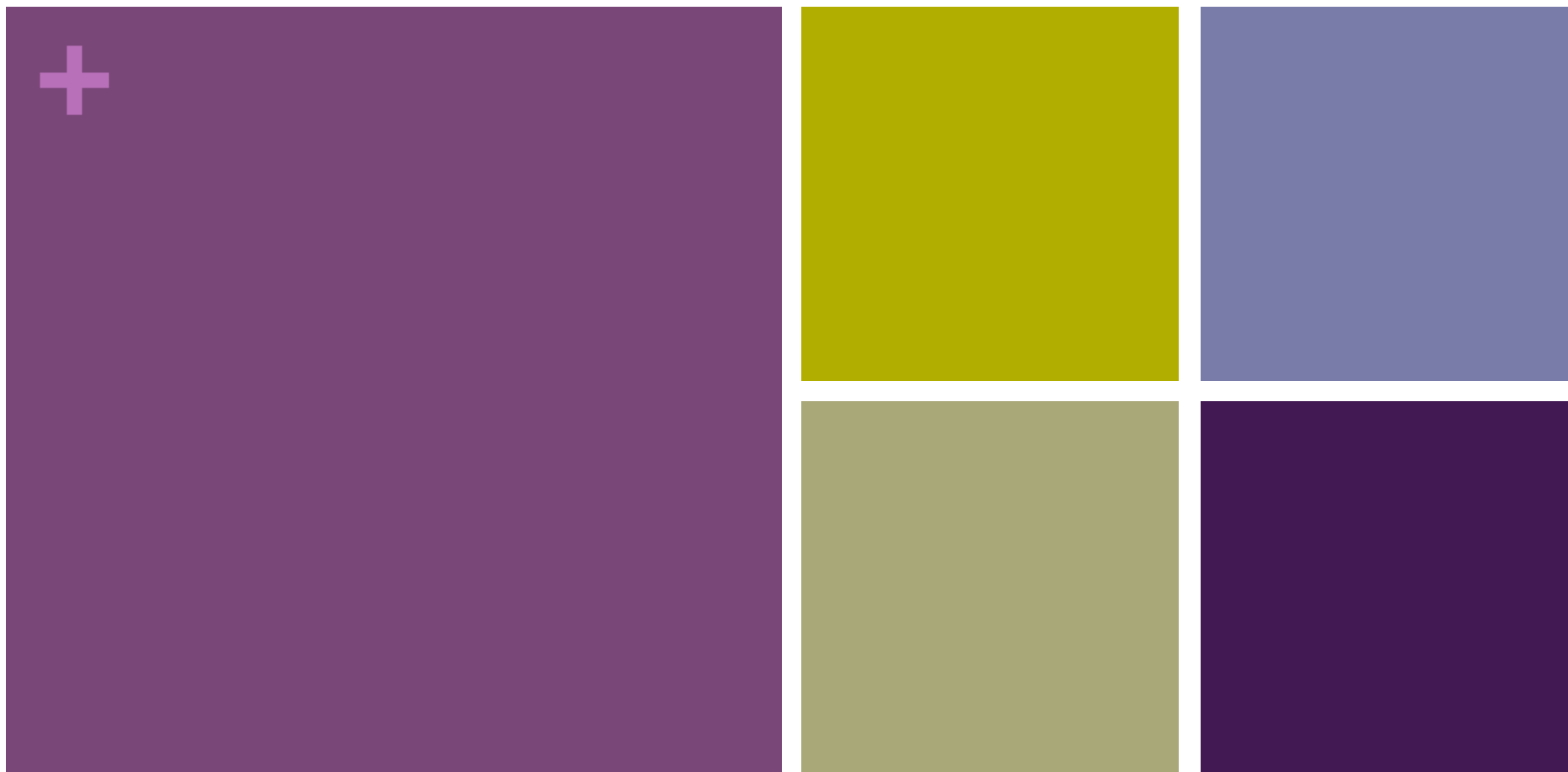




Enfants migrants en Valais: vers une prise en charge unifiée?

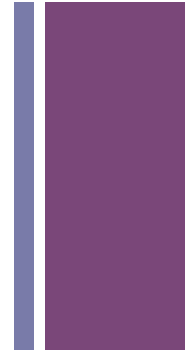
Ursula Wehrli et Vanessa Tschopp Moix

+ Plan de la présentation

- Pourquoi cette présentation?
- Photographie de la migration
- Définitions des statuts et permis de séjour
- Parcours du migrant en Suisse et en Valais
- Prise en charge unifiée, carnet de santé
- Problèmes de santé spécifiques
- Quelques propositions de « marches à suivre » pour le pédiatre/généraliste



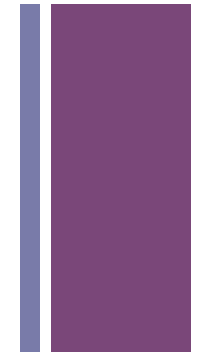
Pourquoi cette présentation?



- Questionnement au groupement des pédiatres valaisans
- Problèmes fréquents récurrents avec les patients migrants en âge pédiatrique dans nos cabinets privés
- Décision aller explorer ressources existantes et d'élaborer amélioration prise en charge

+ Problèmes actuels

- Perte des données médicales/carnet de vaccination -> répétition des examens, etc
- Difficultés de communication
- « Time consuming »
- Maladies « tropicales »
- Patients migrants restent « migrants en Valais »
- Manque de connaissance du parcours d'un réfugié en Suisse/VS
- Pas de consensus de prise en charge nationale/cantonale
- Pas d'Evidence Based!!!



+ Solutions envisagées

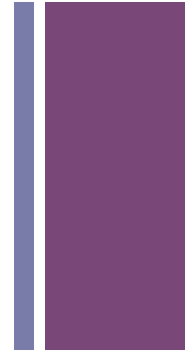
- Consultation centralisée migrants en âge pédiatrique en Valais: pas de moyen financier ni de personnel à l'heure actuelle
- Outil de travail transmissible (carnet de santé suisse inadapté) entre les différents professionnels
- Guidelines de prise en charge médicale pour problèmes fréquents spécifiques à santé des migrants
- Formation des intervenants

+ Notre démarche

- Comprendre le parcours du migrant en Valais : Visite des foyers de Saint Gingolf et de Vernamiège, Croix rouge Sion
- Etat des lieux des ressources actuelles : contact avec le médecin cantonal, ICHV (Prof Troillet), Promotion Santé Valais, Dr Poncet
- Rencontre des différents médecins spécialistes pour établir des marches à suivre

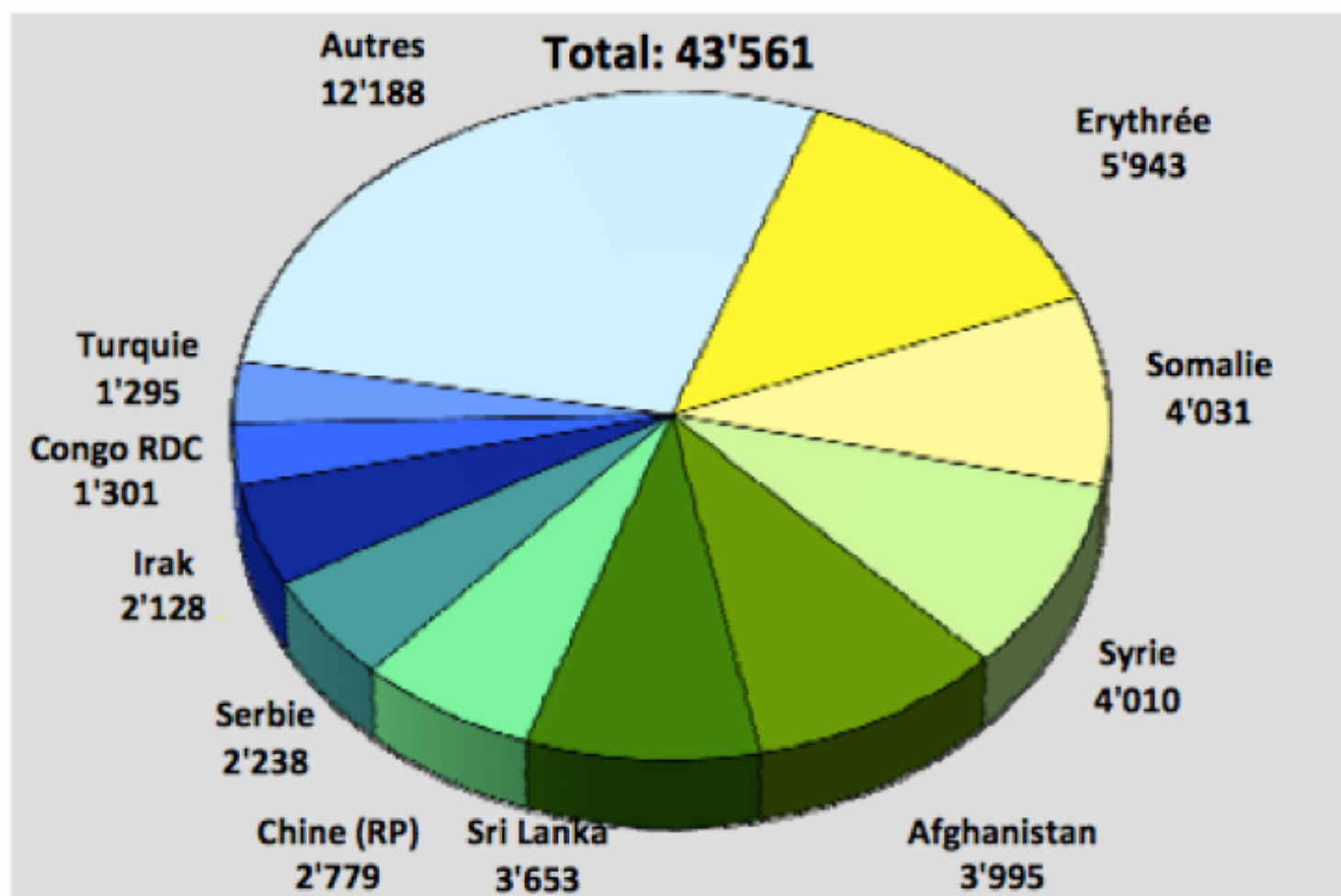


Photographie de la migration en CH en 2013



- Total 43561 personnes en suisse en processus d'asile
- En valais 1848 personnes:
 - 906 dans le processus
 - 928 admis provisoirement
 - 13 en cours d'exécution du renvoi
 - 1 cas spécial non défini

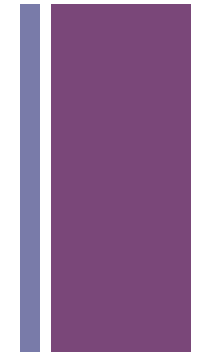
Statistique Suisse (2013)



Graphique 4: Personnes dans le processus asile en Suisse: pays de provenance

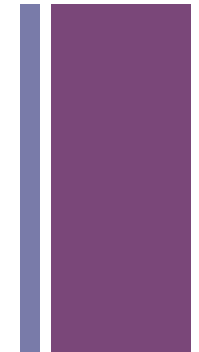
+ Motif immigration en 2013

- 50% travail
- 30% regroupement familial
- 11% formation
- 4% asile
- 5% sans activité lucrative



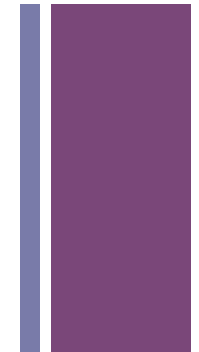
+ Augmentation de la population suisse

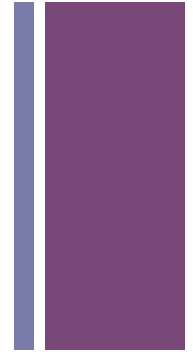
- 1/3 migration
- 1/3 baby boom
- 1/3 allongement de vie (1914 : espérance de vie 50ans)



+ Proportions d'étrangers selon secteur activité

- 55% employé bâtiments
- 49% étrangers dans les soins
- 66% ménage
- 75% patrons entreprise





Quelques définitions utiles



Statut Juridique

Althaus Fabrice, Paroz Sophie, Renteria Saira-Christine, Rossi Ilario, Gehri Mario, Bodenmann Patrick. **La santé des étrangers en Suisse : les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire ?**. *Swiss Medical Forum*. 2010;10(4):59-64

Tableau 1. Statut juridique des migrants forcés en Suisse [4–6].

Statut	Toute personne ...
Requérant d'asile	qui demande formellement la protection de la Suisse, indépendamment de la réponse qui lui sera donnée; elle souhaite être reconnue comme réfugié et pouvoir bénéficier de la protection juridique et de l'assistance matérielle que ce statut implique.
Réfugié	qui est reconnue comme étant exposée, dans son Etat d'origine ou dans son Etat de dernière résidence, à de sérieux préjudices ou craint à juste titre de l'être en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social déterminé ou de ses opinions politiques.
Non entrée en matière (NEM)	dont la demande d'asile, pour des raisons formelles (non collaboration, absence de documents valides, etc.), ne connaîtra pas un traitement plus approfondi; la personne concernée doit en règle générale quitter immédiatement la Suisse.
Cas Dublin	dont la demande d'asile n'est en principe pas examinée en raison d'une procédure de demande d'asile en cours ou terminée dans un autre pays de l'espace Schengen, et ce quel que soit le résultat de cette procédure. Personne renvoyée activement vers le pays en question.
Débouté de l'asile	ayant eu précédemment le statut de requérant d'asile et ayant reçu une réponse négative définitive à sa demande d'asile au terme de la procédure conduite par l'Office fédéral des migrations et le cas échéant des procédures de recours fédérales.
Sans-papiers	de nationalité étrangère vivant illégalement en Suisse, soit au-delà du temps d'un séjour touristique ou d'un autre séjour autorisé, soit arrivée au terme d'une procédure d'asile avec une réponse négative et qui n'a pas requis, ou n'a pas obtenu, ou a perdu une autorisation de séjour.

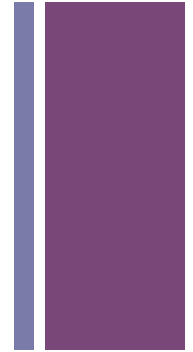


Permis de séjour

Althaus Fabrice, Paroz Sophie, Renteria Saira-Christine, Rossi Ilario, Gehri Mario, Bodenmann Patrick. **La santé des étrangers en Suisse : les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire ?**. *Swiss Medical Forum*. 2010;10(4):59-64

Tableau 2. Permis de séjour en Suisse, un abécédaire complexe [5].

Permis, attestations et livrets	Descriptif
[Permis A]	<i>Ancien permis pour saisonniers, n'est plus en vigueur.</i>
Attestation de départ	Document attestant qu'une décision exécutoire sur la demande d'asile a été prononcée et que la personne est en attente de l'exécution de son renvoi. Cette attente peut durer plus ou moins longtemps, de quelques semaines à plus d'une année.
Permis B	Autorisation de séjour annuelle, valable 5 ans (autorisation UE/AELE), respectivement 1 an (autorisation hors UE/AELE), renouvelable. Elle peut être accordée pour le travail, les études, un séjour sans activité (rentier), pour des raisons humanitaires, pour un regroupement familial ou pour les réfugiés.
Permis C	Autorisation d'établissement de durée indéterminée, le document étant établi pour une durée de 5 ans à des fins de contrôle.
Livret F	Admission provisoire, valable pour 12 mois au plus, renouvelable. Livret attestant que l'exécution du renvoi est pour l'heure illicite, impossible ou ne peut être raisonnablement exigée.
Permis G	Autorisation de travail sans autorisation de séjour, délivrée aux frontaliers.
Permis L	Autorisation de séjour de courte durée (jusqu'à 12 mois) pour travailleurs (travailleurs hors UE/AELE si spécialistes ou qualifiés), stage de formation, activité au pair et artistes de cabaret.
Livret N	Livret attestant que le titulaire est en attente d'une décision concernant sa demande d'asile, en première instance ou sur recours.
Livret S	Protection provisoire collective pour une population menacée et définie. Jamais accordé à ce jour.

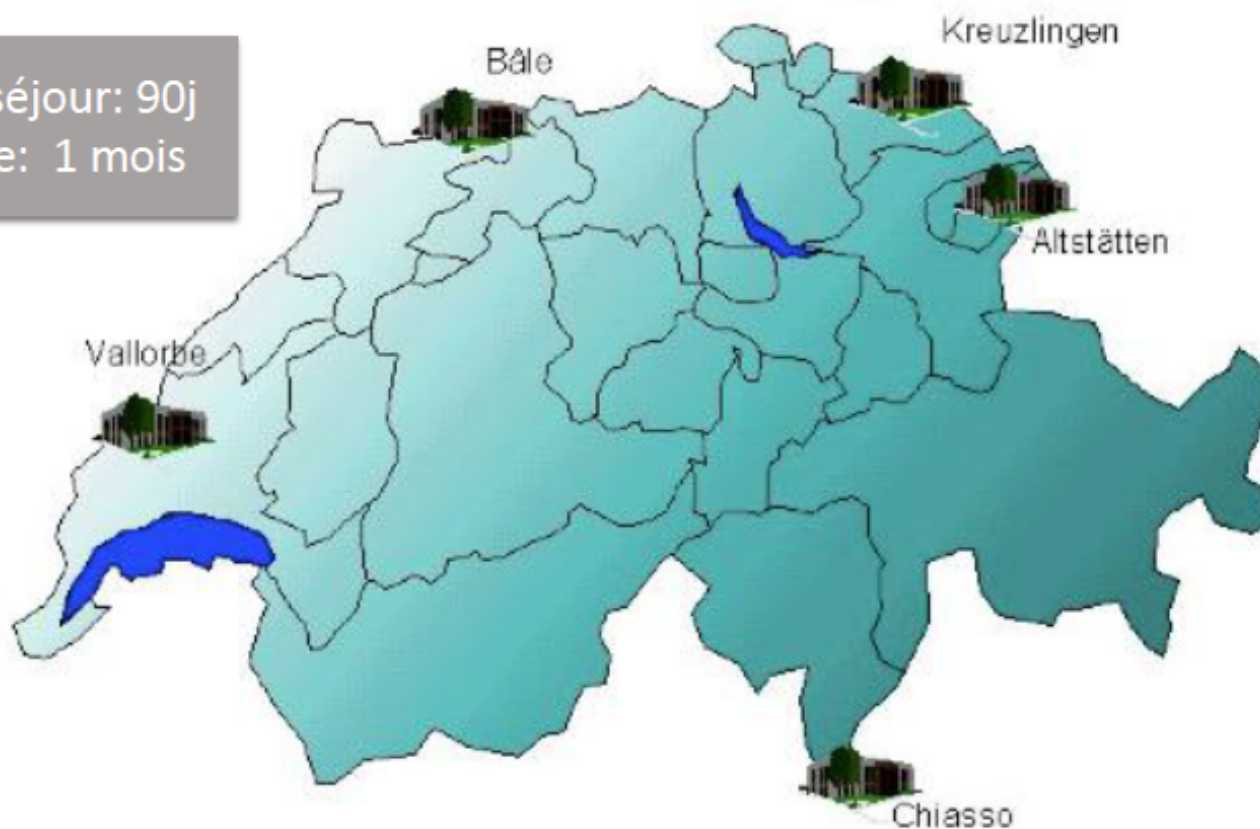


Parcours du migrant

Centre d'enregistrement et de procédure

Les centres d'enregistrement

Durée max de séjour: 90j
Durée moyenne: 1 mois



D'après présentation N. Wagner 2014

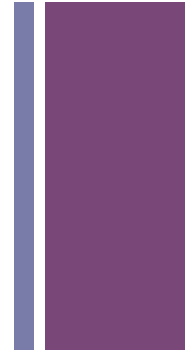


+ Procédure au centre d'enregistrement

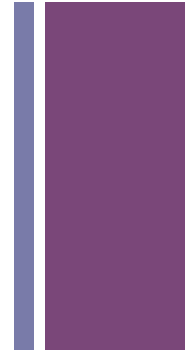
- Contrôle d'identité
- Entretien dans 24h suivant arrivée afin d'évaluer l'état de santé et de détecter une Tbc active (questionnaire identique pour adultes et enfants)
- Audition par autorités avec attributions à un canton en tant que requérant d'asile ou décision de renvoi (possibilité de recours)



Parcours du migrants en Valais

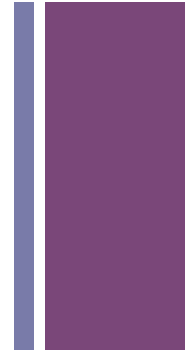


- Les familles sont en général accueillies au foyer de St Gingolph
 - Entretien avec **assistante sociale** qui établit un dossier
 - Consultation par **infirmière CMS**
 - Enfants examinés par **Dr Poncet**, souvent sans traducteur, peu de temps à disposition. Début du rattrapage vaccinal
- Selon les places disponibles au foyer de St Gingolph, le foyer de l'Inalp à Vernamiège prend le rôle de foyer de premier accueil
- Durée de séjour en foyer variable, puis passent en appartement et donc changement fréquent de lieu de vie en Valais. La gestion des familles est alors attribuée aux différents foyers de réfugiés régionaux.
- Dès l'attribution du droit d'asile, la gestion se fait par la croix rouge.
- En cas de droit d'asile attribué dès l'arrivée en Suisse (regroupement familial), les familles ne passent pas par les foyers et sont placées en appartement



Prise en charge unifiée en VS et en CH?

+ Moyens



- Personnes clé: assistante sociale du foyer de premier accueil, infirmière CMS qui se rend dans les foyers
- Participation de tous les pédiatres valaisans à une cohésion de prise en charge cantonale
- Information, formation, rencontres des différents intervenants pour meilleur travail en réseau



Carnet de santé



- Outil transmissible que patient emporte à chaque visite médicale: infirmière, médecin traitant, consultation aux urgences, consultation spécialisée
- Possibilités de rajouter des informations pertinentes, inclure des copies de résultats, lettres, etc cela évite de recopier trop

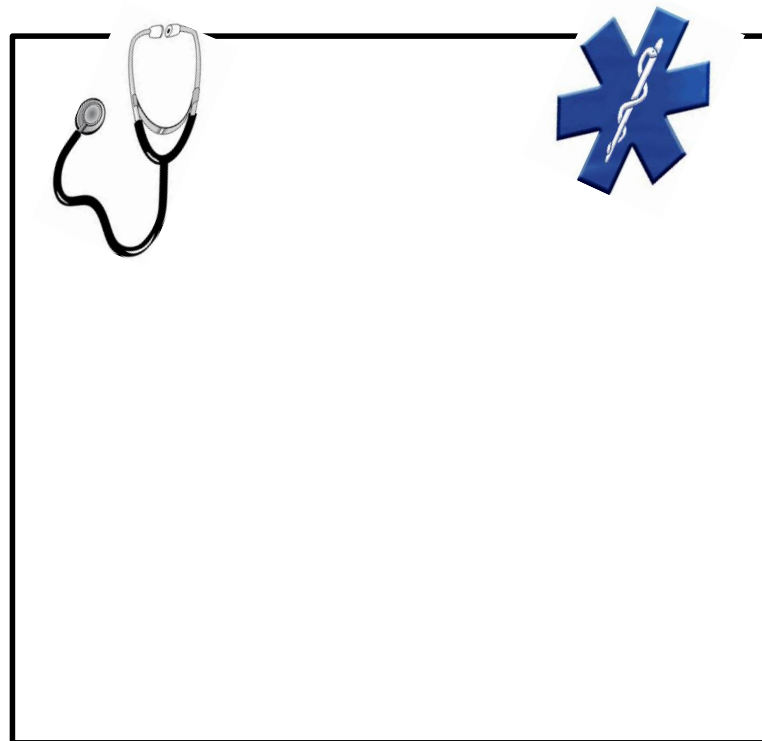
Carnet de santé



Nom

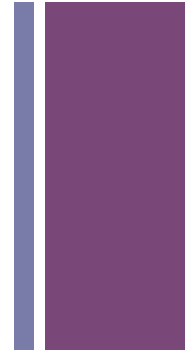
Prénom

Date de
Naissance



Carnet de santé : mode d'emploi

- Page administrative dont données peuvent être reprises par assistante sociale
- Questionnaire de santé : anamnèse personnelle et familiale, dans l'idéal pré-rempli avant la première visite médicale par infirmière CMS avec aide d'un traducteur
- Eléments importants du status
- Status vaccinal
- Examens complémentaires et lettres de sortie
- Feuilles de suite



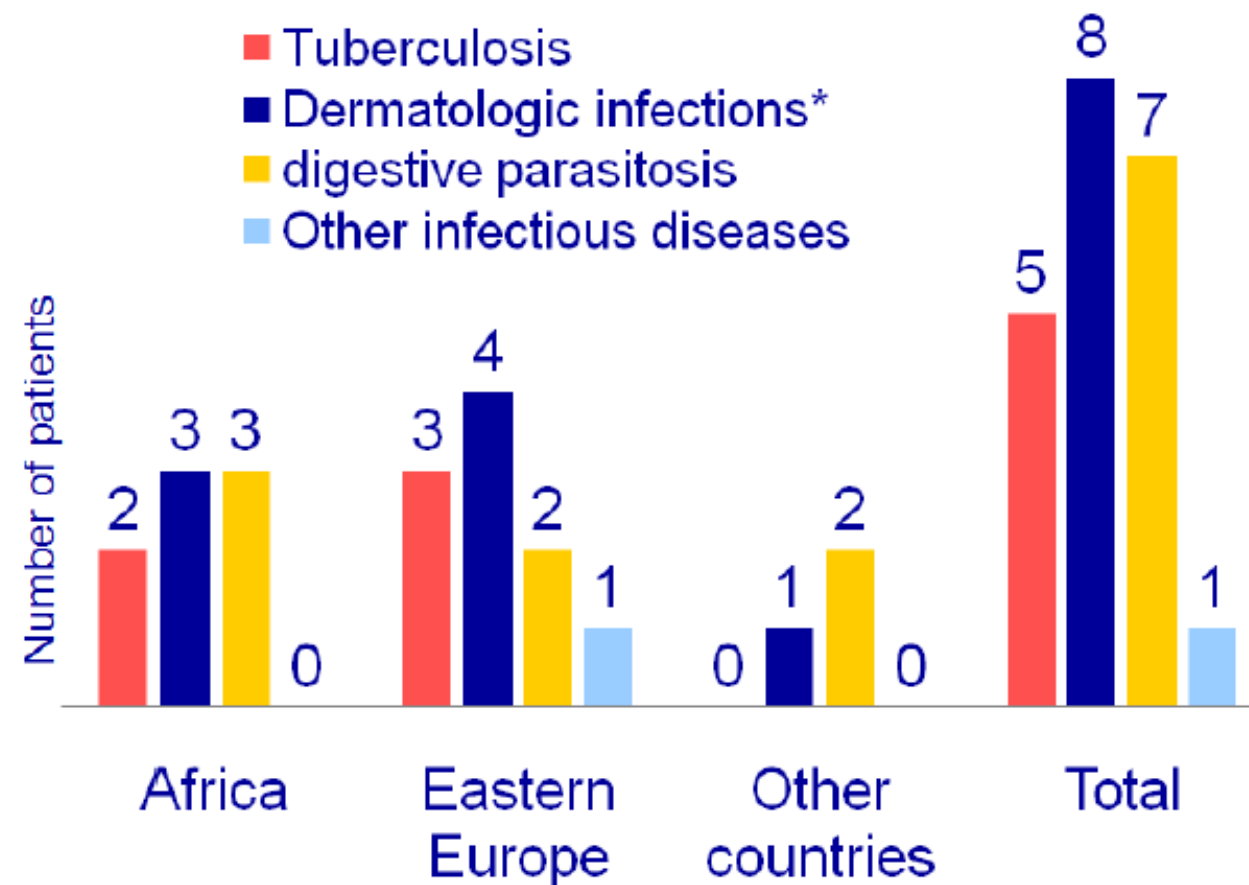
Problèmes de santé spécifiques aux migrants

Problèmes de santé

Infectious diseases according to origin

SAMI-péd, Genève

2009-2010: 92 patients



**Tinea* [3], *pediculosis* [3], *impetigo* [1] and *scabies* [1]

Figure

+ Incidence des maladies infectieuses en CH: chiffres sentinelle/OFAS 2012-2013

Nouveaux cas/an:

- Hépatite A 58-103
- Hépatite B aiguë 59-76
- Hépatite C aiguë 37-62
- HIV 575 en 2013
- Tuberculose 476-538 (30-50 enfants par année, 100 enfants/ans avec Tbc latente)

+ Incidence de la tuberculose en Suisse

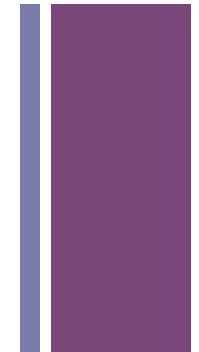
- 2005-2011 : 7 cas /100 000 habitants

(définition de haute incidence: 40 cas /100 000 habitants)

- 71% étrangers dont 28% requérants d'asile
- Diagnostic en moyenne 3.8 ans après l'arrivée en suisse

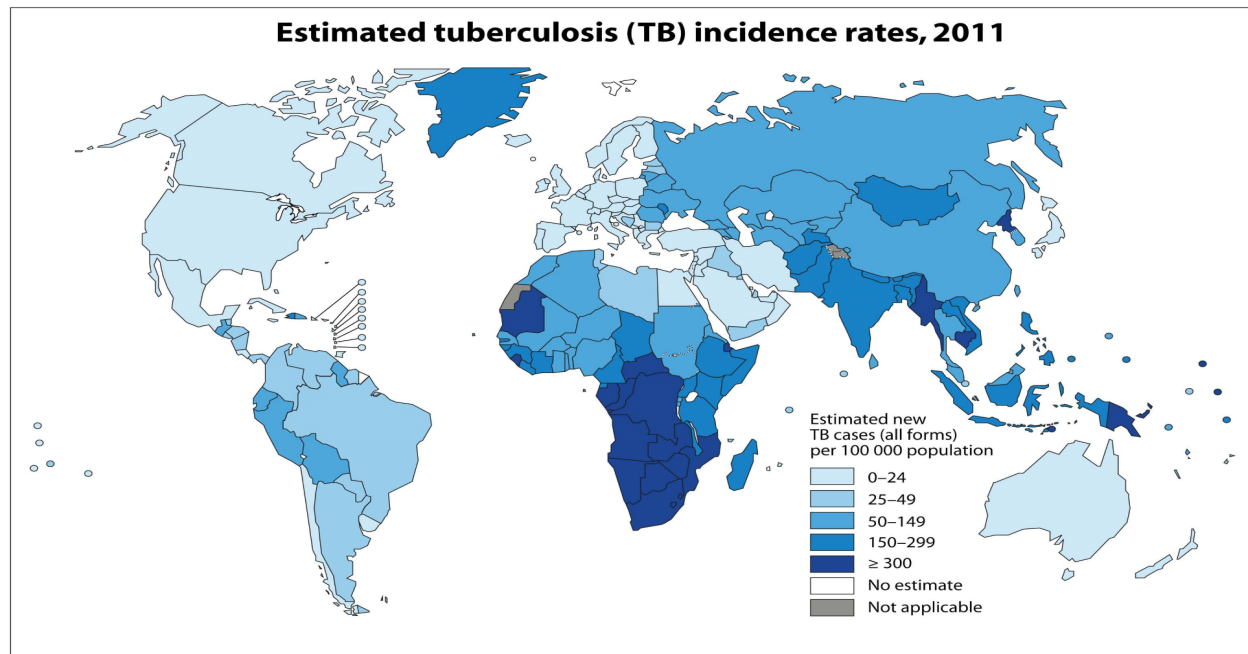
+ Tuberculose

- 7000 radiographies pour 1 cas de Tbc contagieux
- > 2006 : stop examen à la frontière
- Questionnaire de santé (adulte)



+ Liste pays considérés haute Tbc

- <http://www.who.int/tb/country/data/download/en/index.html>



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

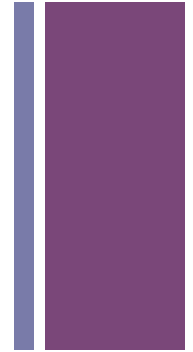
Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Source: *Global Tuberculosis Report 2012*. WHO, 2012.



World Health Organization

Quelques propositions de « marches à suivre »



Rattrapage vaccinal

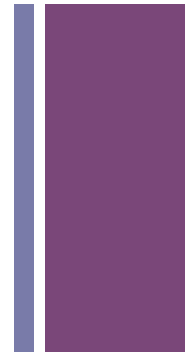
- Principe: vacciner puis sérologie vaccinale 1 mois après afin d'établir un schéma de vaccination pour la suite
- Labo de référence Genève
- Doser: anticorps antitétanique, hépatite B, varicelle (si >11 ans, pas de cicatrice ni anamnèse fiable)
- D'emblée 2 ROR à tous, pas de sérologie fiable, pas de risque de survaccination, «cost effective», CAVE HIV!

+ Quel vaccin faire

- Vaccin Hexavalent < 8 ans
- Boostrix –Polio > 8ans ; Hépatite B
- Hépatite B sous forme Engerix B 10 (3doses); Engerix B 20 (2 à 3 doses selon âge) ou Twinrix (2 doses)
- 2 doses de ROR
- PCV 13 et varicelle selon âge
- Vaccination groupe à risque
- Programme de vaccination selon le pays:
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules



Attitudes différentes selon les centres spécialisés pour migrants



- Hépatite B sous forme d'Engerix B10 (3 doses) < 11ans ou Twinrix 2 doses ...
- Prise en charge Twinrix par assurance de base; sérologie Hépatite A?
- Vaccin complémentaire: Meningocoque C env 20 cas par année (enfants/adultes) en Suisse ; justification de la vaccination?
- BCG à la naissance selon pays d'origine et incidence (20 ou 40 cas /100000 habitants)
- cave BCG néonatal si sérologie maternelle HIV non connue



Rattrappage vaccinal <8ans

Tableau élaboré en collaboration avec Dr Crisinel, CHUV

temps	Vaccins 1-5 ans	Vaccins > 5 ans	Bilan sanguin
0	Hexavalent ROR#1		+/- Mantoux
0 +1mois	PCV-13	ROR#2	FSC, sang e.R anticorps Te, anti- HBs
0 +3mois	± PCV-13 ROR#2	Selon résultat anticorps	
0+ ...	Selon résultat anticorps	Selon résultat anticorps	

Cave PCV 13 < 1 an : 3 doses !, 1-≤ 2 ans 2 doses, ≥ 2 ans : 1 dose



Rattrapage vaccinal 8-11 ans

Tableau élaboré en collaboration avec Dr Crisinel, CHUV

temps	Vaccins	Bilan sanguin
0	dTp-IPV Twinrix	+/- Mantoux
0+1mois	ROR #1	FSC, sang e.R Anticorps Te, anti- HBs HAV?
0+2mois	ROR #2 Selon résultat anticorps	
0+...	Selon résultat anticorps (2ème dose HAV dès 0+4mois soit sous forme de Twinrix soit sous forme de Havrix 720 selon résultat des sérologies HBV)	

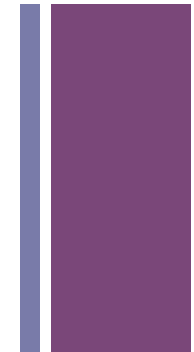


Rattrappage vaccinal > 11 ans

Tableau élaboré en collaboration avec Dr Crisinel, CHUV

temps	Vaccins	Bilan sanguin
0	dTp-IPV (Boostrix-Polio) HBV (Engerix B20)	+/- Mantoux
0+1mois	ROR#1	FSC, sang eR Anticorps Te, anti-HBs ± Varicelle,
0+2mois	ROR#2 Selon résultat anticorps	
0+...	Selon résultat anticorps	

+ Hépatite B : test d'orientation



Contrôle immunité	Anti-Hbs
Dépistage de base	Ag HBs ; Anti - Hbc
Recherche Hépatite B aigüe	Ag HBs; Anti - HBc ; Anti-HBc IgM
Recherche Hépatite B chronique	Ag HBs; Anti - HBc

Anti HBe?



Interprétation Anti HbS 1 mois après vaccination :

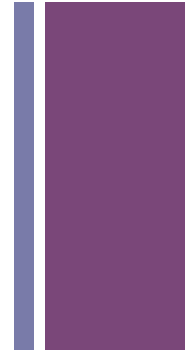
d'après Dr Crisinel, infectiologue pédiatre

<10	Non répondeur ou hépatite B chronique - sérologie à compléter : antigène HBs (HIV/Hep C ??)
10-99	Protection court terme 2 ^{ème} dose ± 3 ^{ème} dose
>100	Protection long terme



Interprétation sérologies hépatite B, 1 mois après vaccination

d'après Dr Crisinel, infectiologue pédiatre



Résultat de la sérologie anti-HBs :

- Négative => compléter la sérologie avec un AgHBs:
 - Si l'antigène est positif, on pose le diagnostic d'hépatite B et le patient est référé chez les collègues gastro-entérologues pédiatres
 - Si l'antigène HBs est négatif, on complète la vaccination selon le schéma ci-dessous.



Interprétation sérologies hépatite B, 1 mois après vaccination

d'après Dr Crisinel, infectiologue pédiatre (suite)

- Positive entre 10 et 99 UI/ml ou < 10 UI/ml et AgHBs négatif => compléter la vaccination:

- **< 11 ans :**

2 doses HBV B10 (éventuellement 1-2 doses sous la forme d'un rappel Hexavalent si <8 ans (p ex Infanrix Hexa), le cas échéant chez les moins de 8 ans) ou 1 dose de Twinrix à 4-6 mois d'intervalle

- **11-14 ans :** 1 dose d'HBV B20

- **≥ 15 ans :** 2 doses d'HBV B20 à 4-6 mois d'intervalle

- Positive à ≥ 100 UI/ml => pas de dose supplémentaire

+ Examen de dépistage ? Quel prix?

- Mantoux
- FSC (40.-), rétis (13.-)
- Sérologie : HIV (20.-), Hépatite C (17.4), Hépatite A (46.-)
HbsAg (20.-), Hépatite B (129.-)
- Examen des selles (parasites 1x 91.-)
- Vitamine D (53.-)

+ FSC de dépistage

- À tout le monde ?
- Population à risque ?
- **Petit enfant venant d'une zone à risque pour une drépanocytose;**

d'après PD M. Beck-Popovic :

crise d'aplasie médullaire chez le petit enfant avec drépanocytose ; faire une **FSC vers 6 mois**

+ Pays à risque pour la drépanocytose

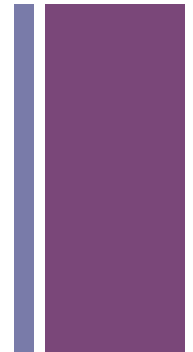
- Antilles, Guyane, la Réunion, Mayotte
- Tous les pays d'Afrique subsaharienne et le Cap-Vert
- Amérique du Sud (Brésil), Noirs d'Amérique du Nord
- Inde, Océan Indien, Madagascar, Île Maurice, Comores
- Afrique du Nord: Algérie, Tunisie, Maroc
- Italie du Sud, Sicile, Grèce, Turquie
- Moyen-Orient: Liban, Syrie, Arabie Saoudite, Yémen, Oman



Eosinophilie/suspicion clinique de parasites

d'après Dresse Wagner, infectiologue pédiatre

- Selles: 3x parasites
- Sérologie:
 - helminthes pour pays tropical Bâle
 - (Ascaris Bern)





Mantoux

d'après Dr Crisinel, infectiologue pédiatre

Au temps 0 avec lecture à 48-72h :

- $< 5\text{mm}$ => négatif
- $\geq 5\text{ mm}$ => positif
- $> 15\text{mm}$ pathologique

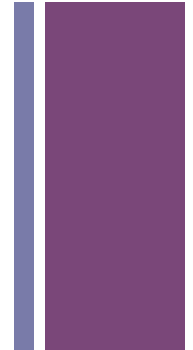


- Cave MTX - ROR : Il faut respecter un intervalle de 4-6 semaines entre le vaccin ROR et un Mtx, sinon le Mtx peut être faussement négatif



Mantoux

d'après Dr Crisinel, infectiologue pédiatre



Si positif :

- Examen clinique
- Rx thorax F/P si < 12 ans ou examen clinique anormal
- Si clinique et Rx non suggestive de tuberculose $\Rightarrow$ évaluer l'indication à un test à l'interféron pour exclure un faux positif (Mantoux < 15 mm, cicatrices BCG). Se rappeler que la performance des tests à l'interféron est moins bonne chez l'enfant (< 12 ans).
- Si test à l'interféron positif, compléter le bilan avec un Rx thorax F/P si pas encore fait (≥ 12 ans asymptomatiques)

+ Take home message



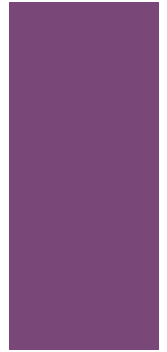
- Migrants = population fragile avec besoins particuliers
- Migrants restent « migrants » en valais: utilité du carnet de santé
- Pas de consensus pour prise en charge actuellement en CH.
- Guidelines nationaux en cours de réflexion (PIGS), à adapter dans chaque canton selon ses structures de soins
- Nécessité de participation de tous les pédiatres/généralistes valaisans à une cohésion de prise en charge cantonale

+ Remerciements

- Mme Fellay et M Bétrisey, assistants sociaux des foyers de Saint Gingolph et Vernamiège, Mme Eichenberger CMS Monthey, Mme Venetz Croix Rouge Sion
- M Moix PSV
- Dr Poncet
- Consultations migrants
 - GE: Dresse Wagner
 - Lausanne: Dr Gehri, Dresse Pittet, Dr Crisinel, Dresse Ratnam
- Prof Siegrist, Dr Vaudaux, Dr Crisinel, Dresse Wagner, Dresse Ritz, Dresse Bernardt
- Dr Cheseaux
- PD Beck Popovic



Merci pour votre attention



+ Bibliographie

- Jaeger F. et al. The health of migrant children in Switzerland. *Int J Public Health* (2012) 57:659–671
- Barben J- et al. Diagnostic et traitement de la tuberculose latente chez l'enfant. *Paediatrica* 2007, vol 18, no 3 (52-56)
- Manuel de la tuberculose: http://www.tbinfo.ch/uploads/media/Handbuch_Tuberkulose_2012_fr.pdf
- <http://www.who.int/tb/country/data/download/en/index.html>
- http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules
- [Site de l'OFAS: Maladies transmissibles](#)
- Statistique en matière d'asile 2013 ; confédération suisse ; Office de migrations 1-2
- Vademecum de pédiatrie p. 388-390
- J-P Zellweger et al . Diagnostic et traitement de la tuberculose chez l'enfant . *Paediatrica* Vol 18 ; No 4 2007, 22-24
- N.Ritz. Novel Concepts in epidemiology, diagnosis and prevention of childhood tuberculosis, p. 1-19
- N.Ritz. TST or not TST: is tuberculin testing necessary before BCG immunisation in children? *Vaccine* 30 (2012) 1434-1436

+ Bibliographie (suite)

- Pediatric Tuberculosis Collaborative Group. Targeted Tuberculin Skin Test and treatment of latent tuberculosis infection in children and adolescents. *Pediatrics* : 2004; 1175-1201
- F.Althaus. La santé des étrangers suisse. *Forum Med Suisse* : 2010 ; 10 (4) ; 59- 65
- F.Althaus . Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. *Forum Med Suisse* : 2010 ; 10 (5) ; 79
- Consultations santé migrants; présentation N.Wagner 26.3.2014
- C.Jerôme. Les enfants avec une drépanocytose. *Pediatrica* : Vol 23 ; No 5 2012 ; 16-19
- Acces to Health Car for Illegal immigrants ; AM Duguet European Journal of Health Law 18 (2011) 27-35
- Consultations santé migrants; présentation N.Wagner 26.3.2014
- P.Bodenmann . La maladie du millionnaire : prise en charge transculturelle d'une patiente équatorienne. *Forum Med Suisse* : 2010 ; 10 (6) ; 102-17
- P.Bodenmann. Soins au migrants : une opportunité de pratiquer une meilleure médecine...pour tous! *Forum Med Suisse* : 2010 ; 10 (4) ; 57-58