.

Cette démarche qualitative était d'autant plus intéressante face à ce sujet très « scientifique » qu'est la vaccination. En effet, par son approche compréhensive, la recherche qualitative « avait ici toute sa place pour explorer et expliquer ce type de décalage entre référentiels et pratiques médicales (65). »

3 Choix de la technique d'entretien

En recherche qualitative, il existe trois types d'entretiens pour recueillir les données :

- Les entretiens dirigés, à l'aide d'un questionnaire structuré comportant des questions fermées ou à choix multiples.
- Les entretiens semi-dirigés, où l'examineur laisse s'exprimer l'interviewé tout en s'appuyant sur un guide d'entretien élaboré avec des questions ouvertes. Ils peuvent être individuels ou collectifs

- Les entretiens ouverts, où l'interviewé peut s'exprimer librement après que l'examineur lui a annoncé le thème.

L'entretien individuel nous a paru le plus approprié pour la réalisation de notre étude (en comparaison à des entretiens collectifs où les entretiens se font avec plusieurs enquêtés en même temps). D'une part la technique d'entretien individuel permet à l'interviewé de s'exprimer librement sans retenue et sans être éventuellement influencé par l'opinion d'autres membres du groupe. Les enquêtés ayant des modes d'exercice différents et donc des perceptions différentes, la parole aurait pu être freinée par la présence des autres personnes. D'autre part, les problèmes logistiques rendaient l'organisation d'entretiens collectifs difficiles car les participants étaient dispersés géographiquement et avec des contraintes professionnelles différentes.

Nous avons choisi **l'entretien semi-dirigé** (ou semi-directif) pour notre étude car il permet de laisser parler l'interviewé tout en guidant la discussion à l'aide de grandes questions et prévisions de relances éventuelles. Les entretiens ne sont pas systématisés mais dans le cadre d'une relation, d'un dialogue avec l'interviewé. L'ordre et la formulation des questions peuvent varier d'un participant à l'autre, l'enquêteur s'adaptant au fil de la discussion.

Nous avons écarté les entretiens ouverts (ou libres) car l'analyse et la systématisation des données seraient plus complexe et avec plus de risque de hors sujet.

Les entretiens dirigés ne semblaient pas non plus adaptés à notre question de recherche car ils permettent plutôt de vérifier des hypothèses et s'inscrivent donc plutôt dans une démarche déductive proche de la recherche quantitative.

4 Choix de la grille d'entretien

L'entretien est pertinent comme technique de recueil de données dès lors que l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, dans une démarche compréhensive (66).

Les entretiens ont été menés en s'appuyant sur un guide comportant une trame de questions ouvertes correspondant aux grands thèmes que nous avons jugé importants à aborder avec l'enquêté. Ce guide était un support sur lequel nous nous sommes appuyées mais il était modulable en fonction du déroulement de la rencontre afin de pouvoir laisser parler librement l'interviewé. Ce guide nous a permis de structurer l'entretien en évitant les hors-sujets. Il comportait également des questions de relance éventuelles permettant d'approfondir certaines questions. Il est disponible en Annexe 9. Il était divisé en deux parties distinctes.

4.1 Première partie : le « talon sociologique »

L'entretien débutait par une présentation rapide de notre étude et de son contexte.

Dans un premier temps, nous nous présentions à l'enquêté en déclinant notre identité ainsi que notre statut (interne en médecine générale et médecin généraliste remplaçant). Dans un second temps, nous présentions notre travail de thèse : thème, objectifs et méthode utilisée. Nous précisions ensuite que l'entretien était enregistré après avoir recueilli le consentement de l'interviewé pour participer à notre étude. Nous rappelions que l'entretien était anonyme et que les réponses ne seraient utilisées qu'à des fins d'analyse et ne seraient jamais reliées à l'identité de l'interviewé.

Pour clôturer cette première partie, nous avons recueilli des informations d'ordre démographique et socio-professionnel à propos de l'enquêté, tout en restant anonyme. Cette série de questions à réponses fermées ou courtes avait pour but de décrire l'échantillon. Il est parfois appelé « talon sociologique » de l'étude. Le questionnaire permettant de caractériser l'échantillon était le suivant :

1. Age
2. Sexe
3. Profession
4. Lieu et mode d'exercice
5. Durée d'exercice
6. Durée d'exercice spécifique auprès des migrants

A partir du troisième entretien, nous avons fait préciser par le médecin interviewé quelles étaient les caractéristiques des migrants pris en charge : origine géographique, âge, statut administratif (demandeurs d'asile, MNA, etc...).

4.2 Deuxième partie : grille d'entretien

Il s'agit là de la grille d'entretien à proprement parler. Pour préparer cette grille d'entretien, nous nous sommes appuyées sur le travail de recherche bibliographique afin d'apprécier l'état des connaissances sur le sujet. Nous avons envisagé les possibilités de réponses à notre question de recherche, à partir des différentes études portant sur le sujet, afin de faire apparaître une série de thèmes pertinents à aborder, et d'élaborer les questions et relances de notre guide d'entretien.

Une première question plutôt générale était posée à l'interviewé afin d'engager la conversation et qu'il se sente à l'aise : « *Comment considérez-vous la prise en charge vaccinale des migrants en France ?* ». Des questions de relance ont été utilisées afin de mieux préciser le discours de l'interviewé, de reformuler si nécessaire ou d'aiguiller le discours sur des points négligés ou oubliés.

Les cinq questions suivantes (avec les sous-questions de relance en-dessous) composent deux parties distinctes : « obstacles » et « solutions » :

- **Première partie : obstacles**

- 1) *A quel moment et comment abordez-vous la question de la vaccination ?*

- 2) *Que pensez-vous du calendrier vaccinal dans le cadre de votre pratique quotidienne et de son application aux populations migrantes ?*
- 3) *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez face à la vaccination des migrants en France ?*

Dans le cadre de votre pratique quotidienne ? et de manière plus générale ? (accès aux soins, coordination des structures entre elles)

- **Deuxième partie : solutions**

- 4) *Quelles stratégies avez-vous mis en place pour contourner ces difficultés ?
Quelle(s) source(s) d'information utilisez-vous pour la vaccination des migrants ? Comment déterminez-vous le statut vaccinal (sérologies, calendriers vaccinaux pays d'origine etc...)*
- 5) *De quelles aides aimeriez-vous bénéficier pour mieux prendre en charge la vaccination des populations migrantes ?
Quel type de support ? Nouvelles recommandations spécifiques en cours de préparation ? Harmonisation des recommandations européennes ?*

L'entretien se déroulait en s'appuyant sur ce guide mais l'ordre des questions n'était pas forcément le même selon les entretiens. Nous avons essayé de nous adapter le plus possible au discours et au fil de pensée de l'interviewé, tout en s'assurant que toutes les problématiques avaient été abordées.

Cette étude s'inscrivant dans une démarche hypothético-inductive, le guide d'entretien a été modifié au fil des entretiens afin de développer de nouvelles questions soulevées lors des précédentes entrevues. Toutefois, si certaines questions de relance ont pu être modifiées, la trame des cinq grandes questions est restée la même tout au long de l'étude. L'entretien était clôturé par une dernière question permettant à l'interviewé de s'exprimer sur un thème ou une problématique qui n'aurait pas été abordé.

5 Constitution de l'échantillon

5.1 Population source

Dans le cadre de la démarche qualitative, la population est échantillonnée de façon ciblée en variation maximale. En effet le but est d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données (65).

Il s'agissait de donc de sélectionner les personnes les plus aptes à nous aider à répondre à notre question de recherche, tout en essayant d'obtenir l'échantillon le plus varié possible (en terme d'âge, de sexe, de mode et de lieu d'exercice) afin de pouvoir faire ressortir les divergences. Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de fois où une information donnée apparaît au cours de l'étude et l'importance que le chercheur doit lui accorder dans l'élaboration de son processus d'analyse. On parle donc d'échantillonnage « théorique ».

Nous avons identifié les médecins susceptibles de pouvoir participer à notre étude grâce à plusieurs techniques : le bouche-à-oreille, les connaissances, les contacts personnels des chercheurs.

Les **critères d'inclusion** étaient les suivants :

- Des médecins
- Exerçant auprès de populations migrantes
- Exerçant à Bordeaux
- Acceptant de participer à un entretien enregistré

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

5.2 Recrutement de l'échantillon

Les participants ont été recrutés progressivement au fur et à mesure de l'étude afin de contrôler la répartition et en essayant de constituer l'échantillon le plus varié possible qualitativement parlant. Plusieurs moyens ont été mis en œuvre pour contacter les médecins : mail, contact téléphonique via leur secrétariat ou leur ligne directe.

Nous avons essayé de produire un échantillonnage le plus varié possible en tenant compte des critères suivants :

- **L'âge** et donc la **durée d'exercice** : les pratiques professionnelles peuvent être influencées par les expériences passées et par les habitudes
- **Le lieu d'exercice** : nous souhaitions éviter d'interroger des médecins provenant d'une même structure ou d'une même association, même si nous avons dû parfois le faire du fait de la taille d'une association ou d'une structure rendant tout de même pertinent le fait d'interroger deux participants.
- **Le mode d'exercice** : nous avons essayé de recruter des médecins ayant des modes d'exercice variés : hospitalier, libéral, au sein d'une association en tant que salarié ou bénévole, salarié d'une structure départementale ou exercice mixte.

5.3 Taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, il est impossible de définir au préalable le nombre d'entretiens à réaliser et donc la taille de l'échantillon. En effet, le recueil des données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments à l'analyse (65) autrement dit quand la saturation des données est atteinte.

6 Réalisation des entretiens

6.1 Entretien « test »

Le premier entretien a été réalisé avec un médecin que nous connaissons, tout en respectant les conditions réelles prévues pour nos entrevues.

Ce premier entretien nous a permis de tester notre guide d'entretien, d'être plus à l'aise avec les modalités de l'interview, avec le dictaphone et d'acquérir une première expérience. Nous n'avons pas effectué de modification majeure de notre guide d'entretien à l'issue de cette entrevue et nous avons donc jugé pertinent de l'inclure dans l'analyse globale.

6.2 Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés en face-à-face, au cours d'un rendez-vous pris à l'avance sur le temps libre des médecins interviewés. Les deux thésardes étaient présentes pour la totalité des entretiens. Nous avons fait le choix de définir une thésarde qui mènerait les entretiens et l'autre qui prenait des notes « de terrain » afin que chacune puisse se sentir le plus à l'aise possible en gardant le même rôle.

Les échanges ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique après accord oral du médecin interviewé. Les médecins étaient informés que leurs données seraient ensuite anonymisées.

Les entretiens se sont déroulés entre le 21 janvier 2019 et le 4 juin 2019. Le lieu de l'entretien était différent selon les disponibilités et les préférences du médecin interviewé : au cabinet, dans un café, dans leur bureau au sein du service hospitalier, de la structure ou de l'association où le médecin exerce.

L'entretien débutait par une présentation standardisée des enquêteurs et du sujet abordé puis se déroulait selon les deux parties décrites précédemment. Nous avons essayé de laisser parler l'interviewé au maximum afin qu'il puisse exprimer librement ses idées.

7 Technique d'analyse

7.1 Retranscription des entretiens

Chaque entretien a été retranscrit par une des deux thésardes, dans leur intégralité, sur logiciel de traitement de texte (Open Office et Word).

Après retranscription, les entretiens ont été mis en forme : un saut de ligne a été réalisé à chaque intervention de l'interviewer, des remarques en italiques entre parenthèses

ont été insérées pour décrire l'interruption éventuelle de l'entretien, le cadre de l'entretien avec les silences, les rires, les apartés.

Les entretiens ont ensuite été anonymisés, en attribuant à chaque médecin une lettre : médecin A pour le premier entretien, etc. Toutefois, l'anonymisation des données ne permettait pas une parfaite confidentialité des interviewés. Les données socio-démographiques avec notamment le lieu d'exercice, l'âge, le sexe permettaient parfois leur identification, et ce d'autant plus que certains médecins font partie de réseaux communs de coordination et travaillent parfois ensemble. Nous avons donc choisi de ne pas rendre visibles ces données et de joindre les verbatims dans une annexe séparée uniquement accessible pour les membres du jury de thèse. Les verbatims ainsi rédigés constituaient le support à analyser.

7.2 Analyse des verbatims

Il existe plusieurs méthodes d'analyse des données qualitatives. Elles ont en commun l'analyse inductive de contenu thématique, c'est-à-dire le « processus de construction de catégories à partir de l'analyse des propos des participants (67). »

Les différentes étapes suivies pour cette analyse comportent : la retranscription des verbatims que nous avons détaillée précédemment, la lecture du matériel à plusieurs reprises afin d'identifier les unités de sens, la catégorisation et la classification.

La méthode d'analyse qui nous a semblé la plus appropriée pour notre étude était l'analyse par théorisation ancrée ou « Grounded theory ». Cette méthode est initialement issue de la sociologie présentée en 1967 par deux sociologues américains : Glaser et Strauss. Elle a peu à peu été utilisée dans d'autres disciplines dont la recherche en soins primaires (68).

L'analyse a été réalisée au fur et à mesure, la simultanéité du recueil des données et de l'analyse étant une caractéristique de la théorisation ancrée, (69) c'est l'analyse comparative continue.

Dans un premier temps, nous avons réalisé un travail de codage ouvert et axial (comparaison constante et adaptation du codage entre chaque entretien, de manière intégrée). Le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux (65). Toujours dans cette démarche d'aller-retour constant entre les données et l'analyse, nous avons relu et recodé constamment les verbatims au fur et à mesure de l'avancée de notre travail.

Dans un second temps, les nœuds du codage initial sont arrangés et regroupés afin de faire émerger des thèmes et catégories plus larges et des associations sont recherchées. Une théorisation explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données (65).

Le logiciel Nvivo version 12 a été utilisé comme outil aidant au codage.

Ce travail a été réalisé simultanément et indépendamment par les deux thésardes afin d'assurer une meilleure validité à l'étude. Au fur et à mesure de nos analyses respectives, les données ont été confrontées permettant une mise en lumière des codage convergents mais aussi des divergences éventuelles, analysées ensemble.

RESULTATS

1 Caractéristiques de l'échantillon des répondants

Nous avons donc réalisé 13 entretiens, entre janvier 2019 et juin 2019. Les participants ont été recrutés au fur et à mesure de l'étude :

- 23 médecins ont été contactés
- 13 médecins ont répondu favorablement et ont donc pu être interrogés
- 5 médecins n'ont pas répondu
- 5 médecins n'ont pas souhaité participer à l'étude, soit par manque de temps, soit ils estimaient qu'ils ne voyaient pas assez de migrants dans leur activité pour pouvoir répondre à l'enquête

Le taux d'acceptation était de 56%.

Les médecins ont été inclus dans l'étude au fur et à mesure des entretiens, afin d'obtenir un échantillonnage théorique (ou raisonné) en variation maximale. En effet, « la sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude (67). »

Dans notre étude, la saturation des données a été obtenue après analyse des 11^{ème} et 12^{ème} entretiens. Nous avons réalisé un 13^{ème} entretien afin de s'assurer de cette saturation.

L'échantillon comporte finalement 5 hommes et 8 femmes. Ils étaient âgés de 30 à 70 ans, la moyenne d'âge était de 46,1 ans.

La durée d'exercice variait de 1 à 44 ans, la moyenne se situait à 18 ans. La durée d'exercice spécifique auprès des migrants variait également de 1 à 44 ans, la moyenne se situait à 13 ans. En effet, 8 médecins sur les 13 ont déclaré travailler depuis toujours auprès des populations migrantes.

Parmi les 13 médecins, 12 étaient des médecins généralistes et 1 était pédiatre.

Concernant le type d'exercice : 3 médecins étaient salariés de l'hôpital, 2 étaient installés en cabinet (exercice libéral), 2 étaient salariés de structures départementales, 1 était salariée de plusieurs associations, 2 avaient une activité mixte salariée entre le département et une association, 1 avait une activité mixte salariée du département et libérale. Enfin, 2 étaient retraités encore en activité en tant que bénévoles d'une association.

3 médecins sur les 13 interviewés faisaient partie du réseau de coordination MNA.

Les caractéristiques socio-professionnelles et démographiques des médecins interviewés recueillies lors de la première partie des entretiens sont présentées dans le tableau ci-dessous par âge croissant.

Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins interviewés

	Sexe	Age	Type d'exercice	Durée d'exercice	Durée d'exercice migrants
Médecin 1	F	30	Mixte salarié département/libéral	2 ans	2 ans
Médecin 2	F	31	Hôpital	1 an	1 an
Médecin 3	M	31	Hôpital	3 ans	3 ans
Médecin 4	F	33	Salarié département	5 ans	2 ans
Médecin 5	M	34	Mixte salarié département/salarié association	4 ans	2 ans
Médecin 6	F	44	Mixte salarié département/salarié association	20 ans	20 ans
Médecin 7	F	46	Salarié association	18 ans	18 ans
Médecin 8	M	49	Libéral	20 ans	20 ans
Médecin 9	M	50	Hôpital	20 ans	2 ans
Médecin 10	F	54	Libéral	26 ans	26 ans
Médecin 11	F	59	Salarié département	30 ans	12 ans
Médecin 12	F	68	Bénévole association	44 ans	44 ans
Médecin 13	M	70	Bénévole association	40 ans	18 ans

Les entretiens duraient de 14 minutes 30 secondes à 41 minutes et 16 secondes, avec une moyenne à 26 minutes et 08 secondes. La retranscription des entretiens par les thésardes allait de 3 à 5 heures par entretien selon sa durée.

L'anonymat des médecins interrogés a été préservé tout le long de notre étude et le tableau ci-dessus les présente par âge croissant pour ne pas que les lettres d'attribution correspondent aux chiffres.

2 Présentation des résultats

Les retranscriptions des entretiens ont été jointes en annexe séparée.

Après écoute et retranscription des entretiens nous avons procédé à l'analyse des verbatims par théorisation ancrée (ou "Grounded theory") comme détaillé précédemment.

Comme nous l'avons expliqué plus haut, la transformation du verbatim, dans un processus cyclique et itératif, avait pour but d'en extraire le sens en s'appuyant uniquement sur les données en émergence. Ainsi, le thème du rattrapage vaccinal a largement été dépassé, le sujet principal a été décloisonné, et d'autres grandes thématiques ont été abordées.

L'analyse a permis de découper les entretiens en unités de sens, et ainsi isoler 152 "codes" ou "nœuds". Nous avons donc obtenu un matériau dense à analyser, avec des

entretiens longs et riches de données. C'est pourquoi nous avons obtenu un grand nombre de codes, qui ont été synthétisés en trois grands thèmes, eux-mêmes subdivisés en deux à cinq catégories. Les trois grands thèmes identifiés, ayant abouti à la constitution du plan d'analyse faisant sens, sont les suivants :

- Le contexte
- Les obstacles
- Les solutions

2.1 L'arbre d'analyse

L'arbre d'analyse, qui permet d'illustrer le processus de codage thématique réalisé, est représenté par la figure 4 ci-dessous et est détaillé en annexe 10.

Nous allons donc développer le contenu de ces différents thèmes issus de notre analyse des entretiens et les détailler, illustré par quelques citations de nos interlocuteurs.

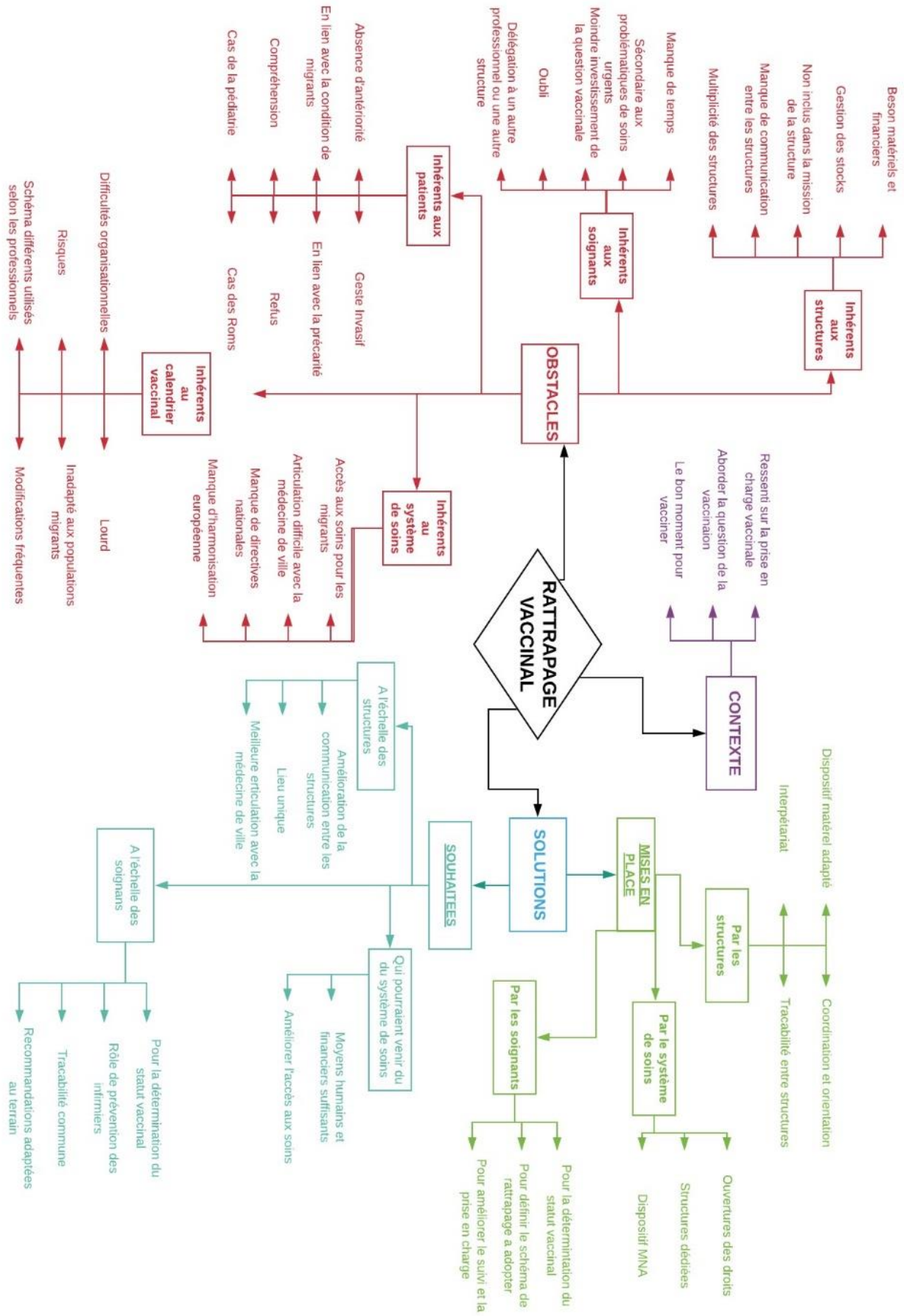


Figure 4 : Arbre d'analyse

2.2 Le contexte

L'entretien à proprement parler a débuté par une question assez large avec mise en situation des médecins que nous avons interrogé à propos de leur ressenti autour de la prise en charge vaccinale des populations migrantes. Les réponses étaient assez unanimes quant au caractère complexe de cette prise en charge vaccinale avec cependant des différences d'opinions variées selon la génération et le mode d'exercice.

Cette première question a permis de contextualiser notre étude par les données recueillies et de faire émerger, par les médecins, des questions sur l'acceptation de la vaccination dans la population générale, d'intégrer ainsi notre problématique dans un concept plus large qu'est la prise en charge vaccinale en France dans la population générale. Nous avons également pu intégrer dans ce thème la manière d'aborder la thématique vaccinale par les soignants : *comment et quand l'aborder ?*

Nous avons donc déterminé trois catégories autour de cette question thématique :

- Le ressenti sur la prise en charge vaccinale des migrants
- La manière d'aborder la question de la vaccination avec les migrants
- Le bon moment pour vacciner

2.2.1 *Le ressenti sur la prise en charge vaccinale des migrants*

Il sera présenté selon que la prise en charge était qualifiée de « bonne », « mauvaise », « complexe » avec un lien fait avec la problématique vaccinale en France dans la population générale.

Une bonne qualité de prise en charge vaccinale des migrants a pu être exprimée avec une impression positive issue de leur pratique de terrain.

MÉDECIN B : « les migrants que je vois ce sont des migrants qui ont des droits d'accès clairs et donc dès que les droits sont clairs, la prise en charge derrière de vaccination est claire. »

Mais **la qualité de prise en charge vaccinale** des migrants pouvait être également qualifiée de **mauvaise** avec des difficultés quant à la mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez ces populations. Certains en avait fait un des questionnements principaux dans leur pratique quotidienne.

MÉDECIN A : « elle me semble très très très très loin d'être optimale.. »

MEDECIN C : « la vaccination pour les migrants effectivement je trouve qu'elle est insuffisante, oubliée et peu claire. »

Une des conséquences était l'impression d'une couverture vaccinale insuffisante chez ces populations migrantes, comme souligné :

MÉDECIN L : « ils savent pas du tout où il en sont, euh ... il y a une couverture vaccinale qui est hyper médiocre... »

La **prise en charge est en tout cas complexe**. Parmi les médecins ayant rapporté une mauvaise qualité de prise en charge vaccinale chez les migrants, certains l'ont expliquée par les nombreuses difficultés rencontrées :

MÉDECIN B : « Alors il y en a beaucoup, beaucoup beaucoup des difficultés... »

complexifiant ainsi les prises en charge, à moins d'en avoir l'expérience.

MÉDECIN F : « C'est complexe de prime abord mais à partir du moment où on a pris le temps de s'intéresser la question ça reste quelque chose de très abordable pour quelqu'un qui le pratique régulièrement. »

La problématique de la prise en charge vaccinale des populations migrantes a été intégrée dans le contexte plus large du **rattrapage vaccinal dans la population générale**, notamment par les médecins généralistes interrogés.

Nous avons pu ainsi identifier deux problématiques et un constat :

▪ **La méconnaissance du statut vaccinal chez les migrants est à l'instar de celle dans la population générale**

Les migrants disposent rarement d'un carnet de vaccination à leur arrivée, ce qui a rapidement et largement été identifié comme principal obstacle au rattrapage vaccinal. Cependant, pour plusieurs médecins cela n'était pas un obstacle particulier car d'après leur expérience, cette méconnaissance du statut vaccinal se retrouve assez largement dans la population adulte française.

MÉDECIN C : « ...mais ça peut rapprocher l'état de la vaccination de France, chez les adultes qui n'ont pas forcément tous un carnet de vaccination dans leur poche... »

L'absence de suivi médical chez les adultes français ainsi que l'absence de mise à jour de leurs vaccins une fois passée la période de la petite enfance semblait comparable, pour certains médecins, à la situation retrouvée chez les migrants primo-arrivants, ayant bénéficié pour la plupart de vaccins dans leurs pays d'origine.

MÉDECIN E : "Et chez les adultes ... alors là ... Moi j'ai jamais vu un adulte m'amener son carnet de santé en consultation. Dans mes dernières années d'exercice ou il y a 40 ans quoi"

MÉDECIN G : « Oui mais en France aussi hein. C'est pareil. Ils ont eu à 2 mois, 3 mois, 4 mois et après ... pour retrouver un vaccin, une trace... ça a été fait à 8 ans, et puis c'est tout ! »

“A partir du moment où les gens, enfin on les voit à 25 ans, le carnet de vaccination/le carnet de santé ils savent pas où il est, ils savent pas s’il y en a eu un, ils en savent rien ! Ils imaginent qu’ils ont eu des vaccinations mais quand on doit faire les certificats par exemple sur les vaccinations des français ... (pfiou)”

▪ **L’hésitation vaccinale serait moins importante chez les migrants**

En abordant la question de la vaccination en population générale en France, certains médecins ont spontanément évoqué le phénomène d’hésitation vaccinale comme un des obstacles au rattrapage vaccinal. Les controverses sur la vaccination se sont intensifiées depuis une vingtaine d’années en Europe et en France notamment avec la remise en cause de la balance bénéfice/risque des vaccins.

Ce climat de méfiance à l’égard des vaccins a mené à plusieurs reprises à des déclin des couvertures vaccinales, responsables notamment des récentes épidémies de rougeole dans les pays européens. Cette hésitation vaccinale alimente également le débat sur l’éventuelle dangerosité de certains composants des vaccins (tels que les sels d’aluminium) ou encore sur la légitimité de l’obligation vaccinale, perçue comme certains comme une atteinte aux libertés fondamentales.

Ce concept étant présent uniquement dans les pays développés, les médecins étaient unanimes pour témoigner d’une meilleure adhésion à la vaccination chez les migrants.

MEDECIN C : “c’est globalement très bien accepté, je pense bien plus que dans la population française.” [...] “ Il n’y a encore aucun patient qui m’a parlé d’aluminium on d’un truc comme ça... (rires)”

▪ **Une meilleure acceptation de la vaccination par les populations migrantes**

Ainsi l’acceptation de la vaccination était bien plus facile auprès des populations migrantes, souvent en demande de soins et de protection, qu’auprès de la population générale.

MÉDECIN G : «il y a des difficultés mais elles ne sont pas propres aux migrants j’ai envie de dire, parce que y’en a moins, on a moins besoin de convaincre. Les français, vous allez avoir une opposition ... voilà ... chacun va être contre ou va refuser de faire des vaccins, sur des critères ... un peu loufoques. »

MÉDECIN N : « On a plus de résistances parmi les français que les migrants qui acceptent parfaitement et trouvent ça très positif. Voilà. »

2.2.2 Aborder la question de la vaccination chez les migrants

La question du temps, du moment et du contexte pour aborder la vaccination nous a semblé comme un élément important à détailler pour situer le rattrapage vaccinal dans la

prise en charge globale des migrants primo-arrivants. Les réponses ont été très variées et chacun des médecins a mis en place au sein des structures ou dans sa pratique une stratégie pour aborder la question de la vaccination au cours de la prise en charge du patient migrant.

Certains ont fait de la problématique vaccinale une priorité au même titre que le soin et évoque la question du statut vaccinal **systematiquement** dès la première consultation avec un patient migrant, de manière « réflexe ».

MÉDECIN I : « ...on a notre dossier médical un peu stéréotypé et que ça rentre dans la prise en charge globale donc c'est systématique le rattrapage vaccinal. »

MEDECIN J : "Chaque fois, dès la première consultation au moment des antécédents."

MEDECIN M : « Bah disons que moi comme je reçois beaucoup de migrants, on fait souvent en première consultation une prise de sang, une biologie, où on refait le point sur la situation vaccinale, ça fait partie de la première consultation. »

A l'inverse, certains médecins vont l'aborder plutôt **secondairement**, notamment lorsque les problématiques de soins ont été prises en charge et qu'il reste un temps pour les différents **volets de la prévention**, la vaccination aura alors sa place.

MÉDECIN A : « Euh si ce n'est pas le cas, si le patient vient pour complètement autre chose, euh, à ce moment-là, ça dépend de la lourdeur de la consultation. Si il y a le temps c'est quelque chose qu'on aborde, on aborde la prévention. »

MÉDECIN A : « Soit les patients qui viennent nous voir pour un motif de consultation précis qui ne rentre pas du tout dans le cadre de la prévention, donc on a d'abord plusieurs motifs de médecine générale à régler avant, éventuellement, de donner du temps pour de la prévention. »

En centre de vaccination, il nous a été rapporté que cette question de la vaccination pouvait être abordée dans de meilleures conditions avec une **consultation entièrement dédiée** à cette thématique.

MEDECIN L : « Alors moi, quand ils viennent en consultation au centre de vaccination ils viennent pour ça. » [...] « Je dirais que le sujet vaccination est très simple parce que nous ils viennent pour ça, mais par contre voilà c'est une consultation très large, où on parle de vaccination mais vraiment pas que. Voilà, c'est pas du tout... exclusif quoi. »

MÉDECIN E : « Moi les gens que je vois ici en consultation, [...] on essaye de se fixer sur la symptomatologie la plus bruyante ou la plus ... enfin ... la plus désagréable pour eux ou la plus grave s'il y a de la gravité dedans. Il faut essayer d'être d'accord sur 1 ou 2 choses, sinon on perd ... euh c'est perdu quoi. Il vaut mieux le revoir une 2^{ème} fois voire une 3^{ème} fois ... mais il faut qu'on parte avec un accord sur une chose ou 2, pas plus. Et donc la vaccination, elle arrive loin derrière quoi. »

Parmi les médecins interrogés ne l'évoquant pas systématiquement, ils expliquaient y penser et l'aborder lors de **situations particulières "à risque" de transmission de MPV** :

▪ **Le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)**

Le dépistage des IST permettant de déterminer le statut immunitaire vis-à-vis de certaines MPV (l'hépatite B), il était souvent évoqué comme tremplin pour proposer un rattrapage vaccinal.

MEDECIN C : « ...donc en fait je passe d'abord par le dépistage. Je propose à ces jeunes un dépistage des infections sexuelles transmissibles : VIH, Hépatite B, C et Syphilis et s'ils acceptent c'est pour moi une porte d'entrée pour leur proposer la vaccination. »

▪ **La grossesse**

Les risques liés à la transmission materno-fœtale de certaines pathologies durant la grossesse étaient également une porte d'entrée au rattrapage vaccinal en pré-conceptionnel, pendant la grossesse et en post-partum, notamment pour la rubéole et la coqueluche (stratégie de "cocooning").

MEDECIN L : « Je vais m'y intéresser ... enfin ça va être dans ma problématique [...], par exemple une jeune femme qui vient et qui a un désir de grossesse. On va du coup y penser et on se réintègre sur une consultation plus générale. »

▪ **Les plaies pour le tétanos**

Lors de situations à risque de transmission du tétanos comme les blessures ou les plaies, c'est l'occasion d'ouvrir le dialogue sur les autres vaccinations.

MEDECIN L : «... lors de situations opportunistes si il y a une blessure de demander pour leur Tétanos. »

▪ **Les situations de prostitutions**

La mise en danger lors de rapports à risque permettait d'aborder la question du dépistage et de la vaccination contre l'hépatite B et donc de saisir l'opportunité pour parler des autres possibilités de rattrapage vaccinal.

MEDECIN L : « Parce que ça s'adresse à ... voilà l'hépatite B chez les personnes en situation de prostitution, certaines ça les intéresse pas et on va pas le faire, et certaines ça les intéresse et c'est une façon pour elles de se prendre en charge, qu'on parle de risque, qu'on parle de plein de choses ... enfin ça va être un outil comme un autre en fait. »

▪ La toxicomanie

La prise en charge de patients toxicomanes (et particulièrement toxicomanie intraveineuse) permet également lors de dépistages d'évoquer la question des vaccinations. En effet, il s'agit de patients à risque et souvent en rupture de suivi médical. D'après les médecins interrogés, la question des infections et notamment de la transmission de l'hépatite C était souvent la porte d'entrée pour discuter notamment du dépistage de l'hépatite B et de proposer un rattrapage vaccinal en suivant quand cela était possible.

MÉDECIN F : « Donc on essaye, quand on discute du statut de l'hépatite C d'intégrer la discussion de la vaccination de l'hépatite B... »

MEDECIN G : "Après on a ... il y a des populations particulières, suivant les migrants qu'on a ... après moi j'ai beaucoup de patients qui viennent de Bulgarie, toxicomanes, donc c'est des migrants particuliers donc euh ... ils ont beaucoup d'infections par VIH, hépatite B, hépatite Delta, hépatite C, donc eux on est plus vigilants sur euh ... cette vaccination de l'hépatite B entre autres. Ouais..."

Certains médecins nous ont également déclaré avoir plus de facilités à y penser et à aborder la question vaccinale **chez les jeunes patients** plutôt que dans la population adulte.

MÉDECIN B : « ...je l'aborde dans le premier examen, la première rencontre, ça fait partie de l'interrogatoire classique, euh... chez les jeunes. »

Dans le cas particulier des **médecins travaillant auprès des Mineurs Non Accompagnés**, il y aurait une certaine facilité pour aborder la vaccination dans le cadre de la prise en charge globale de ces jeunes et de manière systématique l'intégrer dans un bilan de santé. Les MNA ne sont pas soumis aux mêmes règles de séjour que les adultes (pas d'exigence relative à la régularité de l'entrée sur le territoire ni de risque d'expulsion) et ils bénéficient, une fois reconnus, de la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance qui est gérée au sein de chaque département (70).

MÉDECIN F : « Alors, chez les MNA on l'aborde de façon systématique car notre mission est de faire un bilan de santé donc dans le cadre de ce bilan de santé, euh..., quand on les reçoit on leur pose la question des vaccins qu'ils ont reçus, s'ils ont un carnet de vaccination ou autre document qui atteste. »

En France, l'Etat a mis en place au sein des départements un réseau de prise en charge adapté à ces jeunes avec une répartition égale en fonction des départements. L'ensemble des départements n'appliquent pas tous les mêmes dispositifs de prise en charge mais en Gironde, ils sont pris en charge au sein des foyers qui disposent chacun d'un médecin référent permettant de réaliser un bilan de santé global et donc d'y inclure le rattrapage vaccinal.

2.2.3 Le bon moment pour vacciner

Nombre de médecins ont évoqué l'idée de proposer une vaccination immédiatement après avoir abordé le sujet afin de commencer au plus vite le rattrapage vaccinal et de saisir cette opportunité.

MEDECIN J : « Généralement, la première injection je la fais à la première consultation comme ça on peut programmer 6 à 8 semaines plus tard le prochain rdv avec le contrôle sérologique. »

D'autres considéraient que le rattrapage vaccinal était moins urgent que d'autres problématiques et pouvait être fait une fois que le patient avait des droits ouverts.

MEDECIN M : « Après c'est pas non plus une urgence. Quand ils viennent à la PASS et qu'ils n'ont pas la sécu c'est pour des urgences au moins ressenties donc c'est vrai que la vaccination ça ne l'est pas, donc s'ils le font quand ils ont les droits sécu chez le médecin traitant... » [...] La pertinence même du rattrapage était discutée.

MEDECIN M : « Donc je pense que l'OMS a plutôt cette vision d'urgence dans les déplacements de populations alors que beaucoup de gens qui arrivent en France sont passés par l'Espagne par l'Italie donc effectivement ce n'est plus une urgence car il y en a qui ont eu des vaccinations dans ces pays-là. »

2.3 Les obstacles

Après ces éléments contextuels, nous allons décrire les obstacles au rattrapage vaccinal des populations migrantes. Nous avons identifié cinq grands types d'obstacles qui peuvent être répartis en obstacles inhérents aux patients, aux soignants, aux structures, au système de soins et finalement au calendrier vaccinal lui-même.

2.3.1 Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents aux patients

- **L'absence d'antériorité vaccinale**

Cette problématique a été retrouvée au sein de l'ensemble des entretiens des médecins comme étant l'élément central des questionnements autour du rattrapage vaccinal et cela pour deux raisons principales : l'absence de document de preuve vaccinale de laquelle découle la notion de statut vaccinal inconnu. En effet, les migrants disposent rarement d'un carnet de vaccination si bien que se pose la question, en cas de statut vaccinal inconnu, de savoir comment mettre en œuvre le rattrapage vaccinal.

Nous l'avons déjà abordé dans les éléments de contexte notamment en comparant la population générale et la population migrante. L'absence de carnet de vaccination ou de tout document de preuve vaccinale est une problématique réelle dans l'ensemble des cas. Cependant, on peut supposer qu'en France nous connaissons la politique de vaccination actuelle et passée, ce qui permet aux médecins de s'orienter pour les vaccins antérieurement reçus.

▪ **L'absence de documents de preuve vaccinale ...**

Dans le cadre des populations migrantes, les médecins ont relevé que du fait du pays d'origine, de l'immédiateté du départ, des aléas de la route migratoire et de la grande précarité dans laquelle évolue ces populations, l'absence de documents médicaux et notamment spécifiques à la vaccination était quasiment permanente compliquant la prise en charge pour les médecins.

MÉDECIN B : « L'absence d'informations sur les vaccins antérieurs, c'est très problématique parce qu'on l'a très très peu. »

MEDECIN C : « au jour d'aujourd'hui, le vrai problème pour prendre en charge ces migrants d'un point de vue de la vaccination, c'est souvent l'absence de preuve de l'antériorité vaccinale qui fait toute la difficulté. »

▪ **... et la notion de statut vaccinal inconnu**

En effet, il découle de l'absence de données fiables sur les antécédents vaccinaux, la problématique de savoir comment mettre en œuvre le rattrapage vaccinal si le statut vaccinal de la personne est inconnu. Est-ce que cela est synonyme d'absence de vaccination ? Nous verrons plus loin comment les médecins ont développé des stratégies pour les aider à déterminer ce statut vaccinal.

MEDECIN C : «... très souvent ce sont des gens qui ont été vaccinés mais on ne sait pas : par quoi ? Quand ? »

MEDECIN E : « ...il est très difficile de savoir quel est l'état vaccinal d'une personne migrant... »

• **Le problème de la compréhension de la vaccination**

Les soignants interrogés nous ont rapporté des difficultés pour introduire la vaccination au sein de la prise en charge pour les patients migrants en lien avec un manque de compréhension. Trois éléments principaux en sont ressortis : la compréhension des enjeux de la vaccination, du principe et de la physiopathologie d'un vaccin et des risques liés aux MPV.

MEDECIN C : « ... avant de vacciner des gens il faut leur expliquer ce qu'est la vaccination et à quoi ça sert »

▪ **La compréhension des enjeux de la vaccination**

Certains médecins nous ont expliqué les difficultés d'expliquer l'intérêt de la vaccination permettant de protéger à la fois les migrants et leurs familles mais aussi la communauté d'accueil voire même la population mondiale (en vue d'une éradication). Certains patients n'en ont jamais bénéficié ou n'en ont jamais entendu parler dans leur pays d'origine.

▪ **La compréhension du principe et de la physiopathologie d'un vaccin**

Selon les médecins, il semble difficile pour les patients, en l'absence d'explication préalable, de comprendre comment une injection pouvaient les protéger contre des maladies inconnues pour eux.

MÉDECIN E : « ...comprendre qu'un vaccin va protéger d'une maladie sans un minimum de compréhension du fonctionnement du corps c'est compliqué, c'est très abstrait. »

▪ **La compréhension des risques liés aux MPV**

En effet, certains relevaient comme obstacle les questionnements des patients sur l'utilité de prévenir une maladie qu'ils n'ont pas, et sur le fait de ne pas se sentir malade alors que le vaccin sera, lui, invasif pour eux.

MÉDECIN I : « Ils ne comprennent pas l'intérêt car ils se considèrent en bonne santé donc il faut leur expliquer que le but du vaccin c'est qu'ils restent en bonne santé. »

• **Le geste invasif**

Il a été également soulevé dans plusieurs entretiens des réticences à l'égard des vaccins par rapport au geste en lui-même. La douleur de l'injection, l'ignorance du geste en lui-même, l'acceptation d'une injection d'un produit dans le corps, etc.

MÉDECIN F : « Ils ont peur des piqûres [...] Il n'y a pas de risque de sur vaccination mais en terme d'adhésion aux soins vu qu'ils n'aiment pas trop les piqûres etc., si on s'épargnait certaines doses c'est mieux »

MÉDECIN E : «... le fait qu'on les pique ça leur plaisait pas du tout quoi. »

• **Les problèmes en lien avec la condition de migrant**

De la condition de migrant découlent plusieurs obstacles que nous avons pu identifier: un déracinement de son pays d'origine, ainsi que de ses coutumes, souvent l'isolement social en lien avec la barrière de la langue, ainsi qu'une méfiance envers les autorités avec une peur de l'expulsion, notamment lorsqu'ils sont en situation irrégulière.

▪ La barrière de la langue

Cet élément quand il est présent apparaît comme un obstacle majeur à la prise en charge des migrants et notamment par rapport à la vaccination.

MEDECIN C : « Donc la barrière de langue, gros frein pour la vaccination. »

MÉDECIN D : « ...si on a pas les renseignements clairement exprimés par la personne dans sa langue, bah on fait des contre-sens, on oublie, on perd, on sait pas les antécédents, on sait pas ... enfin on prend des risques quoi, de passer à côté de choses importantes. »

Nous avons constaté que les médecins travaillant au sein des structures nous ont souvent parlé de cette problématique et avaient envisagé des solutions pour contourner cette barrière linguistique. Paradoxalement, les médecins généralistes, pourtant plus isolés des structures d'interprétariat, déclaraient moins souffrir de cette problématique et pour eux ce n'était pas un obstacle majeur à la prise en charge ni à la vaccination.

MEDECIN G : “Donc oui, il y a des difficultés de la langue, mais de moins en moins, si on parle anglais.”

Chercheur : “pas de barrière de la langue ?” MEDECIN M : “Non, non, on y arrive.”

▪ Le contexte culturel

En France et dans l'ensemble des pays développés, la vaccination fait partie intégrante de l'histoire médicale des patients. Chaque pays peut avoir des schémas vaccinaux différents mais il est commun pour chaque individu d'avoir reçu, au moins dans l'enfance, un certain nombre de vaccins.

Cependant, dans de nombreux pays moins développés, les campagnes vaccinales sont mises en place par des Organisations Non Gouvernementales (ONG) ou bien ont lieu uniquement par le biais de la scolarisation si bien que la vaccination n'est pas encore accessible pour tous et partout dans le monde, et ce malgré le PEV mis en place par l'OMS et détaillé en introduction. Les soignants ont relevé la différence culturelle comme étant un obstacle à la prise en charge vaccinale des migrants.

MÉDECIN A : « Il y a tout un contexte culturel, ils ne comprennent pas forcément qu'ils viennent en consultation X ou Y et que toi tu leur parles de vaccination ou que toi tu leur dises à quel point c'est important de se protéger contre des maladies qu'ils n'ont pas, voire même dont ils n'ont jamais entendu parler. »

▪ La mobilité et le nomadisme

La plupart des migrants suivent les routes migratoires, ils passent donc par plusieurs pays et même plusieurs villes. Il est fréquent également qu'au sein du pays ils changent régulièrement de ville après des périodes de plusieurs mois, pour atteindre leur destination.

Certains médecins ont soulevé cette problématique car pour la mise à jour des vaccinations, il était parfois nécessaire de réaliser plusieurs injections à différents mois d'intervalle et donc de revoir plusieurs fois le patient en consultation, difficile quand celui-ci a changé de ville.

MEDECIN C : "Il y a aussi d'un point de vue organisationnel où c'est compliqué de reconvoquer les patients un mois après, vu que les patients sont quand même assez mobiles"

▪ **La peur de l'expulsion en lien avec les difficultés de régularisation de leur situation**

Nous avons également constaté auprès de certains soignants que quelques migrants restaient réfractaires aux rendez-vous et à un suivi régulier par peur d'être « enregistrés » et « repérés ». Mais également que dans leurs démarches de régularisation la problématique vaccinale passait au second plan et rendait difficile pour eux d'honorer certaines consultations.

• **Les problèmes en lien avec la condition précaire**

Selon les soignants, les migrants seraient souvent exposés à des situations sociales difficiles, en particulier dans les premières années suivant leur arrivée en France, dans lesquelles la santé et le soin sont rarement des priorités.

Tout d'abord la vaccination leur semblait, en grande majorité, bien secondaire aux soins dont ils auraient besoin. Ils expriment souvent des besoins en soins relatifs à des maladies aiguës ou chroniques et ne se sentent pas concernés forcément par les principes de prévention et donc de vaccination. Par ailleurs, le premier contact avec le corps médical est souvent dans un contexte d'urgence.

Mais également, en lien avec la précarité sociale, juridique et économique dans lesquelles la plupart se retrouvent à leur arrivée en France, leurs priorités sont davantage la nécessité de trouver un logement, de quoi s'alimenter, les problèmes financiers ou administratifs avant les problématiques de soins.

MÉDECIN A : « ...ils ont des priorités, le soin reste en queue de peloton dans leurs priorités, leur priorité à ce moment-là c'est celle de la survie : où je vais dormir qu'est-ce que je vais manger et c'est pas du tout d'aller me faire piquer contre des maladies que je n'ai pas ou que je pourrais avoir. »

MÉDECIN I : « ...il y a le mal logement ou le non logement, enfin il y a plein d'autres choses beaucoup plus prioritaires. »

- **Le refus**

Lorsque des refus de la part des patients ont été rencontrés, ils ont souvent été attribué à des problématiques de compréhension et d'appréhension et chez une population spécifique que sont les jeunes adultes, notamment les MNA.

MEDECIN I : « ...ils sont un peu rebelles, ils sont ultra exigeants envers les éducateurs... En fait ils sont très bien pris en charge au département de gironde par rapport à d'autres départements [...] C'est surtout ça pour nous l'obstacle... c'est de les convaincre. C'est la négociation, vaccin bonbons comme des enfants on en vient au chantage. « Je ne peux pas te soigner ton entorse si tu n'es pas d'accord pour faire les vaccins ». »

- **Le cas particulier des Roms**

Nous avons été confrontées par un soignant à la question de la problématique vaccinale chez les Roms. En effet, il s'agit d'une population migrante spécifique qui vit en communauté au sein d'un même lieu et souvent assez fermée. Elle s'apparente à un « déplacement de populations » plutôt qu'à une situation migratoire classique.

MEDECIN M : « Quand je suis allée dans les camps de Roms c'était comme un camp de réfugiés et la première chose que je me suis dite c'est « on n'a pas fait de campagne de vaccination » alors que je ne me le dis pas pour les migrants. »

Plusieurs obstacles ont été soulevés pour leur prise en charge vaccinale notamment le fait qu'ils soient peu intégrés dans notre système de soin. Ces communautés consultent peu le médecin de ville et les enfants ne sont pas toujours scolarisés rendant leur accès aux soins et à la vaccination plus délicat.

MEDECIN M : «... c'est plus les Roms, moi j'ai plus de soucis avec eux parce que je n'ai pas énormément d'informations, je n'ai pas un accès facile aux enfants donc c'est plus compliqué de vacciner les Roms. » [...] « donc ça, ça serait une priorité pour moi qu'on fasse une campagne, qu'on aille les vacciner. Faut pas venir sans les prévenir, mais ils ne sont pas intégrés dans le soin. »

- **Le cas de la pédiatrie**

Dans le cadre de la PASS pédiatrique, il n'y aurait aucun obstacle ni aucune difficulté : ni pour l'accès aux soins des patients avec une ouverture des droits à la sécurité sociale quasiment immédiate, aucun refus non plus des patients pour démarrer le rattrapage vaccinal, avec un suivi ensuite orienté vers les PMI lorsque cela était possible. L'outil commun qu'est le carnet de santé pour les enfants facilite également l'articulation entre les différents intervenants.

2.3.2 Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents aux soignants

Lors des entretiens, nous avons également constaté que pour un certain nombre de médecins, l'un des obstacles principaux à la prise en charge vaccinale des migrants, était en lien avec leur propre pratique au sein de la structure ou de leur cabinet.

- **Le manque de temps**

Le manque de temps lors des consultations pour aborder la question vaccinale était central pour de nombreux médecins notamment parmi ceux travaillant au sein d'une structure hospitalière.

MEDECIN C : « J'essaye quand ils viennent pour un motif simple et que j'ai un peu de temps d'aborder la question de la vaccination mais c'est très difficile, par manque de temps. »

MEDECIN A : "un des obstacles c'est le temps pour aborder ce sujet." [...] "je ne trouve plus le temps, de l'aborder moi-même »

- **Secondaire à des problématiques de soins plus urgentes**

Pour expliquer en partie ce manque de temps, certains médecins mettaient en avant que lors des premières consultations de prise en charge des migrants, ils étaient face à des problématiques multiples de soins et qu'aborder la question vaccinale au sein de ce temps-là semblait impossible et secondaire à des motifs de consultation plus urgents.

MEDECIN L : « On est sur des situations de vie très extrêmes, avec des urgences à prendre en compte très extrêmes, et je suis rarement dans une position de ... reprise en main d'une santé globale d'une façon sereine où on pourrait se dire « on va faire ça, on va installer ça ... » un bilan de santé en gros je suis pas du tout dans cette position-là. »

- **Un moindre investissement de la question vaccinale**

En raison des autres priorités que nous avons détaillé plus haut et des difficultés organisationnelles à mettre en place un rattrapage vaccinal et d'aboutir à un schéma complet, le rattrapage vaccinal passe parfois au second plan.

MEDECIN L : "En fait le frein pour moi c'est moi en fait ! Parce que c'est quelque chose qui n'est pas dans ma priorité."

- **L'oubli de traiter cette problématique**

De fait, nous avons constaté que la vaccination pouvait être simplement oubliée.

MEDECIN C : "Et je pense aussi qu'on n'y pense pas assez"

- **La délégation à un autre professionnel de santé ou une autre structure**

Du fait de ce manque de temps, de problématiques de soins plus urgentes à gérer et de la lourdeur parfois des premières consultations, certains médecins ont déclaré faire appel à une autre structure dédiée, la Maison Départementale de la Santé (MDS), pour gérer le rattrapage vaccinal.

MEDECIN D : "Non, non, non nous nous restons soins primaires primaires... Donc on les adresse à la MDS avec un petit papier"

MEDECIN C : "Nous en effet, c'est une de nos missions de promouvoir la santé, ça fait partie de ce chapitre là mais finalement je ne suis pas sûre que ce soit dans nos missions à la PASS de réaliser la vaccination. On ne peut pas tout faire..."

2.3.3 Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents aux structures accueillant les migrants

Le troisième type d'obstacles mis en avant par les professionnels de santé est lié à la structure même de santé publique ou médico-sociale dans laquelle ils interviennent pour prendre en charge des migrants : MDM, la PASS, la MDS, le Centre d'Accueil Consultation Information Sexualité (CACIS) et les Centres Départementaux de l'Enfance et de la Famille (CDEF). Ces structures, en complément de l'offre de soins en ville, ont des missions complémentaires dans la prise en charge des migrants primo-arrivants. Parce que le financement des professionnels et de ces structures sont différents, les populations de migrants qu'ils accueillent diffèrent selon le statut juridico-administratif et donc selon la couverture maladie, les offres de soins sont différentes. Et cela vaut aussi pour le rattrapage vaccinal. Nous rappellerons ici les points qui peuvent éclairer les réponses des médecins lorsqu'ils invoquaient les obstacles à la vaccination en lien avec leurs structures.

En effet, l'offre de soins de MDM (ONG médicale de solidarité internationale) s'adresse principalement aux personnes sans couverture maladie ou aux migrants en situation irrégulière. Via les CASO, les objectifs sont d'offrir des soins primaires gratuits aux personnes en situation d'exclusion ou de vulnérabilité. Elle n'a pas vocation à organiser un suivi des patients au long cours.

Le dispositif des PASS, dont le budget est attribué par les ARS, permet également un accès aux soins primaires à toute personne en situation de précarité, avec ou sans couverture maladie.

La MDS de Gironde, financée et mise en place par le département, regroupe la plupart des actions préventives de santé à destination des adultes et des jeunes adultes, précaires ou non : CeGIDD, Centre de Planification Familiale, Centre de Lutte AntiTuberculeuse (CLAT) et ce qui nous concerne ici le Centre Départemental de vaccination.

Le CACIS est un centre de planification et d'éducation familiale qui offre aussi une possibilité de consultation orientée gynécologie et obstétrique pour les femmes en situations de précarité.

- **Besoins matériels et financiers**

Au sein des structures le principal obstacle était l'insuffisance de ressources matérielles et financières, limitant ainsi les opportunités de mise en œuvre du rattrapage vaccinal.

Il y a des structures qui, pour avoir des vaccins sur place, doivent disposer d'un budget dédié, suffisant par rapport au flux de patients et à l'éventuelle absence de couverture maladie. En effet, en l'absence de droits ouverts, il faut pouvoir financer les soins, les médicaments et les vaccins dédiés à ces populations sans couverture maladie.

MÉDECIN A : « Un des obstacles de service qu'on a eu, qu'on a plus maintenant c'est d'avoir des vaccins à dispositions. [...] un frigo pour garder les vaccins et une dotation. »

MÉDECIN E : « ...ça me paraît difficile que ce soit fait ici dans la mesure où ... ça nécessiterait des moyens, il faudrait acheter les vaccins. »

- **Gestion des stocks de vaccins**

Nous avons également pu constater que même si les ressources matérielles étaient suffisantes, d'autres difficultés étaient présentes : entretien et gestion des stocks notamment de vaccins nécessitant du personnel en nombre adéquat. Il faut en effet, pouvoir récupérer les vaccins, les entreposer dans un réfrigérateur maintenu propre, à bonne température (nécessitant un thermomètre, etc.) en s'assurant d'une dotation toujours suffisante.

MÉDECIN F : « l'articulation en interne, moi je prescris, mais après il fallait que quelqu'un aille les chercher, que ça revienne dans les frigos. Réussir à récupérer des thermomètres, des Fridge-tag pour contrôler les températures de réfrigérateurs. »

La gestion des tensions d'approvisionnement a également été soulevée par certains médecins au sein des structures, ce qui complique non seulement le fonctionnement de la structure mais également la prise en charge de ces patients précaires pour qui l'immédiateté du soin devrait être privilégiée. La pénurie de certains vaccins peut engendrer des difficultés

notamment par rapport aux dotations prévues de la structure et limiter un accès aux soins pour ces patients.

- **Quand la vaccination n'est pas une des missions de la structure**

La vaccination sur place ne fait pas partie des missions de certaines structures, notamment dans les CASO de MDM ce qui peut apparaître comme un frein et multiplie ainsi les intervenants.

MEDECIN D : "Parce que MDM ne veut pas s'inscrire dans une continuité de soins sauf si les gens ne peuvent pas aller ailleurs, il n'a jamais été, à Bordeaux je ne sais pas ailleurs, décidé d'une politique vaccinale des gens que nous recevons donc nous les adressons à la MDS"

A l'exception des intervenants en MDS, le fait que la réalisation de la vaccination ne soit pas une mission de la structure constitue un obstacle, même s'ils abordent le sujet.

- **Manque de coordination entre les structures**

En Gironde, ces différentes structures intervenant dans le parcours de soins du patient migrant primo-arrivant ont, comme nous l'avons vu plus haut, des missions complémentaires mais parfois très cloisonnées. Ainsi, les intervenants ont-ils souligné des difficultés de communication et de coordination entre les différents acteurs de soin.

- **Articulation difficile avec la médecine de ville**

Lors des entretiens, nous avons constaté que les médecins généralistes se sentaient exclus du réseau de prise en charge du patient migrant. Il semblait que les migrants vus en consultation en ville, s'ils avaient été pris en charge auparavant au sein des structures d'accueil, n'avaient aucune trace des actions effectuées et notamment des vaccins éventuellement reçus.

MEDECIN M : "Après sur la communication entre les structures, c'est jamais simple ... euh ... déjà même entre services hospitaliers, c'est compliqué la communication, donc quand on est à l'extérieur c'est parfois la croix et la bannière."

- **Communication non satisfaisante entre les structures d'une même ville**

Bien qu'ils s'adressent des patients et prennent en charge parfois les mêmes migrants, tous les intervenants ne semblaient pas tous se connaître et certains ont évoqué l'outil de traçabilité commun qui manque à leur pratique.

L'actuel document de traçabilité concernant la ville de Bordeaux est le "passeport santé". Il comprend un volet social avec la situation administrative du patient et son parcours, et un volet médical avec les éléments importants rapportés par les différents intervenants

ainsi que le carnet de vaccination. La figure 5 ci-dessous montre un exemplaire de ce "passeport santé".



Figure 5 : exemplaire d'un "passeport santé"

PASSEPORT SANTÉ

FICHE PERSONNELLE

NOM :
Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Téléphone :

Email :

Langues parlées :
 Français Anglais
 Autres langues :

Adresse / Domiciliation :

BILAN DE SANTÉ INITIAL

	DATE	RÉSULTAT
Bilan sanguin : <input type="checkbox"/> VHC Ac anti VHC ARN VHC <input type="checkbox"/> VHB Ag HbS Ac anti HbS Ac anti HbC <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> SYPHILIS		
Dépistage Tuberculose : <input type="checkbox"/> Radio pulmonaire		

11

L'outil « passeport santé » était décrit par tous comme défaillant, peu adapté et rarement conservé par les patients migrants, créant un obstacle supplémentaire à leur prise en charge vaccinale et à la mise en place d'un suivi avec une continuité de soins entre les différents intervenants.

MEDECIN B : "l'outil est défaillant pour le moment donc la transmission de l'information est défaillante aussi. »

D'autres supports pour assurer la traçabilité des vaccinations sont remis aux patients : la MDS par exemple remet un support de type carnet de vaccination différent et en ville, certains médecins utilisent un support type carte de vaccination, présentés ci-dessous.

MEDECIN G : "Donc on a pas un outil commun de communication ... donc ça c'est difficile."

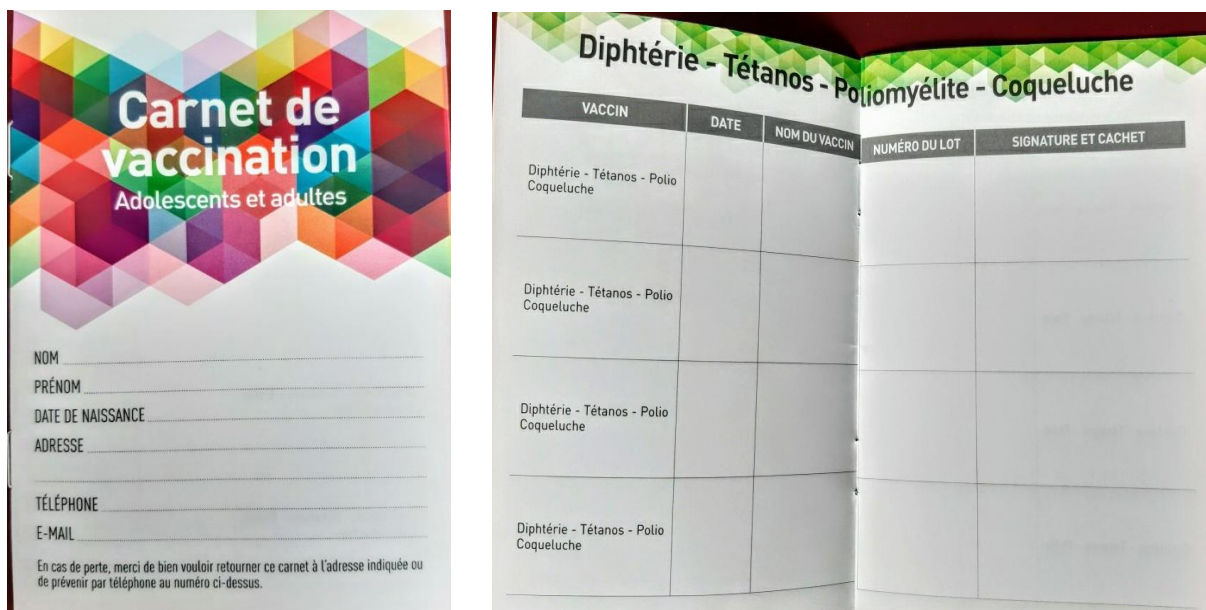


Figure 6 : carnet de vaccination distribué à la MDS

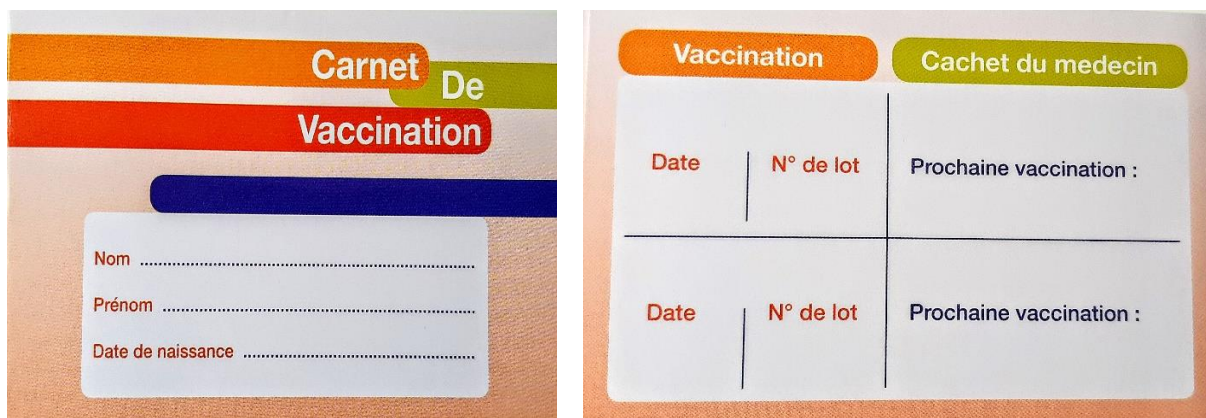


Figure 7 : carnet de vaccination distribué par un médecin généraliste en ville

• Communication difficile entre les départements

Des obstacles de communication permettant une prise en charge coordonnée ont également été mis en évidence entre départements y compris pour les MNA.

MEDECIN H : "...c'est galère mais pour certains départements ils arrivent avec leur petit dossier médical, un carnet de vaccination et toutes les infos parfois ils arrivent sans rien et ils nous disent qu'ils ont eu des choses donc faut retrouver le nom du foyer pour aller récupérer les infos du département où ils étaient et trouver une infirmière dans le foyer pour tout retrouver."

Les interviewés intervenant auprès des MNA nous ont déclaré être souvent peu informés ou au dernier moment de l'arrivée d'un jeune depuis un autre département car cela se fait souvent dans la précipitation. Les jeunes ont rarement leur dossier médical ou leur carnet de vaccination et il apparaît extrêmement complexe de retrouver les intervenants concernés afin de récupérer les documents.

- **La multiplicité des structures**

L'absence de coordination et de communication entre les structures est d'autant plus problématique que les structures et les intervenants dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé sont multiples. La différence des missions et la diversité des statuts constituent des obstacles à la transversalité et à la coordination des actions, alors même qu'elles sont indispensables. Cette complexité nuit à l'efficacité de la réalisation de la vaccination.

MEDECIN B : « Souvent, ils vont à un endroit quand ils n'ont pas de droits, quand ils ont des droits ils ne peuvent plus le faire là, ils doivent le faire ailleurs, après quand ils ont tous les droits ils doivent le faire en médecine générale. »

2.3.4 Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents au système de soins et aux institutions

La quatrième catégorie d'obstacle correspond aux difficultés rencontrées par rapport au système de soins actuel, par les soignants et les populations migrantes.

- **Accès aux soins pour les migrants**

- **L'ouverture des droits à la sécurité sociale**

Il a été mis en valeur par certains médecins interrogés que les difficultés à la mise en œuvre du rattrapage vaccinal étaient directement corrélées aux barrières que rencontrent les migrants pour accéder à une couverture maladie complète.

MEDECIN B : "...la couverture sociale cafouille, car en général ils ont décroché de l'accès aux soins, eh bien la vaccination est catastrophique. Donc moi, je la corrèle principalement à l'accès aux soins."

- **Les coûts supplémentaires**

Pour vacciner, certains prélèvements sanguins peuvent être nécessaires à savoir les sérologies pré- ou post-vaccinales. Nous avons déjà vu dans les obstacles structurels, le coût des doses vaccinales, de leur stockage qui peuvent être un frein au rattrapage vaccinal pour certains de ces patients.

MEDECIN C : "Il y a aussi la question de l'assurance maladie, ceux qui n'ont pas de couverture sociale, ça a un coût. Le quick Test aussi a un coût c'est pas gratuit mais c'est la solution qu'on a pensé la moins pire. "

- **Articulation difficile avec la médecine de ville**

Nous avons déjà soulevé la problématique du manque de coordination et de communication entre les structures mais cela existe également avec la médecine de ville où il est parfois difficile de savoir si les patients sont déjà passés par une structure, s'ils y ont reçu des doses vaccinales etc.

Il a également été soulevé spécifiquement par rapport à la médecine de ville la problématique du Dossier Médical Partagé (DMP). En effet, l'utilisation globale du DMP est actuellement perçue comme défailante et notamment dans cette situation : tant par les médecins au sein des structures qui lui reprochent son inaccessibilité pour y mettre des informations que par les médecins généralistes qui le délaissent car il semble peu pertinent et parfois inadapté à ces patients qui ne disposent pas de carte vitale (support du DMP) pour certains.

MEDECIN G : "Il n'y a pas de trace comme il n'y a pas de dossier commun. Soit on fait un dossier, si c'est la partie médicale on fait un dossier médical partagé (le DMP) et tout le monde met quelque chose dessus, mais on est très très très loin de ça. [...] il faut une carte CPS mais le logiciel de l'hôpital, enfin à ma connaissance, il y a un mois il n'était toujours pas compatible avec le DMP donc ..."

- **Manque de directives nationales concernant les migrants**

Un élément important inhérent au système de soins, regretté par les médecins, était l'absence de directives nationales. La plupart des médecins s'appuyaient sur le calendrier vaccinal français, le guide du groupe d'experts InfoVac, ainsi que sur différentes autres sources, mais sans avoir le sentiment d'une harmonie des recommandations au niveau local ni national. Chacun cherchait et trouvait ses propres solutions à adapter aux patients sans être vraiment sûr que cela soit pertinent.

MEDECIN C : « Il n'y a pas de recommandations officielles, ça nous aiderait grandement pour éviter que chacun fasse sa sauce dans son coin »

- **Manque d'harmonisation des politiques vaccinales européennes**

La plupart des migrants ont traversé plusieurs pays avant d'atteindre la France (quand celle-ci est leur destination). Ils ont parfois reçu des vaccinations le long de leur parcours migratoire en Europe, sans qu'aucune trace ne soit disponible selon les médecins interrogés, complexifiant encore davantage les prises en charge.

MEDECIN K : "euh ... malgré leur passage -parce qu'ils arrivent pas forcément direct en France en premier du tout- dans différents pays d'Europe avant, euh ... ils n'ont jamais été vaccinés,

ou s'ils ont été vaccinés, de toute façon il n'y a aucune trace donc on ne sait pas trop ce qu'il en est."

2.3.5 Obstacles au rattrapage vaccinal inhérents au calendrier vaccinal

Le dernier obstacle identifié dans nos verbatims concerne le calendrier vaccinal français actuel, principale source d'information pour la mise en œuvre du rattrapage vaccinal.

- **Difficultés organisationnelles**

Le premier élément mis en évidence par l'analyse des nœuds concerne les difficultés organisationnelles imposées par le calendrier vaccinal, du fait des différentes injections à intervalles de temps précis, et permettant peu de flexibilité. Cela a été souligné par les médecins et particulièrement par ceux travaillant au sein des structures de prise en charge des populations migrantes.

MEDECIN B : "le fait de les revoir parce que de toute façon la vaccination ça demande des rendez-vous à distance qui ont déjà du mal à être respectés même avec la population générale donc avec eux aussi. »

- **Un calendrier vaccinal lourd**

Certains médecins ont également jugé ce calendrier vaccinal trop lourd pour l'organisation du rattrapage et sans vaccin priorisé.

MEDECIN E : «Alors il est déjà... moi j'le trouve extrêmement lourd pour nos ... enfin nos enfants... en France... pour les français. Aujourd'hui il est quand même redoutable. »

- **Inadapté aux populations migrantes**

Certains lui ont surtout reproché son inadaptation aux populations migrantes avec l'absence de recommandations sur la prise en charge du rattrapage vaccinal lorsque le statut vaccinal est dit « inconnu » ainsi que l'absence de recommandations spécifiques pour ces populations provenant de pays où l'épidémiologie des MPV est différente.

MEDECIN C : « clairement le calendrier vaccinal français qu'on connaît il est inapplicable pour des patients migrants. [...]qu'on a aucune preuve donc on en sait pas du tout dans quel cadre

on se situe. Il manque une feuille au calendrier vaccinal qui serait « conduite à tenir en absence de preuve vaccinale »

- **Différentes stratégies selon les professionnels**

Du fait de l'absence de recommandations nationales sur l'attitude à adopter pour mettre en œuvre le rattrapage vaccinal en cas de statut vaccinal inconnu, les pratiques des professionnels de santé sont hétérogènes.

Trois approches principales ont été mises en évidence : la reprise complète d'une primo-vaccination, la reprise du schéma en fonction de l'âge du patient ou bien une adaptation au cas par cas à l'aide de sérologies. Parmi ces trois démarches différentes de prise en charge, les deux premières sont plutôt rencontrées en pédiatrie et en médecine générale. Cela peut être source de confusion lorsqu'un professionnel de santé a démarré un rattrapage vaccinal et que ce dernier est poursuivi par un autre médecin.

MEDECIN C : "Donc du coup finalement, j'ai quand même l'impression que c'est beaucoup des questions qui remontaient des problèmes de « terrain » ou des fois on savait pas trop, on bidouillait un peu ... enfin bidouiller non mais enfin voilà ... on faisait un peu du cas par cas."

MEDECIN J : "Ce qui est dommage c'est de faire une injection et puis de rien faire derrière, pas contrôler la sérologie, on en sait pas ce qu'a fait cette injection. Est-ce que le schéma vaccinal est complet ou pas ? [...]"

Ils ont été vus une première fois et la reprise n'est pas la même que la nôtre, donc effectivement, ça serait bien qu'il y ait des choses plus homogènes »

- **Modifications fréquentes**

Il a également été évoqué les multiples modifications du calendrier vaccinal, qui le rendent moins lisible et moins adaptable pour certains professionnels de santé.

MEDECIN B : « il y a pas de mal de changements dans les recommandations, chaque trois-quatre ans ça change donc ça redécale un peu. »

- **Comportant certains risques**

Les médecins ont redouté le risque en cas d'injection chez un patient éventuellement déjà immun ou immunodéprimé, etc. Quatre risques principaux ont été mis en valeur lors de l'analyse :

- **Doses complètes ou réduites d'anatoxine**

Face à un statut vaccinal inconnu, plusieurs problématiques de rattrapage ont été identifiées et notamment celle concernant l'utilisation de doses complètes ou réduites d'anatoxine pour les vaccins contre la diphtérie ou la coqueluche.

MEDECIN C : « ...et il faut repartir sur une primo vaccination sauf on fait très mal les choses, ce qu'on fait nous c'est avec du Boostrix® et du coup en terme de valence on n'est pas du tout sûr d'avoir un schéma correct de vaccination. »

▪ **Grossesse et vaccins vivants**

Le rattrapage vaccinal chez une femme enceinte pouvait apparaître également comme risqué, car à la fois la méconnaissance d'une grossesse ou le retard à la vaccination lors d'une grossesse pouvaient avoir des conséquences.

MEDECIN K : "Là où finalement je suis le plus embêtée c'est finalement pour les ROR pour les femmes, qui ont ... qui n'ont pas de contraception, par choix, qui du coup ne savent pas si elles sont enceintes ou pas, mais il y a quand même beaucoup de femmes qui sont comme ça hein"

Les patientes pouvaient ensuite être perdues de vue, compromettant ainsi la mise en place d'un schéma complet. Le médecin ayant évoqué la problématique de la grossesse expliquait également la présence du risque avec les vaccins vivants qui sont contre indiqués dans ce contexte. La majorité de ces femmes n'ayant pas de contraception, il apparaît donc difficile de vacciner immédiatement sans avoir vérifié l'absence de grossesse.

▪ **Immunodépression et vaccins vivants**

En effet, certains médecins disaient que, s'agissant de populations précaires et provenant parfois de pays à forte prévalence de VIH ou de tuberculose, le rattrapage sans sérologie préalable, notamment VIH, pouvait être risqué pour le patient, notamment concernant le risque qu'une personne immunodéprimée reçoive un vaccin vivant.

MEDECIN A : "sans se poser trop la question des patients qui pourraient être immunodéprimés parce que séropositif, stade sida etc. C'est vrai que ça c'est pas quelque chose qu'on se questionnait, alors qu'évidemment, ça peut être un problème surtout que nos patients viennent de pays où il y a un fort taux de prévalence pour le VIH euh donc ça c'était pas forcément quelque chose qu'on mettait en relation. "

MEDECIN F : "La vaccination pour la Rougeole les Oreillons et la Rubéole souvent moi je la propose quand on a fait des sérologies notamment VIH pour s'assurer qu'il n'y a pas d'immunodépression"

▪ **Hyper-immunisation**

La question de l'hyper-immunisation a également été soulevée spontanément par quelques médecins en rapport avec le risque d'administrer des doses de vaccin à une personne éventuellement déjà immune vis-à-vis de cette maladie.

Cette réaction d'hyper-immunisation, ou phénomène d'Arthus survient uniquement avec les vaccins à base d'anatoxines tétaniques ou d'antigènes diphtériques. Il s'agit une

réaction d'hypersensibilité retardée de type 3 (sur les complexes immuns) responsable d'une vascularite locale mais décrite comme bénigne dans la majorité des cas. Nous reviendrons sur ce phénomène plus en détail dans notre discussion. Bien que rare, il était pris en compte par ces médecins, quand certains au contraire considéraient le phénomène comme trop rare et s'en affranchissaient pour la prise en charge.

MEDECIN A : "le seul problème c'est qu'à la SPILF ils mettaient en avant c'était le vaccin contre le, enfin le DTPCa parce qu'il pouvait y avoir une réaction, un phénomène d'Arthus donc une sur-vaccination, avec une grosse réaction inflammatoire mais c'est tout ce qui était mis en avant."

MEDECIN J : "Pour ce qui est du tétanos c'est un petit peu différent, il y a des risques de survaccination"

2.4 Les solutions

La troisième grande partie de notre analyse concerne les solutions pour améliorer cette prise en charge vaccinale des populations migrantes. L'analyse a permis de mettre en évidence deux grandes catégories selon que celles-ci étaient déjà effectives ou non. Nous aborderons donc :

Les solutions **déjà mises en place** par les soignants pour dépasser les obstacles auxquels ils sont confrontés dans leur pratique quotidienne de terrain

Et les solutions que les soignants **souhaitent** pour améliorer la prise en charge vaccinale des populations migrantes.

2.4.1 *Les solutions déjà mises en place*

Lors de l'analyse nous avons constaté que pour contourner ou franchir certains obstacles, les soignants avaient déjà mis en place d'eux-mêmes des solutions "de terrain", s'appuyant quand ils le pouvaient sur les structures où ils exercent ou même sur le système de soin français.

2.4.1.1 *Les solutions déjà mises en place par les soignants*

Ce sont celles qui ont compté le plus de nœuds définis dans l'analyse. En effet, les stratégies de mise en œuvre du rattrapage vaccinal sont multiples et diverses selon la pratique de terrain de chacun et fonction de son mode d'activité. Les verbatims ont été regroupés en trois types de solutions :

- Pour déterminer le statut vaccinal
- Pour définir le schéma de rattrapage vaccinal à adopter
- Pour améliorer le suivi et la prise en charge

- **Pour déterminer le statut vaccinal**

Nous avons vu précédemment que la plupart des migrants ne disposent pas d'un carnet de vaccination à leur arrivée en France posant donc la question du statut immunitaire de la personne vis-à-vis des différentes MPV. La question de la détermination du statut vaccinal était donc, pour l'ensemble des médecins interrogés la problématique centrale à laquelle il fallait répondre afin de pouvoir proposer à chaque patient un rattrapage vaccinal adapté. L'analyse des différents entretiens a permis de mettre en évidence 7 stratégies principales mises en place par les soignants pour déterminer le statut vaccinal d'une personne migrante :

- **Les souvenirs du patient**

La majorité des médecins se servaient, comme point de départ pour leur enquête sur la recherche du statut vaccinal, des souvenirs du patient quant aux éventuelles vaccinations reçues dans le pays d'origine ou le long du parcours migratoire.

MEDECIN K : "Et en général voilà, la première chose qu'on leur demande c'est s'ils se souviennent avoir été vaccinés dans leur enfance."

Cependant, du fait des difficultés sanitaires et sociales de ces populations migrantes ainsi que d'un parcours migratoire souvent long et éprouvant, les médecins ont constaté que les informations fournies par les patients étaient souvent incomplètes et peu fiables.

MEDECIN A : "Donc on questionnait un peu de principe mais les informations rapportées étaient pas fiables"

Un seul médecin considérait les informations délivrées comme recevables quand le patient déclarait avoir été vacciné, sans nécessiter de preuve vaccinale.

MEDECIN M : "Alors, non ils ont eu des vaccins quand ils étaient enfants, ils peuvent me le dire et j'en suis sûre parce que dans ces pays-là il y a quand même beaucoup de vaccination dans l'enfance par les humanitaires etc. Mais moi je continue la vaccination..." [...] "Ah non ! J'ai pas besoin de preuve papier ! On refait en fonction de l'âge on continue la vaccination et ça suffit."

- **L'observation des cicatrices vaccinales**

La présence d'une cicatrice vaccinale (celle du BCG) était considérée par certains comme un bon indicateur de campagne vaccinale dans l'enfance dans le pays d'origine.

MEDECIN D : « Ensuite il y a les cicatrices mais bon qu'est-ce que ça nous donne ? Le BCG mais bon on comprend qu'il y a eu des vaccins, un programme »

▪ **La présence de documents papiers**

La présence d'un document papier attestant de vaccinations antérieures était recherché. Cependant, il en ressortait que extrêmement peu de patients avaient pu conserver avec eux des documents sur leurs vaccinations. De part, leur périple migratoire, leurs priorités administratives ou tout simplement l'absence de documents jamais remis dans leur enfance.

MEDECIN K : "Nan les preuves papiers on n'en a jamais, les preuves papiers on n'en a jamais"

Certains médecins ont parfois eu des documents pour des patients notamment pour les enfants.

MEDECIN D : "Le papier, quand on en a c'est formidable. Il y a pas mal de pays où il y en a pour les enfants ! Les papiers !"

▪ **L'utilisation des schémas vaccinaux des pays d'origine**

Deux axes ont été développés par rapport à l'utilisation des schémas vaccinaux des pays d'origine pour déterminer le statut vaccinal. Certains médecins nous ont confié s'appuyer, en l'absence de preuve vaccinale, sur le calendrier vaccinal du pays d'origine considérant que les patients ont pu bénéficier d'une primo-vaccination complète pour les principaux vaccins.

MEDECIN I : "...le calendrier vaccinal qui correspondait à son âge pour savoir à peu près. On l'a interprété de manière empirique en se disant bon il était bien pris en charge la bas a priori donc on suppose qu'il a eu ces injections-là. "

Pour affiner la recherche, certains médecins demandaient si le patient avait été scolarisé ou non. Si le patient a bénéficié d'une scolarisation il a forcément été confronté à une campagne vaccinale alors qu'en dehors de toute scolarité cela semble bien plus incertain.

MEDECIN C : "Beaucoup disent qu'ils ont été vaccinés à l'école donc déjà tous ceux qui ne sont pas scolarisés et ben... ils passent entre les mailles du filet"

La distinction également entre une vie en milieu rural ou urbain était recherchée par les médecins pour déterminer le statut vaccinal car à nouveau une vie urbaine offrait plus de possibilité vaccinale et d'offre de soins qu'une vie en milieu rural plus isolée.

MEDECIN B : "S'ils viennent d'un milieu rural on sait qu'il n'y a pas de vaccinations"

D'autres prenaient en compte le schéma vaccinal du pays lorsqu'ils avaient des documents de preuve vaccinale en traduisant et reprenant le schéma où il avait été laissé dans le pays en l'adaptant sur le nôtre. Le parcours migratoire était également cité par des médecins comme une opportunité de rattrapage vaccinal du fait des solutions mises en place par nos voisins européens.

MEDECIN I : "Surtout ceux qu'ils ont eus en Espagne, en Italie, sur leur trajet. Quand ils en ont eu deux le même jour on suppose qu'ils ont eu un ROR et un DTP mais c'est que des suppositions"

▪ L'utilisation des TROD

Dans certaines structures, nous avons constaté que quelques médecins utilisaient des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique, dits TROD. Actuellement, il existe actuellement 4 types de TROD à visée de dépistage pour les IST: le VIH, l'Hépatite B, l'Hépatite C et la Syphilis.

Celui qui pourrait être intéressant dans le cadre du rattrapage vaccinal et cité par ces médecins était celui qui concerne l'hépatite B. Le seul commercialisé à l'heure actuelle sur le marché français est dirigé contre l'Ag HBs. Il permet donc de dépister les hépatites B chroniques s'il est positif, mais s'il est négatif il ne permet pas d'évaluer la séro-protection contre l'hépatite B (via la détection des Anticorps antiHBs -Ac antiHBs-) et donc de savoir si le sujet a été vacciné ou non auparavant. L'utilisation de ces TROD permettait à certains médecins d'adapter leur rattrapage vaccinal en fonction de la positivité des tests et d'aborder en suivant la question des autres MPV.

MEDECIN M : "On perd une chance en fait sur des populations très migrantes en fait, on perd une chance en fait de le faire en deux temps. Alors que le TROD c'est top. Le TROD est négatif, on propose une vaccination. Tout de suite, dans le même temps."

En dehors du contexte de dépistage des IST, il existe des tests rapides permettant la détection des anticorps antitétaniques dans le sang, dont le plus développé en France est le Tétanos Quick Test® (TQS). Le TQS est un test rapide de détection des anticorps antitétaniques par immunochromatographie à partir du sang du patient dont le résultat est obtenu en 10 minutes. Certains médecins nous ont rapporté l'utiliser actuellement pour déterminer le statut sérologique du patient en considérant qu'un TQS positif était garant, pour eux, d'un taux d'anticorps suffisant témoignant d'une immunité vaccinale.

MEDECIN C : "...on fait le Quick Test s'il est positif on considère qu'ils ont une immunité qui est là donc éventuellement on leur propose un rappel si il n'y en a pas eu dans les derniers mois, on fait une injection et on rattrape le schéma classique."

▪ L'utilisation de sérologies pré-vaccinales

Pour certaines MPV, les médecins nous ont dit utiliser systématiquement des sérologies pré-vaccinales afin de déterminer le statut vaccinal de la personne. Unaniment ils nous ont indiqué réaliser la sérologie complète de l'hépatite B.

MEDECIN M : "Alors c'est vrai que je donne une grande priorité à l'hépatite B, parce que j'ai beaucoup de migrants en situation précaire, de personnes prostituées, donc c'est vrai que l'hépatite B je vaccine largement on va dire, dès que c'est séro négatif on va dire et après on suit le calendrier vaccinal."

MEDECIN C : "Notamment si la sérologie de l'hépatite B est négative et qu'ils sont naïfs de tout contact avec le virus on peut leur proposer une vaccination contre l'hépatite B et c'est souvent comme ça que je le fais"

Un médecin a évoqué réaliser auparavant des sérologies VZV et hépatite A mais devant l'absence de remboursement des vaccins et le peu de gens non immunisés sur ces pathologies cela a été par la suite abandonné. Certains médecins ont mentionné les sérologies ROR, en ne sachant pas si elles étaient indiquées ou non, mais aucun d'entre eux n'a déclaré les réaliser en pratique.

▪ L'utilisation de sérologies post-vaccinales

Concernant le tétanos, plusieurs médecins nous ont expliqué réaliser une sérologie avec dosage des anticorps anti-tétaniques afin d'adapter le schéma vaccinal à l'immunité du patient. Ils nous ont indiqué faire une première injection de vaccin puis réaliser un dosage des anticorps antitétaniques entre 4 et 8 semaines après cette première injection et déterminer ainsi le statut vaccinal puisque ce dosage permet de révéler une réponse anamnétique à une vaccination antérieure. Cette attitude est conforme aux recommandations du groupe d'expert InfoVac sur le rattrapage vaccinal en cas de statut vaccinal inconnu.

MEDECIN J : "Pour ce qui est du tétanos c'est un petit peu différent, il y a des risques de sur vaccination donc à ce moment-là on fait une première injection et ensuite six à huit semaines plus tard on fait un dosage des anticorps. Et en fonction de la titration après la première injection, soit il est très positif et dans ce cas, il a été vacciné complètement soit c'est complètement négatif donc priori il n'a jamais été vacciné avant, soit entre les deux on voit en fonction du taux d'anticorps."

Cependant, quelques médecins ont admis que la vérification par cette sérologie du statut vaccinal était très difficile dans le cadre de ces populations migrantes car il était difficile de respecter le délai exact pour le prélèvement (4 à 8 semaines après la dose vaccinale), par manque de compréhension, par peur du prélèvement sanguin, par oubli ou négligence car non prioritaire pour le patient. Ils l'ont donc évoqué lors de leurs entretiens mais en pratique,

peu d'entre eux la réalisait systématiquement car elle posait des difficultés d'interprétation lorsque ce délai de 4 à 8 semaines n'était pas respecté.

- **Pour définir le schéma de rattrapage à adopter**

- **S'appuyer sur des sources et références**

Les médecins interrogés nous ont expliqué qu'en l'absence de recommandations nationales claires, ils s'appuyaient sur différents groupes d'experts (InfoVac, MesVaccins.net, etc.), sur le calendrier vaccinal français, sur des articles ou présentations d'infectiologues et de tropicalistes, etc.

MEDECIN K : "Donc en fait ... on est pas mal en relation avec euh ... avec euh ... les experts de Mes vaccins.net du coup, avec les autres centres de vaccination, avec qui on discute un peu et voilà ..."

MEDECIN F : "Donc après c'est le document Infovac qui moi actuellement me sert de référence."

- **Avoir des stratégies propres au professionnel de santé ou à la structure**

Notre analyse a mis en évidence que les professionnels pouvaient réaliser leur propre stratégie de rattrapage vaccinal. Certains nous ont confié avoir décidé des conduites à tenir entre collègues d'une même structure pour harmoniser leurs pratiques quant à la réalisation de certaines sérologies pré-vaccinales, d'autres ont également réalisé des adaptations par rapport au ressenti de leur pratique de terrain en s'appuyant comme dit précédemment sur les éventuelles données de la littérature.

MEDECIN C : "Après moi, dans le cadre de mon boulot on en a refait un avec les autres médecins. On a recoupé des recommandations entre celles du bulletin hebdomadaire de l'HE avec les recommandations des tropicalistes. Mais pour les MNA on a réécrit un schéma pour le tétanos pour le VHB, on s'est pas mis d'accord sur le Priorix pour une ou deux doses. Et on travaille sur la base des sérologies mais c'est nous qui l'avons calibré comme ça."

- **« Sur-vacciner » ou « sous-vacciner »**

Pour certains praticiens la "sur-vaccination" éventuelle en cas d'administration d'un vaccin à une personne éventuellement déjà immune vis-à-vis de cette maladie, n'était pas un problème. Certains nous ont dit revacciner systématiquement pour pouvoir démarrer un rattrapage vaccinal immédiat sans se préoccuper des anciennes injections ou du rare risque d'hyper-immunisation.

MEDECIN K : "Après quand on en discute avec nos collègues, il y a toujours moyen de voilà ... je crois que le ... moi j'ai l'impression que vraiment le truc c'est de se dire « OK on a pas la

réponse, on peut pas du tout faire de sérologie, ben on revaccine quoi. » Il n'y a pas de gros problème, il n'y a pas de frein à ça. C'est vraiment pas ... s'il n'y pas de contre-indication médicale, s'il n'y pas d'antécédent d'allergie, il n'y pas eu de ... et ben on revaccine ! Voilà. "

A l'inverse, ceux qui considéraient que le patient avait correctement reçu une primo-vaccination, reprenaient le schéma vaccinal fonction de l'âge du patient et du calendrier vaccinal français en vigueur.

▪ **Prioriser certains vaccins**

Une des solutions était de privilégier le rattrapage de certains vaccins jugés plus urgents en fonction du contexte : hépatite B pour les femmes en situations de prostitutions ou les toxicomanes, DTPCa dans des contextes de « cocooning » et la méningite pour les jeunes adultes, avant d'envisager le reste du calendrier vaccinal.

MEDECIN D : "c'est sûr que l'idéal ce serait d'au moins pouvoir les protéger sur au moins les/nos grands vaccins : diphtérie, tétanos, polio, [...] on peut essayer pour toutes ces femmes, d'essayer de les vacciner contre la rubéole, la rougeole, les oreillons ce serait pas mal. Enfin, au moins la rubéole quoi ... pour être sûrs que si elles sont enceintes. C'est pas grand-chose mais ... l'hépatite B aussi!"

▪ **Tenir compte d'autres problématiques : HPV, tuberculose, varicelle, grippe**

Certains médecins ont évoqué également la prise en charge des vaccins ne rentrant pas dans le cadre des vaccinations obligatoires mais pouvant être également pertinents comme le vaccin contre le HPV, la grippe, la varicelle, la tuberculose ou l'hépatite A.

Globalement, les médecins en ville nous ont rapporté inclure les patients dans un suivi et une continuité leur permettant d'aborder la question de ces vaccinations à savoir le vaccin anti-HPV pour les jeunes filles, la varicelle pour les jeunes adultes n'ayant pas eu la maladie, la grippe pour les sujets à risque afin d'obtenir un rattrapage vaccinal complet et pour lesquels il n'y a pour le moment pas de recommandations spécifiques pour ces populations.

MEDECIN A : "Il y a une grosse question qui se pose c'est la vaccination, enfin le Gardasil, vraiment un truc qui n'a jamais été trop discuté, euh..., alors que déjà on peut avoir une population éligible pour ce vaccin. Une population qui serait plus complète que la population cible normale, enfin normale, habituelle en France. Quand on voit le parcours, avec les viols à répétitions etc. et je pense que c'est quelque qui devrait être... Enfin c'est quelque chose sur lequel je n'ai pas eu d'informations. C'est vrai qu'on s'est excité sur le DTP même le Méningo C tout, mais pas sur le Gardasil par exemple. Donc c'est quelque chose qui devrait être bien pointé, enfin j'espère, dans les futures recommandations."

Cependant, les médecins travaillant au sein des structures ont souvent évoqué aussi cette question mais peu avait encore trouvé la solution et nous expliquaient agir au plus urgent, et au plus simple en s'occupant déjà des vaccinations les plus usuelles.

- **Pour améliorer le suivi et la prise en charge**

- **Suivi du rattrapage avec le même professionnel**

Certains médecins expliquaient avoir décidé d'organiser tout le rattrapage vaccinal auprès d'un seul médecin afin d'améliorer l'observance et l'organisation des injections notamment, soit en l'assurant eux-mêmes, soit en adressant le patient à la MDS ou encore, lorsque le patient rejoint le droit commun en confiant ce rattrapage vaccinal au médecin traitant.

MEDECIN J : "Bah après moi je n'ai pas le temps de faire de relais, pas le temps matériel. Donc moi je vais jusqu'au bout de la prise en charge des vaccins et ensuite ils sont libres..."

- **Outils de communications avec le patient**

Un des médecins interrogés nous a confié avoir mis en place une stratégie notamment pour le rappel des rendez-vous aux patients migrants afin d'éviter les oublis et améliorer ainsi le suivi du patient.

MEDECIN K : "Et en fait, on a mis en place un système de rappel SMS, parce qu'ils ont tous un téléphone pratiquement quand même avec un forfait qui fonctionne. Parce que moi au début quand on m'a dit ça, j'ai dit oui mais est-ce que, dans leur situation, bah franchement oui. Et du coup, ils viennent tous !"

- **Consacrer du temps de sensibilisation avec les patients**

Une des solutions mises en place par les médecins, était de consacrer un temps notable à l'explication pour aborder la vaccination car le manque de compréhension a souvent été relevé comme participant à l'échec d'un rattrapage vaccinal.

MEDECIN A : "Il y a quelque chose qui est très important c'est que avant de vacciner des gens il faut leur expliquer ce qu'est la vaccination et à quoi ça sert, ça me semble primordial."

Il était également soulevé par les médecins qu'il était plus facile, pour les médecins en structure, de consacrer ce temps, que pour les médecins généralistes en ville et les médecins de la PASS.

- **Se former et s'informer**

La plupart des médecins interrogés qui étaient impliqués dans la prise en charge du rattrapage vaccinal des patients migrants nous ont expliqué prendre également du temps

pour s'informer et se former à la prise en charge de ces patients et notamment par rapport au schéma de rattrapage vaccinal à mettre en place, aux spécificités liées à la migration. Ils s'informaient via des congrès, des revues de la littérature régulières et les documents mis en place par la HAS.

MEDECIN A : "C'est une recherche bibliographique de notre côté, une recherche scientifique, aller dans ces congrès pour aller choper les éléments euh... et les bonnes recommandations"

Nous avons d'ailleurs interrogé les soignants sur la sorties des nouvelles recommandations de la HAS à propos du rattrapage vaccinal des patients à statut vaccinal inconnu et les médecins interrogés étaient au courant de la sortie des recommandations et les attendaient avec impatience.

2.4.1.2 *Les solutions déjà mises en place à l'échelle des structures*

- **Un dispositif matériel adapté**

Au sein de certaines structures habilitées pour la vaccination, les médecins se sont équipés afin de pouvoir réaliser la vaccination directement sur place afin d'éviter de perdre de vue les patients en les orientant. Cela a nécessité une nouvelle organisation. Tout d'abord obtenir une dotation de vaccins, un réfrigérateur pour les conserver qu'il faut entretenir. Leurs stocks étant parfois limités, les médecins nous ont confié s'arranger pour moduler les stocks en fonction des patients et de leurs droits à la sécurité sociale pour avoir toujours une dotation pour ceux qui n'en ont pas.

MEDECIN B : "...on fait les ordonnances pour les jeunes avec le schéma vaccinal complet et puis en général on en est déjà à la deuxième ou troisième dose et on l'utilise comme première dose pour celui sans papiers en attendant et on récupèrera sur un autre donc on fait tourner les stocks quoi..."

- **Accès à l'interprétariat**

Afin de pallier la barrière linguistique, certains médecins travaillant en structure ont pu mettre en place des partenariats pour avoir accès à un interprétariat soit physique soit téléphonique en fonction des langues et des circonstances.

MEDECIN E : "Alors nous on a de la chance ici d'avoir de la traduction quand même, donc on a l'opérateur la ... Inter Service Migrants (ISM) Interprétariat qui est à Paris et qui peut nous donner une traduction par téléphone, en temps réel, avec la personne, c'est rare qu'on ne puisse pas avoir une personne au téléphone, dans la langue pendant la consultation."

MEDECIN K : "Donc voilà, on a un interprète à chaque fois. Donc après voilà il y a le temps d'attente, le machin, mais ouais on fait souvent voilà avec un téléphone au milieu."

Nous relèverons que la mise en place de l'interprétariat a un coût que certaines structures peuvent prendre en charge ce qui est bien plus complexe en médecine de ville.

- **Coordination et orientation vers les structures dédiées**

Certains des acteurs du soin auprès des populations migrantes nous ont déclaré se réunir de temps en temps afin d'essayer de coordonner et d'uniformiser leurs pratiques au sein de la Métropole de Bordeaux en organisant des tables rondes de discussion. Certains médecins ou structures, assurant d'autres missions, ont choisi, eux, d'orienter vers une structure dédiée à la vaccination plutôt que de vacciner sur place, notamment pour Bordeaux, à la MDS.

MEDECIN C : "On travaille de plus en plus avec la MDS, où il y a un centre de vaccination, pour orienter les gens et donc c'est vrai que j'oriente beaucoup de patients vers la MDS pour réaliser des sérologies et dans un second temps des vaccinations sur rendez-vous là-bas, parce que c'est leur mission."

- **Améliorer la traçabilité des vaccinations**

Il y a quelques années les différents médecins que nous avons rencontrés ont mis en place un document commun remis aux populations migrantes appelé « passeport santé » dont l'objectif était la communication sur les soins et les vaccinations entre structures et ensuite pour le suivi en médecine de ville, comme nous avons vu plus haut. Certains l'utilisent encore mais l'outil était principalement décrit comme défaillant pour les soignants car souvent perdu, dégradé, pas assez lisible etc. Lors des entretiens, ils nous ont rapporté réfléchir actuellement à l'améliorer.

2.4.1.3 *Les solutions s'appuyant sur le système de soins*

- **Ouverture des droits**

Nous avons vu précédemment que l'absence de droits ouverts et de couverture maladie limitait l'accès de certaines populations migrantes aux soins et donc à la vaccination. C'est du fait de leur statut administratif que certaines populations de migrants (enfants, MNA, demandeurs d'asile notamment via la PUMa) peuvent avoir une bonne couverture maladie et donc une prise en charge vaccinale facilitée.

MEDECIN I : "...on a les conditions idéales au sein du service. Même si les jeunes qui sont chez nous sont reconnus comme mineurs, donc ils ont la CMU qui va arriver où qui est déjà là et donc les vaccins sont pris en charge."

- **Dispositif MNA**

Le dispositif de prise en charge des MNA a été mis en place pour permettre de protéger ces enfants ou adolescents migrants isolés et de leur permettre l'accès à un bilan de santé incluant le rattrapage vaccinal en plus d'une prise en charge sociale adaptée et d'un accès à l'éducation. Leur prise en charge, d'après les médecins, semblait correcte et permettait d'éviter les difficultés auxquelles les soignants pouvaient être confrontés avec les adultes. Elle permettait de résoudre aussi les problématiques de temporalité et de nomadisme, vu qu'ils sont logés dans des foyers, avec des équipes médico-sociales sur place.

- **Structures dédiées : MDS et PMI**

Sur Bordeaux métropole, il a été mis en place par le département au sein de la MDS un service destiné au dépistage des IST ainsi qu'un service dédié à la vaccination pour réaliser les rattrapages vaccinaux des populations migrantes notamment.

L'articulation en ville avec les PMI permettait également, pour les médecins interrogés, une meilleure prise en charge vaccinale dans le cadre de la pédiatrie.

MEDECIN E : "Les enfants, on travaille avec les PMI. Et avec les PMI, s'ils y vont, ça marche. Les enfants sont vaccinés, ça c'est bien"

2.4.2 Les solutions souhaitées

Dans cette dernière partie l'analyse des verbatims a mis en évidence les solutions souhaitées par les médecins interrogés pour améliorer la prise en charge vaccinale des populations migrantes. A nouveau, l'analyse a permis d'organiser trois catégories principales de solutions :

- Pour les soignants
- Pour les structures
- Relative au système de soins

2.4.2.1 Les solutions souhaitées à l'échelle des soignants

- **Pour la détermination du statut vaccinal**

La question du statut vaccinal inconnu étant un obstacle largement soulevé par l'ensemble des soignants interrogés, la nécessité de pouvoir déterminer un statut clair pour mettre en place un rattrapage adapté semble être indispensable pour eux et des outils adaptés leur seraient utiles. La question de la pertinence et de la fiabilité des sérologies pré ou post-vaccinales ou des TROD apparaissait aussi comme essentielle à résoudre pour faciliter leurs pratiques.

- **Rôle de prévention des infirmiers**

Certains des médecins se sont interrogés sur le rôle de prévention à partager avec les infirmiers qui pourraient être un soutien et accorder un temps dédié à la vaccination, alors que, lors de la consultation médicale, la plupart du temps, d'autres problématiques sont soulevées autour du soin laissant peu de place à la prévention.

MEDECIN E : "Les infirmières en ville pourraient faire de la prévention, comme des infirmières en font à l'hôpital, c'est pas le rôle seulement des médecins de faire de la prévention. Les infirmières sont totalement capables de faire de la prévention, dans d'autres pays ça se fait quand même"

Un des médecins considérant qu'il avait un manque de temps pour s'occuper de la vaccination auprès de ces populations migrantes souhaitait mettre en place une consultation dédiée à la prévention assurée par une infirmière de sa structure afin d'aborder la question de la vaccination et de l'assurer lorsque cela était possible.

MEDECIN A : "une consultation, pour le coup prévention, qui serait gérée par l'infirmière, mais vraiment une activité dédiée, pas un truc en plus à faire, mais sur un temps particulier dans des locaux adaptés. C'est une consultation prévention dans laquelle entre autre, la vaccination serait abordée"

- **Une traçabilité commune**

L'utilité d'une traçabilité unique a également été soulevée par l'ensemble des médecins qui ont souvent relevé un manque d'informations et donc de preuve vaccinale papiers pour la plupart des patients, sachant que certains avaient déjà bénéficié d'une prise en charge au sein d'une structure. Les différents médecins nous ont confié travailler sur un projet à l'échelle de Bordeaux métropole type "carnet de santé" qui reprendrait également des principes de prévention et de soins ainsi qu'une partie dédiée aux vaccins qui serait le

document unique pour permettre une meilleure prise en charge et lisibilité du rattrapage vaccinal en cours en cas de nomadisme et de multiplication des intervenants.

Cependant, dans notre analyse le format de cette traçabilité "idéale" a divisé en deux notre groupe d'interlocuteurs. Certains ont évoqué l'idée d'une traçabilité numérique qui ne pourrait être ni perdue ni dégradée par les conditions de vie du patient mais avec ses limites, et notamment la peur pour les patients de se sentir "surveillés".

MEDECIN A : "ils vont voir un médecin à tel endroit « Bah voilà mes identifiants vaccins c'est ça regardez » mais c'est lui qui les a et il repart avec."

La traçabilité papier semblait l'option la plus facile à mettre en place et la plus adaptée malgré le risque de la perte des documents et était, pour la majorité des soignants, celle à privilégier à l'heure actuelle.

MEDECIN C : "Après le format papier a ses avantages aussi parce que le patient est maître de ses documents"

Certains d'entre eux s'accordaient sur une double traçabilité papier et électronique et notamment avec une possibilité de circulation internationale donc transportable et compréhensible.

MEDECIN A : "Donc le document de traçabilité il faudra qu'il soit et en français et en anglais. Il faut aussi qu'il soit facilement transportable, pas dégradable, pas comme notre super passeport santé."

- **Recommandations adaptées au terrain**

L'aide souhaitée principale et retrouvée dans l'ensemble des entretiens était la mise en place de recommandations harmonisées à l'ensemble du territoire mais surtout adaptées à la pratique de terrain. Les soignants nous ont déclaré vouloir des directives claires quant au choix des sérologies à réaliser avant de pouvoir démarrer le rattrapage vaccinal ainsi que des injections à réaliser prioritairement pour ces populations en fonction de leur parcours.

MEDECIN C : "en espérant qu'ils fassent des recommandations qui soient applicables en pratique."

MEDECIN B : "...une harmonisation en fonction de la région d'origine et du parcours migratoire."

Beaucoup des médecins interrogés soulignaient également l'importance d'une harmonisation à l'échelle européenne pour faciliter les prises en charge des patients passés par d'autres pays. Ces recommandations nationales ont été publiées presque un an après la réalisation de nos entretiens et seront discutées un peu plus loin.

2.4.2.2 Les solutions souhaitées à l'échelle des structures

- **Améliorer la communication entre les structures**

La plupart des médecins travaillant au sein d'une structure nous ont expliqué avoir des difficultés pour savoir si les patients étaient déjà passés par d'autres structures, hormis pour les MNA dont le trajet est fléché.

MEDECIN L : "... meilleure coordination par rapport à l'information de la vaccination, qu'on ne revaccine pas des gens, qu'on leur donne quelque chose s'ils passent par la PASS, par MDM."

La majorité évoquait l'importance d'avoir une meilleure communication entre eux pour harmoniser les pratiques mises en place par chacun et de les adapter ensuite aux patients, ils souhaitaient donc avoir l'opportunité de plus travailler en réseau ensemble.

MEDECIN K : "Alors l'idéal ce serait de ... je pense de pouvoir se poser avec tous les partenaires, de rediscuter de ... voilà, comment on refait les orientations, ça serait super de pouvoir le faire. Je pense qu'il y a plein de gens qui sont très volontaires et qui aimeraient le faire, sans doute c'est à faire. Après est-ce qu'on en a les moyens pour le faire ... je sais pas à court terme ..."

- **Lieu unique de prise en charge**

Des médecins ont suggéré la nécessité d'un lieu unique destiné à la vaccination pour les populations migrantes qui faciliterait l'accès à la vaccination mais aussi aux dépistages, à la prévention, aux soins et permettrait une prise en charge globale médico-psycho-sociale dans une unité de lieu. D'après eux, cela améliorerait la cohérence du parcours des personnes migrantes et éviterait des parcours de santé incomplets.

A Bordeaux, un lieu de ce type existe déjà via la MDS qui assure la vaccination et le dépistage des populations, mais dans certaines limites notamment en terme d'accessibilité aux sérologies et parce que seules les personnes avec une couverture maladie y ont accès. A cela s'ajoutent, les difficultés pour certains patients de trouver le lieu, le risque augmenté de les perdre de vue en multipliant les acteurs de santé. Ainsi, certains médecins démarraient les premières injections eux-mêmes avant d'adresser à la MDS ou autre. Nombre de ceux qui adressaient à la MDS souhaitaient également davantage de retour des patients ou de la MDS.

MEDECIN A : "...d'avoir des lieux uniques ou des lieux identifiés sur la vaccination quel que soit le statut [...] une structure qui initie et termine la couverture vaccinale quel que soit le statut administratif."

- **Une meilleure articulation avec la médecine de ville**

Les médecins généralistes exerçant en ville étaient unanimes pour envisager d'organiser eux-mêmes le rattrapage vaccinal des patients migrants une fois intégrés dans le système de soins et les droits à la sécurité sociale ouverts. En effet, les médecins de ville considéraient ce rôle de prévention comme étant le leur, comme au sein de la population générale, ce qui permettrait un meilleur suivi à leurs yeux. Les médecins de ville souhaitaient également davantage de transmission d'informations par leurs collègues hospitaliers.

2.4.2.3 *Les solutions souhaitées qui pourraient venir du système de soins*

- **Moyens humains et financiers suffisants**

L'analyse a également mis en valeur tout au long des entretiens des questionnements sur le développement et la redistribution des moyens humains et financiers mis en œuvre pour le rattrapage vaccinal des patients migrants. Une grande partie des médecins interrogés souhaiterait organiser une prise en charge avec notamment un rôle prépondérant des infirmiers en prévention et rattrapage vaccinal. Ils demandaient aussi une dotation suffisante pour réaliser les vaccinations sur place et pouvoir réaliser des prélèvements sanguins (comme les sérologies) sans devoir se soucier du financement, et ce dans une volonté d'égalité dans l'accès aux soins.

MEDECIN B : "Pour aussi assurer aux soignants, qu'ils soient payés qu'il y ait une assurance pour la structure soignante d'être payé jusqu'au bout, et que le patient n'ait pas à déboursier."

- **Amélioration de l'accès aux soins pour améliorer l'accès à la vaccination**

L'amélioration de l'accès aux soins et à une couverture maladie est primordiale alors qu'actuellement, le parcours des patients est souvent difficile sur le plan administratif du fait de leurs craintes d'expulsion, de la complexité des démarches, etc.

MEDECIN E : "il y en a qui sont demandeurs d'asile : alors ceux-là je dirais qu'ils sont un peu moins mal lotis parce qu'ils ont, d'abord un titre de séjour en attendant d'avoir le statut, enfin que leur dossier soit traité, ils ont un tout petit peu d'argent enfin pas beaucoup mais ils en ont un petit peu, et en principe ils sont hébergés. Donc c'est plus facile de s'adresser à des gens dans cette situation, que de s'adresser à des gens qui n'ont pas de titre de séjour, donc qui sont en situation irrégulière"

L'idée d'organiser des campagnes de vaccinations était également souhaitée par l'un des médecins interrogés afin de promouvoir l'accès aux soins et à la prévention aux personnes les plus éloignées du soin.

DISCUSSION

1 Discussion de la méthode

1.1 Forces de notre étude

La méthodologie choisie pour notre étude a été adaptée à la question de recherche et a été respectée. Malgré quelques refus de la part des médecins sollicités, nous avons eu suffisamment de répondants pour atteindre la saturation des données nécessaires.

Lors des entretiens, les enquêtrices ont essayé de rester neutres au maximum, de reformuler les réponses des participants et de poser des questions ouvertes afin de laisser parler les interviewés le plus librement possible. Nous avons adopté une attitude bienveillante envers l'enquêté. Les entretiens ont été réalisés tant que possible dans des endroits calmes, après un rendez-vous fixé à l'avance avec le médecin à un moment et un endroit choisis par l'interviewé afin de le mettre à l'aise et que le discours puisse être le plus libre possible. Les enquêtrices étaient de la même profession que les personnes interrogées, ce qui a pu faciliter le discours. Bien que le titre de notre étude ait été mentionné au préalable aux médecins enquêtés, les différents thèmes abordés et le contenu du guide d'entretien n'ont pas été dévoilés avant les entretiens pour éviter le biais de connaissance. Les entretiens ont dans l'ensemble été riches, comme en témoignent les durées des interviews et le nombre de thématiques dégagées.

La retranscription des entretiens a été faite au fur et à mesure de notre étude, en essayant d'être la plus fidèle possible au discours de l'interviewé. L'utilisation d'un logiciel de codage nous a permis d'être plus systématiques et rigoureuses dans l'analyse, qui a été faite au fur et à mesure des entretiens.

Nous avons pu réaliser une triangulation des données grâce à un double codage des verbatims par les deux enquêtrices. Les résultats obtenus de ce double codage (disponibles en annexe) sont superposables avec des nœuds similaires. Les principales différences sont surtout dues à des façons différentes de regrouper les nœuds entre eux. Ce double codage renforce la validité interne de notre étude en limitant le biais d'interprétation.

1.2 Limites possibles de notre étude

- **Biais de sélection**

La représentativité de l'échantillon sélectionné n'est pas une condition de l'analyse qualitative, les résultats ne sont pas nécessairement généralisables à l'ensemble de la population cible de l'analyse, d'autant que le recrutement s'est fait sur un territoire restreint. La taille de l'échantillon était réduite (13 entretiens), ce qui est souvent le cas en recherche

qualitative, mais ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa composition. Nous avons essayé de sélectionner des médecins avec des profils variés en termes de mode d'exercice, d'âge et de sexe afin de permettre une diversification des données et de capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude. Néanmoins, les médecins généralistes libéraux ainsi que les pédiatres étaient peu représentés du fait du mode de recrutement et de la moindre disponibilité de certains professionnels pour participer à notre étude. Nous avons inclus deux médecins exerçant dans la même structure ce qui a pu donner des réponses artificiellement similaires. Deux des médecins interrogés étaient connus des enquêtrices ce qui a pu orienter mais surtout faciliter les entretiens. Enfin, nous n'avons pas pu inclure de médecin exerçant en PMI ni en SMIT car les médecins contactés ont jugé qu'ils ne voyaient pas assez de populations migrantes pour pouvoir participer à notre étude. Cependant, les pratiques en cas de moindre expérience auraient peut-être été intéressantes à explorer car ils ne connaissent pas les mêmes difficultés.

- **Biais de recueil**

L'entretien semi-dirigé est une technique d'enquête nécessitant une certaine expérience. Dans notre cas, les deux enquêtrices étaient naïves en terme de recherche qualitative et de conduite d'entretiens. Ainsi, les techniques de relance, de reformulation ou encore de suggestion n'étaient pas complètement maîtrisées par les enquêtrices exposant à un risque d'entretiens de moins bonne qualité par manque d'expérience. Cependant, l'expérience acquise au fur et à mesure de l'étude a permis un meilleur déroulement de la dernière partie des entretiens. Nous avons essayé de lisser ce biais au maximum en formulant des questions neutres et ouvertes et en laissant parler le plus librement possible les médecins interrogés en respectant les silences.

Le contexte de déroulement des entretiens a pu également influencer leur qualité. En effet, afin de s'adapter le plus possible au planning des médecins interrogés, les enquêtrices ont laissé le choix à l'interviewé de la date, du lieu et de l'horaire du rendez-vous en leur communiquant une estimation de durée d'entretien de 20 à 30 minutes. Ainsi, une partie des médecins ont fait le choix de programmer l'entretien dans leur planning de consultation. Certains enquêtés se sont donc trouvés limités en terme d'horaire et de temps consacré à l'entretien ce qui a pu freiner le développement de leur discours. Par ailleurs, certains entretiens ont été interrompus par des interventions extérieures (appel téléphonique, secrétaire, etc.).

- **Biais de déclaration et de désirabilité**

Il est possible que certains médecins interrogés n'aient pas exposé l'ensemble de leur point de vue à propos du phénomène étudié par peur du jugement ou par manque de précision des questions formulées par les enquêtrices. Le choix des entretiens individuels a permis de limiter ce biais en permettant aux participants de s'exprimer sur le sujet le plus librement possible et sans réserve. D'autre part, le guide d'entretien a été rigoureusement établi afin d'aborder un maximum d'aspects du rattrapage vaccinal chez les migrants primo-

arrivants et des questions de relance ont permis aux enquêtés d'aller au bout de leurs propos tant que possible.

- **Biais d'interprétation**

Une des difficultés en analyse qualitative est d'acquiescer un mode de raisonnement inductif, qui est différent du raisonnement déductif où l'on teste une hypothèse et qui est la « règle » tout au long de nos études médicales. Les conclusions émergent des données et non d'idées préconçues. En effet, le risque serait de ne trouver dans les verbatims que ce qui confirme ces cadres théoriques préétablis, d'autant plus que les enquêtrices n'étaient pas naïves du sujet (les deux enquêtrices ont effectué un stage auprès des migrants au cours de leurs semestres d'internat). Un autre risque est également une surinterprétation des données lors de l'analyse, c'est-à-dire de donner un excès de sens au discours des enquêtés.

Cependant, nous avons essayé de limiter ce biais en faisant attention à la formulation des questions pour qu'elles soient le plus neutres et ouvertes possibles. Nous avons essayé d'éviter le plus possible de faire passer les données empiriques par le filtre de nos idées préconçues. Le double codage a également permis également de limiter ce biais.

Un « feed-back » des résultats qui consiste à soumettre le rapport de l'étude aux participants afin d'approuver ou de réfuter les interprétations des chercheurs aurait permis d'augmenter la validité interne de l'étude mais n'a pas pu être réalisé en raison des contraintes matérielles et de temps.

Au total, malgré certains biais inhérents au type d'étude choisi, ceux-ci ont été limités au maximum permettant, nous semble-t-il, l'analyse et l'exploitation satisfaisantes des résultats. Le choix de la méthode qualitative nous a permis de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins et d'analyser les déterminants de leurs choix.

2 Discussion des résultats

La vaccination, reconnue comme une des plus grandes avancées scientifiques du XX^{ème} siècle, a permis le contrôle et dans certains cas l'éradication de nombreuses maladies infectieuses à prévention vaccinale. La poliomyélite a par exemple été éradiquée en Europe depuis 2002. La vaccination a également permis de diminuer drastiquement la morbi-mortalité en France et en Europe. Le calendrier vaccinal français en tenant compte de ces avancées, vise à procurer aux personnes résidant en France une protection à la fois individuelle mais également collective à l'échelle de la population. Malgré cela, la couverture vaccinale des français et des européens est souvent insuffisante comme en témoigne des récentes épidémies de MPV comme la rougeole. L'hésitation vaccinale avec la remise en question croissante de la balance bénéfice/risque des vaccins a conduit, en France, à augmenter la proportion d'individus non vaccinés ou non à jour dans leurs vaccinations. Dans ce contexte de couverture vaccinale qui peine à se maintenir, la France et l'Europe doivent faire face ces dernières années à une augmentation des flux migratoires. Bien que les

épidémies de MPV ne soient pas dues à des cas d'importation, les migrants ont un risque plus élevé de maladies infectieuses du fait des longs parcours migratoires et, pour une majorité d'entre eux, des conditions précaires dans lesquelles ils vivent à leur arrivée en Europe. La mise en œuvre du rattrapage vaccinal pour les personnes en situation de statut vaccinal incomplet ou inconnu est donc un enjeu de santé publique. Les migrants primo-arrivants en France, dont le statut vaccinal est souvent incomplet ou inconnu sont particulièrement concernés par ce rattrapage vaccinal afin de pouvoir bénéficier de la même protection vis-à-vis des MPV que la population générale.

Au cours de la réalisation de cette étude, il a été rapidement mis en évidence dès les premiers entretiens que cette problématique du rattrapage vaccinal chez les populations migrantes soulevait chez les médecins interrogés des questionnements très divers, allant de réflexions sur les modalités concrètes du rattrapage vaccinal à des enjeux plus larges notamment concernant l'accès aux soins des populations migrantes et précaires. La méthodologie qualitative étant un processus continu du recueil des données à l'analyse, il est possible et même enrichissant de reformuler la question principale en cours d'étude selon les données recueillies. Ainsi, même si la thématique de rattrapage vaccinal est restée au cœur des entretiens, de nombreux questionnements parallèles ont été abordés spontanément par les médecins interviewés amenant à les évoquer lors des entretiens suivants. Cela explique le développement et l'intégration de la catégorie « *contexte* » dans nos résultats, même si l'objectif principal de notre étude était bien d'identifier et d'analyser les obstacles rencontrés par les médecins lors du rattrapage vaccinal des migrants primo-arrivants en France et les stratégies souhaitées ou déjà mises en place pour contourner ces difficultés.

Par ailleurs, il est nécessaire pour bien comprendre ce travail, de recontextualiser sa réalisation. Au moment de lancer ce projet de thèse il y a un peu plus de 2 ans maintenant, il n'existait pas de recommandations nationales concernant le rattrapage vaccinal des migrants primo-arrivants et l'attitude à adopter en cas de statut vaccinal incomplet ou inconnu. C'est d'ailleurs ce qui avait motivé la réalisation de notre étude : souligner l'hétérogénéité des pratiques et identifier les difficultés « de terrain » rencontrées par les professionnels de santé en l'absence de directives claires et établies. Dans ce contexte, la DGS avait saisi en juillet 2017 la HAS afin de définir la conduite à tenir en termes de stratégie vaccinale pour les personnes migrantes et en population générale, en cas de statut vaccinal incomplet, inconnu ou incomplètement connu. Un partenariat entre la SPILF et la HAS a été instauré en vue de l'élaboration conjointe de ces recommandations.

Ces recommandations ont été publiées en décembre 2019 et n'étaient donc pas connues, ni des enquêtrices ni des médecins interrogés lors des entretiens, bien antérieurs de janvier à juin 2019. La majorité des médecins interviewés étaient au courant de ces recommandations en cours d'élaboration et nous avons pu remarquer lors des entretiens qu'ils attendaient beaucoup de celles-ci pour améliorer et uniformiser leurs pratiques.

Nous avons fait le choix de confronter les résultats à ces recommandations dans la discussion, en insistant sur les questionnements soulevés par les médecins interrogés notamment concernant la place des sérologies pré- et post-vaccinales et le crédit à apporter à l'interrogatoire dans la détermination du statut vaccinal. Nous discuterons dans un premier temps de l'hétérogénéité des pratiques retrouvée dans notre étude, des obstacles au

rattrapage vaccinal chez les migrants en France et des éventuelles solutions souhaitées ou mises en place en rapprochant les résultats avec les données de la littérature.

2.1 Hétérogénéité des pratiques

Dès les premiers entretiens, nous avons pu identifier une grande diversité des pratiques dans la mise en œuvre du rattrapage vaccinal des personnes migrantes dont le statut vaccinal est le plus souvent inconnu. S'agissant des principes généraux de rattrapage vaccinal les attitudes adoptées étaient différentes avec des médecins qui déclaraient refaire une primo-vaccination complète, indépendamment de l'interrogatoire, d'autres qui déclaraient reprendre le calendrier vaccinal français en fonction de l'âge en considérant que la primo-vaccination avait bien eu lieu dans le pays d'origine. Pour la détermination du statut vaccinal, certains déclaraient s'aider d'outils comme les calendriers vaccinaux des pays d'origine et d'autres des sérologies pré- ou post-vaccinales. Cette hétérogénéité des pratiques, directement corrélée à l'absence de recommandations nationales officielles au moment des entretiens, a d'ailleurs été identifiée par un certain nombre de médecins comme un obstacle en lui-même à la mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez les migrants. En effet, les médecins interrogés ont souligné les difficultés pour reprendre un schéma vaccinal déjà entrepris par un autre professionnel ou une autre structure lorsqu'il n'y a pas de preuve vaccinale et que le médecin ne sait pas quelle conduite à tenir a été adoptée initialement. Cette prise en charge est souvent complexifiée par le manque de continuité de soins et la multiplicité des intervenants.

Ces différences de pratiques concernant le rattrapage vaccinal chez les migrants à statut vaccinal inconnu est également retrouvée dans la littérature.

L'étude de Vignier *et al.* (1) publiée en 2019 que nous avons détaillée en introduction a permis de mettre en évidence des pratiques très hétérogènes chez les médecins français ayant participé à l'enquête : elles sont partagées entre une approche simple de rappel unique ou reprise d'une primo-vaccination complète et une approche plus complexe, avec recours à des sérologies ou aux calendriers vaccinaux des pays d'origine pour estimer les vaccinations antérieurement reçues. Les auteurs concluent sur la nécessité d'élaborer des recommandations pratiques afin d'homogénéiser ces pratiques.

La thèse d'exercice de Gaylord Delobre (71), soutenue en 2012, est une enquête sur les pratiques de rattrapage vaccinal dans 25 centres français disposant de consultations spécialisées pour les enfants adoptés à l'international. Cette étude prend en compte le crédit apporté à l'interrogatoire et à l'éventuelle présence de documents vaccinaux, le schéma vaccinal proposé (en tenant compte ou non de ces antécédents vaccinaux) avec l'aide ou non de sérologies et le bilan de santé prescrit à l'arrivée. La deuxième partie de l'étude évalue dans quelle mesure le bilan d'arrivée entraîne une modification de la stratégie de rattrapage vaccinal, en comparaison à la prise en compte des antécédents seuls dans une consultation d'orientation et de conseil en adoption du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes. Les résultats des sérologies tétaniques par exemple ont modifié l'attitude pour 44,1% des enfants (52/118) par rapport à la seule prise en compte des antécédents vaccinaux. Une

primo-vaccination systématique aurait ainsi été inutile chez 65,3% des enfants (77/118) et indiquée en revanche chez 34,7% des enfants (41/118). L'auteur conclut son travail en faisant le constat qu'au sein de ces 25 consultations, il n'y avait pas une conduite à tenir homogène.

Pour illustrer ces expériences et pratiques de rattrapage vaccinal très diverses, nous nous sommes également intéressées aux différents protocoles mis en œuvre dans les centres français accueillant les populations migrantes (centres de vaccination, PASS, etc.). Dans ses recommandations, la HAS a détaillé ces différents protocoles (34), dont un exemple est disponible en annexe 11, celui du centre de vaccination du CHU d'Amiens. L'étude de ces protocoles met en évidence l'usage fréquent de sérologies systématiques pour l'hépatite B, le VIH, la varicelle et le tétanos (souvent en post-vaccinal) et la pratique du dépistage de l'infection tuberculeuse latente. L'utilisation des autres sérologies dans une perspective de rattrapage vaccinal apparaît plus limitée. Les séquences de vaccinations et de sérologies proposées peuvent toutefois différer selon les centres. Au cours de notre étude, seuls les médecins participant au réseau de coordination de la prise en charge des MNA de Gironde ont déclaré se baser sur un protocole commun pour le rattrapage vaccinal. Celui-ci est détaillé en annexe 12. Une attention particulière est portée dans ce protocole à la limitation et la « condensation » des injections et des prélèvements sanguins chez cette population, en raison de son caractère invasif et du risque de refus par l'adolescent ou le jeune adulte. Les médecins exerçant auprès des MNA nous ont en effet rapporté dans les entretiens cette non acceptation des injections comme un obstacle fréquent au rattrapage vaccinal, voire même comme le principal obstacle pour un des médecins .

2.2 Obstacles au rattrapage vaccinal des migrants en France

Au fur et à mesure des entretiens, nous avons pu identifier un certain nombre d'obstacles rapportés par les médecins dans la mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez les migrants. Nous avons choisi de discuter ceux qui nous ont semblé les plus importants.

2.2.1 Autres priorités que le soin

La grande majorité des médecins interrogés ont rapporté comme obstacle à la vaccination des migrants la grande précarité, à la fois juridique et socio-économique, à laquelle ils sont confrontés à leur arrivée en France, ne faisant pas du soin et de la santé leur priorité. Ainsi, ces populations font face, quotidiennement, à une culture de la survie où les démarches administratives et sociales priment sur le recours aux soins curatifs, et encore plus préventifs comme la vaccination. Les premiers contacts avec le corps médical sont d'ailleurs souvent dans un contexte d'urgence et une grande proportion des médecins interviewés ont déclaré avoir d'autres problématiques à gérer, plus urgentes, avant de pouvoir aborder les questions de prévention et de vaccination.

Une étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les PASS en 2016 (24) soulignait déjà les conditions de grande précarité dans lesquelles ces personnes vivent. Concernant les conditions d'hébergement tout d'abord, seulement 14,3%

d'entre eux (119/831) disposaient d'un logement personnel et 40% n'avaient pas d'hébergement stable et/ou salubre. Le statut juridique est également fragile avec un peu plus d'un participant sur 3 ne disposant d'aucun droit au séjour en France. Les personnes ayant déposé une demande d'asile représentaient la deuxième situation rencontrée en fréquence. Migration est souvent synonyme de rupture d'activité pour beaucoup d'immigrés avec comme conséquence une grande précarité économique. Seulement 16,7% des personnes étaient en emploi (137/801) et près de la moitié des patients (47,3% ; n=765) n'avaient aucun revenu. Il est à noter que 48% des répondants avaient réduit leur alimentation en raison de problèmes financiers sur les douze derniers mois. Selon l'Insee, le taux de chômage des immigrés atteignait 20% en 2016, soit deux fois plus que celui de la population générale.

Le rapport de l'observatoire de MDM (22) rapporte également une grande précarité des patients reçus dans les CASO en 2018. Les conditions de logement sont particulièrement difficiles puisque seuls 6,3% disposent d'un logement personnel, 60% sont hébergés (principalement par de la famille et des amis), 6% vivent en squat ou en bidonville et 26% sont sans domicile fixe. La situation économique des personnes accueillies dans les CASO apparaît également fortement dégradée puisqu'en 2018, seules 14,4% des personnes âgées de 16 ans et plus exercent une activité professionnelle, contre 40% en 2008. Le travail non déclaré reste le plus fréquent, la situation administrative des ressortissants étrangers ne leur permettant bien souvent pas l'accès au travail de manière légale. De ce fait, la situation financière de ces personnes est extrêmement précaire : 97,9% d'entre elles vivent en-dessous du seuil de pauvreté et 51% n'ont déclaré aucune ressource pour vivre. Il est important enfin de souligner la situation administrative très précaire de ces populations puisque 61,7% (n= 9 631) des étrangers majeurs reçus dans les CASO étaient en situation irrégulière.

A ces facteurs de précarité, il faut ajouter la vulnérabilité affective et psychologique liée à l'exil, l'isolement social en lien avec les séparations sur le long terme avec la famille, pour certains, la barrière de la langue, aggravant ainsi la fragilisation économique et sociale liée à la précarité. Les migrants primo-arrivants cumulent souvent ces facteurs de vulnérabilité, ainsi qu'un long parcours migratoire (304 jours en moyenne pour les patients consultant dans les PASS en 2016) avec parfois des violences subies ou dont ils ont été témoins au cours de ce parcours ou dans leur pays d'origine. Près d'un tiers des patients consultant dans les PASS en 2016 ont rapporté avoir été confrontés à des événements traumatisants (guerres ou violences) dans leur pays d'origine, ainsi que sur leur parcours migratoire, avec la souffrance psychique et les psycho-traumatismes qui peuvent en découler.

Ainsi, ces situations sociales et ces parcours de vie difficiles pour un grand nombre de migrants primo-arrivants, les exposent à des difficultés quotidiennes au sein desquelles la santé est rarement une priorité.

2.2.2 Barrières à l'accès aux soins

La mise en œuvre du rattrapage vaccinal dépend souvent de l'accès aux soins des personnes en ayant besoin. En effet, au cours de notre étude, la majorité des médecins interviewés ont souligné le fait que les difficultés observées vis-à-vis de la vaccination chez les migrants n'étaient que le témoin des difficultés rencontrées pour accéder aux soins de

manière générale, et notamment pour bénéficier de droits existants permettant un accès aux services médicaux et sociaux. S'ils partagent des difficultés d'accès aux soins communes avec la population autochtone du fait des inégalités sociales de santé, les migrants primo-arrivants doivent faire face par ailleurs à des difficultés économiques (précarité financière, difficulté de logement), socio-culturelles (difficultés linguistiques, perte de repères et de lien social) et administratives (précarité juridique et droit au séjour, droit au travail, droit à une protection sociale, complexité des démarches administratives). L'ensemble de ces facteurs se cumulent pour limiter l'accès aux soins des populations migrantes avec comme conséquences le report ou le renoncement aux soins qui peuvent avoir un impact significatif sur l'état de santé et la morbi-mortalité de ces populations. Or, la France ainsi que les 53 états membres de la World Health Organization (WHO) European Region, ont l'obligation d'assurer aux populations migrantes un accès équitable et non discriminatoire aux systèmes de soins, incluant la vaccination, et ce indépendamment de leur statut administratif, en accord avec l'EVAP 2015-2020. (72)

- **Couverture maladie : un écart entre droits et pratiques**

Le principal facteur décisif de l'accès aux soins est l'existence d'une assurance maladie et son degré de couverture, synonyme de droits « ouverts ». La nature et la durée de la protection maladie des migrants sont directement corrélées au titre de séjour de la personne, comme le soulignent deux membres du COMEDE dans un article paru en 2019 (73). La caisse de Sécurité Sociale est tenue de contrôler la validité du titre de séjour, et les périodes de renouvellement de ces documents peuvent conduire à des ruptures de droits, impactant directement la possibilité d'une continuité des soins. Ces interruptions de droits sont en grande partie responsables de la multiplication des intervenants et des professionnels de santé dans les parcours de soins des populations migrantes (l'accès à la médecine de ville n'étant possible qu'avec une couverture maladie efficace), complexifiant les prises en charge et notamment la mise en œuvre d'un rattrapage vaccinal nécessitant un suivi avec plusieurs injections. Un certain nombre de médecins ont rapporté cet obstacle dans notre étude. En France, une couverture maladie est théoriquement accessible pour le plus grand nombre, soit par l'intermédiaire de l'Assurance Maladie (Sécurité Sociale), soit pour les migrants en situation irrégulière par l'intermédiaire d'une aide sociale ayant valeur de couverture maladie : l'AME. Cette couverture maladie ne couvre souvent qu'une partie des dépenses de santé et doit ainsi être complétée par une complémentaire santé (CSS pour les personnes les plus précaires). Ces différents types de protection maladie ont été détaillés en introduction et sont représentés sous forme d'une figure récapitulative disponible en annexe 13.

En théorie, toute personne démunie et vivant en France a droit à une protection maladie intégrale (de base et complémentaire). Dans la pratique, des personnes avec des droits ouvrables au jour des soins, peuvent rester pendant de longues périodes sans droits ouverts, soit parce que le processus de traitement de la demande est long, soit parce que les justificatifs à produire sont inaccessibles pour la personne témoignant de la complexité du système de protection sociale (73). L'accès aux soins pour ces populations sans couverture maladie reste alors possible uniquement par le biais des PASS, dont beaucoup sont saturées faute de moyens humains et financiers, et via le DSUV assuré par les hôpitaux publics. Cet

écart important entre droits et pratiques est illustré par le rapport de l'observatoire de MDM (22). Les obstacles à l'accès aux soins des migrants font l'objet d'une analyse détaillée chaque année par le COMEDE et MDM auprès de leurs consultants (21,22). En 2013, plus des trois quarts des obstacles recensés dans le cadre des permanences téléphoniques du COMEDE étaient des difficultés d'accès à la protection maladie. Parmi les consultants des CASO en 2018, les principaux obstacles évoqués dans l'accès aux soins sont les difficultés administratives renforcées par une complexité des démarches, la méconnaissance des droits et des structures, la barrière linguistique et les difficultés financières. En 2018, 7 personnes sur 10 reçues dans les CASO pouvaient théoriquement bénéficier d'une couverture maladie, mais dans les faits seules 14% d'entre elles en disposaient lors de leur première visite. Ces données mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de précarité pour faire valoir leurs droits et en assurer la validité continue dans le temps. Ces difficultés augmentent le risque de retard ou de renoncement aux soins : près de la moitié des patients reçus dans les CASO en 2018 présentaient un retard de recours aux soins et 40,4% nécessitaient des soins urgents ou assez urgents. Des données similaires ont été rapportées lors de bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens (74) : un quart des répondants (n=361) a déclaré avoir une couverture maladie à la date du bilan. Ce taux augmentait, logiquement, avec la durée de séjour sur le territoire français : 31% pour les personnes arrivées en France depuis plus de 3 mois et 43% pour celles présentes depuis plus de 6 mois. Une des raisons invoquée par les auteurs pour expliquer cette faible proportion de personnes ayant acquis une couverture maladie est la nécessité, pour bénéficier de l'AME, de fournir la preuve du temps de séjour sur le territoire, ce qui est souvent impossible pour les personnes. MDM a également avancé cette condition d'antériorité de résidence pour l'obtention de l'AME comme un des obstacles à l'accès aux soins des plus démunis. Dans leur dernier rapport (22), ils soulignent que la dualité AME/PUMa (anciennement AME/CMU) a des conséquences concrètes dans l'accès aux soins et à la prévention des bénéficiaires de l'AME : ils ne sont pas dans l'obligation d'avoir un médecin de traitant, sont exclus des programmes de prévention et ne disposent pas de carte vitale. Ils militent donc, avec le soutien de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et du Défenseur des droits pour l'intégration de l'AME dans la sécurité sociale.

- **La barrière linguistique**

Dans notre étude, un peu plus de la moitié des médecins participants ont rapporté la barrière linguistique comme étant un frein à la vaccination des populations migrantes, certains l'ont même identifiée comme étant le principal obstacle. Ces médecins ont souligné que cette barrière linguistique représentait plus généralement un obstacle à l'accès aux soins des migrants récemment arrivés et notamment à l'accès à la médecine de ville qui disposent rarement d'un interprétariat professionnel. Paradoxalement, les deux médecins généralistes libéraux interviewés dans le cadre de notre étude n'ont pas identifié cette barrière de la langue comme étant un véritable frein à la prise en charge des migrants, et ce grâce à leurs propres compétences linguistiques notamment anglophones et au développement d'outils numériques et d'applications d'aide à la traduction en ligne.

Cette barrière linguistique est à la fois un obstacle pour les professionnels de santé et évidemment pour les migrants eux-mêmes altérant ainsi la communication nécessaire pour établir une relation médecin-patient de qualité. Les difficultés linguistiques sont d'ailleurs évoquées par 16,1% des patients reçus dans les CASO en 2018 comme étant le principal obstacle à l'accès aux soins (22). Le COMEDE rapporte également les problèmes de langue comme étant souvent la principale difficulté de prise en charge pour les migrants non francophones et non anglophones récemment arrivés en France (21). Pourtant indispensable à l'égalité et à la non-discrimination dans l'accès aux soins, l'accès à l'interprétariat est le plus souvent non effectif dans les structures de santé, y compris dans les services spécialisés. Dans notre étude, seuls 4 médecins (dont 2 travaillant au sein de la même association) ont déclaré disposer d'un interprétariat (téléphonique) en permanence. Les raisons de ces difficultés d'accès à l'interprétariat peuvent être d'origine financière mais également organisationnelle comme l'a souligné un des médecins généralistes pour l'interprétariat présentiel. En dépit de plusieurs expériences positives (recours gratuit dans tous les services de maladies infectieuses et tous les Centres d'information et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), avec le soutien de la DGS), il n'existe pas de service public d'interprétariat en France. Des associations spécialisées, et à but non lucratif, proposent des services d'interprétariat par téléphone ou par déplacement. Pourtant, il est reconnu que le recours à l'interprétariat professionnel améliore le dialogue entre le soignant et le patient, évite la multiplication des consultations, voire les errances ou les erreurs de diagnostics (75) et par conséquent réduit les risques de retard de recours aux soins et de complications médicales. La HAS d'ailleurs, dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de 2016, considère que « *seul le recours à un interprète linguistique professionnel permet de garantir aux usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome d'une part, et aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical d'autre part.* » (76)

Ainsi, il paraît important de développer et d'encourager l'accès et le recours à l'interprétariat encore minoritaire quand les moyens « du bord » ne suffisent pas, afin d'assurer une prise en charge de qualité et de réduire les inégalités de santé en termes d'accès aux soins.

2.2.3 Barrières spécifiques au rattrapage vaccinal

De nombreux obstacles à la mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez les migrants ont pu être identifiés par l'analyse de nos entretiens, dont certains ont été discutés précédemment. Nous allons rapprocher ces résultats des barrières à la vaccination des migrants déjà publiées dans la littérature.

Une étude qualitative menée en Australie et publiée en 2017 a identifié cinq problématiques en lien avec le rattrapage vaccinal des réfugiés après analyse de 30 entretiens semi-dirigés de professionnels de santé intervenant auprès de ces populations (77) :

- des difficultés de financement des programmes de vaccination

- l'absence de recommandations nationales à propos du rattrapage vaccinal des migrants et des réfugiés
- l'absence de détermination claire des rôles et des responsabilités de chaque intervenant dans la mise en œuvre du rattrapage vaccinal
- l'absence de registre centralisé, d'outil commun de communication concernant les vaccins administrés
- une formation insuffisante des médecins généralistes

Dans son rapport publié en 2018 à propos du dépistage et de la vaccination des maladies infectieuses chez les migrants (59), l'ECDC met en évidence plusieurs obstacles à la vaccination des migrants primo-arrivants :

- les difficultés d'accès aux soins
- la fragilité socio-économique
- la barrière linguistique
- les difficultés d'accès aux services de vaccination (éloignement géographique, délais de rendez-vous etc.)
- le projet de poursuivre son parcours migratoire
- la peur de l'arrestation et de l'expulsion
- la nécessité de travailler
- le manque de connaissances à propos de la vaccination (principe, physiopathologie de base, etc.)
- le coût et les difficultés financières
- l'absence de directives nationales pour les professionnels de santé

La plupart de ces obstacles ont été retrouvés dans l'analyse de nos entretiens. Par ailleurs, il est intéressant de noter que plus de la moitié des médecins interrogés dans notre étude ont rapporté une bonne acceptation de la vaccination chez les migrants (à condition d'en avoir expliqué les principes quand il existait un manque de connaissance à ce sujet), voire même une meilleure adhésion que la population majoritaire. Ce constat est retrouvé dans la littérature avec une population qui semble accepter facilement la vaccination quand elle est proposée, parfois à un niveau plus important que la population majoritaire (78). D'ailleurs, aucun médecin n'a déclaré avoir fait face à des réticences de la part des patients migrants vis-à-vis de la vaccination (un seul médecin a signalé un refus fréquent mais uniquement en lien avec le geste de vacciner, la « piqûre » et dans une population spécifique d'adolescents et de jeunes adultes) : pas de méfiance, de doute sur la balance bénéfique/risque des vaccins, d'hésitation vaccinale pourtant si présentes dans la population autochtone. Dans une thèse qualitative réalisée en Gironde qui analyse les motifs de retards vaccinaux invoqués par les parents d'enfants âgés de 2 mois à 6 ans (79) l'hésitation vaccinale était quasiment retrouvée dans tous les entretiens comme motif de retard vaccinal.

Dans une revue de la littérature sur la vaccination des migrants et des réfugiés en Europe (40), les auteurs ont identifié plusieurs barrières au rattrapage vaccinal :

- la mobilité des migrants à travers les pays européens peut entraver le bon déroulement du schéma vaccinal avec parfois un non-respect des intervalles ou la répétition de certaines injections déjà réalisées
- les services de dépistage des maladies infectieuses et de vaccination ne sont pas toujours assurés pour les migrants ou ne sont pas toujours facilement accessibles, ni centrés sur les besoins de santé de ces populations
- l'absence d'information disponible sur le statut vaccinal des migrants, l'absence de système de collection des données épidémiologiques à propos de l'incidence des maladies à prévention vaccinale et de leur couverture chez les migrants et l'absence d'harmonisation des directives des différents pays européens concernant le rattrapage vaccinal des migrants
- les difficultés économiques frappant les pays d'accueil, compliquant l'accès des migrants aux soins et exacerbant leur vulnérabilité aux maladies infectieuses
- le refus de certains migrants en situation irrégulière d'être vacciné ou enregistré par peur d'être arrêté ou expulsé
- le manque de coordination des structures au sein d'un même pays mais également entre les pays européens pouvant entraîner une duplication des vaccinations ou à l'inverse leur absence

Ce dernier point a été identifié comme un obstacle à la vaccination des migrants par tous les médecins de notre étude et à toutes les échelles : que ce soit entre les pays (lorsque le patient est passé par d'autres pays européens au cours de son parcours migratoire et a éventuellement été vacciné), entre les départements français, entre les différentes structures et professionnels accueillant les migrants primo-arrivants d'un même département et d'une même région et particulièrement l'articulation avec la médecine de ville, le manque de coordination a occupé une part importante du verbatim exprimé par les médecins interviewés. Ce manque de coordination était expliqué par les enquêtés par : un outil de communication défaillant posant ainsi la question du mode de traçabilité pour les vaccins effectués principalement, et une méconnaissance du réseau à disposition et des interlocuteurs d'autre part. Ces difficultés de communication et de coordination entre les différents professionnels intervenant auprès des migrants sont exacerbées par la multiplicité des intervenants et la complexité des parcours de prise en charge. Ces dernières peuvent s'expliquer par les difficultés de maintien dans la filière de soins avec souvent une discontinuité des prises en charge, aggravées par la complexité du système de protection sociale (que nous avons détaillé précédemment) et par des réformes récentes liées à l'immigration : notamment la procédure Dublin (détaillée en introduction) et la péréquation. La péréquation a été mise en place par l'ancienne ministre de la justice Christiane Taubira en 2013 et avait pour objectif une meilleure répartition de l'accueil des MNA entre les départements. Une fois le statut de MNA reconnu et ce, au terme de la période d'évaluation (pouvant s'étirer sur plusieurs semaines), le mineur peut être envoyé dans un autre département que celui où il a été repéré initialement et évalué. Les médecins de notre étude intervenant auprès des MNA ont rapporté ainsi des ruptures dans les prises en charge avec des mineurs qui arrivent parfois sans aucun dossier ni carnet de santé. Un extrait de témoignage de parcours migratoire publié par Arnaud Veisse, membre du COMEDE est disponible en annexe 13.

2.3 Apport des récentes recommandations HAS de décembre 2019

Nous allons maintenant discuter des nouvelles recommandations publiées par la HAS en décembre 2019, analyser les solutions qu'elles apportent dans la mise en œuvre du rattrapage vaccinal et les confronter à nos résultats afin de voir si elles répondent aux questionnements des médecins interrogés et si elles prennent en compte les réalités de « terrain ».

2.3.1 Quand aborder la question du rattrapage vaccinal et quel est le bon moment pour vacciner ?

Au fil de nos entretiens, deux attitudes se sont clairement dégagées lorsque s'est posée la question du bon moment pour aborder la vaccination et pour débiter le rattrapage : précocement et systématiquement, dès la première consultation pour certains, et dans un second temps pour les autres, après avoir pris en charge la demande du patient et les problématiques plus urgentes. Les médecins ont justifié cette dernière attitude la plupart du temps par un manque de temps pour aborder la vaccination et plus largement les questions de prévention. Les médecins exerçant dans les PASS notamment, ont identifié ce manque de temps comme un des principaux obstacles au rattrapage vaccinal, s'aggravant au fil du temps avec une augmentation du nombre de patients sans augmentation des effectifs médicaux et donc une diminution des temps de consultation. Une des solutions imaginée pour pallier ce problème serait la mise en place d'une consultation infirmière dédiée à la prévention et à la promotion de la santé au sein des PASS du CHU de Bordeaux, dont un des rôles serait, entre autres, d'aborder la question de la vaccination et de vérifier le statut vaccinal des personnes migrantes récemment arrivées en France. En juillet 2020, cette consultation n'a toujours pas vu le jour. Cela irait pourtant dans le sens des recommandations (34) : la HAS préconise, pour les personnes migrantes, un rattrapage vaccinal le plus tôt possible, après leur entrée sur le territoire et dans un délai optimal de 4 mois après leur arrivée. Ce délai correspond à la majorité des recommandations européennes et internationales (ECDC, ACIP pour les Etats-Unis, ASID pour l'Australie, STIKO pour l'Allemagne) qui préconisent des structures de soins à l'accueil des migrants permettant dès leur arrivée dans le pays d'accueil de bénéficier d'un bilan de santé, de dépistage des maladies infectieuses ainsi que de rattrapage vaccinal.

2.3.2 Recommandations générales pour la mise en œuvre du rattrapage vaccinal

Lors de nos entretiens, les médecins ont soulevé des questionnements quant aux modalités pratiques du rattrapage vaccinal comme par exemple le nombre d'injections à réaliser lors d'une même consultation ou les risques à administrer des vaccins à une personne éventuellement déjà immune vis-à-vis d'une des maladies. Les recommandations ont permis de clarifier certains points, en reprenant principalement les règles de rattrapage vaccinal émises par le groupe d'experts InfoVac qui ont été détaillées dans notre introduction. (34)

- Toutes les doses de vaccins reçues comptent, indépendamment du délai écoulé depuis la dernière dose reçue si l'âge minimal, l'intervalle minimal entre les doses et la dose d'antigène recommandée pour l'âge ont été respectées. Un tableau disponible en annexe 14 reprend les intervalles minimaux à respecter entre deux doses de vaccins en primo-vaccination.
- Jusqu'à quatre injections peuvent raisonnablement être réalisées au cours d'une consultation en privilégiant l'utilisation des vaccins combinés. Des sites différents sont utilisés lors d'injections multiples, espacés d'au moins 2,5 cm, en privilégiant les deltoïdes chez les grands enfants et les adultes et la face antérolatérale des cuisses chez les nourrissons. Un tableau en annexe 15 reprend les spécialités vaccinales disponibles en France en 2019 avec les combinaisons de vaccins possibles avec leur âge limite d'utilisation selon l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).
- Il n'existe pas d'association déconseillée entre les vaccins recommandés dans le calendrier vaccinal français (à l'exception de l'interaction vaccin fièvre jaune-vaccin rougeole). Il n'y a donc pas d'intervalle de temps minimal à respecter entre les vaccins en cas d'administration de vaccins différents, à l'exception des vaccins vivants viraux qui doivent être administrés le même jour ou à 4 semaines d'intervalle (la liste des vaccins vivants viraux est résumée dans le tableau 2 en introduction). Par ailleurs, il est important de noter que l'administration d'un vaccin vivant viral comme le ROR est susceptible de rendre à tort négative une Intra Dermo Réaction (IDR) ou un test Interféron Gamma Release Assays (IGRA) correspondant au Quantiféron. La stratégie de rattrapage devra en tenir compte en réalisant l'IDR ou l'IGRA et sa lecture avant la vaccination ROR ou au moins 4 semaines après.
- Le fait de reprendre une primo-vaccination complète lorsque le statut vaccinal est inconnu pourrait exposer à un risque d'hyper-immunisation, mentionné spontanément par quatre médecins au cours de notre étude. Les manifestations cliniques de cette réactogénicité accrue telles que l'œdème étendu de membre et le phénomène d'Arthus (vascularite locale liée à une hypersensibilité retardée de type III, sans gravité) sont le plus souvent bénignes et rarement rapportées. Elles sont surtout imputées aux vaccins avec anatoxine (diphtérie, tétanos, coqueluche). La HAS, en accord avec la majorité des recommandations internationales, considère que ces réactions ne remettent pas en question le bénéfice-risque du rattrapage vaccinal et proposent la reprise d'une primo-vaccination complète en l'absence de preuves vaccinales. Les recommandations nationales précisent également qu'il n'y a pas d'inconvénient à administrer les vaccins ROR, varicelle, poliomyélite inactivé, Haemophilus

influenzae b, hépatite A et hépatite B à une personne éventuellement déjà immune vis-à-vis de l'une ou l'autre de ces maladies. (34)

2.3.3 Solutions pour la détermination du statut vaccinal

La méconnaissance du statut vaccinal des migrants primo-arrivants est apparue comme une problématique centrale pour la totalité des médecins interrogés. En effet, les migrants (enfants et adultes) disposent rarement de carnet de vaccination ou de toute autre preuve vaccinale documentée, fait rapporté par l'ensemble des médecins de notre étude. Au moment de la réalisation de notre étude, c'est-à-dire avant la publication des recommandations HAS, le calendrier vaccinal français ne précisait pas la conduite à tenir en cas de statut vaccinal incomplet ou inconnu mais uniquement le rattrapage en cas de non vaccination et il en découlait une grande hétérogénéité des pratiques comme discuté précédemment. Plusieurs questionnements ont été abordés par les médecins qui rentrent dans ce cadre de la détermination du statut vaccinal, dont certains vont trouver leur réponse dans les recommandations HAS.

- **Souvenirs du patient, crédit apporté à l'interrogatoire**

En l'absence de preuve vaccinale, l'attitude générale des médecins de notre étude était, dans un premier temps, d'interroger le patient sur ses souvenirs quant à d'éventuelles vaccinations antérieurement reçues, soit dans le pays d'origine, soit le long du parcours migratoire. Dans la grande majorité des cas, les informations rapportées étaient peu fiables et les patients ne se souvenaient plus s'ils avaient été vaccinés ou pas et par quel vaccin. Les recommandations de la HAS ne tranchent pas vraiment le débat sur le crédit à apporter aux réponses d'un patient sur son statut vaccinal : seules les preuves vaccinales documentées sont considérées comme des informations fiables sur les antécédents vaccinaux. En leur absence, la personne de statut vaccinal inconnu est considérée comme non vaccinée hormis dans certaines situations : résultats de sérologies, fiabilité accordée à l'interrogatoire pour les jeunes enfants et les doses récemment administrées en particulier (34).

- **Calendriers vaccinaux des pays d'origine**

Parmi les outils pour déterminer le statut vaccinal des migrants, un peu moins de la moitié des médecins ont déclaré consulter un site spécialisé informant sur le calendrier vaccinal du pays d'origine pour adapter leurs prescriptions à ce calendrier. Cependant, parmi eux (et parmi ceux déclarant ne pas s'en servir), certains reconnaissaient qu'il était difficile de se baser sur un calendrier ne sachant pas s'il avait été appliqué chez le patient ou pas. Pour déterminer justement si la personne avait effectivement été vaccinée dans l'enfance, certains médecins demandaient au patient s'il avait été scolarisé ou non et s'il vivait plutôt en milieu rural ou urbain en partant du principe qu'un enfant scolarisé et vivant en ville avait plus de probabilité d'avoir été vacciné. Par ailleurs, des médecins ont rapporté se servir de la cicatrice

éventuelle du vaccin BCG comme témoin d'un programme de vaccination effectué dans l'enfance.

Selon les recommandations, l'utilisation des calendriers vaccinaux des pays d'origine comme référence pour le rattrapage vaccinal n'est pas recommandée en pratique, compte tenu de l'évolution des recommandations dans le temps et de la difficulté à extrapoler les couvertures vaccinales nationales aux statuts des individus. Ils peuvent tout de même être des sources d'information sur les vaccins que la personne est censée avoir reçue et pour décrypter les carnets de vaccination quand ils sont disponibles (34).

- **Place des sérologies pré- ou post-vaccinales, fiabilité et pertinence des TROD dans le cadre du rattrapage vaccinal**

Une autre stratégie mise en place par les médecins interviewés pour déterminer le statut vaccinal en l'absence de preuve était l'utilisation de sérologies pré- ou post-vaccinales, intégrées la plupart du temps au dépistage des maladies infectieuses lors de leur arrivée en France. Concernant les sérologies pré-vaccinales, seule la sérologie complète de l'hépatite B par les trois marqueurs (AgHBs, Ac antiHBs et Ac antiHBc) était mentionnée par les médecins et était pratiquée par une grande majorité d'entre eux. Un des arguments avancés était notamment la pertinence du dépistage et de la vaccination contre l'hépatite B chez ces populations souvent précaires et parfois exposées à des situations à risque comme la prostitution ou la toxicomanie intra-veineuse. Concernant les sérologies post-vaccinales (dosage des anticorps un mois après une dose de rappel), certains médecins ont déclaré les pratiquer et adapter leur prescription aux résultats selon les recommandations du groupe InfoVac. Il s'agissait de la sérologie tétanos avec le dosage des anticorps anti-tétaniques 4 à 8 semaines après une dose de rappel. Un seul utilisait également un dosage post-vaccinal des anticorps antiHBs 4 à 8 semaines après une dose de vaccin. Parmi eux, tous déclaraient avoir des difficultés organisationnelles quant à la fenêtre de 4 à 8 semaines à respecter pour pouvoir interpréter correctement les résultats. La prescription des sérologies post-vaccinales était donc minoritaire dans notre échantillon, constat également retrouvé dans l'étude Vignier *et al.* détaillée en introduction (1). Les obstacles à l'utilisation des sérologies post-vaccinales, et des sérologies en général, avancés par les médecins interrogés étaient multiples : complexification des parcours que leur usage implique en multipliant les consultations, coût des sérologies chez des patients aux couvertures maladie inexistantes ou insuffisantes, difficultés de coordination et enfin, multiplication des injections et des prélèvements sanguins difficiles à faire accepter aux patients parfois.

La pertinence des sérologies a été étudiée dans les recommandations de la HAS, au regard de la fiabilité des tests, de l'existence d'un corrélat de protection et de leur intérêt discriminant dans le cadre du rattrapage vaccinal tout en intégrant la dimension économique de coût-efficacité de ces sérologies (34).

D'un point de vue global, les recommandations nationales jugent certaines sérologies utiles à la détermination du statut immunitaire et au rattrapage lorsque le statut vaccinal est inconnu, et ce notamment pour épargner des doses inutiles. Toutefois, la HAS ne les juge utiles

que si le professionnel estime qu'il existe un risque faible de perte de vue de la personne à vacciner et que celle-ci est susceptible de poursuivre son rattrapage vaccinal.

Certaines sérologies vis-à-vis des maladies à prévention vaccinale, en l'absence de corrélat de protection établi, ne peuvent pas être recommandées dans le cadre du rattrapage vaccinal. C'est le cas pour les sérologies (par technique immuno-enzymatique de type Enzyme-Linked Immunosorbent Assay : ELISA) de la rougeole, des oreillons, de la poliomyélite et de la diphtérie. La sérologie rougeole est souvent utilisée dans un contexte diagnostique, mais les anticorps détectés peuvent ne pas être protecteurs (anticorps neutralisants mesurés uniquement par tests de séroneutralisation non réalisés en routine car coûteux et laborieux) ce qui limite leur intérêt dans un contexte de rattrapage vaccinal. Il en est de même pour la sérologie oreillons par technique ELISA où les anticorps détectés peuvent ne pas être protecteurs.

◦ La sérologie tétanos

Le dosage des anticorps anti-tétaniques par ELISA est une technique validée avec un corrélat de protection établi, intéressant donc pour évaluer le statut vaccinal antérieur d'une personne. Il est utile dans la détermination du statut vaccinal notamment en situation post-vaccinal puisqu'il permet de révéler une réponse anamnétique confirmant que le patient a préalablement été correctement primo-vacciné, évitant ainsi l'administration de doses de vaccins supplémentaires inutiles. Son utilisation en pré-vaccinal n'est par contre pas recommandée.

Ainsi, le dosage des anticorps anti-tétaniques 4 à 8 semaines après une dose de vaccin (dTPCa ou DTTPCa selon l'âge) est recommandé dans le cadre du rattrapage. Pour être interprétables, les contrôles post-vaccination doivent respecter ce délai de 4 à 8 semaines. Le raisonnement appliqué à la protection contre le tétanos est extrapolé à la diphtérie, à la coqueluche et à la poliomyélite dans la mesure où les pays appliquant le PEV (dont nous avons parlé en introduction) utilisent des vaccins combinés DTTPCa et parce que la vaccination contre la poliomyélite (vaccin oral ou inactivé) peut être effectuée séparément mais habituellement lors des mêmes séances de vaccination. Le tableau 7 ci-dessous détaille les modalités du rattrapage vaccinal DTTPCaP/dTTPCaP/dTTP en fonction du taux d'anticorps antitétaniques mesuré 4 à 8 semaines après une dose vaccinale (et correspond aux mêmes recommandations que le groupe d'experts InfoVac).

Un certain nombre de tests rapides se sont développés dont le plus utilisé est le TQS qui est un test rapide de détection des anticorps anti-tétaniques par immunochromatographie utilisable sur sérum, plasma ou sang total et réalisable au lit du malade avec un résultat disponible en 10 minutes. Dans notre étude, deux médecins ont déclaré utiliser ce test en routine afin de déterminer si la personne avait eu une primovaccination ou non. Dans sa mise à jour sur le tétanos en 2018, l'OMS considère (80) qu'il existe peu d'information sur le bénéfice clinique du TQS et les études publiées ont rapporté des performances moindres en comparaison au dosage des anticorps antitétaniques par ELISA. Son utilisation dans le cadre du rattrapage vaccinal n'est donc pas recommandée en l'absence de validation suffisante.

Tableau 6 : Modalités de rattrapage DTCaP/dTcaP/dTP en fonction du taux d'anticorps antitétaniques mesuré 4 à 8 semaines après une dose vaccinale, source : HAS 2019 (34)

Taux d'anticorps antitétanique mesuré 4 à 8 semaines après un rappel DTCaP/dTcaP/dTP +/- autres valences	Conduite à tenir
≥ 1 UI/ml	Réponse anamnesticque, pas de dose supplémentaire
0,1 à 1 UI/ml	Schéma antérieur possiblement incomplet, refaire une dose à 6 mois
< 0,1 UI/ml	N'a probablement jamais été vacciné. Refaire une dose 2 mois puis 8 à 12 mois après la première

◦ La sérologie hépatite B

Concernant la sérologie hépatite B, un dépistage par les 3 marqueurs (AgHBs, Ac antiHBs et Ac antiHBc) est recommandé en pré-vaccinal pour les personnes originaires de pays de moyenne ou forte endémie ou exposées à un risque de contamination par le virus de l'hépatite B dans un objectif de dépistage à la fois des infections chroniques par le VHB et des personnes ayant besoin d'une vaccination. La conduite à tenir en fonction des résultats est détaillée dans un tableau en annexe 16.

Concernant les TROD, des médecins ont déclaré utiliser celui de l'hépatite B en pré-vaccinal avec rattrapage des personnes présentant un test négatif. L'argument principal était l'avantage d'avoir des résultats rapides et en temps réel chez cette population souvent éloignée du soin et qui a besoin d'« immédiateté » pour reprendre l'expression d'un des médecins interrogés. Il s'agit uniquement de tests dirigés contre l'Ag HBs dont un seul est commercialisé à l'heure actuelle sur le marché français. Les TROD dirigés contre les Ac antiHBs et Ac antiHBc ne sont à ce jour pas recommandés et non validés en pratique en France. La HAS, en 2016, a évalué les performances des TROD dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B (81) et a confirmé leur utilisation comme un outil de dépistage complémentaire au dépistage classique dès lors que le dispositif de dépistage peut se révéler plus adapté pour atteindre certaines personnes à risque non ou insuffisamment dépistées et éloignées des structures d'accès commun et notamment de manière combinée avec les TROD VIH et VHC disponibles également et validés. Ainsi, dans les recommandations relatives au rattrapage vaccinal, le TROD Ag HBs peut s'avérer utile en pré-vaccinal afin de ne pas méconnaître une personne infectée mais ne peut en aucun cas déterminer le statut vaccinal de la personne (la séro-protection contre l'hépatite B étant mesurée par le dosage des Ac antiHBs).

Pour les personnes chez qui une vaccination contre l'hépatite B est recommandée et en cas de statut vaccinal inconnu, un dosage post-vaccinal des anticorps antiHBs 4 à 8 semaines après une dose de vaccin contre le VHB pourra être réalisée. La conduite à tenir en fonction des résultats est détaillée dans le tableau 8 ci-dessous. Celle-ci a été simplifiée par rapport à celle proposée par le groupe d'experts InfoVac qui proposait une attitude intermédiaire lorsque les Ac antiHBs étaient compris entre 10 et 100 UI/L avec simplement une dose de rappel 6 mois plus tard.

Tableau 7 : Modalités de rattrapage vaccinal VHB en fonction du taux d'anticorps antiHBs mesuré 4 à 8 semaines après une dose vaccinale, source : HAS 2019 (34)

Taux d'anticorps antiHBs mesurés 4 à 8 semaines après un rappel VHB	Conduite à tenir
Ac anti HBs \geq 100 UI/L	Réponse anamnestic. Pas de dose supplémentaire.
Ac anti HBs $<$ 100 UI/L	Schéma complet à poursuivre : administrer une dose à 1 mois et 6 à 12 mois plus tard.

◦ La sérologie varicelle

Un contrôle sérologique varicelle est recommandé pour les personnes migrantes de 12 à 40 ans, qui ne déclarent pas d'antécédent clinique de varicelle et originaires de pays à faible séroprévalence, en particulier les pays tropicaux (Afrique sub-saharienne, Asie du Sud-Est, Amérique centrale et du sud). En effet, la sérologie peut être utile pour déterminer si une personne a été immunisée naturellement, les anticorps développés en cas de varicelle maladie sont en effet protecteurs et confèrent une protection durable. Toutefois, la sérologie n'est pas recommandée pour déterminer l'efficacité protectrice en réponse à une vaccination. Les données médico-économiques recensées à l'international suggèrent que la sérologie sélective des seuls individus sans antécédents rapportés de varicelle associée à une vaccination des non immuns est considérée comme la plus stratégie coût-efficace, par rapport à une vaccination d'emblée.

◦ La sérologie hépatite A

Au vu du taux élevé de séro-protection vis-à-vis de l'hépatite A chez les migrants, la sérologie pré-vaccinale IgG anti-hépatite A n'est pas recommandée chez l'adulte. Elle est en revanche recommandée chez les enfants de 1 à 18 ans, nés de familles dont l'un des membres, au moins, est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner et ayant séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité afin d'éviter une vaccination inutile chez les sujets déjà immuns. A noter qu'avec la technique ELISA, le seuil de détection des anticorps IgG contre l'hépatite A considéré comme protecteur est de 10 UI/L.

◦ Dépistage de la tuberculose et de l'infection à VIH

Chez les migrants primo-arrivants, la HAS recommande un dépistage de l'infection à VIH (sérologie ou TROD) pour tous, de l'infection tuberculeuse latente (par test IGRA ou IDR à la tuberculine) pour les moins de 18 ans et de la tuberculose maladie chez les personnes à risque d'exposition et les enfants et adultes migrants asymptomatiques originaire d'un pays de forte endémie. Ils ne sont cependant pas une condition préalable à l'administration de vaccins, notamment vivants. Cette inquiétude quant au risque d'immunodépression méconnue (en lien avec le VIH notamment) et des vaccins vivants avait été rapportée par des médecins de notre étude.

2.3.4 Schémas de rattrapage recommandés par la HAS en cas de statut vaccinal inconnu ou incomplètement connu

Deux approches de rattrapage sont proposées dans les recommandations en l'absence de preuve vaccinale, afin de s'adapter aux conditions et circonstances de rattrapage (34). Des recommandations spécifiques pour les populations migrantes seront détaillées par la suite.

- Une approche simple, visant à assurer un rattrapage vaccinal immédiat optimal et réalisable sur un laps de temps court pour les personnes susceptibles de ne pas pouvoir être revue et/ou lorsque le professionnel exerce dans des conditions ne permettant pas une approche avancée : **rattrapage simplifié**. Ce rattrapage peut notamment être envisagé pour les personnes migrantes non stabilisées et pour lesquelles il est souhaitable de faire un maximum au cours d'une consultation unique. Il se prête également aussi aux actions hors des murs des centres de vaccination et souvent réalisées en un temps. Ce rattrapage simplifié est susceptible d'être complété à distance, lorsque la situation, notamment sociale de la personne, est stabilisée. Il est détaillé dans le tableau disponible en annexe 17.
- Une approche plus complète reposant notamment sur l'adaptation du rattrapage à l'immunité réelle du patient qui sera documentée grâce aux sérologies recommandées : **rattrapage avancé**, détaillé dans le tableau disponible en annexe 17 également.

2.3.5 Recommandations vaccinales spécifiques pour les migrants primo-arrivants

Quand nous avons recueilli, au cours des entretiens, les attentes des médecins quant aux nouvelles recommandations HAS, la majorité ont déclaré avoir besoin, pour leur pratique quotidienne, de recommandations claires, adaptées aux contraintes et à la réalité « de terrain » et prenant en compte certaines spécificités des patients migrants (comme par exemple l'épidémiologie des maladies infectieuses, différentes selon les pays d'origine). Comme une réponse à ces attentes, nous remarquons que la HAS a consacré, dans ses recommandations, un chapitre aux recommandations vaccinales particulières pour les personnes migrantes primo-arrivantes (34).

- **Hépatite B**

Le calendrier vaccinal français prévoit la vaccination des nourrissons et des enfants non immuns jusqu'à 15 ans révolus, dont les enfants migrants relèvent donc. Chez les enfants de plus de 15 ans et les adultes migrants non immuns, la vaccination contre l'hépatite B est recommandée lorsqu'ils sont exposés à un risque de contamination ou d'exposition (personnes avec partenaires multiples, personnes originaires de zone de moyenne ou forte endémie, personnes amenées à résider ou à séjourner en zones de moyenne ou forte endémie, etc.). Les données médico-économiques suggèrent que chez les adultes migrants, la stratégie de dépistage de l'infection par le VHB serait plus coût-bénéfique que la stratégie visant également à identifier les individus non immuns afin de leur proposer une vaccination,

et ce compte-tenu des risques faibles d'exposition et de passage à la chronicité chez l'adulte (environ 5% en cas de contamination à l'âge adulte). Cependant, la majorité des personnes migrantes originaires de pays de forte ou moyenne endémie restent potentiellement exposées à ce risque parce qu'elles cumulent le plus souvent plusieurs facteurs de risque, qu'elles appartiennent à une population au sein de laquelle la prévalence de l'hépatite B est élevée et qu'elles conservent des liens avec leur pays d'origine du fait de certains voyages qu'elles sont amenées à réaliser. Elles relèvent à ce titre d'un rattrapage vaccinal contre le VHB.

◦ Hépatite A

Le calendrier vaccinal prévoit déjà la vaccination des enfants à partir de l'âge d'un an, nés de familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de forte endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner. A ce titre, les enfants migrants relèvent le plus souvent de la vaccination jusqu'à l'âge de 18 ans sauf s'ils ne sont pas susceptibles de voyager. Un contrôle pré-vaccinal pourra être réalisé s'ils ont grandi ou séjourné dans un pays de forte endémicité. Cependant, le vaccin contre l'hépatite A n'est pas remboursé dans cette indication rendant difficile l'application de cette recommandation vaccinale.

◦ Varicelle

Outre les adolescents de 12 à 18 ans et les femmes en âge de procréer sans antécédent de varicelle maladie qui relèvent déjà d'une recommandation vaccinale, il est également recommandé de vacciner les adultes de moins de 40 ans, sans antécédent clinique de varicelle et originaire de pays à faible séroprévalence du virus, et chez qui la sérologie varicelle est négative.

◦ Infections invasives à méningocoques

Le calendrier vaccinal prévoit la vaccination contre le méningocoque C des nourrissons et un rattrapage des enfants non vaccinés à partir de 12 mois et jusqu'à l'âge de 24 ans révolus. A ce titre, les enfants, adolescents et jeunes adultes migrants relèvent de la vaccination contre le méningocoque C. Le taux de portage des méningocoques a été peu étudié chez les populations migrantes. Des cas sporadiques d'infection invasive à méningocoques non C ont par ailleurs été rapportés chez des migrants arrivants en Europe avec de possibles transmissions secondaires, les conditions de promiscuité favorisant la transmission du méningocoque en cas de portage. La répartition des sérogroupes est différente selon les régions du monde : les sérogroupes les plus fréquents en France et en Europe sont les B et C alors qu'en Afrique par exemple, le séro groupe A était responsable de la majorité des épidémies (avant l'introduction du vaccin comme détaillé en introduction) et les sérogroupes C, W et X ont émergé récemment. On pourrait donc se poser la question de l'intérêt d'une vaccination tétravalente contre les méningocoque ACWY pour les jeunes adultes migrants en structure d'hébergement ou en hébergement précaire favorisant la promiscuité. Cependant, elle n'est pas recommandée actuellement en raison de faibles données sur la diminution du portage par la vaccination.

- Infections à HPV

Le calendrier vaccinal prévoit la vaccination des jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus et le rattrapage pour les jeunes femmes de 15 à 19 ans révolus ainsi que la vaccination des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans. A ce titre, les jeunes filles migrantes jusqu'à 19 ans et les HSH migrants jusqu'à 26 ans relèvent de cette vaccination contre HPV. Bien que le risque de portage d'HPV et de pathologies induites par l'HPV soit accru chez les femmes migrantes, il n'est pas recommandé d'étendre la vaccination au-delà de 19 ans révolus chez les personnes migrantes. Cela est dû à l'efficacité moindre de la vaccination au-delà des âges où le vaccin est recommandé en raison d'une forte probabilité de contamination antérieure. Un des médecins de notre étude avait spontanément soulevé cette question des recommandations vaccinales vis-à-vis du vaccin HPV chez les migrants.

- Grippe

En dehors des recommandations du calendrier vaccinal français, la vaccination contre la grippe n'est pas recommandée à destination des populations migrantes, même chez les personnes vivant en centre d'hébergement ou en hébergement précaire où la promiscuité peut augmenter le risque d'exposition. En effet, la stratégie vaccinale française n'a pas pour objectif de prévenir les épidémies de grippe mais de prévenir les complications associées à la grippe chez les personnes les plus à risque.

- Rougeole, Oreillons, Rubéole

La vaccination ROR à 2 doses espacées d'au moins un mois, est recommandée chez tous les migrants nés après 1980, comme le prévoit le calendrier vaccinal français. En cas de statut vaccinal inconnu, aucune sérologie préalable ne sera réalisée en raison du manque de corrélat de protection chez une personne ayant une sérologie positive.

- Tuberculose

La vaccination contre le BCG est recommandée pour tous les enfants âgés de 1 mois à 15 ans et originaires de pays de forte endémie, en l'absence de cicatrice évocatrice d'une vaccination antérieure. Elle sera précédée d'une recherche de l'infection tuberculeuse latente par IDR ou IGRA (plutôt IDR chez les moins de 5 ans) dans les situations suivantes : enfants de moins de 6 ans, uniquement s'ils ont séjourné ou résidé plus d'un mois dans un pays de forte incidence tuberculeuse ; systématiquement chez les enfants de 6 ans et plus.

Pour les autres vaccins, il n'existe pas de spécificités pour les populations migrantes.

Un modèle de rattrapage pour les migrants primo-arrivants à statut vaccinal inconnu, selon l'âge, est proposé par la HAS dans ses recommandations et est présenté en annexe 18.

2.3.6 Possibilités d'amélioration dans la mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez les migrants

Nous allons discuter dans cette dernière sous-partie des solutions proposées, ou déjà mises en place, par les médecins interviewés pour améliorer la mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants et les confronter aux solutions proposées par la HAS dans ses recommandations. Plusieurs thématiques ont été abordées dans ce cadre lors des entretiens : les pistes d'amélioration de la coordination des structures entre elles avec notamment la question de la traçabilité des vaccinations et de l'outil de communication d'une part, et les possibilités d'amélioration de l'offre de soins et de l'accès à la vaccination en prenant en compte les besoins de santé des migrants d'autre part.

- **Comment assurer la traçabilité des vaccinations ?**

Par rapport à la question du mode de support pour la traçabilité des vaccinations, la quasi-totalité des médecins interviewés était unanime pour une version papier sous forme d'un carnet de vaccination ou d'une petite carte, plus facilement transportable pour les adultes. Ils reconnaissaient pour la plupart les désavantages de cette forme papier qui peut facilement se perdre ou être dégradée mais celle-ci semblait être malgré tout le format le plus approprié pour les migrants selon eux, laissant le patient être maître de ses données. Une version électronique (via le carnet de vaccination électronique par exemple développé par Mesvaccins.net) ne paraissait pas adaptée pour plusieurs raisons : temps consacré pour la création et l'explication du principe, nécessité d'un accès internet ou d'une adresse mail, peur d'être « fiché » par les autorités pour les personnes en situation irrégulière.

La HAS recommande une traçabilité systématique des vaccinations réalisées via un carnet de vaccination devant être remis au patient. Les supports de type carnet de santé papier permettant de regrouper plusieurs informations sont à privilégier. L'utilisation de supports électroniques tels qu'un carnet de vaccination électronique ou le DMP doit être encouragée permettant ainsi un meilleur échange d'information notamment à l'échelle européenne pour tenir compte des éventuelles vaccinations effectuées le long des parcours migratoires. Le choix paraît donc être laissé au professionnel de santé, tout en encourageant le développement d'un support électronique.

Cette problématique du support pour la traçabilité des vaccinations et des informations en général a été largement évoquée par les médecins au cours des entretiens. Ce support représente l'outil de communication des structures et des intervenants entre eux et est apparu défaillant pour un grand nombre des médecins interrogés. L'utilisation du DMP a été évoquée mais jugée non adaptée comme nous l'avons détaillé dans nos résultats. Un nouveau format du « passeport santé », que nous avons présenté précédemment, était en cours d'élaboration au moment de notre étude. Il existe donc encore de nombreuses questionnements quant au mode de support idéal et adapté aux populations migrantes et cela pourrait faire l'objet d'études futures, notamment en intégrant le schéma vaccinal proposé par la HAS dans ses recommandations afin d'en permettre la diffusion à l'ensemble des acteurs de terrain.

- **Comment améliorer la coordination des structures entre elles ?**

Une des difficultés soulevée par un certain nombre de médecins dans la mise en œuvre du rattrapage vaccinal et plus largement dans la prise en charge des migrants était la multiplicité des intervenants et des structures, complexifiant ainsi les prises en charge à la fois pour les professionnels de santé mais aussi pour les patients. Ces différentes structures de santé publique et médico-sociales ont des missions complémentaires mais très cloisonnées, augmentant ainsi les difficultés de coordination et de transmission de l'information : centres de vaccinations polyvalents, CeGIDD, CLAT, PASS, PMI, Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP), etc. Une des solutions souhaitées par certains médecins de notre étude était la création d'une structure unique, permettant une prise en charge globale et permettant ainsi au professionnel de santé d'assurer le schéma vaccinal dans sa continuité, et ce quel que soit le statut administratif de la personne. La HAS reprend cette proposition dans ses recommandations (34) en proposant « la création de nouvelles structures qui assureraient l'ensemble des missions, pour permettre une approche globale médico-psycho-sociale incluant la prévention et les soins. » Elle précise que le financement des professionnels et de ces structures doit être en adéquation avec les missions confiées et les éventuels rapprochements ne doivent pas entraîner de réduction des moyens globaux dédiés à la prévention. Elle reconnaît que « la dotation actuelle insuffisante des structures du secteur de la prévention constitue un frein à leur mobilisation et à l'efficacité du dispositif de prévention », obstacle rapporté par quelques médecins dans notre étude n'ayant pas de vaccin à disposition notamment.

La connaissance des structures ressources existantes est également indispensable aux professionnels de santé, afin de leur permettre de travailler avec les bons réseaux et d'orienter les personnes vers les professionnels adéquats. Sur ce point, la majorité des médecins interrogés ont rapporté avoir connaissance des différentes structures ressources à disposition et les interlocuteurs appropriés étaient identifiés. La MDS par exemple (centre de vaccination polyvalent) est une structure dédiée à la vaccination et était connue de l'ensemble des médecins. La moitié d'entre eux environ orientait les patients migrants vers cette structure pour la réalisation des vaccinations. L'existence d'une consultation d'hépatologie au CHU de Bordeaux dédiée aux migrants depuis 2017 a été mentionnée également. Cette consultation a permis une amélioration de la prise en charge, de l'adhésion et du suivi de ces patients avec des délais de rendez-vous rapides, une flexibilité au niveau des horaires et la réalisation d'un bilan complémentaire complet en un temps et un lieu réduits, comme le souligne Anne-Emma Nguyen dans sa thèse à propos du dépistage des hépatites B et C et du VIH chez les MNA en Gironde (82).

- **Comment améliorer l'accès aux soins et à la prévention pour les migrants ?**

La mise en place d'actions visant à réduire les barrières à l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes migrantes, en situation de précarité et/ou éloignées des soins constitue une priorité selon les recommandations de la HAS.

Les programmes prévoyant des actions d'aller vers les migrants les plus éloignés du soin et en particulier ceux vivant dans des camps ou des centres d'hébergement se sont révélés efficaces pour améliorer la couverture vaccinale des populations migrantes (83) et leur promotion et leur financement est ainsi encouragé dans les recommandations. Dans notre étude, un des médecins a d'ailleurs spontanément proposé cette solution pour améliorer l'accès à la prévention et à la vaccination des migrants, et notamment chez les populations Roms. En Gironde, des initiatives de ce type existent déjà avec par exemple la PASS mobile (équipe constituée d'un médecin et d'un travailleur social allant à la rencontre des migrants notamment dans les centres d'hébergement), les missions « squats et bidonvilles » de MDM ou encore les maraudes organisées par le SAMU social de Bordeaux.

Les programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé culturellement adaptés se sont également révélés efficaces pour améliorer la couverture vaccinale des migrants. Une étude canadienne par exemple (84) a évalué l'impact sur 12 mois d'ateliers éducatifs sur l'hépatite B auprès de 827 participants, culturellement adaptés, à l'aide d'un questionnaire pré- et post-formation. Après la formation, 60% des participants ont déclaré avoir recherché des informations sur la maladie et 55% à avoir abordé le sujet avec leur médecin. La majorité des médecins de notre étude ont d'ailleurs insisté sur l'importance d'expliquer au patient les principes de base de la vaccination ainsi que des précisions sur les MPV qu'elle permet de prévenir pour pouvoir améliorer l'adhésion du patient à la prise en charge et améliorer ainsi le suivi et la continuité des soins.

PERSPECTIVES ET CONCLUSION

1 Articulation du rattrapage vaccinal avec un bilan de santé pour les migrants primo-arrivants ?

Le rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants ne peut se penser seul sans l'intégrer dans le parcours médico-social et de prévention des personnes arrivant sur le territoire français. Outre la réponse aux éventuelles demandes de soins des personnes primo-arrivantes et le rattrapage vaccinal, un des temps importants à organiser est la réalisation d'un bilan de santé. Ce bilan de santé pourrait avoir lieu à l'occasion du « rendez-vous santé » tel que cela a été récemment recommandé et proposé en France par le HCSP (85) et la DGS (86).

Ce « rendez-vous santé » vient réformer en 2015 l'ancienne visite médicale obligatoire que passait tous les étrangers primo-arrivants de pays tiers qui souhaitaient obtenir un titre de séjour pour une durée supérieure de 3 mois sur le territoire national. Cette visite médicale instituée en 1946, initialement comme un outil de vérification de l'aptitude des migrants à occuper un emploi en France, à l'époque de l'immigration massive de l'après-guerre, a connu depuis des évolutions majeures (87). Avec l'arrêt progressif de celle-ci et la place de plus en plus importante occupée par l'immigration familiale, la visite médicale est devenue une interface de l'intégration des migrants, le lieu de leur premier contact avec le système sanitaire et social français, et elle tend à s'inscrire dans une logique de partenariat, tout en faisant de l'accès à la santé un des éléments de l'intégration des migrants primo-arrivants. Le HCSP a été saisi en 2014 par le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur pour émettre un avis sur le maintien ou non de cette visite médicale, réalisée à l'époque par les services médicaux de l'OFII et de redéfinir son contenu. Cette visite médicale répondait ainsi à un double objectif de contrôle et de prévention. Or, le HCSP a considéré qu'il existait un obstacle éthique et déontologique à ce que ces deux fonctions soit effectuées par une même structure. Ainsi, le HCSP recommande dans son texte la réalisation d'un « rendez-vous santé » obligatoire dans les 4 mois qui suivent l'arrivée des migrants sur le territoire. Ce rendez-vous, détaché de toute fonction de contrôle et strictement soumis au secret médical, a pour objectifs l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun. Outre des informations à délivrer systématiquement (modalités d'accès, d'organisation, de fonctionnement, de prise en charge des soins, etc.), il comprend des examens obligatoires et d'autres adaptés au contexte. Le HCSP recommande en première analyse, les examens obligatoires suivants : examen clinique général, évaluation et mise à jour du statut vaccinal, dépistage de la tuberculose. Un dépistage VIH, VHB, VHC sera systématiquement proposé. D'autres examens seront à réaliser en fonction du contexte (glycémie à jeun, examen parasitologique des selles, etc.).

L'instruction du 8 juin 2018 de la DGS (86) reprend la proposition du HCSP de « rendez-vous santé des primo-arrivants » et de son contenu. Cette instruction a pour objectifs d'informer les ARS et de les guider dans la construction des parcours de santé adaptés à leur territoire. La DGS fixe plusieurs axes de travail pour les ARS dont le premier qui vise à faciliter

l'accès à la prévention et aux soins par une meilleure information des personnes sur leurs droits et sur le système de santé, d'une part, et par une meilleure information des professionnels de santé sur la prise en charge des migrants d'autre part. Les axes 2 et 3 invitent à une mobilisation de tous les acteurs médicosociaux et au développement d'une coordination renforcée des acteurs pour atteindre les objectifs de santé publique, afin de construire des parcours de santé pour les migrants primo-arrivants cohérents et efficaces.

La question reste de définir l'organisation de ce « rendez-vous santé » : quand, où et par qui ? En effet, la prise en charge sanitaire des migrants primo-arrivants dans cette logique de parcours suppose l'intervention de structures médicales « pivot » à même de réaliser ce « rendez-vous santé » initial ou de coordonner l'intervention concertée de plusieurs professionnels de santé pour la réalisation de ce rendez-vous. La DGS invite donc les ARS, en concertation avec les acteurs de la région, à « construire une offre de soins adaptée aux territoires en identifiant des structures qui pourraient jouer ce rôle pivot. » La DGS identifie, entre autres, les PASS comme des structures médicales adaptées susceptibles d'initier ce « rendez-vous santé ». Or, on constate une saturation de ces dispositifs que sont les PASS depuis plusieurs années. Selon une étude de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), en 2013 seulement un quart des PASS satisfaisaient aux critères d'exigence fixés (à savoir disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10% de temps médical dédié, accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, recours à l'interprétariat, etc.). Les équipes de MDM font également le constat d'une mise en place des PASS inégalement effective selon les régions et les villes ainsi que des difficultés croissantes pour les personnels des PASS à pouvoir relayer la prise en charge des patients vers la médecine de ville (désertification, refus de soins, saturation de certains dispositifs comme les Lits Halte Soins Santé : LHSS etc.) (22). Les deux médecins exerçant en PASS que nous avons interviewé au cours de notre étude ont eux-mêmes rapporté le manque de temps et de moyens avec l'augmentation de la file active de patients comme étant un des principaux obstacles au rattrapage vaccinal des migrants.

L'articulation du rattrapage vaccinal avec un bilan de santé pour les migrants primo-arrivants, avec notamment la proposition du « rendez-vous santé » paraît indispensable. Sa mise en œuvre concrète reste encore à définir. D'autres sociétés savantes travaillent sur le sujet dont le HCSP qui a été saisi sur la question du bilan de santé des MNA (dont une proposition avait été faite en Gironde par Pierre Baudino dans sa thèse d'exercice (88)), le groupe vaccination et prévention de la SPILF, l'Institut Convergences et Migration et son département santé, etc. Des pistes de bonnes pratiques pour la mise en place de ce bilan sont proposées par Vignier *et al.* dans un article paru en 2019 (89) fonction du pays d'origine.

2 Harmonisation des recommandations européennes ?

Les recommandations vaccinales, générales et spécifiques à destination des migrants, sont très hétérogènes entre les différents pays européens, comme nous l'avons détaillé en introduction. Ce manque d'harmonisation des pratiques vaccinales européennes complexifie la mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez les migrants, lorsqu'ils ont traversé d'autres pays de l'UE avant d'arriver sur le territoire français et n'ont pas de preuve d'éventuelles

vaccinations qu'ils ont reçus le long de leur parcours. L'EVAP 2015-2020 comprend une série d'objectifs et de mesures pour le contrôle et la prévention des MPV à destination des pays membres de la région Europe de l'OMS, avec une attention spéciale apportée aux migrants et aux communautés éloignées du soin, leur assurant un accès équitable et égalitaire aux soins et à la prévention, incluant notamment la vaccination. L'importance d'une collaboration et d'un partage transfrontalier des bonnes pratiques et des données de santé a été souligné par le bureau régional Europe de l'OMS en 2016.

Au cours de notre étude, la grande majorité des médecins interviewés a déclaré être favorable à une harmonisation des pratiques européennes dans le but de faciliter la mise en œuvre du rattrapage vaccinal chez ces populations mobiles que sont les migrants. Cette volonté d'homogénéiser ces pratiques dans le but d'améliorer la prise en charge vaccinale des migrants et ainsi contrôler les risques de maladies infectieuses, est reprise également dans la littérature. Dans cette étude anglaise par exemple dont nous avons parlé en introduction et qui souligne les différences de politiques vaccinales européennes à destination des migrants (58), la plupart des experts (26/32) était d'accord sur la nécessité de recommandations vaccinales communes. Les auteurs soulignent la nécessité d'explorer et de développer un support idéal et commun, permettant une traçabilité des vaccinations entre les pays et évitant ainsi une duplication des injections et une confusion quant à savoir quelles vaccinations ont été réalisées. Ils mentionnent à ce sujet, l'initiative de l'International Organization for Migration (IOM) de développer un carnet de santé électronique européen (incluant notamment les vaccinations). Sa pertinence et son implémentation sont à l'étude chez certains migrants arrivant en Grèce, Italie, Slovénie et Croatie. L'intérêt de ce registre électronique commun est double : améliorer la mise en œuvre du rattrapage vaccinal des migrants d'une part comme nous l'avons vu précédemment, mais également mettre en place un système de surveillance épidémiologique accessible pour tous les pays européens. L'ECDC encourage l'utilisation de registres dans l'objectif de créer une base de données sanitaires commune et ainsi suivre les taux de couverture vaccinale, les épidémies, etc. La problématique inhérente à la mise en place de ces registres à des fins épidémiologiques, est la crainte de certains migrants notamment ceux en situation irrégulière, de voir leurs données enregistrées.

Dans leur étude, Prymula *et al.* (55) souligne également l'obstacle que représente ces différences de politiques vaccinales entre les pays européens dans l'amélioration de la couverture vaccinale des populations migrantes. Les auteurs proposent comme solution une collaboration des états européens afin de mettre au point une stratégie vaccinale commune, en accord avec les objectifs de l'EVAP.

3 Perspectives de recherche ...

Notre étude soulève plusieurs interrogations et nous espérons qu'elle pourra servir de base de réflexion pour des travaux ultérieurs permettant d'approfondir le sujet.

Premièrement, des travaux quantitatifs ou descriptifs explorant des données plus factuelles autour du rattrapage vaccinal des migrants, comme par exemple ses modalités pratiques de mise en œuvre, pourraient être bénéfiques.

Les recommandations de la HAS relatives au rattrapage vaccinal des migrants primo-arrivants, publiées en décembre 2019 et donc après la réalisation de notre étude, peuvent être également le point de départ de plusieurs travaux de recherche qui nous semblent intéressants : ces recommandations correspondent-elles aux solutions espérées par les professionnels de santé, sont-elles adaptées à la réalité « de terrain » et applicables en pratique ? Existe-t-il une facilitation des pratiques après la publication de ces recommandations ? Existe-t-il une amélioration de la couverture vaccinale et une diminution des épidémies de maladies infectieuses à prévention vaccinale après la sortie de ces recommandations ? Comment diffuser ces recommandations auprès des différents acteurs de santé ?

Ce travail a mis en lumière de nombreuses difficultés dans la coordination des structures entre elles avec notamment un outil de communication défaillant. Des travaux permettant de questionner le mode de support pour la traçabilité des vaccinations le plus adapté pour les populations migrantes nous paraissent intéressants, en explorant le point de vue des médecins mais également des migrants. D'ailleurs, il serait également intéressant de mener une étude qualitative qui explore les obstacles à la vaccination du point de vue des migrants et les solutions éventuellement proposées.

Par ailleurs, une des faiblesses de notre étude est que nous avons peu de médecins interviewés concernés par la problématique pédiatrique (un pédiatre et les médecins généralistes libéraux uniquement, pas de médecin exerçant en PMI). Or, le rattrapage vaccinal et la vaccination en général représentent une part importante dans la pratique quotidienne des médecins prenant en charge des enfants. De plus, nous avons pu constater des différences dans les obstacles rencontrés selon l'âge des patients. Il serait donc intéressant peut-être de conduire une étude qualitative à propos du rattrapage vaccinal chez les enfants migrants seulement en centrant sur la problématique pédiatrique.

Enfin, certains médecins ont rapporté que les difficultés rencontrées concernant le rattrapage vaccinal notamment en termes de statut vaccinal inconnu ou incomplet étaient également présentes dans la population majoritaire, dans un climat de méfiance et d'hésitation vaccinale de plus en plus palpable. Des travaux explorant ainsi les obstacles au rattrapage vaccinal dans la population générale nous semblent pertinents.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vignier N. Pratiques de rattrapage vaccinal des médecins exerçant en France pour les personnes migrantes arrivant sur le territoire français. Bull Epidemiol Hebd. 2019;351-60.
2. Direction de l'information légale et administrative. Statut de réfugié, protection subsidiaire ou temporaire : quelles différences ? [Internet]. 2019 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F299>
3. Office français de protection des réfugiés et apatrides. Apatridie - définition [Internet]. 2018 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/apatridie/definition>
4. Jurifiable. Sans papiers - Droits des étrangers [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.jurifiable.com/conseil-juridique/droit-des-etrangers/sans-papiers>
5. Wihtol de Wenden C. Une nouvelle donne migratoire. Polit Étrangère. 2015;Automn(3):95.
6. FRONTEX. Annual Risk Analysis 2016 [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2016.pdf
7. OFPRA. Rapport d'activité 2016 [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_ofpra_2016_1.pdf
8. FRONTEX. Risk Analysis for 2019. :56.
9. Eurostat. Demandes d'asile dans les Etats membres de l'UE [Internet]. 2019 mars [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/fr
10. FRONTEX. Annual Risk Analysis 2017. [cité 16 janv 2020]; Disponible sur: https://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2017.pdf
11. Conseil Européen. Déclaration UE-Turquie, 18 mars 2016 [Internet]. 2016 mars [cité 16 janv 2016]. Disponible sur: <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2016/03/18/eu-turkey-statement/>
12. Eurostat. Demandes d'asile dans les états membres de l'UE [Internet]. 2020 mars. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10554408/3-20032020-AP-FR.pdf/16e6dee4-b961-cf2b-428e-f946f6f70a19>
13. FRONTEX. Risk Analysis for 2020 [Internet]. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: <https://frontex.europa.eu/publications/frontex-releases-risk-analysis-for-2020-vp0TZ7>
14. Eurostat. Asylum statistics [Internet]. 2020 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics
15. OFPRA. Rapport d'activité 2019 [Internet]. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2019.pdf

16. OFPRA. L'OFPRA - Présentation générale [Internet]. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/l-ofpra/presentation-generale>
17. OFPRA. La procédure de demande d'asile [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile/demander-l-asile-en-france>
18. Ministère de l'Intérieur. Décision du 9 octobre 2015 fixant la liste des pays d'origine sûrs. 17 oct 2015; Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/151017_jorf_decision_ca_ofpra_du_9_octobre_2015.pdf
19. Ministère de l'Intérieur. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France - La délivrance des titres de séjour pour raisons de santé [Internet]. 2019 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/La-delivrance-des-titres-de-sejour-pour-raisons-de-sante>
20. OFPRA. Rapport d'activité 2018 [Internet]. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ofpra.gouv.fr › atoms › files › ofpra_ra_2018_web_pages_hd
21. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. 2015.
22. Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France [Internet]. 2018 [cité 28 janv 2020]. Report No.: 19. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/file/171972/download?token=dbq3AZul>
23. Kuehne A, Huschke S, Bullinger M. Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach. *BMC Public Health*. déc 2015;15(1):926.
24. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):396-405.
25. La cimade. Dispositif d'accueil des demandeurs d'asile : état des lieux 2020 [Internet]. 2020 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>
26. Bourdillon F. Editorial. Eclairages sur l'état de santé des populations migrantes en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):373-4.
27. Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bull Epidemiol Hebd*. 2012;(2-3-4):17-20.
28. Chauvin P, Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Macherey A-L, et al. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. :49.
29. Huaume N, Kellou N, Tomasino A. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):430-6.

30. Centre Primo Levi. La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique [Internet]. 2018 [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.primolevi.org/actualites/la-souffrance-psychique-des-exiles-une-urgence-de-sante-publique.html>
31. Veïsse A, Wolmark L, Revault P. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(19-20):405-14.
32. Joannès A. Présentation clinique des patients orientés en soins psychiques à la PASS du CHU de Bordeaux. Bordeaux; 2018.
33. Trotter CL, Lingani C, Fernandez K, Cooper LV, Bitá A, Tevi-Benissan C, et al. Impact of MenAfriVac in nine countries of the African meningitis belt, 2010–15: an analysis of surveillance data. *Lancet Infect Dis.* août 2017;17(8):867-72.
34. HAS. Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu en population générale et chez les migrants primo-arrivants [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3148784/fr/recommandation-vaccinale-statut-vaccinal-inconnu
35. Esquerre B. Cours International Francophone de Vaccinologie - La vaccination des migrants en France. Université Bordeaux Segalen; 2011.
36. OMS. Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020 [Internet]. 2013 [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79315/1/9789242504989_fre.pdf?ua=1
37. OMS. European Vaccine Action Plan 2015-2020. 2014;108.
38. WHO, UNICEF. Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage - 2018 WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage [Internet]. 2018 [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/who-immuniz.pdf?ua=1
39. Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 - octobre 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(19-20):374-81.
40. Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G. Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathog Glob Health.* 17 févr 2017;111(2):59-68.
41. Rossi C, Shrier I, Marshall L, Cnossen S, Schwartzman K, Klein MB, et al. Seroprevalence of Chronic Hepatitis B Virus Infection and Prior Immunity in Immigrants and Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Khudyakov YE, éditeur. PLoS ONE.* 5 sept 2012;7(9):e44611.
42. Jablonka A, Happel C, Grote U, Schlenvoigt BT, Hampel A, Dopfer C, et al. Measles, mumps, rubella, and varicella seroprevalence in refugees in Germany in 2015. *Infection.* déc 2016;44(6):781-7.
43. Jablonka A, Behrens GMN, Stange M, Dopfer C, Grote U, Hansen G, et al. Tetanus and diphtheria immunity in refugees in Europe in 2015. *Infection.* avr 2017;45(2):157-64.

44. Tafuri S, Prato R, Martinelli D, Germinario C. Prevalence of Carriers of *Neisseria meningitidis* Among Migrants: Is Migration Changing the Pattern of Circulating Meningococci? *J Travel Med.* 1 sept 2012;19(5):311-3.
45. Santé publique France. Données de couverture vaccinale diphtérie-tétanos, poliomyélite, coqueluche par groupe d'âge [Internet]. 2019 [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-diphterie-tetanos-poliomyelite-coqueluche-par-groupe-d-age>
46. Santé publique France. Données de couverture vaccinale rougeole, rubéole, oreillons par groupe d'âge [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-rougeole-rubeole-oreillons-par-groupe-d-age>
47. Observatoire du Samu social de Paris, Guyavarch E, Le Méner E, Vandentorren S. ENFAMS : enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative. 2014; Disponible sur: <https://www.samusocial.paris/nos-enquetes?page=1>
48. Nakken CS, Skovdal M, Nellums LB, Friedland JS, Hargreaves S, Norredam M. Vaccination status and needs of asylum-seeking children in Denmark: a retrospective data analysis. *Public Health.* mai 2018;158:110-6.
49. World Health Organization. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2020 global summary [Internet]. 2020 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=SYR#
50. Poethko-Müller C, Ellert U, Kuhnert R, Neuhauser H, Schlaud M, Schenk L. Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. *Vaccine.* avr 2009;27(19):2563-9.
51. Kakoulidou M, Forsgren M, Lewensohn-Fuchs I, Johansen K. Serum levels of rubella-specific antibodies in Swedish women following three decades of vaccination programmes. *Vaccine.* janv 2010;28(4):1002-7.
52. Hardelid P, Cortina-Borja M, Williams D, Tookey PA, Peckham CS, Cubitt WD, et al. Rubella seroprevalence in pregnant women in North Thames: estimates based on newborn screening samples. *J Med Screen.* mars 2009;16(1):1-6.
53. World Health Organization Regional Office for Europe. Population movement is a challenge for refugees and migrants as well as for the receiving population [Internet]. 2015 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population>
54. European Centre for Disease Prevention and Control. Infectious diseases of specific relevance to newly arrived migrants in the EU EEA. 19 nov 2015;6.
55. Prymula R, Shaw J, Chlibek R, Urbancikova I, Prymulova K. Vaccination in newly arrived immigrants to the European Union. *Vaccine.* août 2018;36(36):5385-90.
56. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. Recommandations techniques communes sur les principes généraux de la vaccination des réfugiés, des demandeurs d'asile et

des migrants dans la Région européenne de l'OMS [Internet]. Genève; 2015 nov. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region#>

57. WHO regional office for Europe. World Health Organization regional office for Europe. A review of evidence on equitable delivery, access and utilization of immunization services for migrants and refugees in the WHO European Region. Health evidence network synthesis report 53 [Internet]. Copenhagen; 2017. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-evidence-on-equitable-delivery,-access-and-utilization-of-immunization-services-for-migrants-and-refugees-in-the-who-european-region-a-2017>
58. Hargreaves S, Nellums LB, Ravensbergen SJ, Friedland JS, Stienstra Y, on behalf of the ESGITM Working Group on Vaccination in Migrants. Divergent approaches in the vaccination of recently arrived migrants to Europe: a survey of national experts from 32 countries, 2017. *Eurosurveillance* [Internet]. 11 oct 2018 [cité 22 janv 2019];23(41). Disponible sur: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.41.1700772>
59. ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. 2018;85.
60. Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Istituto Superiore di Qanita, Sistema Nazionale Linee Guida, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Roma [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf
61. Robert Koch Institute. Recommendations of the Standing Committee on Vaccination (STIKO) at the Robert Institute - 2017/2018. *Epidemiol Bull.* 2017;(34):333-76.
62. General best practice guidelines for immunization. Best practices guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Special situations. Persons vaccinated outside the United States. Atlanta: Advisory Committee on Immunization Practices [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html>
63. InfoVac-France. Rattrapage des vaccinations chez l'enfant et l'adulte [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.infovac.fr/docman-marc/public/fiches/1569-2-rattrapage-des-vaccinations-chez-l-enfant-et-l-adulte-2019/file>
64. UNAFORMEC Centre de documentation et de recherche en médecine générale. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ? *Bibliomed.* févr 2003;(294).
65. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
66. Pasquier Estelle. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Mémoire]. Université Lyon Nord; 2004.

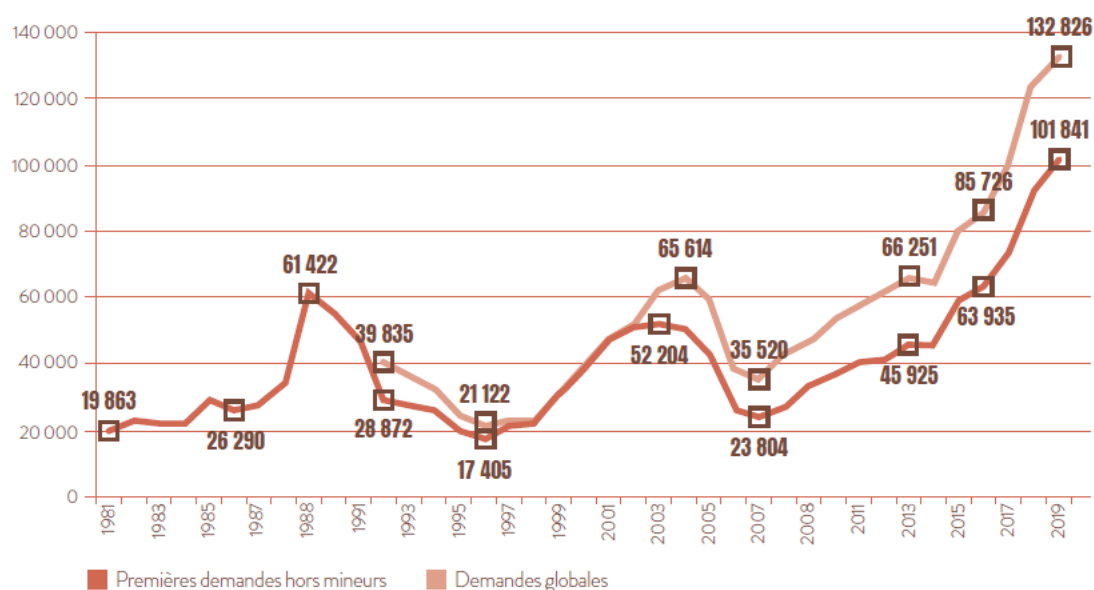
67. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81-90.
68. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1.0. 2009.
69. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 27 avr 2011;(23):147-81.
70. Doineau E, Godefroy J-P. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés. Session ordinaire de 2016-2017: Sénat; 2017 juin. Report No.: 598.
71. Delobre G. La vaccination de l'enfant adopté à l'international : quelle attitude adopter ? Réflexion autour des pratiques au sein des consultations spécialisées en adoption en France et étude de cohorte au CHU de Rennes. [Rennes]: Faculté de médecine;
72. Delivery of immunization services for refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2019.
73. Lefebvre O, Maille D. Accès aux droits, accès aux soins : quels obstacles pour les migrants ? Un écart important entre droits et pratiques. *La Revue du Praticien*. mai 2019;69:567-72.
74. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):382-8.
75. Schwarzinger M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé - Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose et du diabète [Internet]. 2012. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf
76. Haute Autorité de Santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. [Internet]. 2017 oct. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf.
77. Mahimbo A, Seale H, Smith M, Heywood A. Challenges in immunisation service delivery for refugees in Australia: A health system perspective. *Vaccine*. sept 2017;35(38):5148-55.
78. Guttman A, Manuel D, Stukel TA, DesMeules M, Cernat G, Glazier RH. Immunization Coverage Among Young Children of Urban Immigrant Mothers: Findings from a Universal Health Care System. *Ambul Pediatr*. mai 2008;8(3):205-9.
79. Grenier B. Analyse des motifs de retards vaccinaux évoqués par les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans : étude qualitative auprès de familles d'enfants suivies par des médecins de premiers recours en Gironde. Bordeaux; 2018.
80. WHO. World Health Organization. The immunological basis for immunization series. Module 3: tetanus [Internet]. Geneva, Switzerland; 2018. Disponible sur: <https://www.who.int/immunization/documents/ISBN9789241513616/en/>

81. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Recommandations en santé publique. [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2063232/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-b?cid=r_1437747
82. Nguyen A-E. Dépistage des virus des hépatites B et C et du VIH chez les mineurs non accompagnés. Bordeaux; 2018.
83. Spadea A, Semyonov L, Unim B. Action against vaccine-preventable infectious diseases and tuberculosis in Nomad camps: the experience of a Local Health Unit in Rome. *Ann Ig.* 2014;2(26):176-80.
84. Zibrik L, Huang A, Wong V, Novak Lauscher H, Choo Q, Yoshida EM, et al. Let's Talk About B: Barriers to Hepatitis B Screening and Vaccination Among Asian and South Asian Immigrants in British Columbia. *J Racial Ethn Health Disparities.* déc 2018;5(6):1337-45.
85. HCSP. Haut conseil de la santé publique. Avis du 6 mai 2015 relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=672>
86. DGS. Direction générale de la santé, Direction générale de l'offre de soins, Direction de la sécurité sociale, Direction générale de la cohésion sociale. Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. [Internet]. Paris; 2018. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf
87. Wluczka M. Du contrôle sanitaire à la prévention, les enjeux de la santé des migrants. *Trib Santé.* 2007;17(4):39.
88. Baudino P. Etat de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. Bordeaux; 2015.
89. Vignier N. Quel bilan de santé pour les migrants primo-arrivants ? *Rev Prat.* 2019;5(69):561-3.
90. WHO. Global tuberculosis report 2019 [Internet]. 2019 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
91. Jacobsen KH, Wiersma ST. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. *Vaccine.* sept 2010;28(41):6653-7.
92. WHO. WHO | Immunization [Internet]. [cité 9 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/gho/immunization/en/>
93. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019 [Internet]. 2019 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
94. Veïsse A. Santé des migrants en Europe : au-delà de la santé publique, un enjeu éthique et politique ? La neutralité nuit gravement à la santé. *Rev Prat.* juin 2019;69:684-5.

ANNEXES

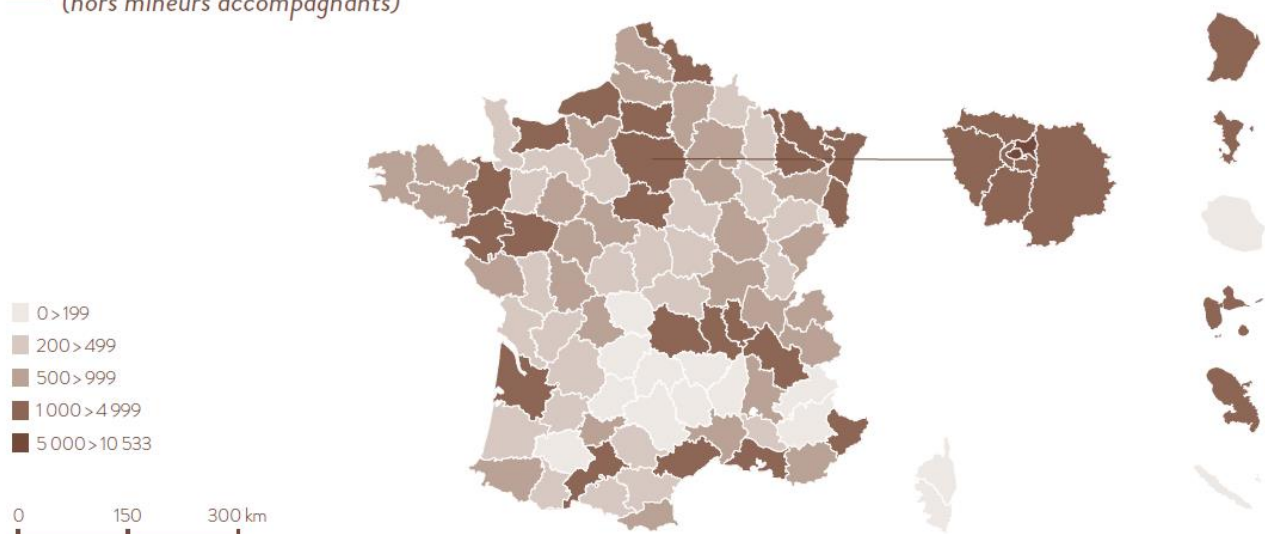
1 Annexe 1 : Accélération de la hausse de la demande d'asile en France et répartition des demandes sur le territoire national

Évolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981



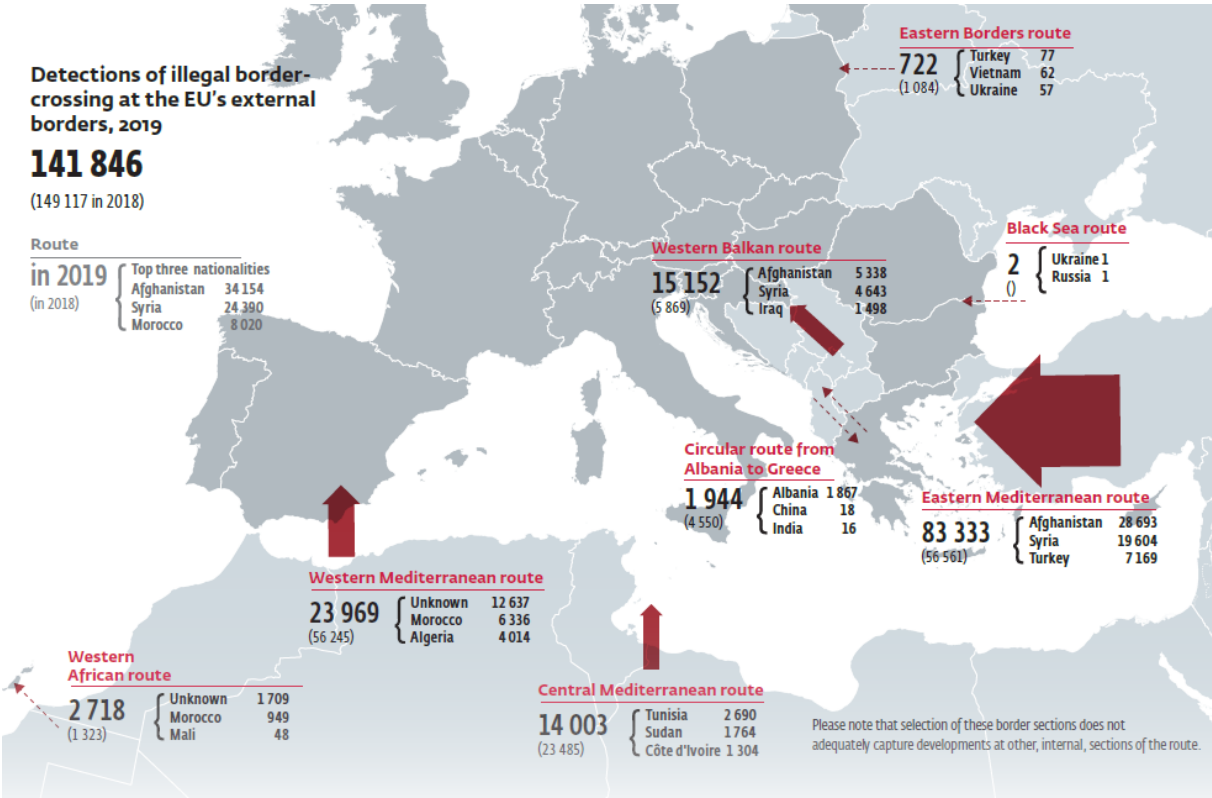
Source : OFPRA, rapport d'activité 2019 (15)

3 Premières demandes de protection internationale par département de résidence en 2019 (hors mineurs accompagnants)



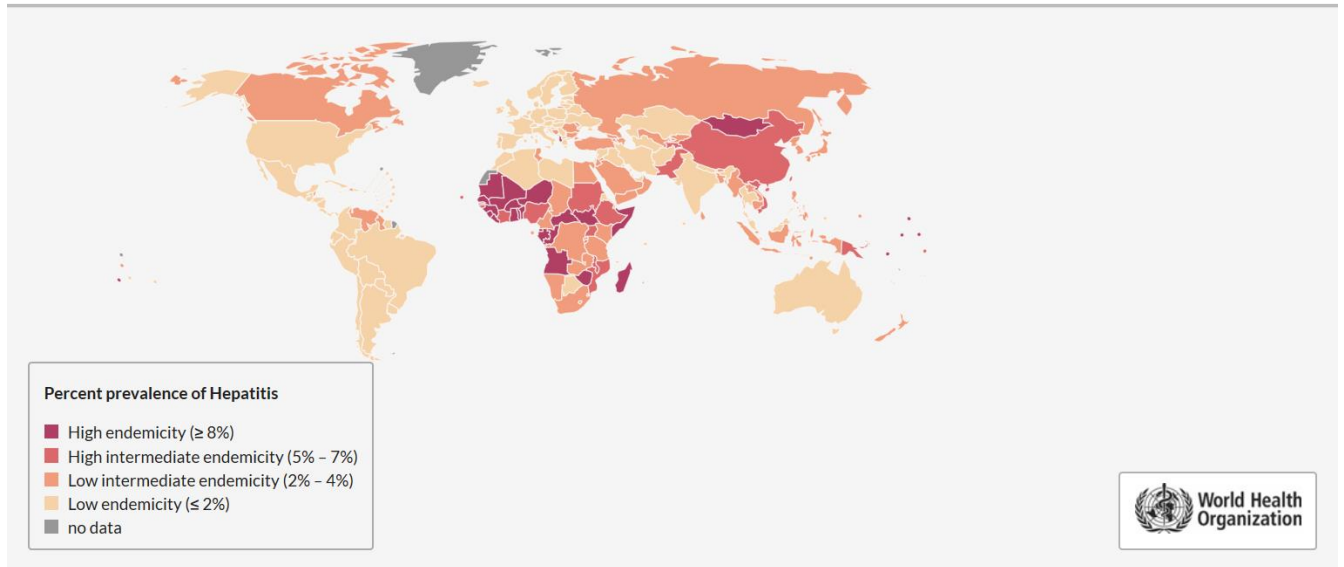
Source : OFPRA, rapport d'activité 2019 (15)

2 Annexe 2 : Principales routes migratoires en fonction du nombre de passages illégaux détectés aux frontières extérieures de l'UE en 2019



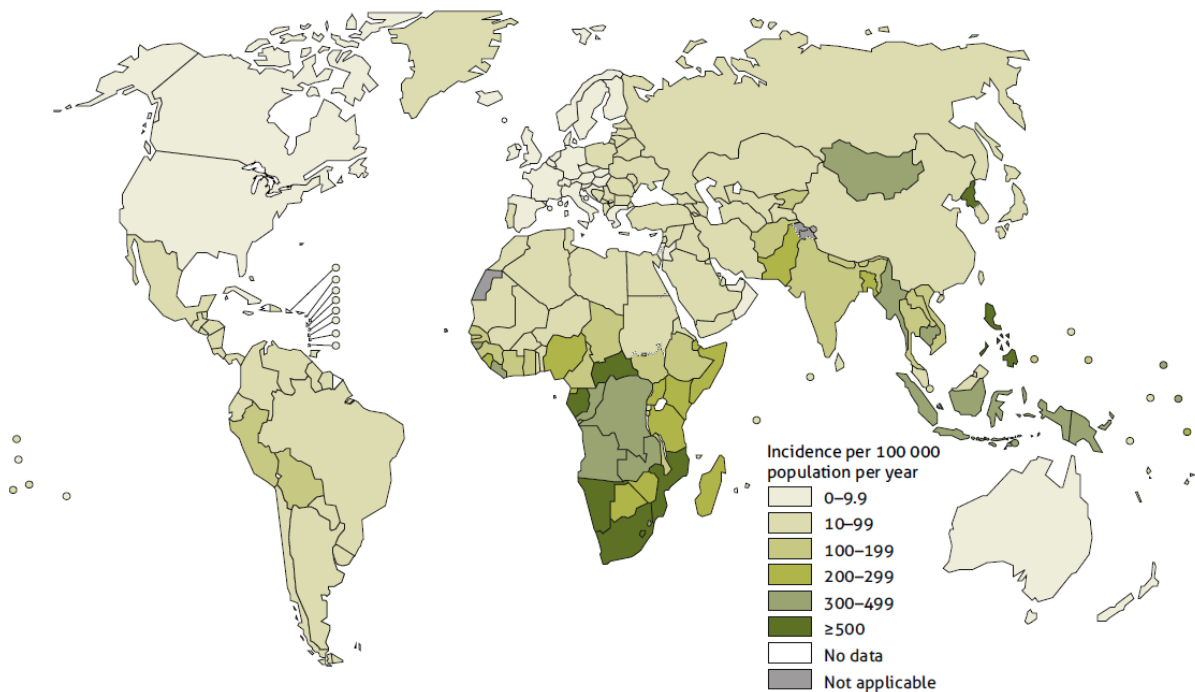
Source : FRONTEX, Risk Analysis for 2020 (13)

3 Annexe 3 : Epidémiologie des maladies à prévention vaccinale dans le monde



Prévalence (estimée en %) de l'Ag HBS dans le monde en 2015, source : OMS

Estimated TB incidence rates, 2018



Incidence de la tuberculose dans le monde en 2018, source : Global tuberculosis report 2019, OMS (90)

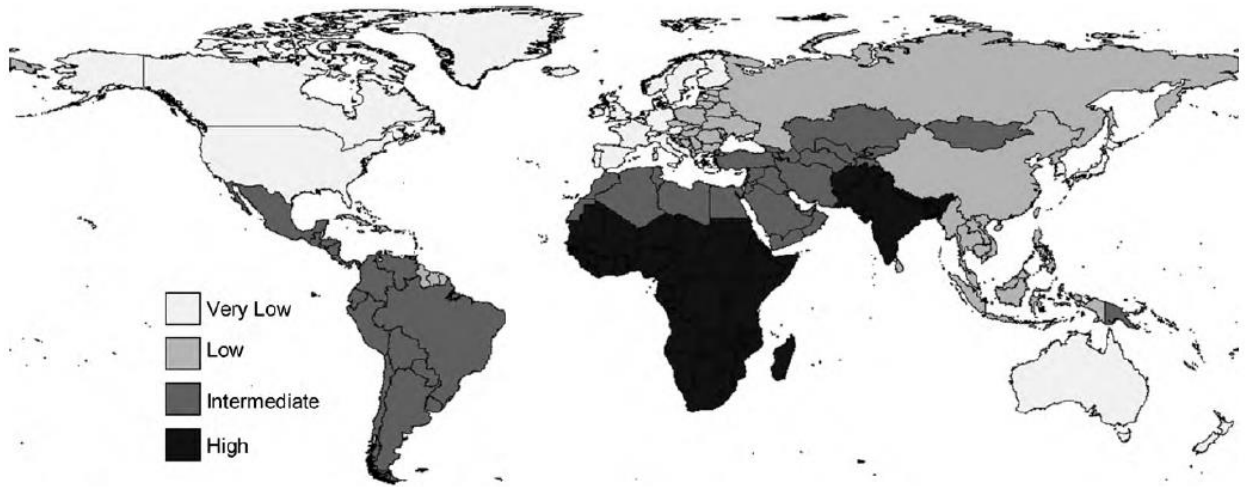
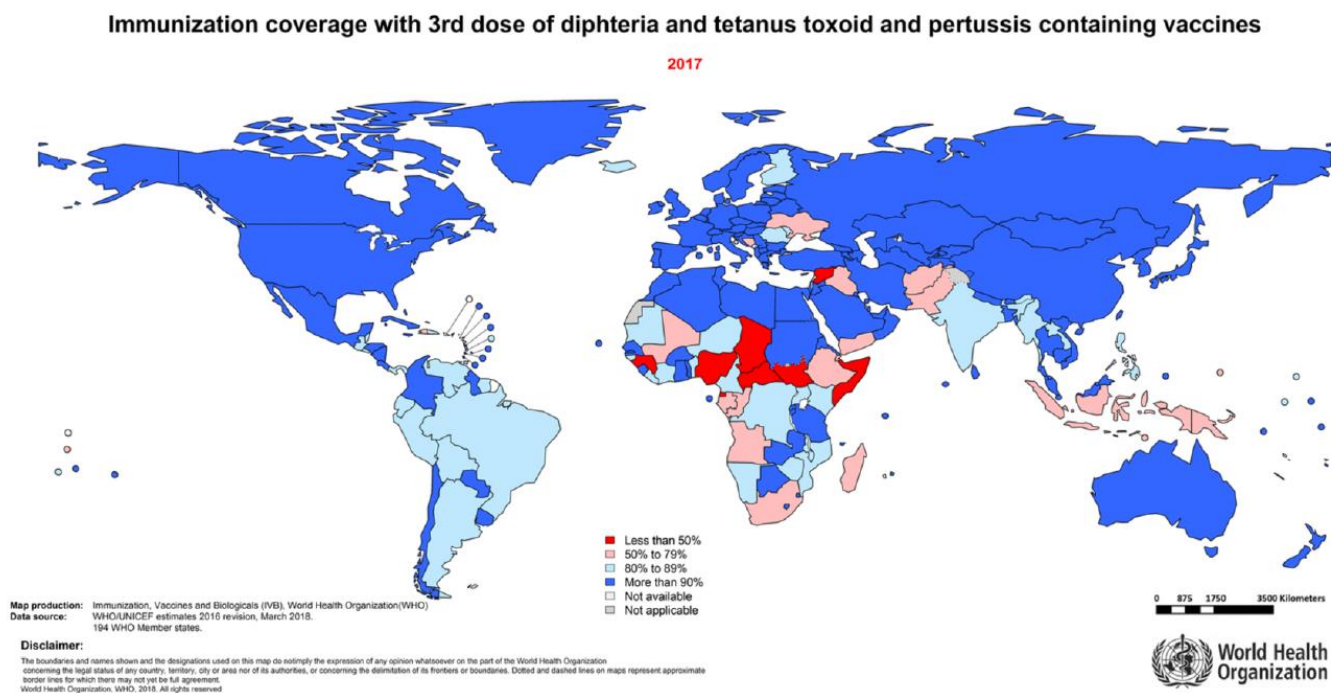


Fig. 1. Estimated prevalence of hepatitis A virus, 2005.

Prévalence mondiale du virus de l'hépatite A en 2005, source : Jacobsen et al. 2010 (91)

4 Annexe 4 : Couverture vaccinale pour 3 doses de DTP en 2017 dans le monde



Couverture vaccinale pour 3 doses de DTP dans le monde en 2017, source : OMS 2017 (92)

5 Annexe 5 : Couverture vaccinale des patients reçus dans les CASO en 2018

Vaccins « à jour »* des patients reçus dans les CASO selon leur âge, source : rapport 2018 de Médecins du Monde (22)

	≤ 15 ans		> 15 ans	
	%	n	%	n
Diphtérie/Polio	71,3	523	53,4	2841
Tétanos	71,9	528	54,3	2937
Coqueluche	62,1	358	33,2	1194
Rougeole, rubéole, oreillons	61,0	379	35,9	1430
BCG	67,5	417	54,4	2283
Hépatite B	56,1	327	31,9	1240

Taux de réponse : ROR : 30,7 % ; Tétanos : 40,9 % ; DP : 40,3 % ; BCG : 32,1 % ; Hépatite B : 29,8 % ; Coqueluche : 27,8 %.

*Sont considérés comme à jour de leurs vaccinations les patients pouvant présenter un carnet de vaccination ou ceux pour lesquels les médecins ont de bonnes raisons de penser que leurs vaccins sont à jour.

Facteurs associés à la couverture vaccinale des patients de 15 ans et moins consultant dans les CASO, source : rapport 2018 de Médecins du Monde (22)

	DTP			Coqueluche			ROR			BCG			Hépatite B		
	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹
15 ans et moins	71,1	520		62,1	358		61,0	379		67,5	417		56,1	327	
Sexe															
- Garçon	64,1	295	réf	55,2	206	réf	54,7	217	réf	60,9	238	réf	49,1	187	réf
- Fille	83,0	225	2,0**	74,5	152	1,6 ^{ns}	72,3	162	1,9**	78,9	179	2,2**	69,3	140	1,7*
Âge															
- Moins de 7 ans	81,8	270	réf	73,1	193	Réf	66,8	190	réf	77,3	214	réf	69,8	180	Réf
- 7-10 ans	92,3	96	2,3 ^{ns}	88,0	66	2,2 ^{ns}	88,8	79	3,9**	89,2	74	2,6*	82,9	58	2,2 ^{ns}
- 11-15 ans	51,9	154	0,2***	41,6	99	0,3***	43,0	110	0,4***	50,0	129	0,4***	34,9	89	0,2***
Logement															
- Personnel	96,3	52	réf	90,5	38	Réf	87,2	41	réf	94,2	49	Réf	86,1	37	Réf
- Hébergé	64,1	166	0,1**	52,4	109	0,2**	52,8	121	0,2**	60,5	138	0,1**	46,5	99	0,3**
- Sans domicile fixe	62,2	89	0,1**	55,1	59	0,2**	54,5	61	0,3**	61,2	71	0,1**	50,0	57	0,3*
- Squat, campement, autre	63,6	42	0,1**	56,1	32	0,2**	49,1	28	0,2**	58,6	34	0,1***	44,4	24	0,2*

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.

(1) Odds Ratio ajustés sur l'ensemble des variables du tableau

6 Annexe 6 : Couvertures vaccinales et épidémiologie des MPV dans les pays d'origine des demandeurs d'asile en UE

Couvertures vaccinales en 2014 des 6 pays d'origine les plus fréquents des migrants arrivant en Europe depuis 2012, source : Mipatrini et al. 2017 (40)

Vaccine	Code	Syria	Iraq	Afghanistan	Albania	Pakistan	Eritrea	Italy	Greece	Germany	Denmark	Sweden
Bacille de Calmette-Guérin	BCG	81	95	86	99	85	97	–	–	–	–	–
Diphtheriate-tanus-pertussis 1st dose	DTP1	65	77	82	99	79	97	98	99	98	96	99
Diphtheriate-tanus-pertussis 3rd dose	DTP3	43	64	75	98	72	94	94	99	96	94	98
HBV 3rd dose	HepB3	71	62	75	98	72	94	94	96	87	–	53
HBV birth dose	HepB_BD	78	43	4	99	–	–	–	–	–	–	–
Haemophilus influenzae 3rd	Hib3	43	64	75	98	72	94	94	99	94	94	98
MeaslesContainingVaccine 1st dose	MCV1	54	57	66	98	61	96	86	97	97	90	98
MeaslesContainingVaccine 2nd dose	MCV2	49	57	39	98	52	–	–	83	92	84	95
Maternalimmunization with ≥2 doses of tetanus toxoid	PAB	92	72	70	92	75	94	–	–	–	–	–
PneumococcalConjugate Vaccine	PCV3	–	–	40	99	72	–	55	96	69	93	97
Polio vaccine 3rd dose	Pol3	52	67	75	98	72	94	94	99	95	94	98
Rotavirus	RotaC	–	29	–	–	–	25	–	–	–	–	–

Epidémiologie des maladies à prévention vaccinale dans les 5 principaux pays d'origine des demandeurs d'asile en UE en 2015, source : ECDC (59)

Disease	Indicator	Syria	Afghanistan	Iraq	Eritrea	Somalia
Diphtheria [3]	Cases reported to WHO in 2012, 2013, 2014	0, 0, and NA	0, 0, 0	3, 4, and 5	8, 0 and NA	65, 7 and NA
Typhoid fever	Risk of typhoid	✓	✓	✓	✓	✓
Cholera*	Risk	No recent outbreak	Recurrent outbreaks	On-going outbreak in Baghdad, Babylon, Najaf, Qadisiyyah, and Muthanna.	NA	Recurrent outbreaks
Hepatitis A†	Risk	High endemicity	NA	High endemicity	High endemicity	High endemicity
Hepatitis E‡	Risk	NA	NA	High endemicity	NA	High endemicity
Helminthiasis§	Risk of soil transmitted helminthiasis (ascaris, whipworm, hookworm)	+	++	+	++	++
	Risk of urinary schistosomiasis	✓	Non-endemic country	✓	✓	✓
Leishmaniasis**	Risk of cutaneous leishmaniasis	✓	✓	✓	✓	✓
	Risk of visceral leishmaniasis	✓	✓	✓	✓	✓
Hepatitis B††	Prevalence of chronic hepatitis B	Intermediate prevalence: 5.6%	High prevalence: 10.5%	Low prevalence: 1.3%	High prevalence: 15.5%	High prevalence: 12.4%
Hepatitis C‡‡	Prevalence	High prevalence: 3.1%	High prevalence: 1.1%	High prevalence: 3.2%	High prevalence: 1%	NA
HIV	Prevalence	Low	NA	Low	Low	Low
Malaria§§	Risk of malaria	Malaria-free	Risk of <i>P. vivax</i> >> <i>P. falciparum</i>	Malaria-free	Risk of <i>P. falciparum</i> >> <i>P. vivax</i>	Risk of <i>P. falciparum</i>
Measles†	Incidence per 100 000 in 2013 and 2014	1.84 and 2.68	1.41 and 1.75	2.09 and 3.02	0.77 and 0.02	2.17 and 9.12
Polio***	Cases reported to WHO in 2012, 2013 and 2014	0, 35 and NA	46, 17, and 28	0, 0, and 2	0, 0, and 0	1, 195 and 5
Tuberculosis†††	Incidence/100 000	Low: 17	High: 189	Low: 25	High: 40 to 499	High: 285
Antimicrobial resistance	Risk of carriage of multidrug-resistance Gram-negative bacteria	NA	NA	NA	NA	NA
Rabies	Risk level for humans contracting rabies	High	High	High	High	High

7 Annexe 7 : Rattrapage vaccinal pour les individus jamais vaccinés selon l'âge

Calendrier de rattrapage 2019 des vaccinations de base recommandées pour les enfants à partir d'un an, les adolescents et les adultes jamais vaccinés, source : ministère des solidarités et de la santé (93)

Âge des personnes jamais vaccinées Vaccins contre :	Personnes concernées	Schémas de vaccination	Rappel suivant	Nombre total de doses
1 - 5 ans				
Diphtérie (D), Tétanos (T), Polio (P), Coqueluche acellulaire (Ca)	Tous	0, 2 mois, 8-12 mois	6-7 ans (ou ≥ 2 ans après le premier rappel)	4
<i>Haemophilus influenzae b</i> (Hib)	Tous			1
Hépatite B	Tous	0, 1 ou 2 mois, 6 mois		3
Méningocoque C (vaccin conjugué)	Tous			1
Pneumocoque (vaccin conjugué)	Enfants âgés de 12 à 23 mois	0, 2 mois (intervalle d'au moins 2 mois entre les doses)		2
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Tous	0, 1 mois		2
6 - 10 ans				
diphtérie (d), Tétanos (T), Polio (P), Coqueluche acellulaire (Ca)	Tous	0, 2 mois, 8-12 mois	11-13 ans (ou ≥ 2 ans après le premier rappel)	4
Hépatite B	Tous	0, 1 ou 2 mois, 6 mois		3
Méningocoque C (vaccin conjugué)	Tous			1
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Tous	0, 1 mois		2

Age des personnes jamais vaccinées Vaccins contre :	Personnes concernées	Schémas de vaccination	Rappel suivant	Nombre total de doses
11 - 15 ans				
Diphtérie (D), Tétanos (T), Poliomyélite Coqueluche acellulaire (Ca)	Tous	0, 2 mois, 8-12 mois	À 25 ans : dTcaP	4
Hépatite B	Tous	0, 1 ou 2 mois, 6 mois 0, 6 mois ¹		2 ou 3
Méningocoque C (vaccin conjugué)	Tous			1
Papillomavirus (HPV)	Toute jeune fille de 11 à 14 ans révolus	0, 6 mois / 0, 1, 6 mois / 0, 2, 6 mois, selon âge et vaccin utilisé		2 ou 3
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Tous	0, 1 mois		2
≥ 16 ans				
Diphtérie (D), Tétanos (T), Poliomyélite (P) ² 1 ^{ère} dose avec ca ³	Tous	0, 2 mois, 8-12 mois	À 25 ans : dTcaP ou dTP si dernier ca < 5 ans	4
Méningocoque C (vaccin conjugué)	Tous jusqu'à l'âge de 24 ans révolus			1
Papillomavirus (HPV)	Jeunes femmes de 15 à 19 ans révolus	0, 1 ou 2 mois, 6 mois selon âge et vaccin utilisé		3
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Tous nés depuis 1980	0, 1 mois		2
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R) ⁴	Femmes nées avant 1980 en âge de procréer			1

[1] Utiliser Engixiv® B20 en respectant un intervalle de 6 mois et en l'absence de risque élevé d'infection par le virus de l'hépatite B dans les 6 mois qui séparent les 2 injections.

[2] dTP : vaccin combiné diphtérie, tétanos, poliomyélite avec une dose réduite d'antitoxine diphtérique (d).

[3] dTcaP : vaccin combiné diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche avec des doses réduites d'antitoxine diphtérique (d) et d'antigènes coquelucheux (ca).

[4] Dans le cadre du rattrapage de la vaccination contre la rubéole pour les femmes en âge de procréer.

8 Annexe 8 : Rattrapage vaccinal et dosage post-vaccinal des anticorps selon InfoVac France, 2019

▪ Pour la vaccination Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite :

Le dosage post-vaccinal des anticorps antitétaniques suffit le plus souvent : il est fiable et remboursé. Son interprétation doit se faire 4 à 8 semaines après une nouvelle dose de vaccin :

- si la réponse en antitoxine tétanique est ≥ 1 UI/ml, elle est de type anamnestic : le patient a probablement été vacciné auparavant, le plus souvent avec un vaccin combiné et avec une primo-vaccination de bonne qualité. Son schéma vaccinal peut être considéré comme complet après ce rappel.
- si la réponse après cette dose unique est faible, $\leq 0,1$ UI/ml, le patient n'a probablement jamais été vacciné et il faut appliquer un programme complet de rattrapage.
- si le taux d'anticorps est compris entre 0,1 et 1 UI/ml, il faut proposer une dose supplémentaire, 6 mois après.

La sérologie de la diphtérie (chère, non remboursée et peu fiable) n'est à faire qu'exceptionnellement, suivant le contexte épidémiologique du pays d'origine, car il n'existe nulle part de vaccin monovalent contre cette maladie (elle est toujours couplée à d'autres vaccins dont le tétanos).

Le dosage des anticorps antipolio n'a d'intérêt que si la personne est originaire d'un pays à risque de polio : il est peu fiable et cher. En général, la vaccination contre la polio est faite très tôt dans les pays en voie de développement et habituellement avec le vaccin oral (VPO).

▪ Pour la vaccination Hépatite B

Enfant ou adulte sans certitude de vaccination, en particulier venant d'un pays ou d'un milieu à forte prévalence, faire une sérologie initiale complète avant toute vaccination : Ac antiHBs, Ac antiHBc, AgHBs.

- la présence simultanée d'Ac antiHBs et d'Ac antiHBc signe une exposition antérieure. Les Ac antiHBc ne sont pas induits par la vaccination, mais uniquement par un contact antérieur avec le virus et dans ce cas, la vaccination n'est pas recommandée.
- Ac antiHBs ≥ 100 mUI/ml : protégé à long terme.
- Ac antiHBs entre 10 et 100 mUI/ml : vacciné, protégé et probablement protégé à long terme si son âge est compatible avec une vaccination ancienne (>5 ans).
- Ac antiHBs < 10 mUI/ml : refaire une injection tout de suite et contrôler les Ac antiHBs 4 à 8 semaines après.

Suivant les résultats du contrôle :

- Ac anti HBs > 100 mUI/ml : réponse anamnestic donc déjà vacciné : s'en tenir là.
- Ac anti HBs entre 10 et 100 mUI/ml : déjà vacciné, protégé, mais il n'est pas certain qu'il le soit à long terme (peu de données disponibles). Il semble raisonnable de proposer un rappel 6 mois plus tard.
- Ac anti HBs < 10 mUI/ml : probablement jamais vacciné. Poursuivre le schéma complet.

9 Annexe 9 : Le guide d'entretien

• Première partie : le « talon sociologique »

- Pouvez-vous nous dire quel est votre âge, sexe et profession ?
- Où exercez-vous et quel est votre mode d'exercice [libéral, hospitalier, association, salarié dans une association, exercice mixte ou non]
- Depuis quand exercez-vous ? Et spécifiquement auprès des populations migrantes ?
- *Quel est le profil des migrants que vous prenez en charge ? [âge, origine géographique, statut administratif]*

• Deuxième partie : grille d'entretien qualitatif

- Question « brise-glace » : Comment considérez-vous la prise en charge vaccinale des migrants en France ? *Quels sont les premiers mots, les premières impressions qui vous viennent à l'esprit quand on aborde le thème de la vaccination chez les migrants en France ?*

▪ LES OBSTACLES

- A quel moment et comment abordez-vous la question de la vaccination ?
- Que pensez-vous du calendrier vaccinal dans le cadre de votre pratique quotidienne ? Et de son application aux populations migrantes ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez face à la vaccination des migrants en France ? *Dans le cadre de votre pratique quotidienne ? Et de manière plus générale ? [accès aux soins, articulation et coordination des structures entre elles]*

▪ LES SOLUTIONS

- Quelles stratégies avez-vous mises en place pour contourner ces difficultés ? *Quelles source(s) d'information utilisez-vous pour la vaccination des migrants ? Comment déterminez-vous le statut vaccinal ? [sérologies pré- ou post-vaccinales, calendriers vaccinaux des pays d'origine]*
- De quelles aides aimeriez-vous bénéficier pour mieux prendre en charge la vaccination des populations migrantes ? *Quel type de support pour la traçabilité des vaccinations ? [nouvelles recommandations HAS en cours d'élaboration, accès à l'interprétariat] Est-ce qu'une harmonisation des recommandations européennes vous semblerait pertinente ?*

LEGENDE :

Version 2 : à l'issue de l'entretien n°2

En italique : questions de relance

[...] : thèmes à aborder

10 : Annexe 10 : « Code-book »

CONTEXTE

- **Le ressenti sur la prise en charge vaccinale des migrants**
 - Bonne qualité de prise en charge
 - Mauvaise qualité de prise en charge
 - Complexité
 - Problématique vaccinale en France dans la population générale
 - Hésitation vaccinale moins importante chez les migrants
 - Méconnaissance du statut vaccinal à l'instar de la population générale
 - Meilleure acceptation chez les populations migrantes
- **Aborder la question de la vaccination chez les migrants**
 - Systématiquement
 - Secondairement via le volet de la prévention
 - Consultation dédiée
 - Situations particulières « à risque »
 - Dépistage IST
 - Grossesse
 - Plaie et tétanos
 - Prostitution
 - Toxicomanie
 - Bilan de santé (MNA)
- **Le bon moment pour vacciner**
 - Rapidement
 - Sans urgence

OBSTACLES

- **Inhérents aux patients**
 - Absence d'antériorité vaccinale
 - Pas de documents
 - Statut vaccinal inconnu
 - Compréhension
 - Enjeux de la vaccination
 - Principe et physiopathologie
 - Risques liés aux MPV
 - Geste invasif
 - En lien avec la condition de migrant
 - Barrière de la langue
 - Contexte culturel
 - Nomadisme/Mobilité
 - Peur de l'expulsion
 - En lien avec la condition précaire
 - Autre priorités de soins que la vaccination
 - Non prioritaire face aux problématiques quotidiennes
 - Refus
 - Cas particuliers des Roms
 - Cas de la pédiatrie

- **Inhérents aux soignants**
 - Manque de temps
 - Secondaire à des problématiques de soins plus urgentes
 - Moindre investissement de la question vaccinale
 - Oubli
 - Délégation à un autre professionnel ou une autre structure
- **Inhérents aux structures**
 - Besoin matériels et financiers
 - Pas de vaccins dans la structure
 - Gestion pénurie et tensions d’approvisionnement
 - Gestion des stocks
 - Non inclus dans les missions de la structure
 - Manque de coordination entre les structures
 - Articulation avec la médecine de ville
 - Communication non satisfaisante entre structures d’une même ville
 - Méconnaissance interlocuteurs
 - Outil de communication défaillant
 - Communication difficile entre départements
 - Multiplicité des structures
- **Inhérents au système de soins et aux institutions**
 - Accès aux soins pour les migrants
 - Ouverture des droits à la sécurité sociale
 - Coûts supplémentaires
 - Articulation difficile avec la médecine de ville
 - DMP inadapté
 - Manque de directives nationales concernant les migrants
 - Manque d’harmonisation des politiques vaccinales européennes
- **Inhérents au calendrier vaccinal actuel**
 - Difficultés organisationnelles
 - Lourd
 - Inadapté aux populations migrantes
 - Modifications fréquentes
 - Différents schéma utilisés selon les professionnels
 - Comportant certains risques
 - Doses complètes ou réduites d’anatoxine
 - Grossesse et vaccins vivants
 - Immunodépression et vaccins vivants
 - Hyper-immunisation

SOLUTIONS

- **Les solutions déjà mises en place**
 - Par les soignants
 - Pour la détermination du statut vaccinal :
 - Souvenirs des patients
 - Observation des cicatrices vaccinales
 - Documents papiers (si présents)
 - Utilisation schémas vaccinaux pays d’origine
 - distinction scolarisation ou non
 - milieu rural ou urbain
 - Utilisation de TROD :

- dans le cadre du dépistage IST /
 - Hors contexte IST : quick test
 - Utilisation de sérologies pré-vaccinales : VHB, rougeole
 - Utilisation de sérologies post-vaccinales : tétanos, VHB
- Pour définir le schéma de rattrapage à adopter :
 - S'appuyer sur des sources, références utilisées (BEH, Infovac)
 - Stratégies propres au professionnel de santé, à la structure
 - « Sur-vacciner » ou « sous-vacciner »
 - Prioriser certains vaccins
 - Autres problématiques : Gardasil, Tuberculose, varicelle, grippe
- Pour améliorer le suivi et la prise en charge :
 - Suivi du rattrapage avec le même professionnel
 - Outils de communication avec les patients
 - Temps de sensibilisation des patients
 - Formation et information : congrès, recherche scientifique
- Par les structures
 - Dispositif matériel adapté :
 - Conservation des vaccins, dotation
 - Modulation des stocks
 - Accès à l'interprétariat :
 - Téléphonique
 - physique
 - Coordination et orientation vers les structures dédiées
 - Traçabilité des vaccinations
- Par le système de soins
 - Ouverture des droits
 - Dispositif MNA
 - Structure dédiée : MDS et PMI
- **Les solutions souhaitées**
 - A l'échelle des soignants
 - Pour la détermination du statut vaccinal
 - Rôle de prévention des infirmiers
 - Traçabilité commune
 - Recommandations adaptées au terrain
 - A l'échelle des structures
 - Amélioration communication entre structures
 - Lieu unique de prise en charge
 - Meilleure articulation avec la médecine de ville
 - Qui pourraient venir du système de soins
 - Moyens humains et financiers suffisants
 - Amélioration de l'accès aux soins

11 Annexe 11 : exemple de protocole de rattrapage vaccinal

Exemple de protocole de rattrapage vaccinal appliqué chez les enfants migrants âgés de plus de 6 ans au centre de vaccination du CHU d'Amiens, source : HAS 2019 (34)

Si primovaccination DTPCa très probablement réalisée, prévoir:	
M0	1 dose de rappel dTPCa (> 15 ans) ou DTPCa (< 15 ans), puis prochain rappel selon le calendrier vaccinal 1 dose Meningite C (<25 ans) Sérologie VHB, VIH (possibilité de TROD), +/- Varicelle (12-18 ans et femmes en âge de procréer)
M1	Si sérologie VHB en faveur de l'absence d'immunité: 1 ^{ère} dose VHB 1 ^{ère} dose ROR (si né après 1980 ou femmes nées avant 1980 et en âge de procréer)
M2	2 ^{ème} dose VHB 1 ^{ère} dose varicelle si sérologie négative
M3	2 ^{ème} dose ROR (si né après 1980) 2 ^{ème} dose varicelle
M7	3 ^{ème} dose VHB

Si primovaccination DTPCa très probablement NON réalisée, prévoir:	
M0	1 dose de rappel dTPCa (> 15 ans) ou DTPCa (< 15 ans) 1 dose Meningite C (<25 ans)
M1	Sérologie tétanos, VHB, VIH (possibilité de TROD), +/- Varicelle (12-18 ans et femmes en âge de procréer)
M2	Si sérologie tétanos > 1 UI/ml: forte réponse immunitaire, la primovaccination a bien été réalisée. Prochain rappel selon le calendrier vaccinal Si sérologie tétanos < 1 UI/ml: réponse immunitaire faible, la primovaccination n'a pas bien été réalisée (à faire selon le schéma M0, M2 M12): 2 ^{ème} dose dTP (> 15 ans) ou dTP (> 15 ans) ou DTPCa (< 15 ans) Si sérologie VHB en faveur de l'absence d'immunité: 1 ^{ère} dose VHB 1 ^{ère} dose ROR (si né après 1980 ou femmes nées avant 1980 et en âge de procréer)
M3	2 ^{ème} dose VHB 1 ^{ère} dose varicelle si sérologie négative
M4	2 ^{ème} dose ROR (si né après 1980) 2 ^{ème} dose varicelle
M8	3 ^{ème} dose VHB
M14	3 ^{ème} dose dTP (> 15 ans) ou DTPCa (< 15 ans). Prochain rappel selon le calendrier vaccinal.

12 Annexe 12 : Protocole de rattrapage vaccinal chez les MNA en Gironde

Aide au rattrapage vaccinal chez les MNA de Gironde

dTPC 0-2-8	Tétanos : recommandations InfoVac - A faire en l'absence de notion d'injection récente (<6mois-1an) - Dosage des Ac anti-Tétanos 4 à 6 semaines plus tard. Si anticorps >1UI/ml, basculer sur le schéma classique (prochaine injection à 25 ans. Si <0,1, schéma complet d'un enfant non vacciné. Si entre 0,1 et 0,5 : faire deux doses supplémentaires à 2 et 8 mois. Si entre 0,5 et 1 : une dose à 6 mois puis schéma classique selon l'âge
ROR 0-2	2 doses, pas de risque à sur-vacciner
MéningoC	Une dose
Hépatite B 0-1-6	Après sérologie. En l'absence de trace de vaccination ou d'immunité post-contact, schéma complet à 3 doses 0 – 1 - 6 mois. Pour les 11-15 ans : 2 doses adultes à 0 - 6 mois.
Hépatite A	
Varicelle	

Les précisions sur le protocole de rattrapage vaccinal et le bilan de santé des MNA de Gironde sont détaillées ci-dessous.

- Lors de l'entretien initial, les indicateurs de probabilité de vaccination sont recherchés : souvenirs de vaccinations en évoquant les campagnes scolaires, souvenir de vaccinations des petits frères et sœurs, cicatrice de BCG, niveau socio-économique de la famille et degré de suivi médical et d'accès aux soins au pays d'origine.

- Une notion de vaccination récente lors du parcours migratoire est recherchée (frontières, camps, péréquation) < 1 an : trace écrite ou même description verbale.

- En l'absence de vaccination récente une dose de dTcaP et une dose de Méningo C est réalisée (et un ROR si statut VIH connu mais c'est rarement le cas, dans l'idéal un TROD pourrait être réalisé mais n'est pas disponible). Un bilan biologique complet incluant notamment une sérologie tétanos, VIH et VHB complète est prescrit, sans exigence particulière quant au délai de réalisation du fait des contraintes organisationnelles et du caractère non souhaitable de diviser en 2 temps le prélèvement car très fort risque de refus la 2ème fois.

- En cas de notion de vaccination récente, les écrits sont utilisés si disponibles, et en l'absence il est considéré généralement qu'il s'agit de vaccinations anti-diphtérie-Tétanos (+/-Polio-coq suivant le pays de réalisation) puisque ce sont les plus communes et surtout que ce sont celles-ci qui sont à risque de réaction hyper-immunes. Une dose de Méningo-C est donc réalisé à J0 (et ROR si statut VIH connu). Prescription de sérologie tétanos, VIH, VHB dans le même temps.

- Pour la suite du schéma dTcaP, les résultats de la sérologie Tétanos sont utilisés en tenant compte du délai de réalisation et en raisonnant "par le haut" : même si le délai de réalisation est trop court, une bonne réponse anamnétique (>1U/L) permet de conclure à une bonne couverture vaccinale antérieure et le calendrier classique est repris pour le tétanos : prochaine dose à 25 ans. Une réponse moyenne (0,5 à 1 U/L) invite à la réalisation d'une dose à 6 mois puis rappel 25 ans. Une réponse faible (<0,5U/L) fait recommander deux doses à M2 puis M8. Un premier retour sur les sérologies tétanos chez les MNA fait état de plus de la moitié qui ont une réponse anamnétique forte permettant d'économiser 2 doses par rapport à "l'attitude générale".

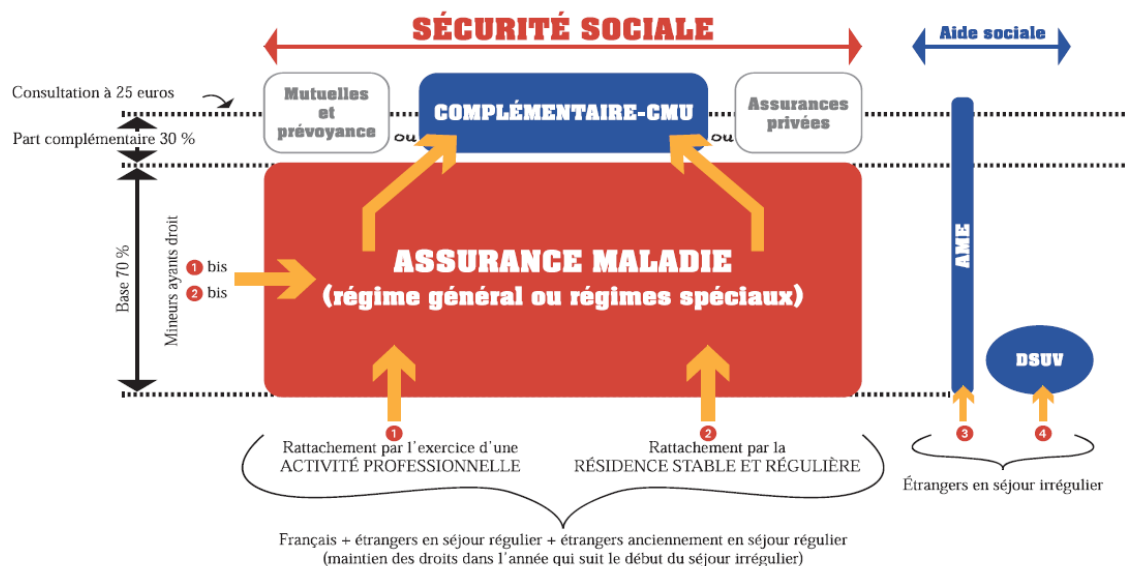
- Pour le ROR, une fois la sérologie VIH récupérée un schéma à 2 doses M0 - M1 est réalisé, voire une seule dose si le jeune a eu un mauvais vécu de l'injection (fréquent) et probabilité de vaccination antérieure importante et une bonne réponse anamnétique à la sérologie tétanos.

- Une vaccination hépatite B est réalisée en l'absence de cicatrice sérologique de type vaccinale ou post-contact.

- Les sérologies VHA et VZV ont été pratiquées dans un premier temps puis arrêtées au vu du très fort taux de couverture immunitaire.

- Vaccination HPV et sérologie rubéole pour les filles

13 Annexe 13 : Schéma simplifié des portes d'entrées à la protection maladie



Source : Lefebvre O. et al, mai 2019 (73)

M. M. vient de se voir reconnaître le statut de réfugié. Depuis qu'il a fui le Soudan, à travers la Lybie, la Méditerranée puis l'Italie, de Marseille à Calais, puis de Paris à Marseille, il a été tour à tour sans-papiers, demandeur d'asile, « dubliné* », déclaré « en fuite » et retenu en centre de rétention administrative, puis expulsé vers l'Italie où il n'a pas pu faire enregistrer sa demande d'asile. Revenu en France et à nouveau enfermé en rétention, détenu en prison en raison de son refus d'être à nouveau expulsé en Italie, il est finalement libéré sous contrôle judiciaire dans l'attente de la réponse de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), qui revient positive, trois ans après son arrivée en France. Le début du parcours d'exil de M. M. a été très angoissant, cahotique et violent, mais il s'agit pourtant d'un parcours plutôt privilégié parmi les exilés parvenus en Europe et en France.

Extrait d'un article publié en juin 2019 par Arnaud Veïsse dans la Revue du Praticien (94)

14 Annexe 14 : Intervalles minimaux entre 2 doses de vaccins en primo-vaccination

Source : recommandations HAS 2019 (34)

Type de rattrapage	Vaccins	Intervalle minimal entre les doses
Primo-vaccination et 1er rappel	DTCaPHibHepB / DTCaPHib / DTCaP / dTcaP / dTP selon l'âge	2e dose 2 mois après la 1re 3e dose au moins 6 mois après la 2e
	Hep B	2e dose 1 à 2 mois après la 1re 3e dose 5 à 6 mois après la 2e ou 2e dose 6 à 12 mois après la 1re pour les 11-15 ans vaccinés avec Engerix B 20 [®] µg (hors migrant et personne exposée à risque immédiat) Un schéma accéléré est également possible en cas de risque immédiat avec Engerix [®] B20 ug en 21 jours (J0, J7, J21) suivi d'un rappel 12 mois après
	Hep A	2e dose 6 à 36 mois après la 1re pour Avaxim 80 [®] 2e dose 6 à 12 mois après la 1re pour Havrix 720 [®] , Avaxim 160 [®] , Havrix 1440 [®] 2e dose 6 à 18 mois après la première dose pour Vaqta 50 [®] La deuxième peut être réalisée à tout intervalle en cas de retard d'administration.
	VPC13 (enfants 2 - 23 mois)	2e dose au moins 2 mois après la 1re 3e dose 5-6 mois après la 2ème pour les enfants ayant reçu la 1ère dose avant 12 mois et âgés de 24 mois ou moins, pas de 3ème dose pour les enfants ayant reçu la 1ere dose après 12 mois, plus d'indication vaccinale au delà de 24 mois Chez les enfants à risque élevé d'infection, 2e dose 1 mois après la 1re et 3e dose un mois après la 2ème, puis rappel

Type de rattrapage	Vaccins	Intervalle minimal entre les doses
	VPC13 (enfants 2 - 5 ans à risque)	2e dose ≥2 mois après la 1ère suivie d'une dose de VPP23 au moins deux mois après la deuxième dose de VPC 13
	VPC13 (enfants ≥ 5 ans et adultes à risque)	≥ 1 an après VPP23, si antérieurement vacciné
	VPP23 (enfants ≥ 2 ans et adultes à risque)	≥ 2 mois après VPC13 et ≥5 ans après une précédente dose de VPP23
	ROR	2e dose ≥1 mois après la 1re dose
	Men C (Neisvac [®])	2e dose ≥ 6 mois après la 1ère et après l'âge de 1 an si âgé de < 1 an lors de la 1ère Si dose reçue après 12 mois, pas de 2ème dose
	Men C (Menjugate [®])	Pas indiqué avant 1 an. Si dose reçue après 12 mois, pas de 2ème dose
	HPV 9 (Gardasil 9 [®])	Pour les filles âgées de 11-14 ans révolus lors de la 1re dose : 2e dose 6 à 13 mois après la 1re et pas de 3e dose Pour les filles âgées de 15-19 ans révolus lors de la 1re dose et pour les HSH jusqu'à 26 ans révolus : 2e dose 2 mois après la 1re puis 3e dose 4-5 mois après la 2e
	Varicelle	2e dose 4 à 8 semaines après la 1re (Varivax [®]) 2e dose 6 à 10 semaines après la 1re (Varilrix [®])
Rappels suivants du calendrier vaccinal	DTCaP/dTcaP/dTP	Aux âges du calendrier vaccinal ≥ 2 ans après un rappel DTCaP/dTcaP pour les enfants âgés de 6 à 13 ans et ≥ 5 ans après un rappel DTCaP/dTcaP/dTP pour les enfants âgés de 14 ans et plus et les adultes (cf. tableau de transition des rappels dTP et dTcaP du calendrier vaccinal)
	dTcaP	≥ 1 mois après un rappel dTP (en particulier dans le cadre du cocooning et lorsque le dernier rappel a été fait avec dTP)
	VPP23 (enfants ≥ 5 ans et adultes à risque)	≥ 5 ans après une 1re dose VPP23 et ≥ 2 mois après le VPC13

15 Annexe 15 : Spécialités vaccinales disponibles en France en 2019 et âges limites d'utilisation selon l'AMM et selon les recommandations

Source : recommandations HAS 2019 (34)

Antigène	Nom commercial	AMM		Recommandations générales	
		Age minimum	Age maximum	Age minimum	Age maximum
BCG	BCG AJ Vaccine®	1 mois ou à la naissance en Guyane et Mayotte		Naissance	15 ans (au-delà certains professionnels à haut risque)
DTCaPHibHep B	InfanrixHexa® Vaxelis® Hexyon®	2 mois/ 6 semaines	36 mois 15 mois 24 mois	idem	idem
DTCaPHib	Infanrix Quinta® Pentavac®	2 mois 2 mois	3 ans -	idem	3 ans 5 ans*
DTCaP	InfanrixTetra® Tétravac-acellulaire®	16 mois (en rappel) 2 mois	13 ans 13 ans	2 mois	13 ans (également proposé en primo-vaccination dans le calendrier vaccinal 2019 pour les 14-15 ans)
dTcaP	Boostrixtetra® Repevax®	3 ans en rappel uniquement (sauf pour les adolescents et adultes non vaccinés antérieurement)		6 ans (recommandations dérogatoires en situation de pénurie)	39 ans (et au-delà en situation de cocooning)
dTP	Revaxis®	Enfant ≥ 13 ans (en rappel) et adultes		25 ans (si a été vacciné par dTcaP dans les 5 ans précédents)	/
Grippe	FluarixTetra® VaxigripTetra®	6 mois	/	idem	
	influvac tetra®	3 ans		idem	
Haemophilus influenzae B	Act-Hib®	2 mois		2 mois	5 ans
Hépatite A enfant	Havrix 720 U / Avaxim 80 U	12 mois	15 ans	idem	idem
Hépatite A	Havrix 1440 U / Avaxim 160	16 ans	/	idem	/

Antigène	Nom commercial	AMM		Recommandations générales	
adulte	U Vaqta 50 U	16 ans 18 ans			
Hépatite B enfant	Engerix B 10® HBVaxpro 5®	Naissance	/	Naissance	15 ans
Hépatite B adulte	Engerix B 20® HBVaxpro 10®	16 ans (11-15 ans schéma 2 doses)	/	11 ans	/
Méningocoque C	Menjugate® Neisvac®	2 mois 2 mois		1 an 5 mois	24 ans révolus
Méningocoque ACYW	Nimenrix® Menveo®	6 semaines 2 ans	/	idem	/
Papillomavirus humains	Gardasil 9®	9 ans	45 ans	11 ans	19 ans révolus (26 ans révolus HSH)
VPC 13	Prevenar 13®	6 semaines	/	2 mois	24 mois (et au-delà recommandations particulières)
VPP 23	Pneumovax®	2 ans	/	2 ans si recommandations particulières	/
ROR	M-M-RVaxPro® Priorix®	9 mois (6 mois en prophylaxie post-exposition en RTU ou voyage)	/	idem	Personnes nées en 1980 (et au-delà recommandations particulières)
Varicelle	Varilrix® Varivax®	1 an 9 mois		12 ans (dès 1 an ou 9 mois pour les enfants en instance de greffe ou en contact avec une personne immunodéprimée)	
Zona	Zostavax®	50 ans		65 ans	74 ans révolus

*Le libellé d'AMM du vaccin Pentavac ne précisant pas d'âge limite maximal d'utilisation, dans le cadre du rattrapage, il est considéré que ce vaccin peut être utilisé jusqu'à 5 ans. Au-delà de cet âge, le rattrapage vaccinal pour l'*Haemophilus influenzae* de type b n'est plus recommandé.

16 Annexe 16 : Interprétation de la sérologie hépatite B et conduite à tenir en fonction du résultat

Source : recommandations HAS 2019 (34)

Ag HBs	Ac anti HBs	Ac anti HBc	Interprétation	Conduite à tenir
Positif	Négatif	Positif	Infection aiguë ou chronique par le virus de l'hépatite B	Orientation pour prise en charge spécialisée Pas d'indication vaccinale
Négatif	Négatif ou <10UI/l	Négatif	Non immun ou immunité post vaccinale avec perte des Ac anti HBs	Si indication, vaccination 3 doses ou administrer une dose puis titrer les Ac antiHBs 4 à 8 semaines plus tard (voir Tableau 41)
Négatif	Positif 10-99UI/l	Négatif	Immunité post vaccinale acquise	En l'absence de preuve vaccinale, la durée de l'immunité est inconnue, une dose supplémentaire unique de vaccin Hep B peut être administrée
Négatif	Positif ≥100UI/l	Négatif	Immunité post vaccinale acquise à long terme	Pas d'indication vaccinale
Négatif	>10UI/l	Positif	Immunité acquise après maladie	Pas d'indication vaccinale
Négatif	Négatif	Positif	Anticorps antiHBc isolé. Immunité acquise après maladie dans la plupart des cas*	Pas d'indication vaccinale ni de recherche de l'ADN VHB hors contexte particulier (immunodépression et grossesse)

17 Annexe 17 : Rattrapage vaccinal : modèle simplifié ou avancé

Tableau synthétique des modalités de mise en œuvre du rattrapage vaccinal simplifié au cours d'une séance, source : HAS 2019 (34)

Modalités du rattrapage vaccinal simplifié	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrer les vaccins indiqués selon l'âge en privilégiant les vaccins protégeant contre les maladies invasives et /ou nécessitant plusieurs injections ▪ en un temps, au cours d'une séance, dans des sites différents, et pouvant atteindre 4 injections
Sérologies pré-vaccinales, à défaut TROD	Pour les personnes migrantes, réaliser les sérologies hépatites B, C et VIH +/- varicelle si elle est indiquée (à intégrer si possible dans un bilan de santé complet)
Modalités de poursuite du rattrapage vaccinal	En cas de nouvelle consultation, compléter le schéma de primo-vaccination puis reprendre le calendrier vaccinal selon l'âge en respectant les intervalles minimaux entre 2 rappels

Tableau synthétique des modalités de mise en œuvre du rattrapage vaccinal avancé, source : HAS 2019 (34)

Modalités du rattrapage vaccinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrer les vaccins indiqués selon l'âge en privilégiant les vaccins protégeant contre les maladies invasives et/ou nécessitant plusieurs injections, dans des sites différents et jusqu'à 4 injections possibles en une consultation
Sérologies pré-vaccinales	Pour les personnes migrantes, réaliser les sérologies VIH, hépatites B et C, varicelle si indiqué, hépatite A pour les enfants de 1 à 18 ans, une IDR ou IGRA si enfant de moins de 18 ans si indiquées
Sérologies post-vaccinales	Réaliser un dosage des anticorps antitétaniques 4 à 8 semaines après une dose de vaccin ainsi qu'un dosage des anticorps antiHBs 4 à 8 semaines après une dose de vaccin VHB si la vaccination est indiquée
Modalités de poursuite du rattrapage vaccinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la primo-vaccination DTcaP +/- Hib/dTcaP/dTP selon le résultat des anticorps antitétaniques ▪ Poursuivre la primovaccination hépatite B selon le résultat des anticorps antiHBs ▪ Rattraper les vaccinations qui n'ont pas pu être entreprises jusque-là et compléter le schéma de primo-vaccination débutée à la première consultation ▪ Puis reprendre le calendrier vaccinal selon l'âge en respectant les intervalles minimaux entre 2 rappels

18 Annexe 18 : Rattrapage pour les migrants primo-arrivants à statut vaccinal inconnu proposé par la HAS

Enfants de 1 à 5 ans

(pour les enfants de moins de 1 an, mettre en œuvre le calendrier vaccinal français sans sérologie post-vaccinale)

J0	J3-J7	M1	M2	M8 à 12
DTCaPHibHepB (jusqu'à 3 ans) ou DTCaPHib ou DTCaP +/- HepB (après 3 ans)		+/- dosage Ac antitétaniques et antiHBs 4 à 8 semaines après les premières injections	+/- DTCaP +/- HepB selon les résultats des sérologies post-vaccinales	+/- DTCaP +/- Hep B selon les résultats des sérologies post-vaccinales
VPC 13 (si entre 2 mois et 2 ans)			+/- VPC 13 (si entre 2 mois et 2 ans)	+/- VPC 13 (si entre 2 mois et ≤12 mois)
ROR*		ROR 2 ^{ème} dose		
Men C (≥5 mois)				Rappel Men C si première dose avant 1 an et âge ≥12 mois
Recherche cicatrice vaccinale BCG et, si indiqué, IGRA ou IDR		+/- BCG si dépistage négatif		
Sérologie VHB et VIH dans le cadre d'un bilan de santé	(d'emblée ou 4 à 8 semaines après une vaccination HepB si volonté de ne prélever l'enfant qu'une fois)			

*Le vaccin ROR sera réalisé après la réalisation de l'IDR ou de l'IGRA si ce dernier est indiqué et réalisé d'emblée

Enfants de 6 à 13 ans

J0	J3-J7	S4-S8	M2	M4	M8 à 12
DTCaP		+/- dosage Ac antitétaniques	+/- DTCaP selon résultats des Ac		+/- DTCaP selon résultats des Ac
ROR		ROR 2 ^{ème} dose			
Men C					
HPV	(filles de 11 à 13 ans)				+/- HPV 2
Sérologie VHB et VIH	Lecture des résultats +/- Hep B si indiqué	+/- dosage Ac anti HBs	+/- Hep B selon sérologies		+/- Hep B
+/- sérologie varicelle si pas d'ATCD		+/- varicelle si indiqué	+/- varicelle 2 ^{ème} dose si indiqué		
Recherche cicatrice vaccinale BCG et si indiqué, IGRA ou IDR					

Enfants de 14 à 18 ans et adultes

J0	J3-J7	S4-S8	M2	M3	M8 à 12
dTcaP		+/- dosage Ac antitétaniques	+/- dTP selon résultats sérologies		+/- dTP selon résultats sérologies
ROR si nés après 1980		ROR 2 ^{ème} dose			
Men C si ≤24 ans					
HPV si filles âgées de 14 à 19 ans et HSH ≤26 ans			+/- HPV 2 si indiqué		+/- HPV 3 si indiqué
+/- sérologie varicelle si indiqué		+/- varicelle	+/- varicelle 2 ^{ème} dose		
Sérologie VIH VHB	Lecture des résultats +/- Hep B si indiqué	+/- dosage Ac anti HBs	+/- Hep B 2 ^{ème} dose		+/- Hep B 3 ^{ème} dose
Recherche ITL par IGRA ou IDR si indiqué					

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : Les migrants primo-arrivants sont exposés à des vulnérabilités multiples à leur arrivée en France et à un risque augmenté de maladies infectieuses à prévention vaccinale. Ils sont souvent incomplètement vaccinés au regard des recommandations françaises. Ils disposent rarement d'un carnet de vaccination posant la question, en cas de statut vaccinal inconnu, de comment mettre en œuvre le rattrapage vaccinal. L'objectif principal était d'analyser les obstacles rencontrés par les médecins de Bordeaux lors du rattrapage vaccinal des migrants et les solutions pour les contourner.

Méthode : Une étude observationnelle qualitative par 13 entretiens semi-dirigés, menés entre janvier et juin 2019, a été réalisée. Un double codage axial et ouvert a ensuite été effectué par les deux thésardes à l'aide du logiciel Nvivo selon la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Les pratiques des médecins interviewés sont très hétérogènes dans la mise en œuvre du rattrapage vaccinal. Plusieurs obstacles ont été identifiés en lien avec les patients, les soignants, les structures et le système de soins. Des solutions ont été mises en place pour contourner ces obstacles et améliorer l'accès aux soins et à la vaccination des migrants.

Conclusion : Les recommandations HAS publiées fin 2019 ont clarifié certains points, notamment l'attitude à adopter face à un statut vaccinal inconnu et la place des sérologies. Cependant, certaines problématiques soulevées par les médecins interrogés méritent d'être approfondies comme l'amélioration de l'articulation des structures intervenant auprès des migrants entre elles et avec la médecine de ville.

Mots-clés : Vaccination ; Migrants ; Rattrapage vaccinal ; Pratiques

ABSTRACT

Background : Newly arrived migrant populations in France are exposed to multiple vulnerabilities and have a higher risk of contracting infectious diseases preventable by vaccines. They often have incomplete coverage compared to french health policy recommendations. Most of the time, they don't have a vaccination record. This raises the question, in front of an unknown immune status, of what catch-up vaccination strategy can be adopted. Primary objective was to analyse catch-up immunisation's barriers encountered by doctors in Bordeaux with migrants and solutions to overcome these barriers.

Methods : An observational qualitative study with 13 semi-structured interviews, led between January and June 2019, was conducted. A double open axial coding was realized with Nvivo® software, according to the grounded theory.

Results : Practices among interviewed doctors regarding catch-up immunisation strategies are very heterogeneous. Several barriers have been identified, linked to patients, doctors, organizations and health care system. Some solutions have been established to overcome these barriers and to improve health care and vaccination access to migrants.

Conclusion : The *Haute Autorité de Santé* (HAS) recommendations, published at the end of 2019, shed light on some points, especially on the strategy faced with an unknown vaccination status or the use of serology. However, some problems mentioned by interviewed doctors deserve to be addressed such as improving the coordination between the different organizations which are helping migrants and with general practitioners.

Key words : Migrants ; Catch-up vaccination ; Immunisation ; Vaccination