

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
Faculté de Médecine de Grenoble

**Étude de la couverture vaccinale
des migrants originaires
d'Europe de l'Est
consultant à la PASS**

Mémoire de DES de Médecine Générale

Alexandra FUIN ROYE

11 Octobre 2011

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	3
Résumé	5
Introduction	6
Patients et Méthode	7
Résultats	9
Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de 40 patients originaires d'Europe de l'Est ayant consulté à la PASS.....	11
Figure 1 : Antécédents vaccinaux selon les souvenirs des patients.....	12
Tableau 2 : Résultats des sérologies et TQS® des 40 patients inclus.....	13
Tableau 3 : Facteurs pouvant influencer la couverture vaccinale anti-tétanique..	14
Discussion	15
Annexes	22
Annexe 1 : Formulaire d'information dans les différentes langues d'Europe de l'Est.....	23
1. 1. Rom roumain	23
1. 2. Macédonien	24
1. 3. Serbe	25
1. 4. Albanais.....	26
Annexe 2 : Fiche de recueil de données	27

PRÉAMBULE

Lors de mon internat de médecine générale, j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage dans le domaine de la Santé Sociale dans le cadre d'un projet professionnalisant. En effet, après avoir réalisé la maquette obligatoire pour le Diplôme d'Etude Spécialisée (DES) de médecine générale, j'ai réalisé un stage de 6 mois dans différents lieux :

- la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble
- le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde de Grenoble
- le Centre Méthadone du CHU de Grenoble
- l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) de la Maison d'Arrêt de Varces.

Ces 6 mois ont été pour moi une occasion exceptionnelle de découvrir une population avec laquelle je n'avais pas eu l'occasion d'être en contact pendant le reste de mon cursus. Ce stage m'a permis d'allier travail et convictions personnelles et de confirmer l'orientation professionnelle que j'aimerais donner à ma carrière.

L'idée de réaliser un travail de recherche, aussi modeste soit-il, dans le domaine de la précarité s'est donc imposée rapidement. La PASS, en tant que structure du CHU et lieu où j'ai passé le plus de temps était le site le plus adapté pour cela.

Les PASS, créées par la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998, sont des structures médico-sociales ayant pour but de faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Auparavant, ces populations étaient prises en charge uniquement par les associations humanitaires. Depuis les années 1990, des initiatives de terrain au sein des hôpitaux se sont développées, confortées par des décrets et circulaires des pouvoirs publics, aboutissant à la loi de lutte contre les exclusions en 1998. C'est dans cette loi qu'apparaissent les PASS pour la première fois. Celles-ci permettent de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité en leur proposant des consultations médicales gratuites (et examens complémentaires si nécessaire), et en les accompagnant dans l'obtention de leurs droits sociaux pour un retour dans le droit commun.

A la PASS de Grenoble, en 2009, 482 patients ont été pris en charge, dont 43% de femmes et 57% d'hommes. Parmi eux se trouvaient :

- 21 % de Français, n'ayant aucune couverture sociale ou n'ayant pas de mutuelle. Les problèmes d'addiction ou infectieux (dentaires, pulmonaires, dermatologiques...) sont souvent le motif de consultation. Ces personnes sont généralement dans une situation de grande précarité et d'auto-exclusion, avec une prise en charge conditionnée par l'établissement d'une relation de confiance.

- 16 % de patients originaires de pays de l'Union Européenne, hors France, avec une majorité de Roms roumains en particulier des femmes et des enfants (les enfants étant, par convention à Grenoble, reçus en pédiatrie et non à la PASS). La difficulté à prouver le caractère de résidence en France supérieur à 3 mois (du fait d'aller-retour fréquents entre la France et la Roumanie) complique l'ouverture des droits sociaux, tels que l'Aide Médicale d'Etat. De plus, celle-ci étant soumise au paiement d'un timbre de 30 € depuis le 1^{er} mars 2011, l'accessibilité aux droits n'en est que plus difficile...

- 63 % de patients hors Union Européenne (Afrique, autres pays d'Europe de l'Est) : ce sont souvent des hommes ou des femmes isolés, fuyant leur pays où leur famille est restée. Pour toutes ces personnes, le motif de consultation le plus fréquent reste cependant la souffrance psychologique...

Devant l'augmentation de la population originaire d'Europe de l'Est consultant à la PASS pendant l'année 2010, nous avons souhaité leur consacrer ce travail de recherche. Du fait de mon intérêt pour les pathologies infectieuses et dans un souhait d'améliorer nos pratiques de prévention au sein de cette population, nous avons décidé de nous intéresser à la couverture vaccinale des personnes originaires d'Europe de l'Est, migrant en France.

RÉSUMÉ

Dans un souci d'amélioration de nos pratiques en termes de prévention et devant l'augmentation du nombre de migrants arrivant en France, nous nous sommes intéressés à la couverture vaccinale des patients originaires d'Europe de l'Est consultant à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Pour cela, nous avons analysé le statut vaccinal de 40 patients par le recueil de leurs antécédents vaccinaux et par la réalisation de sérologies rougeole, rubéole, hépatite B et d'un test rapide qualitatif pour le tétanos.

Notre population comprenait une majorité de femmes, et était de niveau socio-économique très bas. Pour chacune des pathologies, au moins 40% des patients ne savaient pas s'ils avaient été vaccinés. La quasi-totalité des patients était immunisée contre la rougeole et la rubéole, mais seulement 50% d'entre eux l'étaient contre le tétanos. Pour cette maladie, l'âge, le sexe et la profession n'influençaient pas le statut vaccinal. En revanche, les souvenirs du patient concernant des injections vaccinales antérieures étaient prédictifs de leur statut vaccinal actuel.

Une personne était atteinte d'une hépatite B chronique, et plus de 40% des patients avaient eu une hépatite B ancienne guérie. Le reste de la population n'était pas immunisé contre cette maladie.

Ces résultats montrent la nécessité d'une grande vigilance des professionnels pour la mise à jour des vaccinations des populations migrantes. Les moyens nécessaires doivent être mis à leur disposition pour cela, dans un objectif d'amélioration de la protection individuelle, mais aussi de contrôle des pathologies infectieuses à l'échelle nationale.

Mots clés : couverture vaccinale, migrants, Europe de l'Est, tétanos, rougeole, rubéole, hépatite B

INTRODUCTION

Du fait de l'augmentation du nombre de migrants, et du rassemblement des demandes d'asile à Grenoble pour les départements de Haute-Savoie et Savoie, les patients originaires d'Europe de l'Est (Roumanie, Bulgarie, Macédoine, Albanie, Kosovo...) sont de plus en plus nombreux à consulter dans des structures telles que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Nous savons que l'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les recommandations vaccinales pour les enfants dans les pays cités ci-dessus [1] sont superposables à celles de la France [2], mais le rappel vaccinal anti-tétanique à l'âge adulte, tous les 10 ans, n'est recommandé qu'en Roumanie et en Bulgarie. Par ailleurs, les chiffres présentés par l'OMS en termes de couverture vaccinale sont très positifs [1], et même supérieurs aux chiffres de la France pour la vaccination contre l'hépatite B.

Cependant, plusieurs études réalisées dans des pays occidentaux autres que la France ont déjà montré que la couverture vaccinale chez les patients migrants était inférieure à celle des patients locaux [3-5]. De plus, la prévalence de certaines pathologies pour lesquelles une protection vaccinale existe, telle que l'hépatite B, est plus élevée au sein des populations migrantes que chez les locaux [6-7].

Qu'en est-il des patients que nous sommes amenés à prendre en charge ? Peu d'études françaises ont été menées sur ce sujet, et la population particulière de la PASS nécessitait un travail spécifique.

L'objectif de cette étude est donc de décrire la couverture vaccinale des personnes originaires d'Europe de l'Est arrivant en France, en ce qui concerne quatre maladies : le tétanos, la rougeole, la rubéole, et l'hépatite B, afin d'améliorer nos pratiques vaccinales au sein de cette population.

PATIENTS ET MÉTHODE

Notre étude était monocentrique, descriptive, prospective.

Population

Nous avons inclus tous les patients âgés de plus de 16 ans, se présentant à la PASS du CHU de Grenoble entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2011, originaires d'Europe de l'Est, et nécessitant un bilan biologique sanguin.

Nous avons exclu les patients ayant déjà bénéficié d'une prise en charge vaccinale depuis leur arrivée en France.

Méthode

Nous avons recueilli le consentement des patients après une information le plus souvent orale, la plupart d'entre eux étant illettrée. Pour les patients lettrés, l'information a été donnée en plus par écrit, à l'aide d'un document traduit dans plusieurs langues d'Europe de l'Est (Annexe 1). Pour les mêmes raisons, le consentement a été recueilli le plus souvent oralement.

Les données recueillies (Annexe 2) concernaient :

- les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques des patients : âge, sexe, pays d'origine, profession dans leur pays (afin d'évaluer leur niveau social)
- les vaccinations réalisées dans leur pays, soit à partir de leur carnet vaccinal, soit d'après leurs dires, selon leurs souvenirs.

Nous avons ensuite prélevé des tubes de sang supplémentaires pour la réalisation de plusieurs analyses :

- sérologie hépatite B : Antigène (Ag) HBs, Anticorps (Ac) anti-HBs, Ac anti-HBc
- sérologie rougeole
- sérologie rubéole
- Tétanos Quick Stick® (TQS) : test rapide qualitatif pour l'étude de l'immunité contre le tétanos. A noter que ce test a été validé par plusieurs études [8,9] et est largement utilisé dans les services d'urgences, en particulier celui du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble. Ce test a été préféré à un diagnostic sérologique in vitro pour des raisons de coût et de facilité de réalisation.

Les tests sérologiques ont été financés par le laboratoire de virologie du CHU et les Tétanos Quick Stick® ont été offerts gracieusement par les laboratoires Ingen®.

Statistiques

Les données ont été analysées avec le logiciel Statview 5.0. Le test du Chi2 a été utilisé pour l'analyse des facteurs qualitatifs et le test non paramétrique de Mann-Whitney pour les facteurs quantitatifs.

Pour toutes ces analyses, le seuil de $p=0,05$ a été retenu comme significatif.

RÉSULTATS

Tous les patients auxquels nous avons proposé l'inclusion dans notre protocole d'étude ont accepté.

40 patients ont été inclus, dont 13 hommes et 27 femmes. La moyenne d'âge était de 37 ans ($\sigma=13$, 16 à 66 ans). 16 d'entre eux (40%) étaient originaires de Roumanie. Les autres patients étaient originaires d'Albanie, du Kosovo, de Bosnie, de Bulgarie, de Macédoine ou de Serbie. 70% d'entre eux étaient sans profession dans leur pays d'origine (Tableau 1).

Aucun patient n'avait de carnet de santé ou de carnet de vaccination. 65% d'entre eux ne savaient pas s'ils avaient été vaccinés contre la rougeole et la rubéole, et 17,5% pensaient l'avoir été. 72,5% ne savaient pas s'ils avaient été vaccinés contre l'hépatite B et 1 patient pensait l'avoir été, non pas dans son pays d'origine, mais lors d'un séjour en Allemagne. Enfin, 50% d'entre eux disaient avoir été vaccinés contre le tétanos, dont 2 (10 %) dans les 10 dernières années. 42% ne savaient pas s'ils avaient été vaccinés ou non (Figure 1).

Concernant les résultats des sérologies, les données d'un patient étaient manquantes pour la rougeole et la rubéole en raison d'une erreur de prescription.

38 patients étaient immunisés contre la rougeole et la rubéole, et 23 l'étaient contre le tétanos (TQS® positif). Pour l'hépatite B, 16 patients avaient eu une hépatite B, ancienne et guérie, 1 avait une immunité vaccinale, et 1 était porteur d'une hépatite B chronique. Les autres n'étaient pas protégés contre cette pathologie (Tableau 2).

Nous n'avons étudié les facteurs influençant le statut vaccinal que pour le tétanos (Tableau 3). En effet, les échantillons pour la rougeole/rubéole et l'hépatite B étant trop faibles, ces facteurs n'ont pu être analysés.

16 patients sur les 20 pensant avoir été vaccinés avaient un TQS® positif, témoignant d'une immunité toujours présente. Sur les 20 patients pensant ne pas avoir été vaccinés ou ne sachant pas s'ils l'avaient été, 13 avaient un TQS® négatif, et n'étaient donc pas immunisés. Ces valeurs sont statistiquement significatives, témoignant d'une certaine fiabilité des dires et souvenirs des patients quant à leurs antécédents vaccinaux.

Les facteurs socio-démographiques étudiés (âge, sexe et profession) ne modifient pas de façon significative le résultat des tests sérologiques dans notre échantillon.

A réception des résultats, la vaccination a été proposée à tous les patients non immunisés contre l'une ou l'autre des pathologies. Une patiente a refusé la vaccination anti-tétanique lors de la première consultation, puis a finalement accepté. Tous les autres patients ont accepté la vaccination, réalisée directement à la PASS lorsque les vaccins étaient disponibles, ou dans un centre de vaccination de la ville de Grenoble.

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques de 40 patients originaires d'Europe de l'Est ayant consulté à la PASS.

	Nombre (Pourcentage)
Sexe	
Masculin	13 (32,5)
Féminin	27 (67,5)
Age	
16-25 ans	8 (20)
26-35 ans	9 (22,5)
36-45 ans	14 (35)
46-55 ans	4 (10)
56-66 ans	5 (12,5)
Pays d'origine	
Roumanie	16 (40)
Macédoine	13 (32,5)
Kosovo	4 (10)
Serbie	3 (7,5)
Albanie	2 (5)
Bosnie	1 (2,5)
Bulgarie	1 (2,5)
Profession	
Sans	28 (70)
Ouvrier	6 (15)
Artisan – Commerçant	2 (5)
Employé	2 (5)
Paysan	1 (2,5)
Etudiant	1 (2,5)

Figure 1 : Antécédents vaccinaux selon les souvenirs des patients.

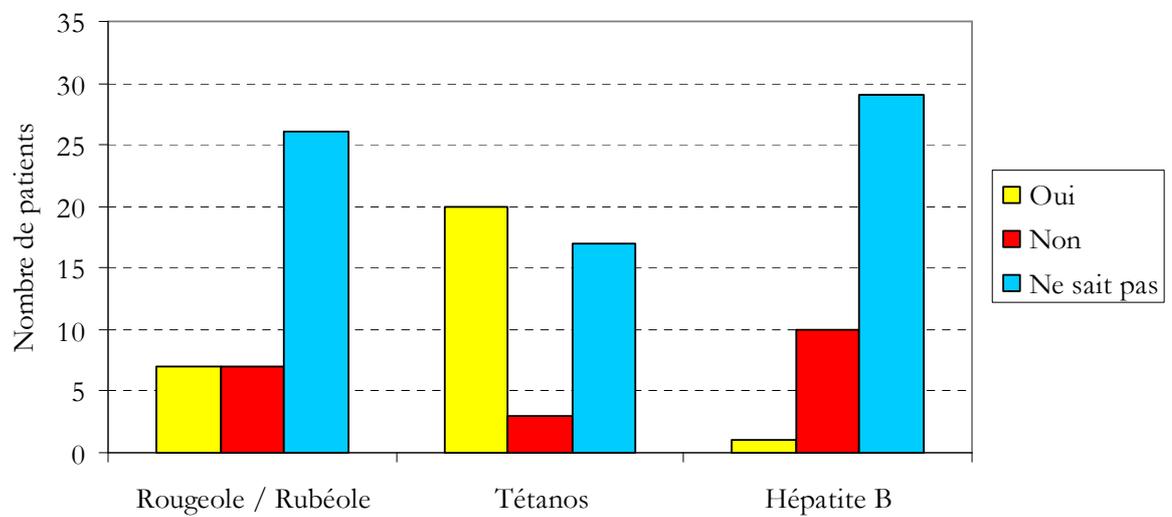


Tableau 2 : Résultats des sérologies et TQS® des 40 patients inclus.

	Nombre (Pourcentage)
Rougeole / Rubéole	
Immunisé	38 (95)
Non immunisé	1 (2,5)
Données manquantes	1 (2,5)
Tétanos	
Immunisé	23 (57,5)
Non immunisé	17 (42,5)
Hépatite B	
Ancienne guérie	16 (40)
Chronique	1 (2,5)
Vacciné	1 (2,5)
Non immunisé	22 (55)

Tableau 3 : Facteurs pouvant influencer la couverture vaccinale anti-tétanique

	Non immunisés	Immunisés	p-value
- Age moyen, ans (σ)	41 (14,6)	33,6 (10,7)	0,080
- Sexe , nombre (%)			
Masculin (n=13)	9 (69,2)	4 (30,8)	0,298
Féminin (n=27)	13 (48,1)	14 (51,9)	
- Profession , nombre (%)			
Sans (n=28)	12 (42,9)	16 (57,1)	
Ouvrier/Employé (n=9)	5 (55,6)	4 (44,4)	0,241
Artisan/ Commerçant/Étudiant (n=3)	0	3 (100)	
- Dires des patients , nombre (%)			
Vacciné (n=20)	4 (20)	16 (80)	0,004
Non vacciné ou ne sait pas (n=20)	13 (65)	7 (35)	

DISCUSSION

Nous avons donc analysé la couverture vaccinale de 40 patients originaires d'Europe de l'Est ayant consulté à la PASS pendant 4 mois de l'année 2011.

Le fait que tous les patients aient accepté l'inclusion dans le protocole témoigne de leur réel intérêt pour leur santé. Cet élément peut paraître surprenant puisque nous savons que beaucoup de roms (qui constituent la majorité de la population de notre étude) délaissent leur santé, et ce, du fait de leurs conditions de vie [10]. En effet, la santé passe, pour eux, au second plan derrière les difficultés du quotidien et ce n'est que lorsque le symptôme devient un obstacle majeur dans leur vie quotidienne que la santé retrouve tout son intérêt. Cependant, les patients consultant à la PASS sont déjà préoccupés par un ou plusieurs problèmes de santé et sont donc probablement plus réceptifs aux questions de prévention.

Notre population était composée d'une majorité de femmes. Ceci correspond aux chiffres de la population totale reçue à la PASS en 2009, où 33 hommes et 44 femmes originaires de l'Union Européenne (essentiellement des Roms roumains) avaient été pris en charge. On peut supposer que celles-ci sont plus sensibilisées à leur santé, ou plus disponibles que les hommes (chargés de trouver un moyen de subsistance pour la famille). Mais surtout, la relation de confiance est plus facilement établie avec les femmes qui sont plus souvent en contact avec le système de soins par le biais de leurs enfants.

De plus, notre population, en plus d'être en situation de précarité en France, est probablement une population de niveau socio-économique faible dans leur pays d'origine. Cet élément mériterait le recueil de données complémentaires, mais nous avons déjà pu mettre en évidence que seuls 30% d'entre eux avaient une activité professionnelle dans leur pays d'origine, ce qui est largement inférieur aux chiffres nationaux de ces pays (en Roumanie, par exemple, le taux d'emploi général était de 58,6% en 2009 [11]).

En ce qui concerne les vaccinations, la première constatation que nous pouvons faire est qu'aucun patient ne possédait de carnet vaccinal ou de carnet de santé. Cela a aussi été mis en évidence récemment dans une étude conduite par Médecins du Monde auprès de la population rom : seulement 6,5% des adultes de plus de 18 ans disposaient d'un document attestant de leurs vaccinations, sans pour autant qu'il s'agisse d'un vrai carnet de santé [12]. Les causes de cette

absence de carnet vaccinal seraient à explorer : perte ? Oubli dans leur pays d'origine ? Absence réelle de carnet vaccinal ?

A défaut de trace écrite, nous avons donc estimé les antécédents vaccinaux d'après les souvenirs des patients.

Tétanos

50% des personnes incluses se rappelaient avoir eu au moins une injection vaccinale anti-tétanique, mais seulement 10 % d'entre eux en aurait eu une dans les dix dernières années, ce qui fait partie des recommandations du calendrier vaccinal français. La quasi-totalité des autres patients ne connaissaient pas leurs vaccinations antérieures concernant cette pathologie.

Les chiffres obtenus par le TQS® (42,5% de patients non immunisés) sont assez proches de ceux de la littérature. Une étude allemande [5] retrouvait en effet un pourcentage de 39% de patients non immunisés parmi les migrants (originaires de Grèce, Turquie et Yougoslavie), alors que celui-ci n'était que de 16% parmi les personnes nées en Allemagne. Plus récemment, Steens et al. [3] rapportaient une positivité des anticorps anti-tétaniques inférieure chez les patients migrants de première génération originaires de pays non-occidentaux (79,8% versus 88%).

Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux annoncés par l'OMS [1] (couverture vaccinale de 95% minimum dans tous les pays d'Europe de l'Est pour la 3^{ème} injection du vaccin combiné diphtérie-tétanos-poliomyélite) qui ne concernent que la population infantile vivant dans ces pays.

Ces éléments rappellent donc la nécessité de sensibiliser à l'intérêt de la vaccination, les personnels soignants et non-soignants amenés à prendre en charge ces patients migrants. L'Institut National de Veille Sanitaire recommande actuellement la pratique de 4 injections vaccinales de vaccin combiné anti-tétanique [2] pour les patients n'ayant jamais été vaccinés (0, 2, 12 mois et 6-7 ans). Ceci dit, notre population n'entre pas complètement dans ce cadre là, la plupart des patients ayant probablement reçu au moins une injection de vaccin anti-tétanique dans l'enfance. Peu de recommandations concernent ce type de population, mais pour les personnes vaccinées dans l'enfance (sans précision sur le nombre d'injections vaccinales), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), recommande de se contenter d'un rappel [13]. En cas de doute, l'attitude préconisée pour les enfants dont le statut vaccinal est inconnu pourrait peut-être être transposée vers l'adulte : réalisation d'une injection vaccinale, puis dosage des Ac anti-tétaniques un mois plus tard. Si le taux d'Ac est faible (inférieur à 1 UI/mL), la personne n'a probablement jamais été vaccinée, et il conviendra de réaliser un

schéma complet. Si ce taux est supérieur à 1 UI/mL, on peut considérer que la personne a déjà été vaccinée et se contenter d'un rappel tous les 10 ans.

Le dernier problème est celui de la réalisation des vaccins. Nous avons montré que les patients sont finalement assez ouverts à la mise à jour de leur schéma vaccinal, la totalité d'entre eux ayant accepté de se faire vacciner. Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés lors de l'enquête de Médecins du Monde [12] : 91% des personnes interrogées étaient favorables à une mise à jour des vaccins pour elles ou pour leurs enfants. Mais, la réalisation pratique des injections vaccinales n'est pas si simple. En effet, la PASS n'a pas à se substituer aux autres structures de prise en charge des populations en difficulté d'accès aux soins que sont, dans ce cas, les centres de vaccinations. Ainsi, en cas de suspicion de retard vaccinal, les patients doivent être adressés dans ces structures qui leur sont parfois inconnues ou difficiles à situer. Il est donc important de pouvoir proposer aux patients des rendez-vous rapides, afin qu'ils ne les oublient pas au milieu de leurs soucis quotidiens. L'hypothèse d'un créneau de vaccinations réservé aux patients vus à la PASS serait à envisager et permettrait d'avoir un rendez-vous au plus tard dans la semaine suivant la consultation à la PASS.

Dans tous les cas, il serait intéressant d'étudier le taux de vaccination effective après conseil médical et orientation vers les lieux adaptés, ainsi que le pourcentage de personnes revenant pour les rappels vaccinaux.

Enfin, parfois, nous percevons qu'il sera trop difficile à certains patients de se rendre dans une autre structure. Il est donc nécessaire de prévoir quand même une partie du budget de la PASS pour la mise à jour de leurs vaccinations immédiatement, lors de la consultation.

Rougeole / Rubéole

La quasi-totalité des patients de notre étude était immunisée contre la rougeole et la rubéole, sans qu'il soit possible de distinguer si cette immunité était d'origine vaccinale ou infectieuse. Ce n'est pas le cas des enfants migrants, pour lesquels d'autres auteurs ont montré que la couverture vaccinale était inférieure à celle des enfants occidentaux [14].

Cependant, au vu de nos résultats, il ne semble pas nécessaire de réaliser d'injection vaccinale de rappel contre ces maladies chez les adultes que nous prenons en charge.

Hépatite B

La découverte d'1 cas (2,5%) d'hépatite B chronique active, et de 16 cas (40%) d'hépatite B ancienne guérie dans notre échantillon de 40 personnes témoigne d'une prévalence très élevée de cette pathologie parmi les migrants. Cet élément n'est pas surprenant et déjà démontré dans

d'autres études [6,7], mais nous rappelle la nécessité de poursuivre les mesures de prévention primaire et secondaire contre cette maladie.

L'information sur le dépistage des maladies infectieuses (VIH, Hépatite B, Hépatite C) et le lieu où celui-ci peut être réalisé, est systématiquement communiquée aux personnes devant se rendre à la préfecture (demandeurs d'asile). Pourtant, du fait de la barrière de la langue, cette information n'est pas toujours comprise par les patients. Par ailleurs, les populations en situation irrégulière échappent complètement à cette proposition systématique de dépistage. Là encore, il est nécessaire de sensibiliser les professionnels au contact des migrants à l'importance de ce dépistage.

Dans tous les cas, après le dépistage, le problème de la difficulté du traitement demeure pour ces populations qui sont souvent en situation irrégulière...

Enfin, une seule personne avait bénéficié d'une vaccination contre l'hépatite B, et ceci en Allemagne. On peut en conclure que, même si les recommandations actuelles dans les pays d'Europe de l'Est préconisent cette vaccination chez les enfants, les personnes actuellement adultes n'en ont jamais bénéficié. Du fait du taux de personnes ayant une immunité acquise d'origine infectieuse, et du taux de personnes malades, la vaccination ne doit pas être proposée sans la réalisation d'une sérologie préalable. Mais devant la prévalence élevée de l'hépatite B, et l'augmentation du risque de transmission par la vie en communauté, la proposition systématique et sans délai d'une vaccination chez les personnes non immunisées est nécessaire.

Ce dépistage et cette vaccination peuvent être réalisés dans des structures ayant un budget spécifique, tels que les Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et les centres de vaccination. Là encore, un accompagnement des patients (explications claires, prise de rendez-vous) est indispensable pour permettre à un maximum de personne de s'y rendre effectivement.

Limites de l'étude

La principale limite de notre étude est la faible taille de l'échantillonnage, qui ne nous a pas permis d'étudier et de mettre en évidence les facteurs influençant la couverture vaccinale chez les populations d'Europe de l'Est.

Par ailleurs, du fait de la barrière de la langue et de l'absence de traducteur systématique lors de nos consultations, nous avons volontairement choisi d'utiliser un questionnaire très simple. Ainsi, nous n'avons pas pu explorer tous les paramètres économiques et culturels qui auraient été intéressants pour expliquer certains de nos résultats.

En conclusion, malgré les limites de cette étude, nous avons pu étudier la couverture vaccinale de 40 patients originaires d'Europe de l'Est ayant consulté à la PASS. Parmi ceux-ci, la quasi-totalité des personnes était immunisée contre la rougeole et la rubéole, mais seulement 50% d'entre elles l'étaient contre le tétanos, ce qui est nettement insuffisant. Une personne était atteinte d'une hépatite B chronique, et plus de 40% des patients avaient eu une hépatite B, guérie actuellement. Le reste de la population n'était pas immunisé contre cette maladie. Ces résultats montrent la nécessité de l'amélioration du dépistage et de la prise en charge vaccinale des populations migrantes. Pour cela, une grande vigilance des professionnels est nécessaire, ainsi qu'une meilleure collaboration entre les différentes structures amenées à prendre en charge ces patients. Enfin, il serait intéressant de réaliser d'autres études dans le but d'explorer les obstacles à la vaccination dans notre population particulière et de proposer des mesures spécifiques pour les surmonter.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] World Health Organisation - **Vaccine-preventable diseases: monitoring system 2010** Global summary
- [2] Institut National de Veille Sanitaire - **Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique** – *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 22 mars 2011.*
- [3] Steens A, Mollema L, Berbers GA, van Gageldonk PG, van der Klis FR, de Melker HE - **High tetanus antitoxin antibody concentrations in the Netherlands: a seroepidemiological study.** *Vaccine.* 2010 Nov 16;28(49):7803-9. Epub 2010 Sep 25.
- [4] Gadomski AM, Talarico J, Abernethy KS, Cicirello HG. **Population-based study of the adequacy of well-child care services: a rural county's report card.** *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998 Aug;152(8):745-8.
- [5] Werner GT, Berdel WE, Frühwein N. **Tetanus immunity in an urban population: gaps in the vaccination of senior citizens and foreign guest workers.** *Soz Präventivmed.* 1985;30(2):103-6.
- [6] Wörmann T, Prüfer-Krämer L, Krämer A. **Serological and sociodemographic differences in HBV-patients with and without migration background.** *Z Gastroenterol.* 2010 May;48(5):533-41. Epub 2010 May 6.
- [7] Marschall T, Kretzschmar M, Mangen MJ, Schalm S. **High impact of migration on the prevalence of chronic hepatitis B in the Netherlands.** *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2008 Dec;20(12):1214-25.
- [8] Thiebaut I, Claudon A, Demange C. **Intérêt clinique et économique d'un test rapide de mise en évidence de l'immunoprotection antitétanique.** *J Pharm Clin.* 2003; 22, 31 31-35
- [9] Colombet I et al. **Diagnosis of Tetanus Immunization Status: Multicenter Assessment of a Rapid Biological Test.** *Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology,* 2005 Sep;12(9):1057–62
- [10] Knaff C. « **Façons de vivre, façons de se soigner** » **Etude ethnologique des représentations sociales de la tuberculose chez les Roms caramidari.** (Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé et master 1 recherche en éducation et formation)
- [11] Eurostat, direction générale de la Commission européenne chargée de l'information statistique. **Chiffres clés de l'Europe, rapport 2011 : taux d'emploi de 15 à 64 ans.**
- [12] Médecins du Monde. **Rapport d'enquête sur la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par les équipes de Médecins du Monde en France.** *Direction Mission France Juillet 2011*

[13] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. **Guide des vaccinations 2008.**

[14] 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.* 2009 Apr 28;27(19):2563-9. Epub 2009 Feb 12.

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire d'information dans les différentes langues d'Europe de l'Est

1. 1. Rom roumain

FORMULAR DE INFORMARE

Rujeola (pojarul), rubeola, tetanosul și hepatita sunt boli care pot fi uneori foarte grave. Ele se transmit de la o persoană la alta. Ca să nu luați boala de la alte persoane, este foarte important să vă vaccinați. Multe persoane nu sunt vaccinate deloc.

O simplă analiză de sânge, gratuită, vă permite să știți dacă ați fost deja vaccinați, deci dacă sunteți protejați împotriva bolilor de mai sus.

În caz că nu ați fost vaccinați împotriva pojarului, rubeolei, tetanosului sau hepatitei, dacă doriți, puteți beneficia gratuit de vaccin pentru cele 4 boli.

Subsemnatul (Nume, Prenume)

Accept realizarea unei analize de sânge cu scopul de a fi informat în privința statutului meu vaccinal.

Data : ___ / ___ / ____

Semnătura :

Информации форма

Мали сипаници, рубеола, тетанус и хепатит се многу сериозни заболувања кои лесно можат да се спречат со вакцинација. Сепак, многу пациенти се несоодветно вакцинирани.

Едноставна крв (примерок 10 мл крв), бесплатни за вас, ние ќе знаеме дали или не сте се заштитени.

Во зависност од исходот од таа крв, ако сакате, можеме да направиме бесплатно или вакцини за заштита од овие четири болести.

Јас долупотпишаниот _____ (Име, Презиме)

Прифати однесувањето на тест на крвта за да се провери мојата имунизација статус

Датум: __ / __ / ____

Потпис:

Образац са информацијама

Мале богиње, рубеоле, тетануса и хепатитиса су веома озбиљне болести која се лако може спречити кроз вакцинацију. Међутим, многи пацијенти се неадекватно вакцинишу.

Једноставан узорак крви (узорак 10 мл крви), бесплатно за вас, ми би знали да ли сте заштићени.

У зависности од исхода тог крви, ако желите, можемо направити слободан или вакцине за заштиту од ове четири болести.

Ја доле потписани _____ (Име, презиме)

Прихватите понашање тест крви за проверу Ми статус имунизације

Датум: __ / __ / ____

Сигнатура:

1. 4. Albanais

INFORMACION FORMULARI

Fruthi, rubeola, tetanusit dhe hepatitit janë sëmundje shumë të rënda që lehtë mund të parandalueshme nëpërmjet vaksinimit. Megjithatë, shumë pacientë janë të vaksinuar papërshtatshme.

Një mostër e thjeshtë e gjakut (mostër 10 ml të gjakut), falas për ju, ne do të dimë nëse nuk ju janë të mbrojtura.

Në varësi të rezultatit të atij gjaku, në qoftë se ju dëshironi, ne mund të bëjë të lirë ose vaksinave për të mbrojtur kundër këtyre katër sëmundjeve.

I nënshkruari _____ (Emri, Mbiemri)

Prano zhvillimin e një testi të gjakut për të kontrolluar statusin tim imunizimit.

Date: __ / __ / ____

Nënshkrimi:

Annexe 2 : Fiche de recueil de données

Date du recueil de données : __ / __ / 2011
Nom de l'enquêteur : _____

N° : _____

ETUDE DESCRIPTIVE – COUVERTURE VACCINALE DANS LES POPULATIONS D'EUROPE DE L'EST

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / _____

Sexe : Masculin

Féminin

Pays d'origine : _____

Profession : _____

Vaccinations (selon le carnet vaccinal ou ce dont se souvient le patient) :

	Fait (nombre de doses) Année du dernier rappel	Non fait	Ne sait pas
Rougeole			
Rubéole			
Hépatite B			
Tétanos			

Date du prélèvement : __ / __ / 2011

Résultats :

	Positive	Négative	Non interprétable
Rougeole			
Rubéole			
Hépatite B			
Tétanos Quick Stick			