

Xe Congrès international de la Société de pathologie exotique  
8-10 novembre 2017 - Haiphong (Vietnam)

# Tuberculose et migrations d'origines multiples à travers l'Europe

## Risques pour la santé publique?

### Expériences récentes dans un département français, le Pas-de-Calais

---

**Bernard FABRE-TESTE**, médecin responsable des Centres de Lutte Anti-Tuberculose du Littoral et de Lens (Pas-de-Calais)

**Mohammed EL MOUDEN**, médecin coordonnateur de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier de Calais

**Georges SOULA**, médecin enseignant de Santé Publique, Faculté de Médecine de Marseille

# Sommaire

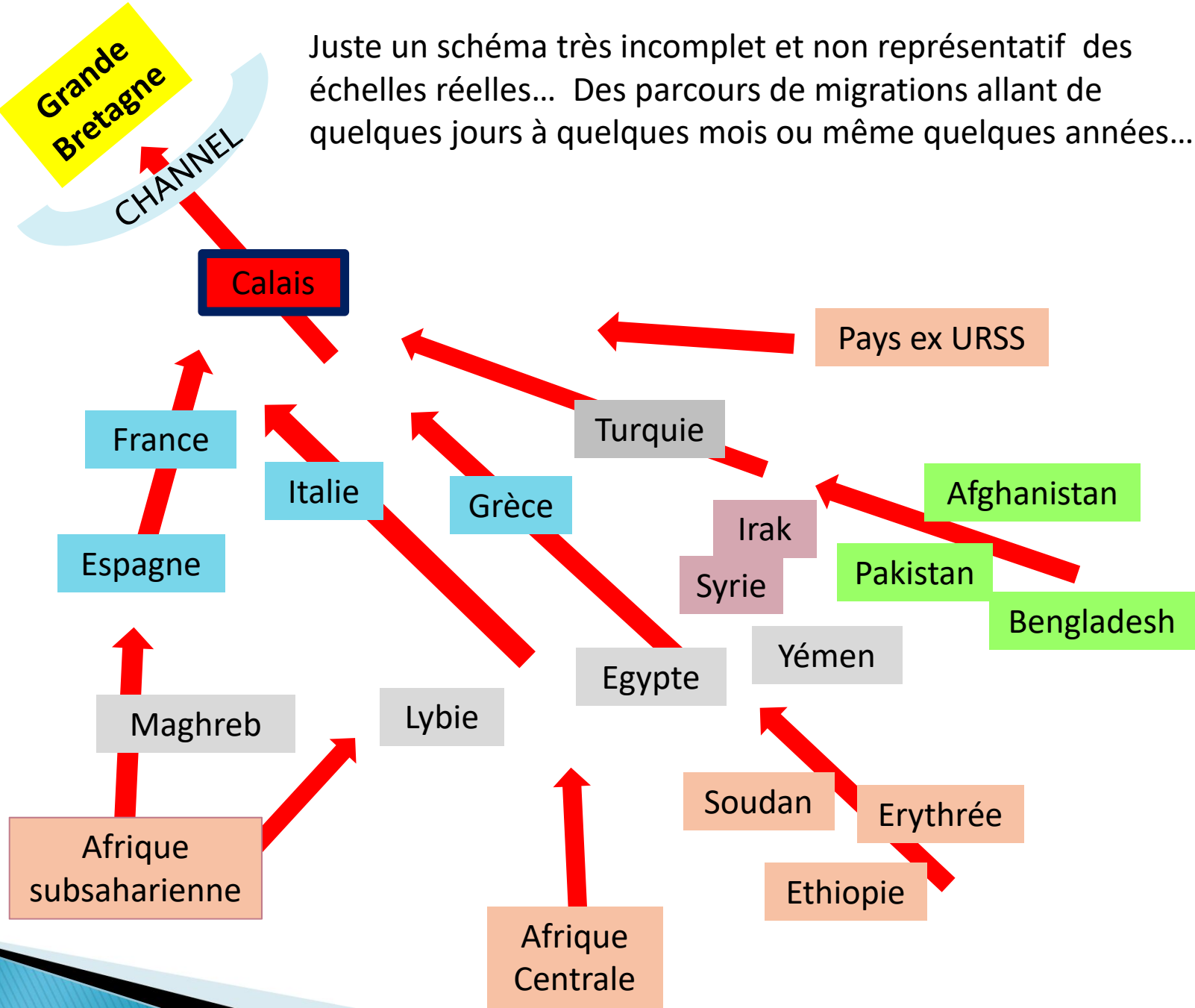
- Résumé
- Glossaire des acronymes
- Routes migratoires - Photos de la lande et du nouveau camp de containers à Calais
- Tuberculose et migration – Urgence et priorité sanitaires?
- Brève histoire et prestations de la PASS du CH de Calais
- Evolution de l'activité de la PASS
- Pathologies fréquemment rencontrées
- Bilan des DO de tuberculose concernant la population migrante
- L'intéressante histoire de Mr I. E... – *Mycobacterium Tuberculosis* pré XDR
- Activité des CLAT du Pas-de-Calais en rapport avec les DO de migrants
- Problèmes et difficultés pour le dépistage et le suivi des migrants tuberculeux
- Phénomène migratoire en France - Conséquences sanitaires et épidémiologiques ?
- Evolution récente de la tuberculose dans le Pas de Calais - Impact du fait migratoire ?
- Enquête « migrants et tuberculose » du réseau national des CLAT
- Quelques réflexions en guise de conclusion

- ▶ Le phénomène migratoire récent auquel l'Europe est confrontée dans son ensemble représente-t-il un risque aujourd'hui et/ou pour demain pour la santé publique ? En particulier en ce qui concerne la tuberculose. Il est réellement difficile de répondre d'emblée à cette question.
- ▶ En France, les données épidémiologiques de la tuberculose de ces dernières années montrent toujours une décroissance lente de cette maladie qui, dans un grand nombre de départements devient même aujourd'hui une maladie rare ne présentant plus d'intérêt du point de vue de la santé publique, entraînant par ce fait des difficultés de plus en plus importantes de la lutte anti tuberculose dans cette phase cruciale de la phase finale du contrôle de la maladie mis en danger par ailleurs par l'émergence en France et le développement dans de nombreux pays européens de la tuberculose multi et ultra résistante.
- ▶ L'exemple du Pas-de-Calais est intéressant. En 2015, ce département présente une incidence annuelle de la tuberculose estimée autour de 4 cas pour 100 000 habitants, inférieure à la moyenne nationale de 7,2 pour 100 000 et presque 4 fois inférieure à celle de l'Île de France à 15 pour 100 000. Le fait migratoire récent, très important avec le cul de sac de Calais qui a concentré jusqu'à neuf à douze mille migrants, n'a pas eu pour conséquence une explosion de la tuberculose sur ce territoire au niveau de la population locale malgré une prévalence, bien que largement sous-estimée, très élevée de la tuberculose dans la population migrante à risque.
- ▶ Cependant l'étude des cas récents de tuberculose chez des migrants montre toutes les difficultés ou même l'impossibilité pour conduire d'une manière adéquate les enquêtes nécessaires autour des cas et les difficultés pour une prise en charge adaptée des patients dans cette population particulière originaire de pays à forte endémicité tuberculeuse et donc fortement à risque pour les populations accueillantes essayant de la prendre en charge dans des situations très complexes et difficiles.
- ▶ En ce qui concerne l'approche « tuberculose et migrants » il n'y a pas de consensus et d'uniformité à l'heure actuelle en ce qui concerne le fonctionnement des CLAT en raison de la diversité même des moyens et des ressources propres de chaque CLAT. Aussi le Réseau National des CLAT a initié une enquête en 2017 auprès de tous les CLAT pour faire le point sur la situation et proposer des pistes pour une uniformisation et l'amélioration de la Lutte Anti-tuberculose ciblant cette population particulière ainsi que les personnels bénévoles ou salariés qui gravitent au contact des migrants.

## Glossaire des acronymes

- ARS – Agence Régionale de Santé
- CH – Centre Hospitalier
- CLAT – Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
- CNR – Centre national de Référence des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux
- DO – Déclaration Obligatoire pour certaines maladies, en particulier pour les cas de tuberculose maladie, incluant les ITL concernant des enfants de moins de 15 ans
- CI – Cas Index, cas de tuberculose maladie faisant l’objet d’une DO et éventuellement d’une enquête
- SC – Sujet Contact du CI, identifié dans une enquête de dépistage autour du CI
- TM – Tuberculose maladie
- MSF – Médecins Sans Frontières
- PASS – Permanence d’Accès aux Soins de Santé
- SSH – Service de Sortie d’Hospitalisation
- SPF – Santé Publique France
- Tuberculose MDR (multi résistante) : souche résistante à la rifampicine et à l’isoniazide
- Tuberculose XDR (ultra résistante) : résistance supplémentaire aux fluoroquinolones et à au moins un des trois antituberculeux injectables de deuxième ligne (amikacine, capréomycine, kanamycine)
- ESCMID - Société européenne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses
- IP – Information Préoccupante
- CIRE – Cellule d’Intervention en Région
- LAT – Lutte Anti Tuberculose
- ITL – Infection Tuberculeuse Latente
- MDM – Médecins du Monde
- DMS – Durée Moyenne de Séjour
- PMI – Protection Maternelle et Infantile

Juste un schéma très incomplet et non représentatif des échelles réelles... Des parcours de migrations allant de quelques jours à quelques mois ou même quelques années...



## Tuberculose et migration – Urgence et priorité sanitaires?

Les migrants sont les premières victimes de la nouvelle épidémie de tuberculose MDR hautement contagieuse qui se développe en Europe et commence en France.

La Société européenne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses (ESCMID) a dénombré 1 400 cas de tuberculose MDR dans 12 pays européens en 2014.

En Autriche, aux Pays-Bas et en Norvège 100% des cas concernaient des migrants et réfugiés, et plus de 90% au Royaume-Uni, en France, en Italie et en Allemagne.

La tuberculose est avant tout une maladie marqueur de la précarité.

Plusieurs facteurs expliquent que les populations migrantes vulnérables soient des cibles parfaites pour la tuberculose :

- Les mauvaises conditions d'hygiène, nutritionnelle et de logement
- La méconnaissance, la difficulté ou même l'impossibilité de l'accès aux systèmes de soins
- Le refus d'entrée dans le système de soins dû à la crainte de l'expulsion

Les spécialistes de santé publique jugent que les migrants doivent être considérés comme une population vulnérable et non comme des propagateurs de la maladie même si la plupart des contaminations en Europe se font à l'intérieur même de ces populations.

Si quelques migrants arrivent en Europe en étant déjà porteurs de la maladie, la majorité sont contaminés dans le pays d'accueil.

Le problème est qu'une grande majorité des cas n'est pas détectée, les pays européens n'ayant pas de politique cohérente et organisée de dépistage des populations migrantes.



## La Lande de Calais (Jungle)

avant 2015

Juste le point de fixation le plus visible bien évidemment... Mais pas le seul, d'autres camps et d'autres micro-jungles existent dans les départements du Pas-de-Calais et du Nord.





## Le nouveau camp

2015 - 2016



## Brève histoire de la PASS du Centre Hospitalier de Calais et de la prise en charge sanitaire sur le site Jules Ferry (*Jungle*)

- Dispositif issu de la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998.
- Cellule de prise en charge médico-sociale
- Permanences hospitalières dont l'objectif est le repérage, la prise en charge médicale et sociale, la facilitation de l'accès aux droits et l'intégration dans un réseau sanitaire et social d'amont et d'aval pour des personnes en difficulté.
- Ouverture de la PASS en décembre 2006
- Mars 2015, 1ères consultations à Jules Ferry
- Octobre 2015, mission interministérielle et ouverture antenne PASS à Jules Ferry
- Mars 2016, reprise clinique MSF par le CH de Calais et création d'un Service de Sortie d'Hospitalisation
- De 2015 à 2016, x 3 des ressources humaines de la PASS
- Novembre 2016, fermeture antenne PASS à Jules Ferry et démantèlement de la « jungle »

### Prestations de la PASS

- Accès aux consultations généralistes
- Accès aux consultations spécialistes
- Accès au plateau technique (laboratoire, imagerie médicale, ...)
- Délivrance de médicaments
- Accès soins infirmiers sans frais
- Accès aux appareillages divers
- Accès aux douches, vestiaires
- Interprétariat



## Typologie des patients de la PASS sur l'ensemble de l'activité

- Affections ORL: grippe, pneumopathie
- Affections dermatologiques: gale,
- Traumatologie: entorses, fractures, plaies,
- Douleurs diverses
- Stomatologie: abcès
- Affections psychiques

■ Apparemment la tuberculose n'apparaît pas comme une des pathologies de 1<sup>er</sup> plan dans la population migrante.

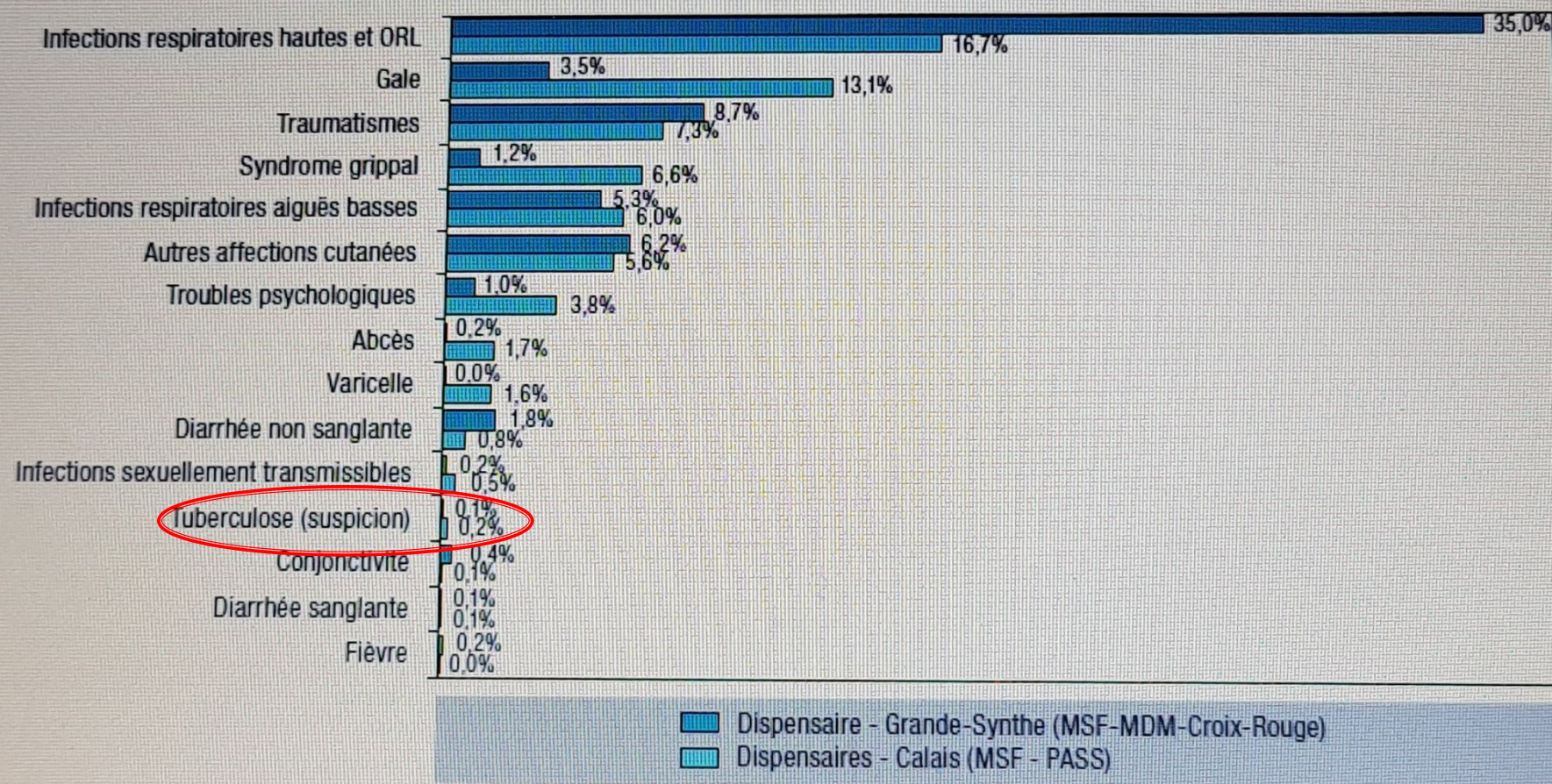
En 15 mois, 16 DO seulement ont été faites sur près de 17 000 consultations. Cela représente une incidence de 94 pour 100 000, sans doute sous-estimée, la tuberculose étant largement sous identifiée pour de multiples raisons

**D'avril 2015 à octobre 2016**  
**22 661 passages à la PASS dont**  
**16 836 consultations médicales**

Au niveau du SSH de la PASS, 75 patients ont été accueillis pour un total de 2 528 journées d'hospitalisation, avec une DMS de 34 jours. Pour les malades de pneumologie la DMS était de 42.

Figure 3

Répartition des pourcentages de consultations de premier recours pour les principaux motifs/regroupements syndromiques (nombre de recours pour un motif rapporté à la totalité des recours) dans les dispensaires de Calais et de Grande-Synthe, décembre 2015 – mai 2016



MSF : Médecins Sans Frontières ; MDM : Médecins du Monde ; PASS : Permanence d'accès aux soins de santé.

**SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES POPULATIONS MIGRANTES ACCUEILLIES À CALAIS ET À GRANDE-SYNTHE, NOVEMBRE 2015 – OCTOBRE 2016**

Pascal Chaud 1, Sylvie Haeghebaert 1, Ghislain Leduc 1, Béatrice Merlin 2, Michel Janssens 3, Aurélie Denoual 4, Marc Pascal 5, Nicolas Simon 6, Mohamed El Mouden 7, Frédéric Battist 7, Benoit Raeckelboom 8, Frédéric Souyris 8, Karine Wyndels 1  
 1 SPF CIRE & 2 ARS Hauts-de-France, 3 MSF, 4 MDM, 5 CRF, 6 SPF Saint-Maurice, 7 CH Calais, 8 CH Dunkerque

5 septembre 2017 - BEH 19-20 La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique

## Tableau récapitulatif de 16 DO de migrants - PASS CH de Calais

Date DO	Sexe	Age	Origine	Arrivée France	Localisation tub	BAAR Direct	Culture	Résistance
déc.-15	F	29	Erythrée	oct.-15	pulmonaire	0	oui	non
janv.-16	H	31	Soudan	juil.-15	pulmonaire	oui	oui	non
avr.-16	H	24	Soudan	juil.-05	pneumo	0	oui	non
mai-16	H	21	Afgha.	mai-16	pleurale	0	oui	non
mai-16	H	37	Afgha.	mai-16	pulmonaire	oui	oui	non
mai-16	H	18	Soudan	?	gg extrathoracique	0	oui	non
mai-16	F	28	Erythrée	juil.-05	génito urinaire	0	oui	non
juin-16	H	22	Soudan	juil.-05	pleurale pulmonaire	fugue avant prelevement		
août-16	H	28	Soudan	juil.-05	peritoneale	0	non anapath	non
sept.-16	H	27	?	?	pulmonaire	0	oui	non
sept.-16	H	20	Soudan	?	pulmonaire	0	oui	non
sept.-16	H	16	Afgha.	?	ORL	0	oui	non
sept.-16	H	34	Soudan	juil.-05	pulmonaire	0	oui	non
oct.-16	H	25	Soudan	juil.-05	pulmonaire	0	oui	non
oct.-16	H	22	Soudan	juil.-05	pulmonaire	oui	oui	INH - Strepto
janv.-17	H	34	Lithuanie	juil.-05	pulmonaire	0	oui	pré XDR



## Prise en charge d'une tuberculose à *Mycobacterium Tuberculosis* pré XDR à Calais – Histoire de I. E... (1)

- I. E..., lithuanien , nationalité russe, réfugié à Calais pour se rendre en Angleterre...
- 18-11-2016: malaise sur la VP - alcoolémie à 5,28 g/l
- Crise d'épilepsie aux Urgences
- Scanner cérébral – tumeur gliale ancienne (connue depuis 10 ans) nécessitant une prise en charge neurochirurgicale
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien à but diagnostique
- Diagnostic de tuberculose pulmonaire évoquée
- 06-12-2016: examen direct crachats BAAR (-) mais culture (+)
- 14-12-2016: début traitement antituberculeux ETHAMBUTOL & RIFATER
- 06-01-2017: antibiogramme souche résistante à RIFAMPICINE - PYRAZINAMIDE - ETHAMBUTOL - ISONIAZIDE - STREPTOMYCINE – FLUOROQUINOLONES souche sensible à AMIKACINE & LINEZOLIDE
- 09-01-2017: transfert de I. E... dans le service de maladies infectieuses du CH de Tourcoing pour la mise en place d'un traitement adapté à son MT pré XDR



## Prise en charge d'une tuberculose à *Mycobacterium Tuberculosis* pré XDR à Calais – Histoire de I. E... (2)

- 19-01-2017: retour au CH de Calais où sa lésion tumorale sera prise en charge
- Traitement lourd mis en place après l'avis du CNR (Dr Veziris)
- AMIKACYNE 10mg /kg/j - LINEZOLIDE 600mg/j - BEDAQUILINE 100 mg 4cp/j  
CLOFAZIMINE 50 mg 2cp/j – CYCLOSERINE 15 mg/kg/j – GRANUPAQ 6g x 2/j
- 18 mois avec arrêt de l'AMIKACINE 3 mois après négativation des cultures
- Traitement à donner sous le mode DOT
- Surveillance biologique
- Bilan audio & ophtalmo mensuel
- Scanner thoracique à 3 mois
- Prise en charge en neurologie de la tumeur cérébrale

**Attention danger !**

La tuberculose MDR et XDR est là

Elle nécessite une vigilance et un partenariat renforcés

## Activités des CLAT du 62 en rapport avec des DO de migrants en 2016

- Les CLAT du 62 sont des CLAT de santé publique (non prescripteur) dont l'activité principale est l'enquête autour d'un cas;
- Une seule enquête autour d'un cas a été possible et effective en 2016 sur 10 DO concernant des migrants;
  - Enquête possible car le CI était hébergée à la maison des femmes qui sédentarisait les femmes et leur enfants dans des conditions correctes;
  - CI en octobre 2015 mais DO « tardive » - Enquête en janvier 2016;
  - Dépistage par IDR et RP des sujets contacts, essentiellement des enfants;
  - La quasi-totalité des enfants avaient été vaccinés par le BCG soit dans leur pays d'origine, soit au cours de leur parcours migratoire;
  - Les enfants « disparus » au cours du dépistage du fait de leur transfert ont été retrouvés et dépistés suite à une IP faite auprès de la PMI du 62;
  - Aucune ITL ou TM identifiée.
- Les autres DO n'ont pu faire l'objet d'une enquête en raison de divers facteurs: DO tardives, disparition du CI, CI non contagieux, CI sans SC identifiables, etc.

## Activités des CLAT du 62 en rapport avec des DO de migrants en 2017

- Enquêtes pour 3 DO concernant de jeunes migrants mineurs isolés dans 3 foyers de France Terre d'Asile à Saint Omer, Arras et Liévin
  - x TM et xx ITL (dont x personnels bénévoles ou personnels associations identifiées et traitées)
- Enquête pour une DO concernant un migrant afghan dans un micro-camp clandestin proche de Saint Omer
  - x TM et xx ITL (dont x personnels bénévoles ou personnels associations identifiées et traitées)
- Enquête pour une DO concernant un migrant d'origine tchéchène dans un centre d'accueil de familles migrantes à Lens
  - x TM et xx ITL (dont x personnels bénévoles ou personnels associations identifiées et traitées)
- Enquête pour une DO concernant un migrant d'origine soudanaise avec un statut de réfugié présentant une tuberculose résistante à l'isoniazide
  - x TM et xx ITL (dont x personnels bénévoles ou personnels associations identifiées et traitées)
- 2 enquêtes (en cours) pour des DO concernant des migrants d'origines érythréenne et soudanaise

## Problèmes et difficultés rencontrés pour le dépistage et le suivi des migrants tuberculeux

- Difficulté et réticence des migrants pour un accès aux soins adéquat malgré les efforts de la PASS et des CLAT et du système mis en place;
- Populations de migrants de multiples origines : afghans, soudanais, érythréens, éthiopiens, syriens, pakistanais, etc. entraînant des difficultés majeures d'interprétariat et de communication;
- Education thérapeutique et suivi du traitement difficile pour la tuberculose;
- Identification et approche des sujets contacts dans les enquêtes autour d'un cas quasi impossible à réaliser dans le contexte de la jungle de Calais ou des micro camps plus ou moins clandestins;
- Environnement de vie inadéquat (nutrition & hygiène en particulier);
- Disparition rapide fréquente du CI, rarement placé dans un centre d'accueil pour la durée de son traitement par manque de place ou simplement par refus du migrant;
- Difficulté aussi pour mettre en place une prévention de la tuberculose aussi bien chez les migrants toujours prêts à quitter la France pour la Grande Bretagne et chez les personnes au contact des migrants qui ne prennent pas conscience du danger potentiel que représente la tuberculose.



## Evolution du nombre de DO pour tuberculose dans le Pas-de-Calais de 2009 à 2017

	CLAT de l'Arrageois	CLAT de Hénin Carvin	CLAT de Lens	CLAT du Ternois	CLAT du Littoral (5 territoires)*	Total 62
2009	8	8	12	3	39	70
2010	3	6	14	1	46	70
2011	8	3	12	2	30	55
2012	5	3	19	1	21	49
2013	4	3	15	1	21	44
2014	4	5	16	1	18	44
2015	8	3	19	3	28	61
2016	6	4	11	0	60**	81
2017***	5	1	14	0	23	43****
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>36</b>	<b>132</b>	<b>12</b>	<b>286</b>	<b>516</b>

\* Incluant le territoire de Calais \*\* 14 ITL<15 ans à Bruay la Buissière et 10 migrants sur Calais

\*\*\* au 30/09/2017 \*\*\*\* 9 migrants sur Calais; 2 migrant sur Lens; 1 sur Arras

## DO TUB concernant des migrants dans le Pas-de-Calais

	CLAT Arrageois	CLAT Hénin Carvin	CLAT Lens	CLAT Ternois	CLAT Littoral (dont Calais)	Total 62
2014	0	0	0	0	2	2
2015	0	0	0	0	5*	5
2016	0	0	0	0	10	10
2017**	1	0	2	0	9	12
Total	1	0	2	0	26	29

\* Dont 2 DO pour ITL<15 ans pour 2 enfants congolais adoptés - \*\* au 30/09/2017

## Cultures de BK réalisées chez les migrants SDF se présentant à la PASS ou au service d'urgence du CH de Calais

		Résultats (+) <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>	%
2015	115	3	2,6 %
2016	221	14*	6,3 %
2017**	10	2	20 %
Total	346	19	5,5 %

\* 4 résultats (+) n'ont pas fait l'objet d'une DO - \*\* au 30/09/2017

## Phénomène migratoire en France et en Europe Risque de conséquences sanitaires potentielles?

Le brassage humain induit par le phénomène migratoire peut-il être source,

- d'une possible dissémination et augmentation de la tuberculose ?
- d'une possible augmentation de la tuberculose multi résistante ?
- de possibles flambées ou micro épidémies d'autres maladies infectieuses ?  
*(en particulier rougeole, méningite, etc.)*

## Evolution récente de la tuberculose en France

Incidence de la tuberculose en 2015

- Pas-de-Calais : 4/100 000 - malgré tout en baisse lente et progressive depuis 10 ans
- France métro : 7,2/100 000
- Ile de France : 15/100 000

## Mais aujourd'hui en Allemagne\* des données récentes nous interrogent

- **29 % d'augmentation** des cas de tuberculose (5 865) en Allemagne en 2015 par rapport à 2014 - Incidence globale à 7,3/100 000, similaire à celle de la France
- **Incidence x 20** chez les gens d'origine étrangère par rapport à celle des nationaux

*\* Institut Robert Koch, Rapport sur la tuberculose en Allemagne, novembre 2016*



# Enquête « Migrants & Tuberculose » du Réseau National CLAT

## ▶ Objectifs de l'enquête

- Contribuer à la surveillance épidémiologique et au contrôle de la tuberculose en France dans les populations à risque des migrants et des personnes travaillant à leur contact;
- Contribuer à la surveillance épidémiologique et au contrôle de la tuberculose multi-résistante en France;
- Contribuer à la connaissance et à l'harmonisation des pratiques des CLAT, acteurs essentiels de la LAT en France.

## ▶ Outils de collecte des données destinés aux CLATs

- Un questionnaire élaboré par le CLAT de Cornouaille pour identifier et analyser les pratiques des CLATs vis-à-vis des migrants et des populations au contact
- Un questionnaire élaboré par le CLAT du Littoral destiné à recueillir des données quantitatives concernant
  - Le suivi des migrants en bonne santé apparente
  - Le dépistage primaire des migrants suspects cliniquement de tuberculose
  - Le dépistage primaire des personnels au contacts des migrants
  - le dépistage des sujets contacts identifiés dans les enquêtes

*Une première analyse des données est en cours et devrait être présentée lors de la réunion du réseau national CLAT le 28 novembre 2017*

## Quelques réflexions en guise de conclusion

- La tuberculose ne semble pas (*pour l'instant*) être une pathologie de premier plan dans la population migrante – **vrai ou faux ?**
- La LAT dans la population migrante est très difficile dans un contexte comme celui vécu dans le Pas-de-Calais ces dernières années - **Comment l'améliorer?**
- L'évolution et l'adaptation de la PASS du CH de Calais a été exemplaire pour la prise en charge sanitaire globale de la population migrante dans ce contexte difficile.
- Ce type d'action apparaît comme une nécessité à mettre en place sans délai en cas de nouvelle concentration de population migrante – **vrai ou faux ? possible ?**
- La répartition de la population migrante sur l'ensemble du territoire en petites unités devrait faciliter la LAT avec une harmonisation des pratiques – **vrai ou faux ? possible ?**
- Les personnels bénévoles ou salariés d'association au contact de la population migrante devraient bénéficier d'une meilleure information sur la tuberculose – **réalisable ?**
- La tuberculose MDR / XDR est une réalité à prendre en compte avec une vigilance absolue et accrue – Une prise en charge inadéquate représente un potentiel de gravité majeure sur le plan de la santé publique

# Merci pour votre attention

## Remerciements

*à **Philippe FRAISSE**, médecin coordonnateur du Réseau National CLAT, Groupe pour la recherche et l'enseignement en infectiologie de la SPLF, Service de pneumologie, Nouvel hôpital civil, Strasbourg;*

*à **Rémy BERNARD**, médecin responsable du CLAT de Cornouaille et à l'ensemble des équipes CLAT de France s'impliquant dans l'enquête Réseau National CLAT Tuberculose / migrants*

*à **Béatrice MERLIN-DEFOIN**, médecin référent tuberculose, ARS des Hauts de France*

*à la Mission Santé et à tous les membres des équipes CLAT du Pas-de-Calais*

*Cette présentation est basée sur la communication faite lors de la Journée Nationale Tuberculose, le 31 mars 2017, au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Paris, par le Dr EL MOUDEN et le Dr FABRE-TESTE:*

*« Dispositif de prise en charge médicale et paramédicale des personnes migrantes à Calais et Lutte contre la tuberculose avec le CLAT du Littoral »*

*Vous pouvez retrouver cette présentation sur le web avec le lien suivant:*

*<http://www.santepubliquefrance.fr/Agenda/2017/Reunion-nationale-d-information-et-d-echanges-sur-la-tuberculose>*