

Risques sanitaires liés aux migrants?

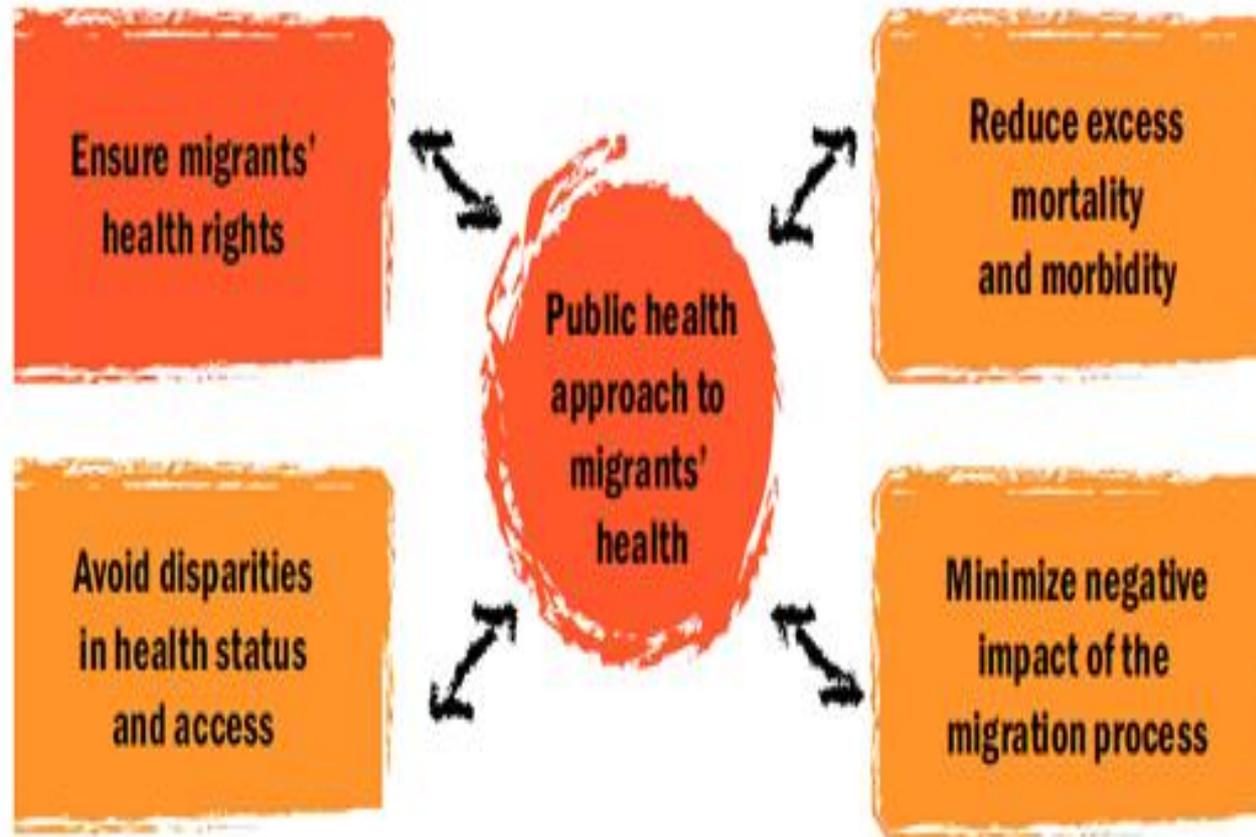


Sophie Durieux-Paillard
Programme santé migrants /SMPR
Réseau santé pour tous des HUG

Santé des migrants dans une approche de santé publique

Public Health Approach to Migrant Health

<https://health.iom.int/>



Migrants, réfugiés ou « people on the move » ?

-**World migration report 2017**, IOM : 258 millions de migrants

-**HCR (UN)2017**: 65.6 millions de « persons of concern »

- 22.5 millions de réfugiés
- 2.8 millions de demandeurs d'asile
- 40.3 millions de déplacés internes

http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/ga2018/pdf/Chapter_Overview.pdf

<http://iomgmdac.org/global-trends-factsheet/>

http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf



HCR Données 2018 (rapport annuel)

2017 IN REVIEW

Trends at a Glance

Globally, the forcibly displaced population increased in 2017 by 2.9 million. By the end of the year, 68.5 million individuals were forcibly displaced worldwide as a result of persecution, conflict, or generalized violence. As a result, the world's forcibly displaced population remained yet again at a record high.

68.5 MILLION FORCIBLY DISPLACED WORLDWIDE

as a result of persecution, conflict, or generalized violence

- 25.4 million refugees
19.9 million refugees under UNHCR's mandate
5.4 million Palestine refugees under UNRWA's mandate
- 40.0 million Internally displaced people¹
- 3.1 million asylum-seekers

16.2 MILLION
NEWLY DISPLACED

An estimated 16.2 million people were newly displaced in 2017. This included 11.8 million individuals displaced² within the borders of their own countries and 4.4 million newly displaced refugees and new asylum-seekers.

85%

Developing regions hosted 85 per cent of the world's refugees under UNHCR's mandate, about 16.9 million people. The least developed countries provided asylum to a growing proportion, amounting to one-third of the global total (6.7 million refugees).


1 IN **6**

Lebanon continued to host the largest number of refugees relative to its national population, where 1 in 6 people was a refugee under the responsibility of UNHCR. Jordan (1 in 14) and Turkey (1 in 23) ranked second and third, respectively. When Palestine refugees under UNRWA's mandate are included, the figures rise to 1 in 4 for Lebanon and 1 in 3 for Jordan.

¹ Internal Displacement Monitoring Centre of the Norwegian Refugee Council.

² Ibid.

³ The number of new individual asylum applications for Turkey does not include Syrian nationals who receive protection under the Temporary Protection Regulation.

44,400

NEW DISPLACEMENTS
EVERY DAY

The number of new displacements was equivalent to an average of 44,400 people being forced to flee their homes every day in 2017.

3.1 MILLION
ASYLUM-SEEKERS

By the end of 2017, about 3.1 million people were awaiting a decision on their application for asylum, about half in developing regions.

One in every 110 people
on Earth has been forced to flee



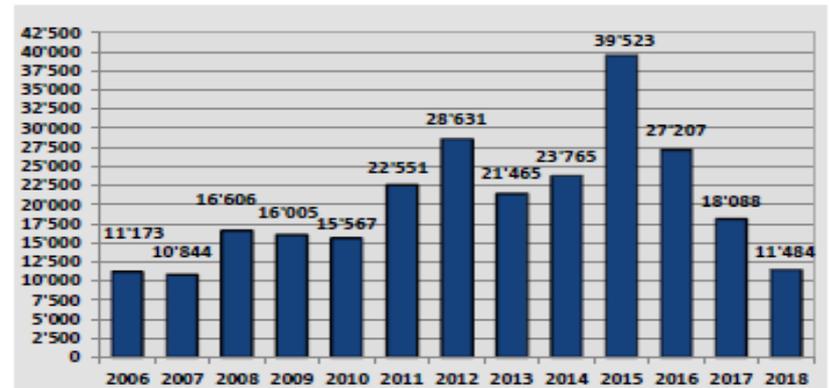
Source: UNHCR / 19 JUNE 2018

Suisse (26 cantons), membre de l'AELE, 41'000 km², 8.4 million habitants,

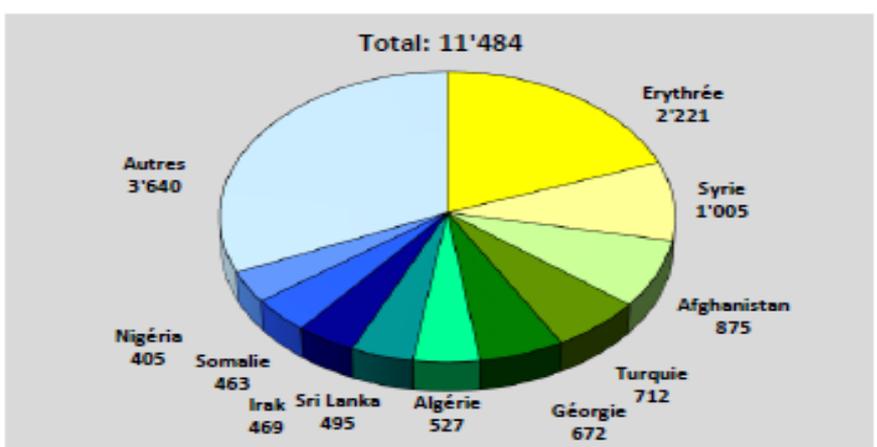
Données SEM **au 30.09.2018**



Demandes d'asile



Demandes d'asile par an



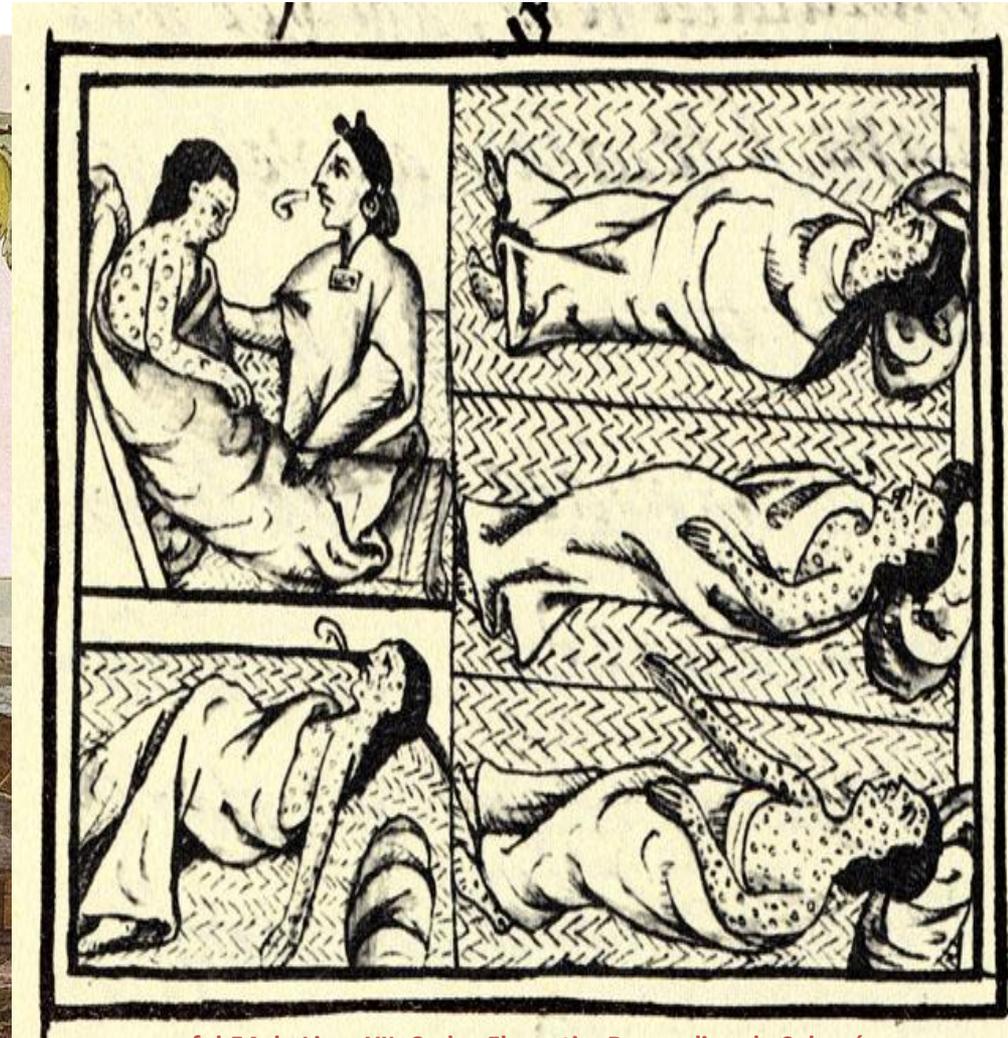
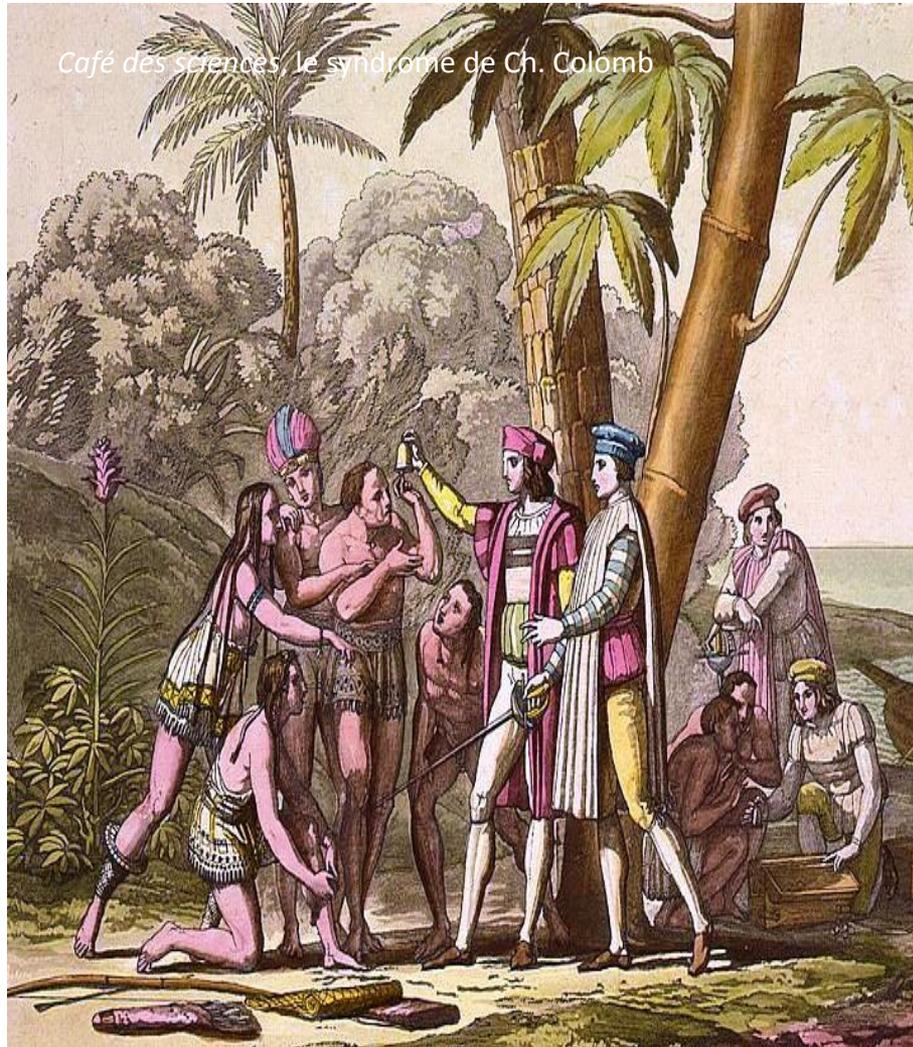
Demandes d'asile : Principaux pays de provenance
1.1. – 30.9.2018

risque sanitaire & migrations: perspective historique

Découverte des Amériques, 1492 :

large diffusion de la variole, rougeole, typhus... > 50% des Amérindiens seraient morts de maladies infectieuses

Café des sciences, Le syndrome de Ch. Colomb

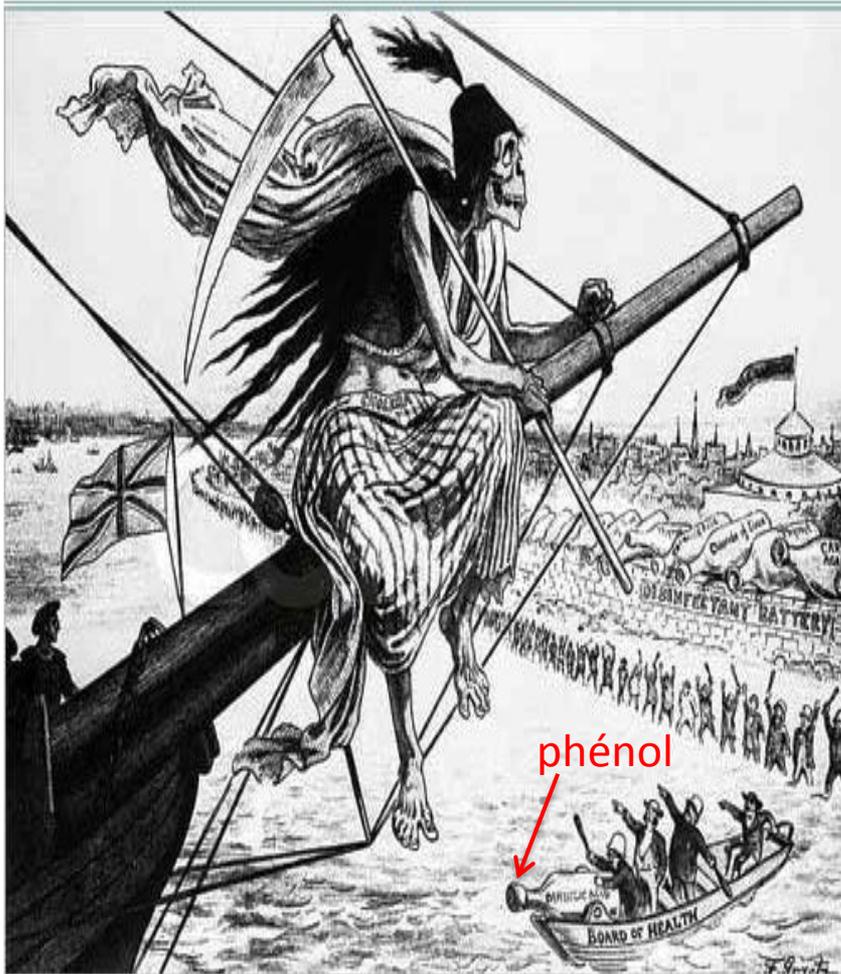


fol.54 du Livre XII, Codex Florentin, Bernardino de Sahagún

Méditerranée, 2015

USA: les années Ellis Island, 1892-1954

Puck Magazine 1883 **History of Quarantine**



phénol

"The kind of 'assisted emigrant' we can not afford to admit." So reads the caption to this 1883 Puck drawing, which shows members of the New York Board of Health wielding a bottle of carbolic acid, a disinfectant, in their attempts to keep cholera at bay.



G Isolino @AFP, Messine 18 avril 2015

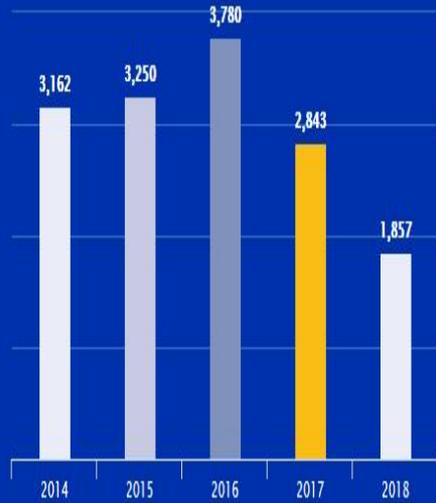


© AFP / Matthew Mirabelli

La mort est souvent au rdv

<https://missingmigrants.iom.int/region/mediterranean>

TOTAL OF DEATHS RECORDED IN
MEDITERRANEAN FROM 01 JANUARY TO 24
OCTOBER



Data sets are estimates from IOM, national authorities and media sources. The boundaries and names shown and the designations used on maps do not imply official endorsement or acceptance by IOM.



LAST UPDATE | 22 October 2018

DOWNLOAD DATA



1,857 DEATHS OF MIGRANTS RECORDED
IN THE MEDITERRANEAN IN 2018

Politisation du risque sanitaire lors d'une campagne électorale :

Eradiquer l'immigration bactérienne de maladies contagieuses non européennes

Front National, élections régionales françaises, 11 nov.2015



Dre Charlotte Biron. Dia extraite d'un cours, fac de médecine de Nantes. 26.01.2015

Migrants en France (2)

- **Migrants de 2^{ème} génération** = descendants directs d'immigrés
 - **6.7 millions** de personnes
 - ✓ 37% dont un des 2 parents est originaire du Portugal, Espagne ou Italie
 - ✓ 17% d'autres pays européens
 - ✓ 29% du Maghreb
 - ✓ 8% d'Asie
 - ✓ 7% d'Afrique sub-saharienne
- **Prévalence + importante de certaines maladies infectieuses : VIH, hépatites virales chroniques B et C et tuberculose**
En 2009 :
 - 50% des découvertes de séropositivité VIH
 - 50% des cas de tuberculose
 - 75% des prises en charge pour hépatite B chronique } concernait des migrants
- **Autres pathologies non infectieuses + fréquentes chez les migrants :**
 - **diabète, surpoids et HTA**

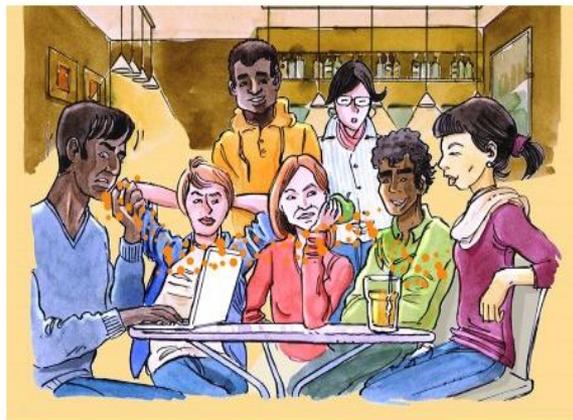
Une certaine presse est alarmiste et interprète les données médicales à sa façon

LesObservateurs.ch

Accueil Politique Société Économie Culture Médias Brèves Éc

Accueil - Brèves - [Le grand retour des maladies disparues en Europe](#)

Le grand retour des maladies disparues en Europe



Partager sur Facebook

Tweeter

Imprimer

5

Article publié le 14.04.2016

Ci-dessus, mode de transmission de la tuberculose

Les services de santé européens doivent accélérer le dépistage de maladies infectieuses disparues d'Europe et qui réapparaissent du fait de l'afflux migratoire, avertissent les experts.

On les pensait en déclin ou disparues d'Europe: VIH, tuberculose, gale, rougeole, typhoïde, choléra, dysenterie, ainsi qu'une multitude d'autres maladies parasitaires et infectieuses font leur grand retour sur le vieux continent. En cause, l'afflux de réfugiés, qui véhicule bactéries et virus à travers les frontières. Des propos alarmants tenus lors d'une grande conférence de microbiologie

LesObservateurs.ch

Accueil Politique Société Économie Culture Médias Brèves Éc

Accueil - En prime - [Maladies chez les migrants: Le rapport alarmant de la Revue médicale suisse](#)

Maladies chez les migrants: Le rapport alarmant de la Revue médicale suisse



Partager sur Facebook

Tweeter

Imprimer

11

Article publié le 23.02.2017

Résumé

Certaines maladies infectieuses peuvent rester a- ou paucisymptomatiques durant de nombreuses années avant de provoquer des manifestations cliniques parfois sévères. **Les migrants sont particulièrement vulnérables à plusieurs maladies infectieuses persistantes, en raison d'une exposition dans leur pays d'origine et de leurs conditions de vie particulières.** Cet article met l'accent sur des maladies parasitaires persistantes souvent négligées, telles que la schistosomiase, la strongyloïdiase et la maladie de Chagas. De plus, en cas de co-infections avec le VIH ou les hépatites B et C, certaines de ces parasitoses persistantes induisent une morbidité plus grave. Ces

Le « rapport alarmant » en question...

vulnérabilité et santé



Maladies tropicales persistantes chez les migrants

Rev Med Suisse 2014; 10: 827-32

L. Gétaz
F. Chappuis
J. C. Lozano Becerra
H. Wolff
P. Albajar-Viñas

Persistent tropical diseases among migrants

Several infectious diseases may remain a- or pauci-symptomatic for many years before causing major clinical manifestations. Migrants are particularly vulnerable to several persistent infectious diseases due to exposure in their country of origin and their specific living conditions. This article emphasizes neglected parasitic diseases among migrants, such as

Certaines maladies infectieuses peuvent rester a- ou pauci-symptomatiques durant de nombreuses années avant de provoquer des manifestations cliniques parfois sévères. Les migrants sont particulièrement vulnérables à plusieurs maladies infectieuses persistantes, en raison d'une exposition dans leur pays d'origine et de leurs conditions de vie particulières. Cet article met l'accent sur des maladies parasitaires persistantes souvent négligées, telles que la schistosomiase, la strongyloïdiase et la maladie de Chagas. De plus, en cas de co-infections avec le VIH ou les hépatites B et C, certaines de ces parasitoses persistantes induisent une morbidité plus grave. Ces aspects sont d'autant plus importants à connaître que l'ensemble de ces maladies, tant virales que parasitaires, sont particulièrement fréquentes chez les migrants.

INTRODUCTION

En Suisse, un peu plus de 7% de la population est composée de migrants originaires de pays extra-européens, avec une répartition à peu près égale entre personnes originaires d'Afrique, d'Asie et d'Amérique. Ces migrants ont des statuts et des conditions de vie très hétérogènes: certains sont des travailleurs en situations régulières, d'autres des demandeurs d'asile, des réfugiés politiques, des étudiants, ou encore des enfants adoptés. De plus, selon la Commission fédérale pour les questions de migration, entre 70 000 et 300 000 migrants vivent en Suisse sans autorisation de séjour valide.¹⁻³ Dans cet article, le terme « migrant » est utilisé pour parler des personnes originaires des pays extra-européens.

Dans les pays occidentaux, non seulement le VIH, les hépatites virales chroniques et la tuberculose, mais aussi certaines maladies parasitaires persistantes

Risques sanitaires liés aux récents phénomènes migratoires: mythe ou réalité?

Dr SOPHIE DURIEUX-PAILLARD^a

Rev Med Suisse 2016; 12: 869-72

Les mouvements migratoires auxquels l'Europe fait face actuellement sont d'une ampleur sans précédent depuis la Seconde Guerre mondiale. Ils sont, principalement, liés à la guerre en Syrie ainsi qu'aux atteintes aux droits de l'homme, récurrentes dans d'autres régions du globe. Largement relayés par les médias, le nombre inhabituel des candidats réfugiés et la précarité de leur parcours migratoire posent la question du risque sanitaire. De l'ancienne notion de quarantaine au nouveau paradigme de santé des migrants, il est primordial de contextualiser les éventuelles mesures de dépistage en prenant en compte l'épidémiologie des maladies transmissibles des pays d'origine et des régions traversées, les ruptures d'accès aux traitements des maladies chroniques mais aussi l'impact des traumatismes répétés (guerre, violences) sur la santé mentale des réfugiés.

Health risks linked to recent migratory patterns:
myth or reality?

The migratory crisis currently faced by Europe is of exceptional magnitude since the Second World War. It is mainly related to the

migrants.iom.int/). Début 2016, moment de l'écriture de ces lignes, ce flux migratoire ne tarit pas: en moins de deux mois, plus de 123000 personnes ont rejoint l'Europe et 418 décès/disparitions en mer ont été comptabilisés.² Régulièrement relayées par les médias, les causes de ce mouvement de populations sans précédent en Europe depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale sont connues. En premier lieu, la guerre en Syrie qui depuis 2011 a généré cinq millions de réfugiés (dont quatre sont accueillis par les pays limitrophes), huit millions de déplacés internes (restés en Syrie) et causé plus de 270000 morts; mais aussi le regain de tension en Afghanistan: 11000 civils tués ou blessés en 2015, le nombre record depuis que l'ONU tient ce décompte;³ ou encore les violations chroniques des droits de l'homme en Erythrée, attestées par une Commission d'enquête de l'ONU qui estimait en juin 2015: *attribuer leur décision de partir uniquement à des raisons économiques, c'est ignorer la situation désastreuse des droits de l'homme en Erythrée et la souffrance très réelle de ses habitants. Les Erythréens fuient de graves violations des droits humains dans leur pays et ont besoin d'une protection internationale*.⁴

Selon les médias, l'information est alarmante ou rassurante : comment le public s'y retrouve-t-il ?

Le Monde.fr ÉDITION ABONNÉS

INTERNATIONAL POLITIQUE SOCIÉTÉ ÉCO CULTURE IDÉES PLANÈTE SPORT SCIENCES PIXELS M CAMPUS LE MAG

M Sciences

SCIENCES Vidéos Archéologie Astronomie Biologie Cerveau Géophysique Les défis de la science Mathématiques Médecine

ÉDITION ABONNÉS

L'accueil des migrants ne présente aucun risque sanitaire

Une étude bavaroise de grande ampleur montre que les demandeurs d'asile n'exposent pas la population locale aux maladies graves comme le sida ou l'hépatite B.

LE MONDE | 20.03.2018 à 11h00 |

Par Sylvie Burnouf

Face à la détresse d'hommes et de femmes fuyant un pays en guerre, l'Allemagne a ouvert les bras. En 2015, le pays a accueilli plus de 1 million de demandeurs d'asile – Syriens, Afghans et Irakiens pour les deux tiers. Un suivi sanitaire des réfugiés a été effectué dans le cadre de la loi sur la procédure d'asile : par le diagnostic précoce d'éventuels cas d'infection grave, les autorités sanitaires allemandes voulaient être sûres de pouvoir juguler toute épidémie naissante.

Afin de déterminer si les populations migrantes représentaient un risque sanitaire accru pour les résidents locaux, des chercheurs du LGL, l'office bavarois pour la santé et la sécurité alimentaire, se sont intéressés à la prévalence des maladies infectieuses graves chez les migrants. Pour mener à bien leur étude, publiée le 8 mars dans la revue *Eurosurveillance*, ils ont travaillé à partir de données engrangées en Bavière : ce Land, qui a accueilli le plus grand nombre de demandeurs d'asile en 2015, après la Rhénanie-du-

Risques sanitaires liés à la migration ?

Quelques données, cantonales et nationales 2015

Déclarations de cas annuelles et incidences des 10 dernières années
ainsi que pour l'année en cours jusqu'à la semaine 41/2018 (avec incidence annualisée)

Tuberculose,
OFS

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Déclarations de cas											
	508	547	535	563	463	530	472	546	611	534	435

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Incidence pour 100 000 habitants											
	6.57	6.86	6.77	7.05	5.73	6.48	5.7	6.41	7.22	6.27	6.47

Données bavaroises, mais moins de réfugiés africains

Screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers, Bavaria, Germany, 2015 Ackermann et al.

Euro Surveill. 2018;23(10):pii=17-00176.

TABLE 2

Countries of origin of notified active tuberculosis cases in asylum seekers based on IfSG notification data^a, Bavaria, Germany, 2011–2015

Country of origin	2011 (n)	2012 (n)	2013 (n)	2014 (n)	2015 (n)	2015 active TB cases (%) ^b	TB incidence rate/100,000 population (95% CI) according to WHO ^d
Eastern Africa							
Eritrea	0	0	0	18	47	1.16	65 (30–113)
Ethiopia ^d	1	2	1	1	22	1.18	192 (142–250)
Somalia	4	3	2	38	65	2.71	274 (177–391)
Middle Africa							
Democratic Republic of the Congo ^d	0	1	2	0	3	2.73	324 (210–463)
Gabon	0	0	0	0	1	NA	465 (344–604)
Western Africa							
Mali	0	0	0	3	8	1.15	57 (37–81)
Nigeria ^d	0	1	2	3	19	0.52	322 (189–488)
Senegal	0	0	4	12	15	0.84	139 (90–198)
Sierra Leone ^d	0	0	1	3	11	2.50	307 (198–438)
South-central Asia							
Afghanistan	2	4	7	9	48	0.30	189 (122–270)
Pakistan ^d	0	0	6	3	36	0.80	270 (175–386)
Western Asia							
Armenia	0	0	2	0	2	NA	41 (36–46)
Azerbaijan	3	0	0	1	9	NA	69 (57–83)
Georgia	0	0	5	3	5	1.39	99 (80–120)
Iraq	2	2	2	0	1	0.01	43 (38–49)
Syria	1	0	2	5	26	0.09	20 (15–25)
Eastern Europe							
Ukraine	0	0	0	1	8	0.35	91 (59–130)
Southern Europe							
Albania	0	1	1	0	3	0.07	19 (16–22)
Bosnia and Herzegovina	0	0	1	2	2	NA	37 (29–47)
Kosovo ^e	0	0	0	1	12	NA	NA
Serbia	0	2	0	2	2	NA	21 (19–24)
Other countries	1	5	21	14	20	NA	75 (58–94)
Total	14	21	59	119	365	0.22–0.38^c	–

CI: confidence interval; IfSG: German Infection Protection Act; NA: not available; TB: tuberculosis; WHO: World Health Organization.

^a Data status: 13 June 2016 [13].

^b An approximate value estimated using the number of samples from asylum seekers tested for HIV in Bavaria in 2015 for each country of origin as the denominator (see Table 5), as the number of performed X-ray screenings is unknown.

^c The total percentage of active TB cases was calculated using as denominators, the number of asylum seekers registered through the EASY registration system in 2015 in Bavaria and with the Königstein distribution formula applied (n = 169,448) and the number of tested samples for HIV (n = 95,117, see Table 5).

^d High burden TB countries according to the WHO [14].

^e This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with United Nations Security Council Resolution 1244/99 and the

Dépistage des demandeurs d'asile à l'arrivée lors de l'enregistrement dans les CEP : plusieurs biais possibles



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Visite médicale pour migrants

Numéro ZEMIS

Nationalité Guinée- Bissau
Sexe Masculin
Date de naissance
Date de l'entretien 11.05.2018
Score TB 11.00

Question de l'entretien	Réponse
Avez-vous suivi un traitement médical au cours des 12 derniers mois?	Oui
Pourquoi étiez-vous en traitement?	Diabète
Prenez-vous régulièrement des médicaments?	Non
Vous sentez-vous malade actuellement ?	Oui
Avez-vous eu une forte fièvre ces deux dernières semaines?	Non
Avez-vous des sueurs nocturnes ?	Non
Toussez-vous ?	Non
Avez-vous des expectorations ? Est-ce que vous crachez ?	Non
Avez-vous perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	Non
Avez-vous mal au ventre?	Non
Avez-vous des problèmes de peau?	Non
Avez-vous déjà été traité contre la tuberculose ? Avez-vous déjà eu la tuberculose ?	Non
Une personne de votre famille a-t-elle déjà eu la tuberculose ?	Non
Avez-vous d'autres malaises ou douleurs?	Non
Dormez-vous bien?	Oui
Fumez-vous ?	Non
Consommez-vous régulièrement de l'alcool?	Non
Utilisez-vous des drogues administrées par voie intraveineuse?	Non
Avez-vous été vacciné?	Oui
Avez-vous un carnet de vaccination ou un document de vaccination?	Non
Impression générale de l'état de santé	Santé médiocre

GALE (Dermatologie, HUG)

- 2014 : **122 cas**, 50% DA
- 2015 : **172 cas** (au 30.11.2015) : 68% DA, majorité Corne de l'Afrique
→ 894 personnes traitées par le PSM
- 2016 : → 691 personnes traitées par le PSM
- Pb principal : traitement de l'environnement ds PC et foyers (douche, serviettes, lave-linge...)
- Traitement ivermectine 0,2 mg/kg , 2 doses à 10-14j
- Non référencé Swiss Medic, remboursement aléatoire par l'assurance
- Traitement systématique avant logement en abri PC ? **ECHEC**

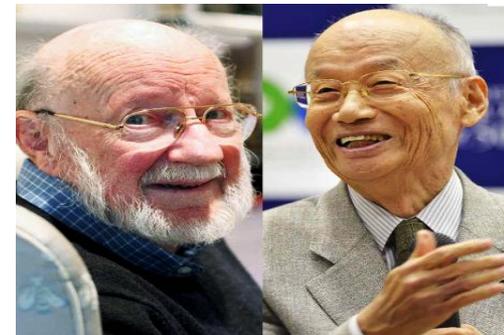


Apport + des migrants : baisse prix ivermectine

- Stromectol (Merck): 8,85 F/cp 3mg
- Moyen flacon : 5 F/gélule
- Gd flacon : 3,20F/gel
- À partir de janvier 2015 : 1,95 F/gel

Made in
Geneva

W Campbell et S
Omura,
Prix Nobel 2015



Punaises de lits

- Infestations de nombreux centre d'hébergement collectifs /abris PC de demandeurs d'asile
- Traitement délégués à des entreprises,
- Récidives fréquentes



L'abri PC de Bois Jean-Droz à La Chaux-de-Fonds.

Mauvaise surprise à l'abri de protection civile de Bois Jean-Droz à La Chaux-de-Fonds. Des punaises de lit ont été détectées dans trois dortoirs. L'opération de désinfection du lieu devrait durer entre 10 et 30 jours. Durant ce laps de temps, les 70 requérants d'asile hébergés sur le site seront transférés dans trois autres abris PC : celui de La Tène, des Hauts-Geneveys et de Bevaix. L'abri PC de Saint-Blaise pourrait également être ouvert si cela s'avère nécessaire.

Des mesures seront également prises pour éviter de déplacer des punaises de lit vers ces autres sites.

Le Canton de Neuchâtel a par ailleurs obtenu de la Confédération qu'elle stoppe les arrivées de

BILHARZIOSE (Labo parasitologie HUG)

Schistosoma Mansoni

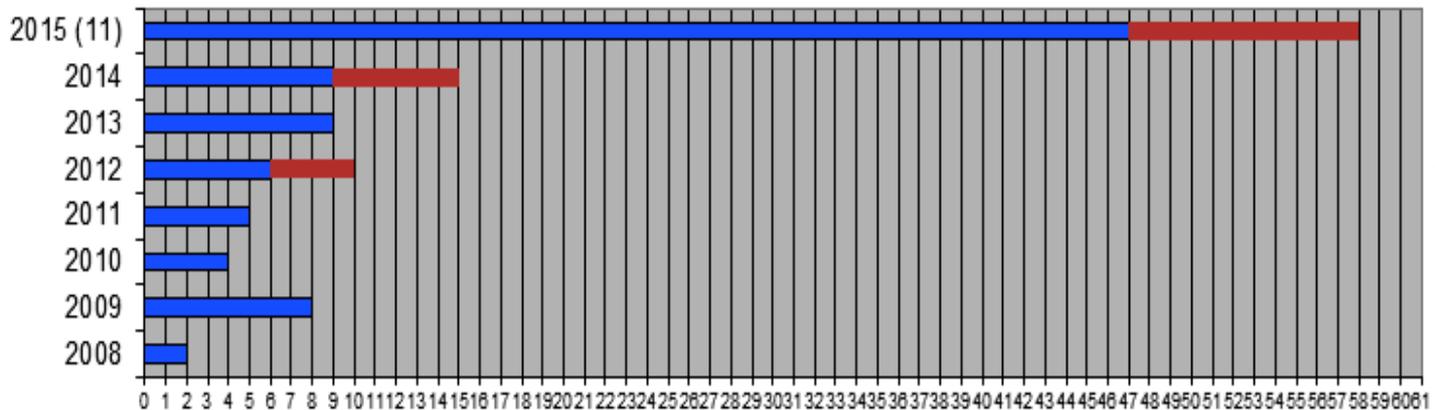
➤ Recherche œufs selles :

- 2013 : 9 cas
- 2014 : 15 cas
- 2015 : 58 cas (au 30 nov), dont 52 DA = 89% (Erythréens : 95 %)

➤ Protocole bilharziose PSM :

- >70% des Erythréens ont une sérologie +

Schistosoma mansoni
(Nombre de cas POS / année)



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (11)
■ Schistosoma mansoni saf	2	8	4	5	6	9	9	47
■ Schistosoma mansoni sédim.					4	0	6	11

BILHARZIOSE, traitement



➤ Traitement :

- Praziquantel, 40 mg/ kg, deux doses espacées **de 24h**
- Non référencé Swiss Medic, remboursement aléatoire par l'assurance
- Interaction avec Rifampicine liée au cytochromes: traiter la schistosomiase **avant** la TB, si possible (dépistage systématique)

➤ **Apport + des migrants pour les HUG :**

- jusqu'en juin 2015, Praziquantel Bayer importé d'Allemagne : 115,50 CHF/ bte (6 cp à 600 mg)
- Depuis juillet 2015, importation de France : **48,25 CHF / bte**

Established in 1871

Swiss Medical Weekly

Formerly: Schweizerische Medizinische Wochenschrift
An open access, online journal • www.smw.ch

Original article | Published 19 October 2017 | doi:10.4414/smw.2017.14510
Cite this as: Swiss Med Wkly. 2017;147:w14510

Malaria cases in Switzerland from 2005 to 2015 and recent rise of imported *Plasmodium vivax* malaria

Eperon Gilles^a, Durieux-Paillard Sophie^b, Mauris Anne^c, Chappuis François^a, Gysin Nicole^d

- ^a Division of Tropical and Humanitarian Medicine, Department of Community Medicine, Primary and Emergency Care, Geneva University Hospitals (HUG), Switzerland
- ^b Migrant Health Programme, Department of Community Medicine, Primary and Emergency Care, Geneva University Hospitals (HUG), Switzerland
- ^c Department of Genetics and Laboratory Medicine, Geneva University Hospitals (HUG), Geneva, Switzerland
- ^d Communicable Disease Division, Federal Office of Public Health (FOPH), Bern, Switzerland

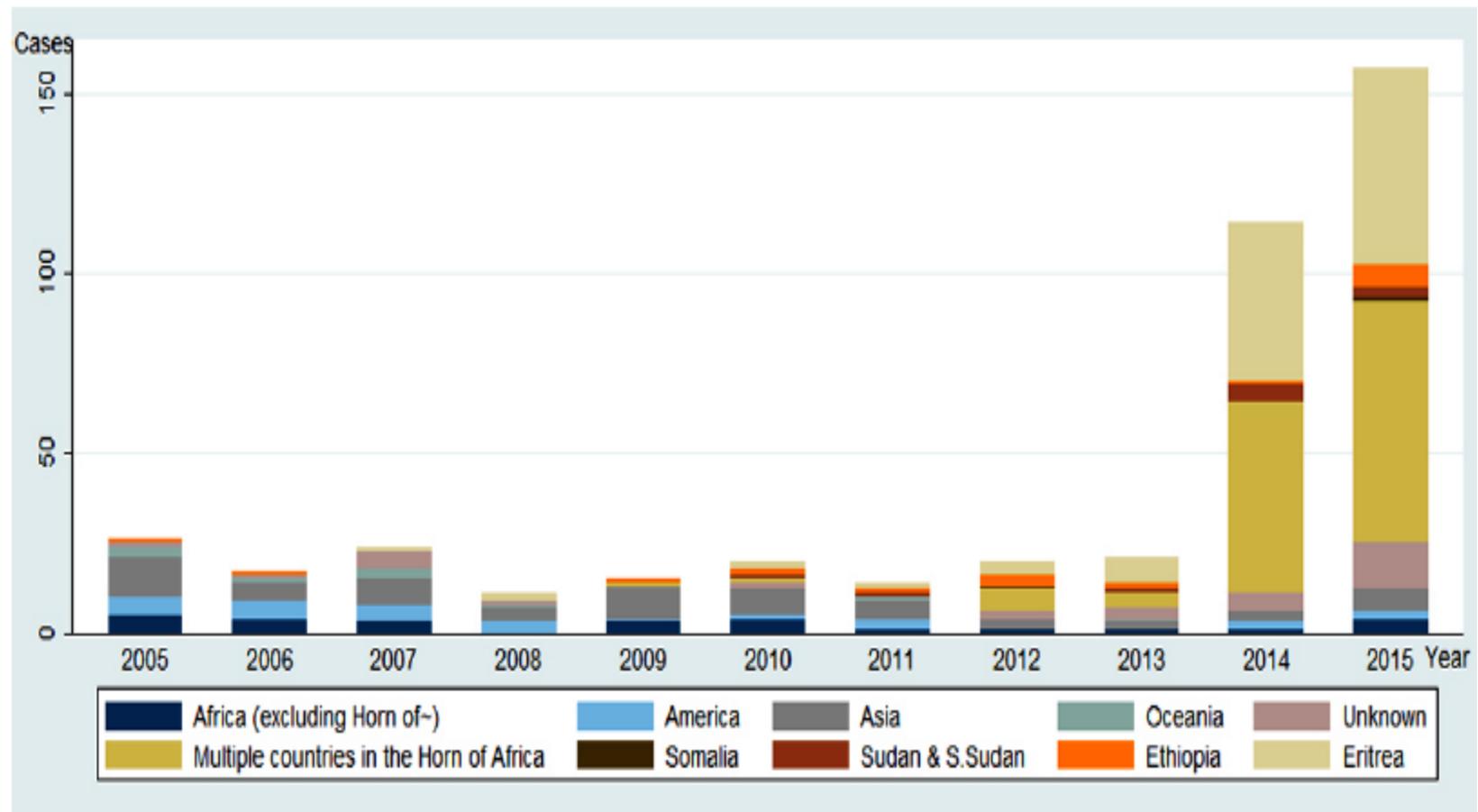
Summary

Reporting cases of malaria to the Federal Office of Public Health has been mandatory in Switzerland since 1974. We analysed notifications of imported confirmed malaria cases between 2005 and 2015 in Switzerland or Liechtenstein. Data for previously visited countries, nationality and reason for travelling were analysed. In contrast with the impressive drop of malaria cases reported worldwide since 2000, we found that the number of malaria cases imported yearly in Switzerland doubled in 2014 and 2015 compared to the average for the preceding decade. Since 2014, *Plasmodium vivax* infection represented 36% of all diagnosed malaria cases in Switzerland, compared to 11% in the decade leading to 2013. Most of the *vivax* malaria patients originated from the Horn of Africa, especially from Eritrea. This rise in cases was a consequence not only of an increase in the number of Eritrean refugees, but also their *vivax* malaria incidence rate, which jumped from 1–3‰ previously to 12‰ in 2014. This is a trend that is not matched by national statistics in Eritrea. An unreported increased incidence in the country of origin (Eritrea) might be the cause of the rise of Pv cases imported into Switzerland, but infections are also likely to occur along the harsh

incidence rate fell by 37%, the number of deaths fell by 60% [1]. This reduction was seen in all affected regions of the world and is mainly due to multiple interventions: vector control (insecticide-treated mosquito nets, indoor residual spraying), preventive chemotherapy, and improved diagnosis (rapid diagnostic tests) and treatment (artemisinin-based combination therapies) [2]. However, much of this impressive result is due to the reduction of *Plasmodium falciparum* (Pf) malaria, which is the most frequent cause of malaria morbidity and mortality [1]. The incidence of *Plasmodium vivax* (Pv) malaria however seems not to follow the same decrease [3]. In 2015, there were an estimated 15 million cases of Pv per year (around 6.5% of all malaria cases), essentially occurring in Southern Asia, the Western Pacific and South America [1, 3], where Pv causes the majority of malaria cases. Controlling Pv malaria is challenging due to different parasitological characteristics. Several studies report an increase or re-emergence of autochthonous Pv malaria in the last few years [4–8]. In non-endemic countries, malaria can be “imported” by infected international travellers or immigrants. Switzerland, as a member of European Free Trade Association (EFTA), has signed the Dublin Regulation that determines

Y penser face à un patient Erythréen hautement fébrile !

Figure 2: Number of *P. vivax* malaria cases diagnosed in Switzerland by most probable country or continent of infection reported per year to the Federal Office of Public Health, 2005–2015 (n = 437). "Multiple countries in the Horn of Africa" represents ≥ 2 countries among Eritrea, Ethiopia, Somalia, Sudan and South Sudan.



Varia

- Autres parasitoses tropicales : tænia, ankylostomes, filariose, anguillules...
- Déficits vitaminiques multiples, dont **Vitamine C**
- Surinfections cutanées sévères: Staphylocoques MRSA ou MSSA **mais** sécréteur de toxine PVL (leucocidine Panton Valentine)
- Diphtérie cutanée : 4 cas en CH de 2010 à 2014 / **10 cas en 2015, 11 en 2016.** (Note info OFSP 30.06.2015, bull OFSP 51/15)
- **NB : patients CAMSCO** : maladie de Chagas → Cf. protocole dépistage

Mais aussi :

- Cachexie : BMI < 15
- Maladies chroniques décompensées : Diabète, HTA (Syriens, Irakiens)
- **ET SURTOUT** : PTSD, dépression majeure, troubles anxieux, troubles du sommeil.

Clinical Microbiology and Infection 22 (2016) 739e5–739e8



Research note

Common skin infection due to Pantón–Valentine leucocidin-producing *Staphylococcus aureus* strains in asylum seekers from Eritrea: a genome-based investigation of a suspected outbreak

L. Jaton ^{1,6}, T. Pilonel ^{2,6}, K. Jaton ², E. Dory ³, G. Prod'hom ², D.S. Blanc ⁴, F. Tissot ⁵, P. Bodenmann ^{3,*}, G. Greub ^{4,*}

¹ Department of Ambulatory Care and Community Medicine, University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

² Institute of Microbiology, University of Lausanne and University Hospital of Lausanne, Lausanne, Switzerland

³ Vulnerable Population Centre, Department of Ambulatory Care and Community Medicine, University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

⁴ Service of Preventive Medicine, University Hospital of Lausanne, Lausanne, Switzerland

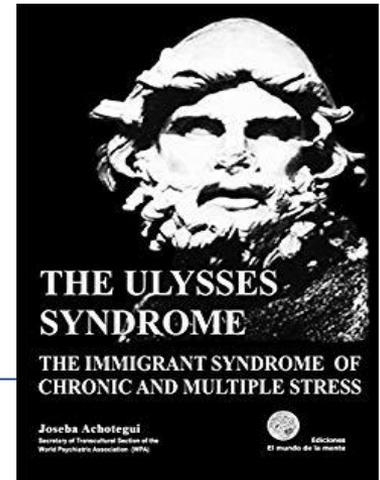
⁵ Infectious Diseases Service, University Hospital of Lausanne, Lausanne, Switzerland

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Syndrome d'Ulysse

Namer Y, Razum O, Int. J Health Policy Manag. 2017, 6(x) 1-3



J. Achotegui, 2014,
ISBN 978-84-613-3116

Un ensemble de symptômes :

- anxieux et dépressifs
- associés à des plaintes somatiques multiples (céphalées, gastralgies, lombalgies...) sans substrat
- insomnies, irritabilité
- fatigue,
- consommation accrue de toxiques (tabac, OH, cannabis...)

Qui déroutent le clinicien, résistent au traitement, induisent des contre-attitudes, voire finissent par l'épuiser

Et peuvent aboutir à une **dépression sévère, un état de stress post traumatique.**

→ Impact majeur sur la santé et l'intégration, **à long terme**

Santé des migrants en Europe : facteurs favorisants

#MigrationHealth

Il commence à faire très **froid**. Nous voulons rejoindre un **abri sûr** pour nous reposer.

Nous avons fait un long voyage dans des **conditions difficiles**. Nous avons des **blessures sur la peau et ailleurs**, et ça ne facilite pas le voyage.

Nous sommes presque tous **stressés et soucieux** de notre avenir. Les gens croient que nous avons des maladies infectieuses, et beaucoup nous **évitent**.

Nous avons franchi mer et terre avec nos **jeunes enfants**, et parcouru de longues distances sans **eau propre** et sans **manger correctement**.

Ma **femme enceinte** n'a pas reçu de **soins prénatals**. Nous ne savons pas quand nous pourrions voir un médecin.

Je suis **malade du cœur** et je n'ai plus beaucoup de **médicaments**. Ma maladie peut s'aggraver à cause de **l'épuisement physique**.

Mon fils souffre d'une **intoxication alimentaire, de nausées et de diarrhée**. Il est **déshydraté** et **faible**. Est-ce que je pourrai expliquer cela à un médecin ?

Facteurs pré-migratoires

→ Epidémiologie du pays concerné

- maladies infectieuses
- maladies chroniques
- violences subies : tortures, mauvais traitements, risque vital
- traumatismes physiques/psychiques
- exposition à la précarité/guerre : accès hébergement, nourriture, soins...

Facteurs péri-migratoires

- Idem ...

Facteurs liés au pays d'accueil

- Idem, de manière relative



Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe aide les pays à répondre aux besoins sanitaires des réfugiés et des migrants.

Patients migrants : facteurs favorisant la différence de qualité des soins

Barrière de langue

- difficulté de communication spontanée. Dépendance prolongée/ interprète
- risque de mauvais usage des traitements
- peu d'accès aux messages préventifs du quotidien

Dépendance à l'aide sociale

- peu d'autonomie dans les choix (apprentissage langue, logement, accès travail...)
- relation de soumission / assistance sociale
- perte du sentiment d'appartenance (communauté, famille, profession...)

Complexité et lenteur de la procédure d'asile

- difficulté à se projeter dans l'avenir (+ impact sur la famille).
- ↘ capacité d'autonomie / ↗ sentiment d'arbitraire
- ↗ anxiété, dépression, stress post-traumatique
- ↗ sentiments de victimisation et de persécution
- sentiment d'injustice / ↘ résilience

Conclusions

- La migration forcée favorise les risques sanitaires mais seulement **CHEZ LES MIGRANTS**
- Une anamnèse détaillée, des connaissances de santé publique et de géopolitique permettent de les évaluer.
- Le dépistage à l'entrée n'est pas une garantie sans limites
- Les problématiques de santé mentale ne sont pas à négliger car elles ont un **impact majeur à long terme**
- La barrière de langue **est** une barrière de soins
- Le contexte politico-socio-économique influence fortement la prise en charge
- Le témoignage/positionnement des professionnels de santé est important, pour améliorer la santé publique ... et celle des patients
- Importance du travail en réseau, de connaître le réseau, du soutien de l'institution
- Valoriser la résilience des individus