

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 301

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

par

Ariane BOSSON

Née le 09 décembre 1989 à Reims

.....◇◇◇.....

La “MIGVAC”, un outil visuel pour faciliter la mise à jour vaccinale
des personnes en situation de migration.

Enquête qualitative menée auprès de médecins généralistes afin d'évaluer les
pratiques professionnelles suite à la diffusion de cet outil par la PASS de
Strasbourg.

.....◇◇◇.....

Directrice de thèse : Docteure Sarah OBERGFELL

Président de thèse : Professeur Jacques KOPFERSCHMITT

Assesseurs : Pr. Yves HANSMANN, Dr. Christophe HOMMEL, Pr. Denis VETTER



1 FACULTÉ DE MÉDECINE (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition SEPTEMBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)

DOLLFUS Hélène

Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option : clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	<u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières

(1) En surnombre universitaire jusqu'à 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'à 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'à 31.08.2017

Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Dir : Directeur

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES				
HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05	Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

MO135	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109	• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117	• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129	• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire (ICANS)	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012	• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	49.01	Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089	• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01	Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénéréologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01	Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01	Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BERGERAT Jean-Pierre (Gynécologie) / 01.01.16	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DANION Jean-Marie (Psychiatrie) / 01.09.20	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Jacques KOPFERSCHMITT, de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes vifs remerciements.

Au Professeur Yves HANSMANN, de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse et de juger mon travail. Je n'oublierai jamais la considération et la bienveillance que vous m'avez témoignée.

Au Docteur Christophe HOMMEL, de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse, de juger mon travail et de m'avoir conseillée à maintes reprises depuis les balbutiements du projet. Nos échanges m'ont beaucoup aidée et je vous suis très reconnaissante pour le temps et l'aide que vous m'avez accordés.

Au Professeur Denis VETTER, de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse et de juger mon travail. Vous avez eu la générosité d'accepter de rejoindre le jury in extremis et j'espère sincèrement que mon travail sera à la hauteur du temps que vous m'aurez consacré. Recevez toute ma reconnaissance.

À ma directrice de thèse et de mémoire, le Docteur Sarah OBERGFELL. Je te remercie de m'avoir épaulée et guidée jusqu'à la fin de ce marathon. Ma gratitude va au-delà des mots, de même que l'admiration que j'ai pour toi. A tes filles et à Yann', tout aussi formidables. A ce que j'espère être le début d'une longue amitié.

Au Docteur Nicolas VIGNIER, pour sa disponibilité, ses relectures et précieux conseils.

Aux 13 médecins qui ont accepté de participer à mon enquête. Merci pour votre honnêteté et l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Merci pour vos témoignages, aussi précieux qu'indispensables.

A Norman BOUZIDI, pour son aide inestimable quant à la réalisation de la MIGVAC. Je te remercie pour ta patience, ta disponibilité. Merci d'avoir mis ton talent au service de mon projet. A Julien RIEFENSTHAL pour son aide précieuse quant aux enregistrements de mes entretiens. Tu as rendu mon travail beaucoup plus agréable.

A toute l'équipe de Migration Santé Alsace sans qui rien ne serait possible. En particulier Mme Émilie JUNG et Docteur Juliette JEANNEL, qui ont cru en mon projet et m'ont apporté leur soutien. Merci à tous et toutes les interprètes que j'ai eu l'honneur de rencontrer en consultation, ainsi qu'à ceux et celles qui ont participé aux traductions du questionnaire

multilingue, la clé de voute de ce travail. Votre engagement pour l'accès aux soins et la lutte contre les discriminations, votre patience et votre humanité sont de grandes sources d'inspiration

Au Docteur Lucie LALLEMAN. Merci pour ta confiance, ton soutien et tes enseignements. Merci de m'avoir permis de continuer à travailler à la Boussole après l'internat, une expérience de plus précieuses à mes yeux.

A toute l'équipe de la Boussole. Un grand merci en particulier à Saraspadee, Jamila, Isabelle, Simone et Marion. Merci de m'avoir accueillie, encouragée, soutenue, dorlotée depuis les premiers jours. Merci pour votre aide inestimable dans ce beau projet et bien sûr, merci pour votre amitié.

Au Docteur Jean MOEBS, mon mentor et si cher à mon cœur. Au reste de ma petite famille de Médecins du Monde que j'affectionne tant et qui n'a jamais cessé de m'encourager : en particulier France et Marie, des êtres merveilleux. Merci infiniment pour votre amitié et votre soutien sans faille.

A mon autre mentor, Docteure Sophie BRONNER. A notre tribu de Lutins verts. Merci pour tout et en particulier, merci d'exister.

A toute l'équipe de l'association Ithaque. Vous qui m'avez accueillie les bras ouverts et accordé votre confiance pour travailler à vos côtés, vous qui m'avez aidée et soutenue comme une famille dans la dernière ligne droite. Vous qui chaque jour, enrichissez de mille manière le spectre de mes conceptions de jeune médecin.

A mes petites sœurs adorées. Lucille et Noémie, ainsi qu'à mon Papa, vous qui n'avez jamais cessé de croire en moi. A ma Maman, toujours là.

A Isabelle, qui m'a appris le courage et qui me soutient dans tout ce que j'entreprends. A mon Parrain, qui m'a appris l'aventure et à rire des imprévus.

A ma filleule Barbara & à sa maman Olga qui a changé mon existence à jamais. A nos rendez-vous tapis bleu. A Anaïs. Ton amitié illumine ma vie, aux rouleaux de printemps et à la Bolivie. A ma sœur Kawthar et aux jardins du paradis. A Marion et Marianne, à notre trio de choc et plein d'amour. A Lucas, mon allié infailible. A Elodie depuis toujours, Seb même depuis l'autre bout du monde, Elsa même au dernier moment, Lisa à chaque instant. A Julien pour tous ces moments-là.

A Racoon, et à la vie qui nous attend.

Table des matières

Glossaire	19
A) INTRODUCTION	24
I. La mise à jour de la vaccination des personnes migrantes	24
1) La vaccination une priorité ?	24
2) Évolution du paradigme pour les migrants	26
3) La vaccination des personnes migrantes à Strasbourg	28
1. Le parcours de soin des personnes migrantes à Strasbourg	28
2. Le difficile accès à la vaccination	29
II. Présentation du projet MIGVAC	30
1) Création d'un questionnaire multilingue pour améliorer la démarche préventive	30
2) À la PASS, les statuts vaccinaux inconnus ou incertains en grande majorité	31
3) Conception de l'outil MIGVAC	32
1. Objectifs	33
2. Cahier des charges	33
3. Sources	34
4. Contenu	34
5. Edition et validation	36
6. Mise en service	37
B) MATÉRIEL & METHODE	40
I. Question de recherche	40
II. Sources bibliographiques	40
III. Déroulement de d'étude	41
1) Type d'étude et justification	41
2) Constitution de l'échantillon	42
1. Population cible et population source, recrutement par choix raisonné	42
2. Diffusion de la MIGVAC	43
3. Respect des procédures légales	44
3) Les entretiens semi-directifs	44
1. Guide d'entretien	44
2. Contexte et réalisation des entretiens	45
4) Méthode d'analyse : théorisation ancrée	47
1. Définitions	47
2. Le processus de codage	48
3. Critères de validité	49
5) Biais prévisibles	50
C) RÉSULTATS	51
I. Description de la population interrogée	51
II. Analyse des résultats	51
1) Intégration de la MIGVAC aux pratiques	51
1. Réception de la MIGVAC	51

2.	Utilisation	52
3.	Intérêt manifesté par les médecins.....	52
2)	Modifications des pratiques apportées par la MIGVAC	55
1.	Impacts sur l'approche du médecin	55
2.	Mise à jour des connaissances	57
3.	Impacts sur la démarche vaccinale dans sa réalisation.....	59
4.	Limites de l'outil	60
3)	Facteurs limitant l'accès à la vaccination des migrants malgré la MIGVAC	62
1.	Place de la vaccination pour le médecin	62
2.	Représentation des médecins quant aux freins propres aux patients.....	64
3.	Contraintes de temps : concurrence entre prévention et demandes des patients	69
4.	Obstacles à la continuité des soins.....	70
4)	Le contexte de pandémie Covid 19	70
1.	Contraintes liées au confinement (mars-mai 2020)	70
2.	Impact sur la démarche du médecin	71
3.	Impact sur le patient ressenti par le médecin.....	74
D)	DISCUSSION	76
I.	Forces et faiblesses de l'étude	76
II.	Ce que l'on retient du projet MIGVAC.....	78
1)	Un bilan positif	78
2)	Les limites de l'outil	79
1.	Le format papier n'est pas optimal	79
2.	Le problème de la traçabilité des vaccins reste à résoudre	79
3.	Le renoncement aux soins.....	81
4.	Importance de l'interprétariat médical.....	82
III.	Perspectives	82
1)	Communiquer au sein du réseau	82
1.	Le modèle de la Communauté Pluri professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)	82
2.	Liaison entre les structures grâce la présence des internes.....	83
2)	La MIGVAC peut être un vecteur d'empowerment	84
3)	Diffusion de la MIGVAC	85
	Conclusion	86
	Annexes	91
	Annexe 1 : exemple de questionnaire multilingue	91
	Annexe 2 : Protocoles adultes (14 ans et plus) de rattrapage vaccinal	93
1)	Les sérologies	93
1.	Sérologie de l'Hépatite B.....	93
2.	Sérologie du Tétanos.....	93
3.	Sérologie de la Varicelle	94
2)	Absence de preuve vaccinale : statut inconnu ou incertain	94
3)	Présence de preuve(s) vaccinale(s) montrant un statut incomplet	97
4)	Respect des intervalles minimaux (et maximaux)	98
5)	Le rattrapage simplifié	99
6)	Vaccins additionnels	100
	Annexe 3 : exemple de grille d'entretien	103

Glossaire

Migrant : personne qui quitte son pays d'origine pour venir s'installer durablement dans un pays dont elle n'a pas la nationalité. Si le terme "immigré" favorise le point de vue du pays d'accueil et le terme "émigré" celui du pays d'origine, "migrant" prend en compte l'ensemble du processus migratoire. Les personnes migrantes quittent leur pays pour des raisons qui peuvent être économiques, familiales, politiques, climatiques, etc.

Exilé : personne contrainte de vivre hors de sa patrie pour survivre ou fuir des persécutions.

Demandeur d'asile : personne qui a fui son pays parce qu'elle y a subi des persécutions ou craint d'en subir et qui demande une protection. En France, sa demande d'asile est examinée par l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) et, en dernier recours, la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). À l'issue de l'instruction de son dossier, le demandeur d'asile est soit reconnu Réfugié, soit débouté de sa demande et se trouve en situation irrégulière.

Refugié : personne à qui est accordée une protection par un état sur son territoire, ne pouvant l'obtenir de son pays de nationalité ou de résidence en raison des risques de persécution (à cause de son appartenance à un groupe ethnique ou social, de sa religion, de sa nationalité ou de ses opinions politiques).

Promotion de la santé : processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut,

d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être (1).

Calendrier vaccinal : programme national des vaccinations établi à une période donnée, précisant pour chaque âge de la vie et en fonction de situations particulières (pathologies, facteurs de risques etc..) quels vaccins doivent être fait et selon quel schéma vaccinal.

Le calendrier des vaccinations évolue chaque année afin de s'adapter :

- à l'évolution des maladies, leur fréquence, les risques d'épidémies ;
- aux groupes de personnes les plus exposées à une maladie ;
- à l'existence de nouveaux vaccins ou à des nouveaux vaccins qui nécessitent moins d'injections ;
- à la mise à jour des connaissances scientifiques sur la durée de protection que les vaccins confèrent à la personne vaccinée (2).

Couverture vaccinale : elle correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné, en faisant le rapport entre le nombre de personnes effectivement vaccinées par un vaccin dans une population et le nombre total de personnes qui devraient l'être dans cette même population. Pour un vaccin nécessitant plusieurs injections, on parle de couverture vaccinale « 1 dose », « 2 doses », etc. Ces données sont donc essentielles pour savoir si un programme de vaccination est correctement appliqué (2).

Une couverture vaccinale suffisante protégera une population contre une maladie donnée

alors que, au contraire, une couverture insuffisante rendra possible sa persistance à l'état endémique et la survenue éventuelle de poussées épidémiques. Les objectifs de couverture vaccinale fixés par la loi de santé publique sont d'au moins 95 % pour toutes les vaccinations, exceptée la grippe : 75 % (3). Chez l'adulte, il n'existe pas de dispositif de collecte de routine. Les données de couverture vaccinale proviennent des "Baromètres Santé" de Santé Publique France (2).

Schéma vaccinal : protocole détaillant pour chaque vaccin le nombre de doses et les intervalles optimaux à respecter entre ces doses. Il s'agit de la séquence totale de primo-vaccination et rappels (4).

Primo-vaccination : première séquence de vaccins qui va permettre à notre organisme d'acquérir des défenses nécessaires pour être protégé (4). En fonction du vaccin, une seule dose suffit (par exemple méningocoque C) mais, le plus souvent, plusieurs doses sont nécessaires (par exemple coqueluche, rougeole, tétanos, hépatite B) (4).

Rappels : doses nécessaires à la réactivation des défenses apportées par la primo-vaccination pour les vaccins dont on sait que la protection diminue au cours du temps (4).

Statut vaccinal : niveau de d'immunisation atteint selon le nombre de doses vaccinantes reçues. Un statut vaccinal à jour signifie avoir à un âge donné, reçus les vaccins recommandés avec le bon nombre d'injections pour être protégé (4).

Rattrapage : administrations des doses de vaccins en dehors du calendrier vaccinal en vigueur, pour une personne dont le statut vaccinal ne serait pas à jour. Ainsi il n'est pas nécessaire de tout recommencer lorsque le schéma vaccinal est incomplet, il suffit simplement de reprendre la vaccination au stade où elle a été interrompue (4).

Programme Élargi de Vaccination (PEV) : campagne inspirée du succès du programme d'éradication de la variole, lancée par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) en mai 1974 pour rendre accessible à tous les enfants du monde six vaccins: la tuberculose (BCG), la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (vaccin DTC), la rougeole et la poliomyélite (5).

Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (PAMV) : adopté en 2012 par les 194 états membres lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé en Mai 2012, le PAMV est une stratégie en vue d'atteindre les objectifs que la communauté internationale de la vaccination s'est fixés pour la Décennie de la vaccination (2011-2020) :

- parvenir à l'éradication de la poliomyélite ;
- atteindre les objectifs d'élimination mondiaux et régionaux : le tétanos néonatal éliminé dans toutes les Régions de l'OMS ; la rougeole éliminée dans au moins quatre Régions de l'OMS ; la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale éliminés dans au moins deux Régions de l'OMS ; la rougeole et la rubéole éliminées dans au moins cinq Régions de l'OMS ;
- atteindre les objectifs de couverture vaccinale dans chaque Région, pays, communauté : soit 90 % de couverture nationale avec trois doses du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC) ;
- développer et introduire des technologies et des vaccins nouveaux et améliorés visant à renforcer la vaccination de routine pour atteindre des objectifs de couverture vaccinale ; accélérer le contrôle des maladies évitables par la vaccination en parvenant à éradiquer la poliomyélite comme première étape, en introduisant de nouveaux vaccins améliorés et en stimulant la recherche et le développement de la prochaine génération de vaccins.

Au total l'objectif est d'assurer un accès plus équitable aux vaccins pour les personnes dans toutes les communautés d'ici 2020 (6).

Plan d'Action Européen pour la Vaccination (PEAV) : adopté en 2015 il est issu du PAMV avec pour objectif “une région européenne indemne de maladies évitables par la vaccination, au sein de laquelle tous les pays offrent un accès équitable à des vaccins et à des services de vaccination de haute qualité et sûrs, pour un prix abordable, et ce tout au long de l'existence”.

Il se matérialise en six buts :

- maintenir le statut d'absence de poliomyélite ;
- éliminer la rougeole et la rubéole ;
- maîtriser l'infection par le virus de l'hépatite B.
- atteindre les cibles régionales de couverture vaccinale à tous les niveaux administratifs, dans toute la Région.
- prendre des décisions fondées sur des données probantes au sujet du lancement de nouveaux vaccins.
- parvenir à la viabilité financière durable des programmes nationaux de vaccination (7).

A) INTRODUCTION

I. La mise à jour de la vaccination des personnes migrantes

1) La vaccination une priorité ?

Depuis 1974 et son Plan Élargi pour la Vaccination (PAEV) l'OMS est parvenue à faire de la vaccination un enjeu planétaire (5). En dépit de ces progrès, les maladies évitables par la vaccination demeurent une cause majeure de morbidité et de mortalité et l'adoption de nouveaux vaccins par les pays à revenu faible ou intermédiaire (où les charges de morbidité sont souvent les plus fortes) a été plus lente que dans les pays à revenu élevé. Forte de ces constats, l'Assemblée Mondiale de la Santé a fait de la décennie 2010-2020 celle de la vaccination, concrétisée par le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (PAMV) dont la stratégie est simple : “améliorer la santé en étendant tous les avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés, où ils sont et où ils vivent d'ici à 2020 et au-delà” (6).

Avec le contexte de la “crise migratoire” (en référence au profond bouleversement des flux migratoires, débuté à partir des années 2010 et dont l'apogée est atteinte en 2015 avec le conflit syrien, provoquant l'exil de milliers de personnes), l'accès aux soins des personnes migrantes s'est imposé mondialement comme un enjeu majeur de santé publique (8,9). A ce titre, leur accès à la vaccination a été défini comme un des objectifs spécifiques de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) dans son Plan d'Action Vaccinal Européen 2015-2020 (7). En 2016, l'OMS, l'UNHCR (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) et l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) ont souligné que les migrants, les demandeurs

d'asile et les réfugiés devaient bénéficier d'un accès « équitable et non discriminatoire » aux vaccins. Ces trois organisations internationales recommandent de vacciner les migrants sans délai, en accord avec les calendriers de vaccination du pays d'accueil (10).

Bien que beaucoup voient un lien entre migration et importation de maladies infectieuses, ceci ne se vérifie pas systématiquement. Les réfugiés et les migrants sont principalement exposés aux maladies infectieuses courantes en Europe, indépendamment des migrations (11) et leurs taux de couverture vaccinale sont plus bas que ceux de la population générale (12) ce qui les rend particulièrement vulnérables à ces maladies. Plusieurs raisons sont en cause : premièrement, une couverture vaccinale faible dans le pays d'origine; ensuite, les obstacles à l'accès à la vaccination : déplacements itératifs sur le continent alors que les protocoles de vaccination s'étendent sur plusieurs mois, manque d'information sur leur statut vaccinal, crises économiques survenant en pays d'accueil, réticence à l'enregistrement auprès des institutions médicales par crainte des retombées judiciaires en cas de séjour irrégulier, et enfin manque de coordination des politiques de santé publique entre pays voisins (12).

En France la vaccination des migrants, mise en lumière par les flambées épidémiques de grippe, varicelle et rougeole dans les camps de Calais et de Grande Synthe en 2015 et 2016 (13) est également considérée comme une priorité. L'instruction du 8 juin 2018 relative à la prise en charge des personnes migrantes recommande que le rattrapage s'effectue dans les quatre mois suivant l'arrivée en France (14). Mais du fait de l'exil ainsi que de conditions de vie précaires en terre d'accueil, cette mission se voit opposer de nombreux freins, parmi lesquels le fait que ces personnes sont soit très éloignées du soin, soit manifestent des besoins de santé urgents (sur le plan somatique comme psychique) qui occupent le premier plan de leur prise en charge et retardent nécessairement la mise en œuvre de leur vaccination.

2) Évolution du paradigme pour les migrants

Si le calendrier des vaccinations français inclut des recommandations de vaccination chez les sujets n'ayant jamais été vaccinés, il n'existait, jusqu'à très récemment, pas de recommandation officielle sur le rattrapage vaccinal pour les personnes dont le statut vaccinal est incomplet, inconnu ou incomplètement connu (15). L'étude de Vignier & *al.* mise en place par le groupe Vaccination Prévention de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) analyse les pratiques nationales des médecins impliqués dans l'accueil des migrants primo-arrivants, de spécialités et modes d'exercice variés. Cette enquête menée d'avril 2017 à mai 2018 a permis de mettre en évidence des pratiques hétérogènes de rattrapage vaccinal des médecins français auprès des personnes migrantes dont le statut vaccinal n'est pas connu, en l'absence de recommandations clairement établies (16). Ces résultats asseyent la nécessité d'un consensus national, nécessité à laquelle devraient répondre les recommandations HAS parues en décembre 2019 (15).

Ainsi jusqu'en 2019, trois cas de figure étaient envisagés :

- La personne dit ne jamais avoir été vaccinée, sans preuve vaccinale et, crue sur parole, il était recommandé d'appliquer le protocole "adulte jamais vacciné".
- En présence d'un carnet de santé, le statut était donc connu (complet ou non),
- Enfin si la personne disait avoir été vaccinée mais n'avait pas de preuves vaccinales, il était alors recommandé de se reporter, dans la mesure du possible, aux calendriers vaccinaux en vigueur dans les pays d'origines (disponibles notamment sur la base de donnée de l'ECDC (17) mais uniquement pour les pays membres de l'Union Européenne). Une procédure chronophage et complexe compte tenu de l'hétérogénéité des formes vaccinales combinées et des protocoles eux-mêmes. À titre d'exemple, dans de nombreux pays, la combinaison vaccinale DTP désigne une association incluant la coqueluche (pertussis) alors

que le vaccin contre la poliomyélite est donné sous forme orale (18). Le groupe d'experts indépendants Infovac® quant à lui, préconisait déjà l'utilisation des anticorps antitétaniques en pré-vaccinal et des anticorps anti-HBs en post-vaccinal (19) mais cela ne faisait pas l'objet d'un consensus national. Le message principal était que « chaque dose compte », et qu'il fallait éviter au maximum la survaccination.

La France était l'un des rares pays à suivre cette démarche. Une étude de l'European Study Group of Infections in Travellers and Migrants comparant les stratégies de vaccinations pour les migrants récemment arrivés dans 32 pays d'Europe montre qu'il n'existe pas d'approche standardisée à l'échelle internationale, et que dans 56% des pays, les migrants qui ne disposent pas d'un recueil de vaccination disponible sont considérés comme probablement non vaccinés et bénéficient d'une revaccination complète (20). Cette ligne de conduite est également recommandée par la Commission Européenne dans son manuel "Handbook for health professionals : health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA" (21).

Depuis 2019, la France a ajusté son approche. A présent les deux cas de figure possibles sont : le statut connu défini par la présence de preuves vaccinales qui sera alors à compléter en fonction des doses déjà reçues, le statut inconnu/incertain/non complètement connu défini par l'absence de preuves vaccinales (même si les personnes affirment avoir été vaccinées) et pour lequel il est recommandé entre autres de réaliser une sérologie post vaccinale tétanique afin d'ajuster le nombre de doses nécessaires pour obtenir l'immunité (15).

3) La vaccination des personnes migrantes à Strasbourg

1. Le parcours de soin des personnes migrantes à Strasbourg

A leur arrivée sur le sol français, les migrants n'ont pas de droit ouvert à la protection sociale française et en cas de soins, à moins de payer de leur poche les frais médicaux, ils pourront bénéficier de l'aide des structures œuvrant pour l'accès aux soins, telles que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS sont des dispositifs issus de la loi 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Elle prévoit dans son article 76 que « dans le cadre des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) [...], les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits" (22,23).

La PASS de médecine générale de Strasbourg, nommée « la Boussole », est un service du CHRU s'inscrivant au sein du réseau de lutte contre la précarité de l'Eurométropole (24). Celui-ci est constitué de diverses structures engagées auprès des plus démunis : Protection Maternelle Infantile (PMI), maisons de santé de la ville et autres médecins libéraux engagés, associations dont Médecins du Monde, etc. En plus du service « intra-muros », la PASS déploie une activité « PASS hors les murs ». Elle possède aussi des antennes transversales avec des plages de consultations dédiées en services conventionnels de gynécologie, psychiatrie et à la clinique dentaire de l'hôpital.

A leur arrivée à la PASS les patients sont reçus par une infirmière qui procède à une première évaluation sans interprète, avant d'orienter en consultation médicale programmée. Ils

rencontrent également l'assistante sociale pour amorcer les démarches d'ouverture de droits sociaux. La durée de suivi moyenne est restreinte : 1 à 3 mois en général, le temps de l'ouverture des droits à la sécurité sociale (PUMA, CMU-c, AME...), après quoi un courrier de liaison, récapitulant la prise en charge effectuée, sera remis au patient et celui-ci invité à poursuivre les soins auprès du médecin traitant de son choix.

2. Le difficile accès à la vaccination

Pour des raisons principalement d'ordre budgétaire, la mise à jour vaccinale n'est pas réalisée à la PASS et généralement différée à l'entrée dans le droit commun, auprès du médecin traitant qui fera suite. Il existe d'autres structures qui proposent un service de vaccination à Strasbourg :

- Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) : essentiellement à destination des femmes enceintes et enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.
- Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) du CHRU : il dispose de stocks de vaccins contre l'hépatite B et contre le Papillomavirus (HPV) qu'il peut proposer dans le cadre de sa mission de prévention des maladies sexuellement transmissibles mais ne s'occupe pas de la mise à jour des autres vaccinations.
- Le service de vaccination de l'Eurométropole. Ce dispositif organise 3 séances de vaccinations diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche (dTcaP) par mois gratuites, sans rendez-vous, qui se déroulent au secteur vaccinal de la mairie, ainsi que d'autres séances « hors les murs » dans des sites de choix (écoles, camps ...) en fonction des stocks de vaccins disponibles (et de la disponibilité de médecins bénévoles pour ces interventions). Notons que cette offre s'adresse en priorité aux patients qui n'ont pas et qui ne sont pas en attente de la couverture maladie en raison des stocks limités. Les autres personnes (tels que les Réfugiés ou les Demandeurs d'Asile) sont, comme à la PASS, réorientées vers la médecine de ville.

Même s'il existe plusieurs portes d'entrée pour la vaccination des personnes en situation de migration en parallèle du droit commun, aucune ne centralise le rattrapage de toutes les vaccinations recommandées. En plus des freins à l'accès aux soins inhérents à la condition des personnes précaires et migrantes (25), la multiplication des intervenants associée aux restrictions d'éligibilité propres à chaque dispositif complexifient cette démarche et participent à son retard de mise en œuvre, souvent reléguée au médecin traitant quand l'accès au droit commun sera permis.

II. Présentation du projet MIGVAC

Le présent travail s'inscrit dans une réflexion autour de la difficultés à assurer la mission de médecine préventive pourtant identifiée comme prioritaire par l'ARS (26), en raison de la complexité et de l'urgence des prises en charge curatives tant à la PASS qu'en médecine de ville. Le projet MIGVAC est ainsi celui d'une liaison PASS-médecine de ville pour faciliter la mise à jour vaccinale des personnes en situation de migration, à leur entrée dans le droit commun.

1) Création d'un questionnaire multilingue pour améliorer la démarche préventive

De mai 2018 à novembre 2019 j'ai eu la chance d'effectuer un semestre de Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) qui se déroulait conjointement en maison de santé, à Médecins du Monde et à la PASS. Au cours de ce stage, il m'a été proposé à la PASS de travailler sur la réalisation d'un outil pour améliorer les performances dans le champ de la prévention. Il s'agissait de créer un questionnaire traduit en plusieurs langues, remis aux patients en salle d'attente avant leur première rencontre avec les soignants

(Annexe 1). Celui-ci interroge les antécédents, allergies et traitements et cible trois thématiques identifiées comme prioritaires : les addictions, la violence et les vaccinations.

Nous misions sur un effet « pense-bête » : en apportant directement les réponses aux questions peu ou pas abordées à la PASS jusqu'alors, le questionnaire a pour but principal de révéler des besoins de prévention que le soignant pourra alors garder en tête au long la prise en charge.

Dans le cadre de mon mémoire de DES de médecine générale, j'ai analysé les réponses de 158 questionnaires distribués entre juillet 2019 et février 2020. Les résultats montrent que 100% des personnes à qui l'on a donné un questionnaire rapportaient au moins un besoin de prévention. Ils plaident notamment en faveur d'un dépistage systématique des violences, et de s'investir davantage dans la mise à jour des vaccins quel que soit l'âge, le sexe et le pays d'origine.

2) À la PASS, les statuts vaccinaux inconnus ou incertains en grande majorité

Dans le questionnaire, la partie portant sur la vaccination se déclinait en deux questions fermées : “avez-vous déjà été vacciné ? / avez-vous un carnet de santé disponible ?”.

Dès ses balbutiements, le projet de s'investir davantage dans la prévention et les vaccinations par le biais du questionnaire montrait une limite évidente : à part souligner que les patients devraient bénéficier d'une mise à jour vaccinale, le questionnaire ne rendrait pas cette tâche plus aisée, or c'était bien sur cela qu'il fallait travailler.

Cette intuition a été largement confirmée dans la pratique : d'après l'analyse des questionnaires 80,3% des personnes déclaraient avoir été vaccinées et 87,8 % ne pas avoir de

carnet de santé. En conclusion, la grande majorité des personnes en situation de migration présentaient un statut inconnu ou incertain, défini par une absence de preuve vaccinale.

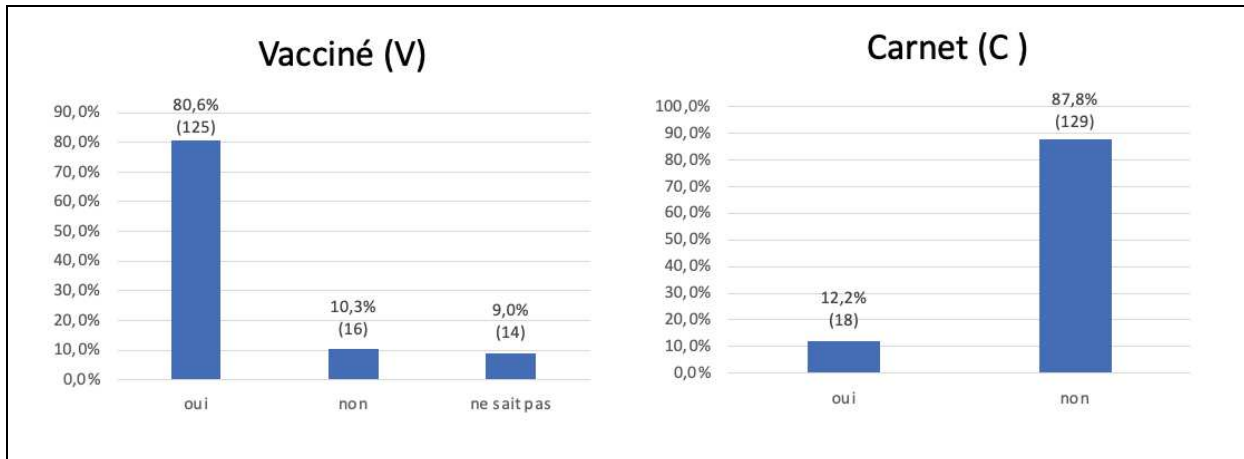


Figure 1 : résultats aux questions : Avez-vous déjà été vacciné (V) ? Avez-vous un carnet de santé ?

Ces résultats n'ont rien de surprenant et font écho aux récentes enquêtes qui mettent en lumière la difficulté de mettre à jour les statuts vaccinaux des personnes migrantes (25,27). À l'époque de la création du questionnaire, il n'existait pas encore de recommandations officielles quant à la mise à jour des vaccins pour les personnes en situation de migration. Tout l'enjeu était donc de réussir à donner un meilleur accès à la vaccination de la manière la plus aisée possible pour le médecin. Presque simultanément à la conception du questionnaire multilingue, nous décidions qu'il devait s'accompagner de guidelines claires, adaptées à chaque cas, à partir des réponses aux questions de vaccination soulevées. C'est ainsi qu'est né le projet "MIGVAC".

3) Conception de l'outil MIGVAC

La MIGVAC (figure 2) est un document sous forme de carte heuristique (mind-map) dont le médecin peut suivre les "chemins" correspondant à la situation du patient pour la mise à jour vaccinale. Son nom est la contraction de Migrants et Vaccination.

1. Objectifs

- offrir une vision d'ensemble et synthétique des protocoles de mises à jour vaccinales recommandées, pour les personnes en situation d'exil, que l'on soit ou pas en présence d'une preuve vaccinale ;
- faciliter la mise en œuvre de ces vaccinations par les médecins en réduisant au maximum le travail préparatoire à la prescription (recherche des conduites à tenir, recherche des spécialités...).

2. Cahier des charges

- un document unique pour tous les cas de figure : statut incomplet, incertain, jamais vacciné ;
- devant tenir sur une feuille au format A4 (recto-verso) pour s'intégrer au courrier de liaison à destination des médecins traitants : le document a vocation à être entièrement personnalisé pour chaque patient.
- utilisation intuitive et agréable, ne nécessitant pas de mode d'emploi ;
- devant regrouper toutes les informations nécessaires à la prescription de chaque vaccin : noms de spécialités et génériques, détail des valences correspondantes si besoin (exemple : dTP / Revaxis®), délai précis entre deux doses etc., afin de pouvoir être utilisé en pratique courante sans recourir à d'autres sources ;
- devant tenir compte des spécificités en fonction du pays d'origine (exemple : varicelle) ;
- ciblé sur les vaccins remboursés par la sécurité sociale.

3. Sources

Ce travail a été initié avant la parution des recommandations nationales de la HAS (15). Ne pouvant pas prédire quand celles-ci paraîtraient, l'idée initiale était de proposer des protocoles issus du croisement des référentiels déjà existants, que l'on mettrait à jour par la suite à la lumière de ces recommandations.

Les principaux référentiels utilisés tout au long du travail étaient :

- vaccination-info-service.fr, proposant des tableaux pour la mise à jour vaccinale des adultes "jamais vaccinés" et les noms commerciaux de chaque vaccin ;
- Infovac.fr, expliquant notamment les grands principes du rattrapage avec les intervalles minimaux et maximaux à respecter.

4. Contenu

Nous avons choisi de ne présenter que les conduites à tenir pour la mise à jour vaccinale des plus de 14 ans, âge en dessous duquel il s'agirait des recommandations pédiatriques, qui sont différentes. N'ayant que très peu de patients de moins de 15 ans à la PASS, et pour garantir une bonne lisibilité sur le document déjà très dense, nous avons décidé de nous concentrer sur les recommandations adultes (c'est-à-dire 14 ans et plus).

Sur le recto est prévu un emplacement pour l'étiquette-patient qui permet l'identification. Y figurent aussi les recommandations de mise à jour concernant les 9 vaccins généraux protégeant contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, (dTP ou dTcaP) le méningocoque C, la rubéole, les oreillons, la rougeole (ROR) et l'hépatite B. Sur le verso figurent les recommandations pour les autres vaccins, soit spécifiquement recommandés selon certains facteurs de risques (grippe, pneumocoque, varicelle) soit recommandés en population générale (papillomavirus, zona).

- Quelques principes du rattrapage (sources : HAS, infovac® (15,19))

- Toutes les doses de vaccins reçues comptent indépendamment du délai écoulé depuis la dernière dose reçue dès lors que l'âge minimal, l'intervalle minimal entre les doses et la dose d'antigène recommandée pour l'âge ont été respectés.
- Chaque fois que possible, pour dTP se recaler sur le calendrier en vigueur avec les rappels à âge fixe.
- Possibilité de réaliser jusqu'à quatre injections au cours d'une séance de vaccination en accord avec la personne vaccinée, en utilisant des sites d'injection multiples.
- Tous les vaccins peuvent être administrés le même jour ou à n'importe quel intervalle à l'exception des vaccins vivants viraux entre eux (exemple : ROR et varicelle) qui doivent être administrés le même jour ou à 4 semaines d'intervalle.
- La présence d'une infection mineure même fébrile ne doit pas retarder le rattrapage vaccinal. L'existence d'une maladie fébrile ($> 38^{\circ}$) ou d'une infection aiguë modérée ou sévère ne contre-indique pas la vaccination mais peut conduire à la différer de quelques jours.
- La traçabilité des doses et sérologies réalisées est indispensable.

(Les protocoles de la MIGVAC sont détaillés en Annexe 2)

- Risques liés à la survaccination

La crainte majeure du rattrapage vaccinal est celle du risque de « sur-vaccination » qui se limite le plus souvent à des œdèmes étendus du bras qui régressent sans séquelles (ou phénomène d'Arthus), survenant principalement après administration de vaccin contenant des anatoxines (ceux contre la diphtérie, le tétanos ou la coqueluche) (28). Quand ce type de réaction hyperimmune survient, il convient d'interrompre la vaccination DTPCa/dTPca et de proposer un dosage des anticorps antitétaniques (29).

- Utilisation des sérologies

Ainsi s'il n'est pas dangereux d'administrer un vaccin à une personne éventuellement déjà immune vis à vis de la maladie concernée, trois sérologies sont tout de même indiquées dans le cadre du rattrapage vaccinal des personnes migrantes : celles de l'hépatite B, du tétanos et de la varicelle. Leur intérêt est appuyé par des arguments médico-économiques en termes de coût-bénéfice (15).

5. Edition et validation

Les premières ébauches ont été réalisées à partir du logiciel Vue, un programme gratuit de création de cartes heuristiques (mind map) téléchargeable en ligne. La présentation définitive a été réalisée par un graphiste professionnel.

Au fur et à mesure du projet et à plusieurs reprises, le Dr Christophe Hommel, du service des vaccinations internationales du CHRU de Strasbourg, a été sollicité pour son expertise. Sachant qu'à l'époque les recommandations disponibles ne faisaient pas l'objet d'un consensus, ni ne concernaient spécifiquement les personnes migrantes, ses précieux éclairages ont été indispensables pour élaborer les premières versions des protocoles.

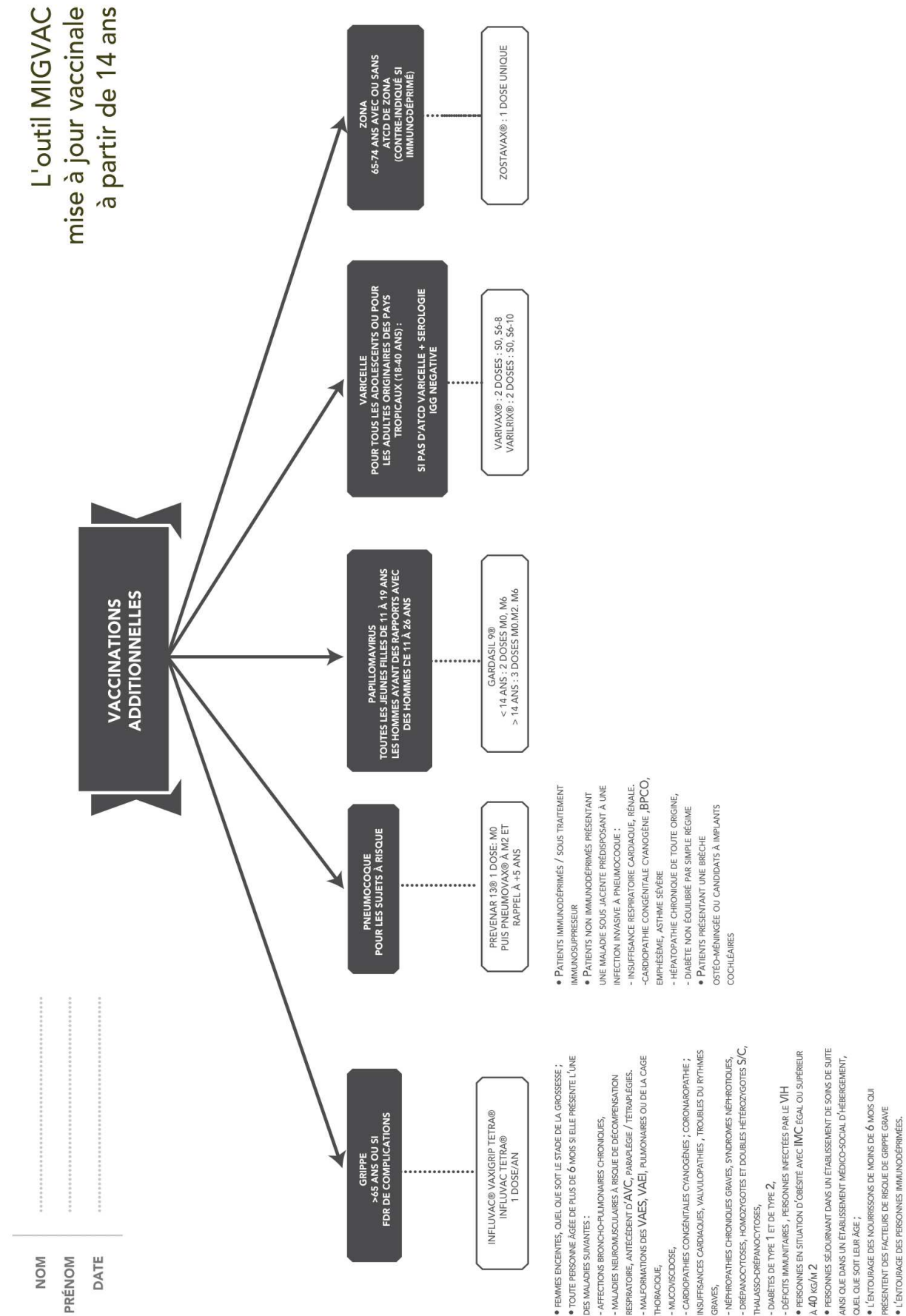
En décembre, la MIGVAC a été soumise à validation auprès de Dr Nicolas Vignier, co-auteur des recommandations HAS officielles sur le rattrapage vaccinal des primo-arrivants alors en cours d'écriture (15). Ses corrections ont permis de finaliser l'outil, sensiblement en même temps que les recommandations paraissaient, en décembre 2019. La MIGVAC a enfin été relue à la lumière de cette publication afin d'en vérifier la conformité.

6. Mise en service

Depuis son édition, début janvier 2020, la fiche MIGVAC est jointe systématiquement au courrier de liaison de tous les patients de plus de 14 ans. Elle est personnalisée au moyen d'une étiquette patient, de surlignages et d'annotations, en précisant par exemple les résultats de sérologie, les rappels déjà effectués s'il y en a eu, et à quelles dates.



Figure 2 : L'outil MIGVAC, mise à jour vaccinale à partir de 14 ans (verso)



B) MATÉRIEL & METHODE

I. Question de recherche

Quelles ont été les modifications des pratiques des médecins généralistes avec la diffusion depuis la PASS de la MIGVAC, un outil visuel faisant la synthèse des recommandations pour la mise à jour des statuts vaccinaux des personnes adultes en situation de migration ?

La MIGVAC peut être utilisée par tout professionnel de santé amené à mettre à jour le statut vaccinal de personnes de plus de 14 ans, selon le calendrier français en vigueur en 2020. Notre hypothèse et objectif principal, en créant cet outil, était qu'il facilite la démarche de mise à jour vaccinale, en particulier pour les personnes aux statuts incomplets ou incertains.

L'objectif secondaire était d'identifier quels pouvaient être les facteurs limitant l'accès à la vaccination, malgré la MIGVAC.

II. Sources bibliographiques

Logiciels : Zotéro, Vue.

Principales bases de données en ligne consultées : Lissa (Littérature Scientifique en Santé, France), Sudoc (Catalogue du Système Universitaire de Documentation), Pub Med, Cairn, les sites de l'HAS, OMS et Médecins du Monde, le site de l'institut national de veille sanitaire, santepubliquefrance.fr, Science direct (Elsevier - Masson).

Mesh en français : vaccinations, migrants, précarité, sérologies, rattrapage.

Mesh en anglais : vaccines, immunization, update, immigrants, immunization policies, immunization coverage.

III. Déroulement de d'étude

1) Type d'étude et justification

Il s'agit d'une enquête qualitative d'évaluation des pratiques professionnelles, menée auprès de médecins généralistes de la ville de Strasbourg conviés à faire part de leurs avis et retours d'expériences à propos de la MIGVAC en entretiens semi-dirigés.

L'utilisation d'un tel procédé dans le contexte de la recherche en soins de santé est justifiée lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience des intervenants (30). Cette méthode est donc la plus à même de décrire les éléments subjectifs tels que, dans ce cas précis, la pertinence de la MIGVAC en pratique courante de médecine générale et le service rendu par un tel outil.

Il n'était pas envisageable de mesurer le nombre de personnes vaccinées suite à la mise en place de cet outil. Cela aurait demandé des moyens logistiques inaccessibles à notre échelle d'intervention, compte tenu du retard d'accès aux soins de la population migrante au sortir de la PASS et sachant qu'il n'existe pas encore de système de recueil des données de vaccination de routine pour les adultes (31).

2) Constitution de l'échantillon

1. Population cible et population source, recrutement par choix raisonné

Population cible : la MIGVAC se destine à tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, amené à vacciner une personne de statut inconnu, incertain ou incomplet.

Population source : ont été recrutés des médecins généralistes exerçant à Strasbourg et s'inscrivant dans une démarche d'accès aux soins pour les personnes précaires, dont la patientèle comprend de façon habituelle des personnes migrantes. Il s'agissait donc d'un échantillonnage par choix raisonné. Cela permettait d'une part de faciliter le recrutement (les médecins qui se sentent concernés par l'étude y participeront plus volontiers) et d'autre part d'optimiser le recueil de données (en évaluant les pratiques de médecins déjà confrontés à la problématique de l'étude).

L'échantillon regroupe ainsi des médecins libéraux de maisons de santé, microstructures, ou exerçant en cabinet conventionnel en zone urbaine sensible. Ont été aussi recrutés des médecins généralistes travaillant à l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Strasbourg, qui assurent le suivi des détenus et où la vaccination représente un enjeu central du fait du contexte de collectivité.

Ont été exclus du recrutement les médecins généralistes exerçant en PMI, dont la patientèle est majoritairement de moins de 14 ans. N'étaient pas non plus représentés les médecins du CeGIDD et du service des vaccinations internationales du CHRU puisque leur pratique surspécialisée de la vaccination n'est pas représentative de la pratique tout-venant à laquelle se destine l'outil.

Le recrutement s'est fait par échange téléphonique ou e-mail et par bouche-à-oreille (du médecin interrogé à son collaborateur par exemple). Une fois le médecin ayant donné son accord pour faire partie de l'étude, la MIGVAC lui était transmise par mail et il était invité à la partager avec ses collaborateurs, internes, remplaçants etc. de sorte à faciliter la diffusion et le recrutement. Dans le même temps, un rendez-vous pour l'entretien était programmé, dans le délai qui lui semblait suffisant pour s'approprier l'outil et si possible l'utiliser en consultation.

Au total 13 médecins ont été interviewés en entretiens semi-dirigés d'Avril à Juin 2020. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à saturation des données (32), c'est-à-dire jusqu'au moment où l'on a pu constater une redondance des réponses lors des différents entretiens sans que de nouveaux éléments aient été apportés.

2. Diffusion de la MIGVAC

Dans l'idéal, tous les médecins recrutés pour l'étude auraient pris connaissance de l'outil par les courriers de liaison de la Boussole que leur auraient remis leurs patients. Or il leur a été directement communiqué pour les besoins de l'étude et ce pour deux raisons. Premièrement, nous savions d'expérience que les documents sont souvent égarés ou même jamais récupérés par les patients. Deuxièmement, nous avons constaté empiriquement qu'il peut parfois se passer beaucoup de temps entre le moment où les patients sortent du dispositif PASS et celui où ils parviennent à se trouver un médecin traitant et à amorcer un suivi.

3. Respect des procédures légales

L'avis du comité d'éthique pour la recherche de Strasbourg a été sollicité. Celui-ci a validé notre démarche puisqu'il s'agit d'une évaluation des pratiques professionnelles dont le recrutement était basé sur le volontariat et que toutes les données ont été anonymisées pour l'analyse. La validation a été confirmée par avis téléphonique du CNIL.

Au cours des entretiens, il pouvait arriver que les médecins interrogés fassent référence aux origines des patients. En accord avec la législation sur l'utilisation des données relatives aux origines (33,34), ces mentions n'apparaissent pas. Cela est sans conséquence sur les résultats de l'étude.

3) Les entretiens semi-directifs

L'entretien individuel semi-dirigé vise à collecter des données en interrogeant les participants en face-à-face (ou à distance) par des techniques de conversation. Il est structuré à l'aide d'un guide d'entretien reprenant la liste de questions ouvertes ou une liste de sujets à aborder au cours de la discussion.

1. Guide d'entretien

Définition : série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives (35).

Le guide d'entretien initial était orchestré en 3 parties. Une première partie d'entrée en matière, où était demandé au médecin de se présenter ainsi que son activité et sa patientèle. Ces informations avaient surtout pour but d'amorcer la discussion et n'ont pas été utilisées dans l'analyse.

La deuxième partie répond à 4 objectifs :

- pertinence de la MIGVAC en pratique courante
- modification des pratiques
- continuité des soins PASS-ville
- freins à la vaccination malgré la MIGVAC

La troisième partie interroge l'impact de la crise sanitaire de la Covid 19 sur la vaccination.

Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure du recueil, avec la survenue dans les discussions d'éléments imprévus intéressants. Dès les premiers entretiens, le cas où les médecins n'auraient pas utilisé la MIGVAC a été intégré au guide pour que cela ne coupe pas court à la discussion, mais au contraire permette d'en approfondir les raisons. Alors, plutôt que de rechercher les modifications des pratiques (objectif 2), le questionnement portait sur les modifications de leurs conceptions.

2. Contexte et réalisation des entretiens

Peu de temps après le lancement du projet (mise en service de la MIGVAC à la PASS et diffusion aux médecins invitations à participer à l'étude), la progression de la pandémie à Covid-19 a imposé en France un premier confinement, dès le 17 mai 2020. Cette crise sanitaire historique a placé le Bas-Rhin en zone rouge, c'est-à-dire la plus touchée, très précocement par rapport au reste de la France. Dans ce contexte les praticiens n'ont soit pas eu d'occasion de pratiquer la vaccination, soit ont manqué de disponibilité pour étudier la MIGVAC qu'on leur avait envoyée au lancement du projet. Au moment de reprendre contact pour l'entretien, s'il le fallait, celui-ci pouvait être différé de quelques semaines afin que le praticien ait tout de même le temps de se familiariser avec l'outil et si possible, de l'utiliser.

La question s'était posée de reporter les entretiens à l'après-confinement. Ne pouvant prédire l'évolution de la crise sanitaire ni la durée réelle du confinement annoncé, il a été décidé de maintenir notre calendrier d'étude (modulé à quelques semaines près comme expliqué plus haut). Un intérêt à cela était d'avoir un aperçu prospectif des pratiques vaccinales pendant la crise sanitaire, en effet les problématiques d'accès à la vaccination et donc de protection des populations contre les maladies infectieuses ne pouvaient qu'y trouver écho. Pour tenir compte de ce biais contextuel majeur, l'impact du contexte de Covid-19 perçu par les soignants a été interrogé.

En amont des entretiens, il était prévu de réaliser avec un organisme de formation médicale continue, une soirée de présentation de la MIGVAC sur le mode d'un Focus Group (32), où les médecins participants auraient pu faire part de leurs impressions "à chaud". Dans le contexte de la Covid 19 ce projet a été abrogé.

Afin de respecter les mesures de confinement (déplacements interdits à l'extérieur du domicile, à l'exception de certains motifs impérieux) les premiers entretiens devaient être téléphoniques, avec enregistrement simultané au dictaphone (application smartphone) pour une retranscription fidèle. Plus flexible et plus sécuritaire sur le plan des mesures barrière, cette méthodologie a été conservée pour toute l'enquête, même après le déconfinement. La durée des entretiens était variable : de trente minutes à plus d'une heure dans quelques cas.

Tous les entretiens ont été anonymisés et les praticiens renommés M (pour médecin) 1 à 13.

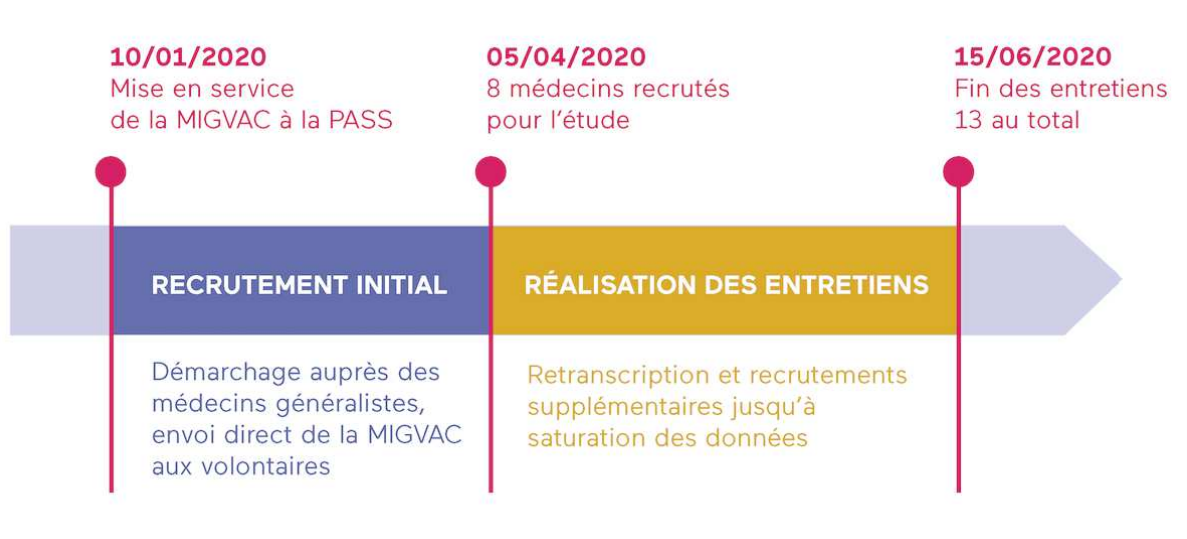


Figure 3 : déroulement de l'étude

4) Méthode d'analyse : théorisation ancrée

1. Définitions

La théorisation ancrée est une méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse (issues d'un codage) et les données du terrain (36).

Le codage est une opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun (35).

2. Le processus de codage

Il s'est effectué en 3 étapes. La première étape était celle du codage descriptif dit "ouvert", où les entretiens ont été étudiés un par un, en faisant l'effort de s'affranchir de toute préconception, et même de l'objectif initial de l'étude. Ce codage consiste simplement à regrouper un ensemble de mots et de phrases sous un intitulé synthétisant leur contenu et doit rester proche des données. Cette lecture fine a permis d'étiqueter les concepts qui ressortent dans chaque entretien, complétés ou éliminés ultérieurement (32).

La deuxième étape consistait à identifier les thèmes par un codage thématique dit "sélectif", permettant l'organisation hiérarchique des concepts en catégories plus génériques, autour d'une catégorie centrale (coïncidant avec l'objectif de l'étude) (37).

Ces catégories étaient approfondies et enrichies au fur et à mesure de l'analyse de chaque entretien, avec des allers-retours permanents d'un entretien à l'autre à chaque fois qu'un nouveau thème apparaissait, afin d'en chercher toutes les occurrences et de préciser au maximum le concept émergent.

La troisième étape, mise en œuvre une fois arrivé à saturation des catégories, était celle du codage théorique. Il s'agit de la mise en relation des catégories entre elles, en les articulant autour de la catégorie centrale et produisant un modèle théorique (37).

Précisons que chaque concept à souligner, réflexion, remarque ou lien mental établi par l'enquêtrice faisait l'objet d'un mémo sous la forme d'une annotation manuelle sur la grille d'entretien, de commentaire inséré dans la retranscription ou dans l'analyse. Générés à tout moment que ce soit pendant les entretiens, leur retranscription ou les différentes étapes du codage, les mémos enrichissent également le codage car ils participent à créer des liens entre les différents codes afin que celui-ci se révèle de plus en plus conceptualisant (37).

Au final l'analyse par théorisation ancrée est un processus continu qui consiste en de perpétuels allers-retours entre la collecte des données, le codage ouvert des données, la génération d'autant de mémos que possible, l'émergence de la catégorie centrale, le codage sélectif et théorique, la saturation des catégories et de leurs sous-catégories ainsi que des codes théoriques. Chaque étape fait partie du continuum de l'analyse (37).

3. Critères de validité

- Validité interne

Elle consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité.

La saturation des données, atteinte globalement au dixième entretien et confirmée aux trois suivants, rassurait quant à la validité interne des résultats. Celle-ci a de plus été renforcée par une triangulation des sources et des méthodes (38). D'une part l'analyse d'un échantillon de six questionnaires a été soumise à un tiers : le Dr Jean-Louis Moebs, médecin coordinateur à Médecins du Monde, maître de stage SASPAS-précarité, investi dans les questions d'accès aux soins pour les personnes précaires et migrantes. Les deux codages ont été comparés afin de vérifier la cohérence des thèmes, l'absence d'émergence de nouveaux thèmes et l'absence de contradiction. La concordance entre les analyses respectives était constante. D'autre part, les résultats obtenus étaient pleinement en accord avec la littérature déjà existante sur le sujet.

- Validité externe

Elle consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. Pour ce faire, des médecins généralistes fréquemment amenés à prendre en charge des patients migrants dans leur pratique courante ont été recrutés dans le but de constituer l'échantillon le plus représentatif possible de la problématique (38).

5) Biais prévisibles

- Biais d'échantillonnage : les médecins interrogés dans cette étude ont en commun de compter parmi leur patientèle une forte proportion de personnes en situation de précarité et de migration. Ils sont déjà très sensibilisés aux problématiques de l'exil et l'accès aux soins pour les plus démunis et leurs témoignages ne seront donc pas extrapolables à l'ensemble des professionnels de santé de la ville.
- Biais d'intervention : le simple fait d'évaluer les pratiques modifie la pratique elle-même, en effet les médecins invités à participer à l'étude et recevant la MIGVAC étaient ainsi irrémédiablement incités à l'appliquer. "L'effet de l'étude" se confond donc à l'effet propre de l'outil. Ce biais aurait pu être évité si le fait d'avoir déjà eu connaissance de la MIGVAC avait été un critère d'inclusion. Toutefois, afin de reproduire le plus fidèlement possible les conditions dans lesquelles les médecins devraient être amenés à découvrir et s'approprier la MIGVAC en temps normal, celle-ci leur a été transmise sans aucun mode d'emploi.
- Biais lié au contexte : comme expliqué précédemment. Pour en tenir compte, la place de la mise à jour vaccinale dans ce contexte particulier de crise sanitaire a fait l'objet d'une discussion.
- Biais de recueil : dans ce contexte les entretiens ont été faits par téléphone, impactant leur dynamique du fait de l'absence d'interactions non verbales (attitude, regards, expressions faciales). Les entretiens étaient peut-être davantage dirigés que s'ils s'étaient déroulés en présentiel.

C) RÉSULTATS

I. Description de la population interrogée

- Répartition selon le genre : 4 hommes et 9 femmes

- Répartition selon l'activité :

2 internes en SASPAS donc dans leur dernier semestre d'internat ;

6 médecins exerçant en maisons de santé (3 différentes) ;

3 médecins exerçant en cabinets libéral (avec ou sans collaborateur) ;

3 médecins exerçant à la maison d'arrêt de Strasbourg.

À noter une activité souvent polyvalente des médecins, plusieurs d'entre eux avaient eu l'expérience de travailler en CeGIDD, en PASS, à l'UCSA, en addictologie...

II. Analyse des résultats

1) Intégration de la MIGVAC aux pratiques

1. Réception de la MIGVAC

Aucun des médecins interrogés n'a reçu la MIGVAC par le biais d'un courrier de liaison, transmis par un patient venant de la PASS.

À la question : avez-vous reçu des patients venant de la PASS ces derniers mois ?

M8 répond : *Oui, j'avais leurs courriers de sortie ; Mais j'ai pas vu la MIGVAC dedans. (...) c'étaient souvent des personnes qui parlaient très mal français, et les courriers qu'on avait dataient jamais de la veille, en général c'était un mois, un mois et demi je dirais, entre la sortie de la PASS et leur arrivée chez nous.*

2. Utilisation

Seuls 4 médecins rapportent déjà utiliser la MIGVAC avec les patients : les médecins qui travaillaient en maison d'arrêt notamment (M6, M12, M13) et M9, qui l'a également partagée avec ses collègues. M2, M3, M4, M5, M7, M10, M11 rapportent ne pas avoir eu l'occasion de l'utiliser en raison du contexte de Covid 19 (dont on détaillera l'impact plus loin dans cette étude).

Un professionnel déclare ne pas en avoir eu l'utilité et précise : *« j'avais déjà mes référentiels et dans ma tête c'est assez clair donc j'avais pas vraiment besoin » (M8).*

3. Intérêt manifesté par les médecins

Les médecins interrogés ont tous, à leur manière, témoigné de l'intérêt pour la MIGVAC. Soit dans le fait qu'elle répond à un besoin, notamment car *«on manquait d'outils»* (M3). Soit par sa clarté permettant une démarche plus structurée *«tu sais ce qu'il faut faire et ça permet de se baser dessus»* (M1) *«Là au moins on a une proposition de prise en charge qui est claire»* (M4). Soit par le fait qu'elle soit synthétique et pratique ou encore facile d'utilisation (notamment, par rapport aux recommandations telles qu'elles sont présentées sur les sources de références).

Enfin plusieurs médecins également maîtres de stage ont trouvé dans la MIGVAC une dimension pédagogique et l'ont partagée avec leurs internes. Notamment M8, qui n'a pas ressenti l'utilité dans sa pratique de la MIGVAC étant déjà au clair des recommandations, se l'est tout de même appropriée comme support pédagogique.

- Répond à un besoin

M2 : *Je pense que ça répond à un besoin que j'avais en tous cas*

M3 : *Je trouve que c'est un outil qui a l'air d'être très adapté à nos pratiques : le rattrapage vaccinal, quand est-ce qu'on fait des sérologies pour le tétanos... on manquait d'outils et pour moi c'est vraiment une aide potentielle tout à fait intéressante.*

- Clair

M1 : *C'est hyper clair (...) Et oui c'est bien parce que ça montre les recommandations, ça montre ce qu'il faut faire. Après tu es libre toi de faire ce que tu veux mais au moins tu as un support où c'est clair, où tu sais ce qu'il faut faire et ça permet de se baser dessus.*

M4 : *En l'absence de carnet de santé, on s'appuie sur les déclarations des gens, leurs souvenirs, plus ou moins flous... c'est compliqué. Là au moins on a une proposition de prise en charge qui est claire.*

M7 : *C'est bien, c'est clair et bien présenté.*

M10 : *(est-ce que la MIGVAC répond à vos attentes ?) Oui, en termes de clarté... ça permet de se poser pour regarder ce qu'il faut programmer. On a quelque chose de visuel à suivre, plutôt que de devoir retrouver de tête ce qu'il faut faire.*

M11 : *En suivant cet outil, on suit une démarche plus validée, plus pragmatique et plus claire.*

M12 : *C'est de jolis arbres décisionnels (...) assez clairs.*

M13 : *Le schéma est vraiment très aidant et en plus très clair*

- Synthétique et pratique

M1 : *Moi quand j'avais lu les recos je trouvais ça assez compliqué et là c'est très synthétique et pratique.*

M2 : *C'est assez impressionnant, en deux pages tu arrives à synthétiser tous les tableaux hyper complexes de la vaccination et un peu dégoûtants (rires). Je pense que ça va remplacer dans ma pratique le calendrier vaccinal, qu'on a sous forme de petite carte postale colorée là. Parce que finalement dans ton document y'a plus d'informations que dans ce truc-là, sans trop complexifier la chose.*

M5 : *Ça permet de pas toujours aller chercher les informations, de les avoir toutes au même endroit.*

M7 : *La forme en diagramme c'est pratique.*

M11 : *Parce que y'a toutes les situations qui sont résumées donc c'est bien pratique.*

M12 : *Moi j'trouve ça bien, c'est pratique.*

- Facile

M3 : *Passer de quelque chose qui est à priori rébarbatif, avec le soupir « et au fait au niveau des vaccins... » à quelque chose où on va avoir une solution facile à appliquer.*

M7 : *Oui, ça fait un outil qu'on a facilement sous la main (...) on va retenir plus facilement plutôt que de chercher à chaque fois d'autres références.*

M8 : *Pour le coup ton travail a vraiment éclairci les choses, on sait ce qu'il faut faire pour chaque cas et finalement c'est très simple (...) le travail est beaucoup plus facile.*

... par rapport aux recommandations telles qu'elles sont présentées sur les sources de référence :

M2 : *C'est assez impressionnant, en deux pages tu arrives à synthétiser tous les tableaux hyper complexes de la vaccination et un peu dégoûtants (rires). Moi j'ai l'impression que j'allais tout le temps chercher et donc que j'avais jamais la réponse.*

M7 : *Le problème c'est que les recommandations sur ça ne sont pas faciles à trouver je trouve. J'ai lu celles de l'HAS, mais c'est assez difficile à comprendre je trouve*

M9 : *On était en train de reprendre les recos, et y'avait beaucoup de choses mais c'était pas très clair (...) en schéma c'est beaucoup mieux.*

- Dimension pédagogique

M2 : *Alors clairement on l'a diffusé aux internes, c'est un outil que j'aurai tendance à partager.*

M3 : *Tu vois aussi, par rapport à la maîtrise de stage, le sujet de la vaccination c'est quelque chose qu'on discute souvent avec les étudiants et là actuellement on a un interne SAPSAS, branché à fond sur la vaccination, qui est très systématique et qui prescrit tous les rattrapages, et j'aurais bien aimé le voir s'emparer de cet outil et le voir progresser avec.*

M8 : *Je trouve ça vachement bien fait ton outil, et je l'avais donné à mon interne (...) D'ailleurs moi je donne des formations à la fac sur la précarité et du coup je pourrais totalement diffuser la MIGVAC aux étudiants. C'est un support hyper intéressant (...) Moi je pense qu'il y a vraiment de la formation à faire au niveau des médecins généralistes, donc avec cet outil là c'est hyper intéressant.*

2) Modifications des pratiques apportées par la MIGVAC

Comme explicité plus haut, la plupart des médecins interrogés n'ont pas eu l'occasion d'utiliser la MIGVAC avec les patients. Toutefois, en prenant connaissance de cet outil, en se familiarisant avec les protocoles proposés, cela a suscité des interrogations et des remises en question de leurs pratiques habituelles. Les médecins interrogés ont ainsi tous rapporté des changements dans leurs paradigmes. On peut distinguer trois grands effets : tout d'abord les impacts sur l'approche globale de la vaccination, ensuite la mise à jour des connaissances, enfin les impacts sur la démarche vaccinale dans sa réalisation.

1. Impacts sur l'approche du médecin

Plusieurs médecins rapportent de véritables prises de conscience : quant à l'écart entre leur pratique habituelle et ce qui est recommandé, avec l'impression d'avoir pu faire "un peu n'importe quoi" (*sic*), quant à la spécificité de la mise à jour des vaccins pour les migrants (avec la possibilité que certaines personnes n'aient jamais été vaccinées et qu'une seule dose de rappel ne suffise pas à les mettre à jour (M5)) et enfin quant aux vulnérabilités des patients à certaines infections couvertes par des vaccins jusqu'alors insuffisamment pratiqués (M6).

D'autre part, plusieurs médecins témoignent se sentir plus sûrs d'eux dans la démarche de mise à jour vaccinale grâce à la MIGVAC, les rendant plus à même d'amener ces questions en consultation et de convaincre les patients de se faire vacciner (M2, M3, M6, M9).

- Prises de consciences

M1 : *En gros moi chez les adultes je faisais le dTPolio... et c'est tout ! L'hépatite B je fais une sérologie et je regardais s'ils étaient vaccinés, et s'ils avaient leur carnet je vérifiais s'ils avaient fait les vaccins quand ils étaient enfants mais c'est tout quoi.*

M5 : *Moi je suis encore dans une réflexion comme ça, et je n'ai pas encore fait la bascule des migrants et cette possibilité qu'il y ait eu zéro vaccination tétanos ou en tout cas zéro d'efficace. Jusqu'à présent je me contentais de faire juste un rappel. Du coup votre outil me sert d'alerte « faut p't'être que je renforce cette attention-là ».*

M6 : *La MIGVAC c'est une vraie prise de conscience avec les collègues (...) on s'est rendu compte avec ton outil qu'il y avait beaucoup de gens vulnérables, vis-à-vis du Covid mais du coup vis-à-vis aussi des autres infections, respiratoires notamment. Du coup on se dit « faut vraiment qu'on soit à jour au niveau des vaccins ».*

- Meilleure confiance en soi

M2 : *En fait là en parlant je me rends compte que j'abordais pas trop la question des vaccins avec les migrants de façon systématique... Mais peut-être aussi par peur de la réponse à la question « bah non je sais pas quand j'ai été vacciné pour la dernière fois » et que ça puisse me mettre en difficulté car je savais pas trop comment faire. En ayant la réponse comme ça sur un plateau, peut-être que j'aurais moins de réticences à me confronter au problème et à aller au-devant des trucs. J'aurais peut-être moins l'impression de subir le truc.*

M3 : *Je pense que ça peut être une belle aide à l'idée de se lancer et de poser la question « et au fait au sujet des vaccins vous en êtes où ? vous n'en savez rien ? c'est parfait ! » (rires) parce qu'on saura qu'on a la MIGVAC à côté qui va nous dire exactement quoi faire.*

M6 : *Le fait d'avoir ton outil, ça m'a rendue aussi plus sûre de moi (...) Maintenant je sais exactement quels vaccins faire et comment. (...) Si on contrôle avec les sérologies en plus pour dire si y'a besoin de poursuivre ou pas, les patients peuvent aussi se dire que y'a une logique encore plus convaincante.*

M9 : *Déjà moi je suis beaucoup plus sûre de moi quant aux vaccinations à faire, quand les faire...*

2. Mise à jour des connaissances

Pour beaucoup de médecins, la MIGVAC a permis de mettre à jour certaines de leurs connaissances sur la vaccination. Tout d'abord, vis-à-vis des indications de vaccins qu'ils prescrivent moins souvent chez l'adulte en particulier le ROR (M6, M7, M12), le pneumocoque (M6) et le méningocoque (M7, M12).

Aussi vis-à-vis des intervalles à respecter avec la possibilité de faire un schéma accéléré pour l'hépatite B par exemple (M5), et l'indication de vacciner en dehors de l'âge fixe si le délai maximal depuis le dernier rappel est dépassé (M6, M7).

Enfin un éclairage quant à la place des sérologies, notamment celle du tétanos (M2, M5, M10, M11, M12) ou de l'hépatite B (M10) après un premier rappel pour compléter les statuts vaccinaux, ou enfin la non-indication des sérologies rubéole ou rougeole (M7).

- Indications des vaccins

M6 : *Moi j'ai pris conscience que le ROR on pouvait le faire plus souvent. Ça m'a mis à jour sur tous les vaccins en général. (...) ça a changé par rapport au pneumocoque aussi, j'ai pris conscience qu'à la maison d'arrêt pour les personnes à risque y'avait rien qui avait été fait.*

M7 : *Je connaissais pas les indications du Gardasil pour les HSH (...) Et aussi varicelle et zona, c'est un vaccin auquel je pense pas forcément, par manque de connaissances (...) Je pensais aussi que faire trop de doses de ROR ça pouvait être dangereux. Le méningo C souvent j'oubliais de le faire chez les adultes.*

M12 : *De fait, moi j'y pense plus au ROR. J'avais en tête le dTP coqueluche mais le ROR par exemple je le faisais moins systématiquement...*

M13 : *Est-ce que vous êtes vacciné pour ci ou ça ? Jusqu'à présent je posais la question pour l'hépatite B mais pas pour les autres vaccins.*

- Intervalles

M5 : *Ça permet la mise au point notamment sur les schémas accélérés...*

M6 : *Avant par exemple qu'un qui avait 23 ans, je me disais « on va attendre 2 ans, comme ça on fait le rappel à 25 ans, je suis sûre qu'on est dans les clous ... »*

M7 : *Par exemple un migrant de 43 ans, j'aurais sûrement attendu le rappel des 45 ans(...) la note 3 « entre deux rappels respecter un intervalle minimal de 5 ans etc... » ça je savais pas.*

- Sérologies

M2 : *Y'avait aussi des questions que je me posais comme l'indication de la sérologie tétanos, j'ai l'impression que chacun faisait un peu à sa sauce. Là au moins c'était clair et net qu'il fallait pas le faire de prime abord.*

M5 : *Avant d'avoir cet outil, c'était hyper rare que je demande une sérologie Tétanos. (...) Du coup ça m'a réveillé des interrogations, le fait qu'on me propose comme ça des sérologies.*

M7 : *Ce que j'avais tendance à faire c'est une sérologie rubéole mais en fait ça sert à rien non plus (...) Aussi je savais pas qu'on pouvait faire la sérologie varicelle (...) Pour la rougeole aussi, ce que j'avais tendance à faire c'est une sérologie rubéole mais en fait ça sert à rien non plus car la rubéole on peut très bien l'avoir attrapée comme ça, indépendamment d'une vaccination.*

M10 : *Bah je me suis rendu compte que j'étais pas très au point. Par exemple, je ne pensais pas qu'il fallait faire des sérologies tétanos de contrôle par exemple. (...) Et l'hépatite B (...) J'ai pas forcément le réflexe de refaire les sérologies.*

M11 : *Moi j'agis de façon systématique avec diphtérie, tétanos, polio, coqueluche et là j'ai vu qu'on pouvait doser les anticorps antitétaniques, chose que je faisais pas avant. Les contrôles de sérologie, en ce qui concerne le tétanos, moi on ne m'en avait jamais parlé.*

M12 : *ce qui a changé c'est surtout le ROR et les sérologies de contrôle.*

3. Impacts sur la démarche vaccinale dans sa réalisation

Plusieurs médecins rapportent que la MIGVAC leur permettrait de gagner du temps (M4, M8, M9) en apportant des conduites à tenir qu'il n'y aurait plus qu'à appliquer.

L'effet pense-bête a aussi été évoqué : la MIGVAC rappelle de traiter la question des vaccins (M1, M2, M10) et permet donc un abord plus systématique.

Enfin plusieurs médecins témoignent d'une démarche plus structurée, planifiée (M3, M9, M10, M13) puisque la MIGVAC offre une vue d'ensemble de tous les vaccins à effectuer et des protocoles à suivre jusqu'à ce que les statuts soient complets, sans quoi les rappels étaient effectués plus arbitrairement, quand l'occasion se présentait (M9).

- Gain de temps

M4 : *Il y a un côté systématique, L'outil MIGVAC est vraiment intéressant pour ça car il permet de faire le point rapidement et efficacement.*

M8 : *Alors c'est intéressant parce que moi c'est ce que je fais depuis 3 ans, je refais tout le cheminement et ça prend un temps de dingue. S'ils sortent de la PASS avec ça déjà fait, c'est génial.*

M9 : *Là maintenant on prend 10 minutes pour la vaccination, on fait tout, on programme tout, et après on peut passer à autre chose*

- Effet pense-bête

M1 : *Déjà ça rappelle qu'il faut poser ces questions de la vaccination avec les patients (...) c'est bien d'être un peu systématique et garder cette question à l'esprit. (...) ça rappelle qu'il faut en parler.*

M2 : *Disons qu'au moment où je reçois le courrier si l'info est là je vais la noter, si l'info est pas là je vais pas le remarquer. Par exemple s'il manque des infos sur les vaccins je vais pas y penser spontanément car ce sera pas dans les problèmes du moment. Mais si c'est dans courrier par exemple « ROR à faire dans x mois », là je vais plus y penser. Alors que si c'est pas noté je vais oublier de le faire. Donc effectivement ça pourrait m'encourager à être plus proactive dans les vaccins. A partir du moment où c'est noté ça m'impose de me poser la question.*

M10 : *C'est sûr que si je recevais un courrier avec ça, alors forcément j'y penserais plus. (...) Ça permettrait de contrôler le carnet de vaccination et voir si tout est à jour (...) le fait d'avoir cet outil ça permettrait de faire penser à prendre du temps, lors des consultations, de s'intéresser aux vaccinations.*

- Démarche plus structurée, planifiée

M3 : *Un outil qui permet d'avoir une démarche cadrée*

M9 : *Dans l'équipe on suit toutes le même protocole donc la démarche est plus cohérente (...) Et ça a un retentissement sur la discussion avec le patient car tout de suite je peux lui dire « il y aura tant de piqûres à faire, on va faire ça à telle date... » avant on avait plutôt tendance à penser à la vaccination... regarder comme ça où il en est, faire un rappel... à un autre moment on va penser au ROR...*

M10 : *Ça permet de se poser pour regarder ce qu'il faut programmer.*

M13 : *Maintenant avec ce schéma je peux poser des questions un peu plus ciblées. Par exemple : est-ce que vous avez eu le ROR ? est-ce que vous êtes vacciné pour ci ou ça ? Est-ce que vous avez eu une dose ou deux ?*

4. Limites de l'outil

Toutefois la MIGVAC présente ses limites. Faisant la synthèse des recommandations, se pose la question de leur pertinence afin de décider de les appliquer ou non : problème de vacciner selon des protocoles français des personnes migrantes très possiblement amenées à ne pas rester en France (M1), intérêt des sérologies tétanos qui alourdissent les protocoles (M1) tandis qu'« auparavant on ne s'inquiétait jamais d'avoir fait des doses de trop » (M5), et enfin la place certains vaccins comme celui du zona qui laisse M5 dubitatif.

Une autre limite annoncée est celle de l'obsolescence prévisible de l'outil, qui devra être mis à jour en suivant de près l'évolution des recommandations vaccinales (M2, M3, M5). Enfin celle du format papier, qui n'est pas optimal pour les personnes migrantes (M3, M9). Il est suggéré d'en faire une version numérique, plus facile à actualiser (M5, M10), et qui aurait l'autre avantage de s'intégrer davantage aux logiciels médicaux (M9).

- Pertinence des recommandations

M1 : *Je pense que pour les migrants il faudrait qu'il y ait des recommandations européennes voire mondiales par l'OMS(...) est-ce qu'on doit leur appliquer les recommandations françaises, ou européennes, ou celles de l'OMS ? Qu'est-ce qu'il faut privilégier ? Et c'est un peu culturel les vaccins(...)Y'a quand même un aspect politique et santé publique et ça c'est différent dans chaque pays. (...) En fait moi je trouve que se pose surtout la question du devenir des gens (...) si jamais ils sont là de manière transitoire, et qu'ils vont repartir, est-ce qu'il faut vraiment leur appliquer le calendrier vaccinal français ? (...) Après de contrôler la sérologie après la première dose (...) ça fait une prise de sang à faire en plus, une dépense de santé à faire en plus (...) Et franchement c'est trop compliqué... En pratique c'est trop complexe.*

(...) Je pense qu'il y a vraiment des vaccins qui sont indispensables comme le dTPolio. Peut-être aussi l'hépatite B... euh le reste je sais pas trop. S'ils restent pas en France, pour le papillomavirus, pour le pneumocoque, je sais pas trop si c'est vraiment nécessaire.

M5 : *Moi je date d'un temps où on vaccinait contre le tétanos tous les 5 ans... Y'avait même des médecins qui lorsqu'on avait un an de retard, refaisaient le schéma complet avec les trois doses... Ça m'interroge un peu là. Pour moi, faire un vaccin tétanos en trop c'est pas grave... et alors faire une sérologie, est ce que c'est intéressant ? C'est quelque chose que je suis amenée à confronter à ma pratique. (...) le vaccin du zona me laisse perplexe. C'est un vaccin que je ne pratique jamais et j'ai même du mal à le comprendre. Peut-être qu'un jour je vais lire quelque-chose de particulièrement bien étayé, bien expliqué qui va me faire basculer dans la pratique de ce vaccin... Mais voilà y'a des recommandations qui sont basées sur les laboratoires qui ont fabriqué le vaccin, et qu'on peut interroger... C'est une de mes préoccupations aussi.*

- Nécessité de mise à jour pour suivre l'évolutivité des recommandations

M2 : *La seule limite de l'outil c'est la mise à jour.*

M3 : *Les recommandations, elles ont changé déjà plein de fois (...) Donc ce qui va être important ça va être d'actualiser et de suivre l'évolution de l'outil pour que ça reste performant et valide. Il faudra qu'il soit évolutif pour qu'il rentre dans la mallette de tout docteur. Après l'autre option c'est de développer une version informatique, je sais pas si t'as déjà réfléchi à des choses comme ça ?. Vaccinlic ça doit exister non ?*

M5 : *Qu'il y ait en bas de page un lien vers un site où l'outil serait tout le temps mis à jour, et auquel on pourrait se connecter pour vérifier qu'on est toujours bons.*

- Le format papier n'est pas optimal

M3 : *Le problème c'est que donner un courrier papier à des gens qui vivent dans des conditions très précaires, souvent le courrier n'arrive pas au médecin destinataire (...) il faudrait savoir chez qui le patient va aller et on peut pas trop le savoir (...) c'est plutôt les jeunes où on n'arrive pas à récupérer les courriers... car ils sont pas forcément malades donc ils viennent pas tout de suite, ils ont le temps de perdre les papiers...*

M9 : *Après une version numérique ce serait encore mieux, qu'on puisse cocher les situations, du coup on pourrait l'intégrer directement au logiciel, la faire évoluer dans le dossier (...) moi j'ai du mal à récupérer les comptes rendus de la PASS, il faut envoyer un mail pour recevoir quelque chose... Spontanément les gens viennent jamais avec leur courrier de la Boussole... Moi j'ai jamais reçu la MIGVAC par le biais du patient*

M10 : *Ce serait encore mieux d'avoir un truc comme Antibioclic.*

3) Facteurs limitant l'accès à la vaccination des migrants malgré la MIGVAC

1. Place de la vaccination pour le médecin

On remarque plusieurs approches de la vaccination chez les médecins interrogés. Pour certains, elle est vue comme un axe prioritaire (M10) au même titre que la recherche des antécédents (M9), à questionner d'emblée pour tout nouveau patient (M6, M8) bien que quelques-uns reconnaissent ne pas le faire assez systématiquement (M9, M10).

Pour d'autres médecins, la vaccination fait partie du suivi, (M1), une fois atteint « *un rythme de croisière* » dans les consultations (M2) où on peut en profiter pour vérifier que tout est bien à jour" (M3), avec cette idée qu'il faut faire de la place à la vaccination, parmi toutes les autres problématiques à aborder (M4), ou alors quand on y pense, que l'occasion se présente (M5). M11 met en avant le fait que la vaccination requiert en soi un suivi, et donc il n'aura tendance à la proposer qu'aux patients qu'il sait qu'il va revoir, notamment ceux dont il sait qu'il va être le médecin traitant

Enfin plusieurs médecins estiment qu'il faudrait être en mesure de vacciner à chaque fois que l'occasion se présente, (M6, M8) "avant qu'il ne change d'avis" (M6). Ils suggèrent que leur soient fournies (ainsi qu'aux structures qui accueillent des migrants) des doses de vaccin pour éviter de "perdre" le patient entre la prescription, le retrait en pharmacie, et le moment de l'injection (M2, M4, M6, M8).

- Axe prioritaire qu'il faudrait aborder systématiquement dès la première consultation

M6 : *Alors moi je pose la question à l'arrivée systématiquement*

M8 : *Systématiquement devant tout nouveau patient c'est une question que je pose, et si ils ne savent pas ils ne repartent pas de chez moi sans une ordonnance ça c'est clair.*

M9 : *Pour moi cette question ne va pas être systématique à la première consultation, alors que ça devrait arriver automatiquement en refaisant les antécédents... oui c'est pas encore assez systématique à mon avis (...)*

M10 : *Moi je considère que c'est une de nos missions de prévention, une de nos missions premières (...) les nouveaux patients, là je demande. Sinon, pour les patients déjà suivis au cabinet par mon prédécesseur je pense pas systématiquement à vérifier qu'ils sont bien à jour.*

- Plus tard dans le suivi

M1 : *En général ça vient la troisième ou quatrième consultation, c'est-à-dire que si y'a des gens qui viennent pas me voir au-delà de la deuxième consultation ben je leur aurai pas parlé de vaccination. C'est p't'être un tort mais c'est comme ça...*

M2 : *Ça s'installe dans le suivi du patient et où on a passé la phase aiguë de « il a plein de problèmes et faut qu'on essaye de les résoudre ». Quand on atteindra disons « un rythme de croisière » dans les consultations.*

M3 : *Mais ce sera plutôt les consultations de suivi où tout va bien, par exemple le diabétique qu'on voit pour son renouvellement tous les trois mois, qui a fait sa bio, qui est bien, donc hop ! on va en profiter pour vérifier que tout est bien à jour.*

M11 : *Y'a des gens qui poussent la porte d'un cabinet parce qu'ils ont juste un problème, point. Ben pour eux, proposer le rattrapage vaccinal, c'est un peu compliqué hein... Lorsque ces patients, ils viennent parce qu'ils cherchent un médecin traitant, ben là y'a pas de soucis.*

...quand on y pense...

M5 : *Les gens je les vaccine quand j'y pense. C'est-à-dire quand ils ont une blessure quelconque, quand je me rends compte qu'ils ont l'âge de certains rappels et je sais pas s'ils les ont eu.*

- Il faudrait pouvoir vacciner sur place à chaque fois que l'occasion se présente

M3 : *On a tous les ans avec le service de vaccination de la ville de Strasbourg un partenariat où ils nous délèguent une partie de leur stock de vaccins contre la grippe (...) pourquoi pas ouvrir la démarche aux autres vaccins.*

M4 : *Que vous ayez des vaccins en stock à la PASS pour pouvoir vacciner là-bas aussi, certainement. Je pense que ça ne gâcherait rien (...) Je pense que toutes les structures qui accueillent les migrants, avec des médecins, devraient être en mesure de vacciner.*

M6 : *Le mieux c'est quand on a des doses en stock car le vaccin, si le patient est ok, peut être fait dans la foulée et comme ça il n'a pas le temps de changer d'avis.*

M8 : *Donc ce qu'il faudrait c'est qu'on puisse les vacciner au moment où on pense qu'il faut le faire et au moment où on a le patient sous la main (...) Je sais pas trop comment faire mais ce serait bien que la sécu nous fournisse des doses de vaccin et qu'on n'ait pas à les envoyer les chercher à la pharmacie.*

2. Représentation des médecins quant aux freins propres aux patients

Les médecins exerçant à la prison (M6, M12, M13) disent être confrontés à beaucoup de patients réfractaires à la vaccination. Ces médecins soulignent un manque de confiance de la part des patients détenus, qui préfèrent se faire vacciner en dehors de la prison par “crainte de l’empoisonnement” (M6) ou qu’on leur “injecte des maladies” (M13). M12 évoque aussi des refus liés à l’incompréhension.

Toutefois ces représentations ne semblent pas spécifiques aux patients migrants, davantage liées au contexte carcéral : “certains étrangers, parfois, mais pas toujours” (M12), “que ce soient des français ou des étrangers” (M13).

A contrario pour la plupart des médecins exerçant en ville, les patients en situation de migration sont représentés comme moins réticents (M4), ou “toujours d’accord” (M1) voire demandeurs (M2) avec cette idée que la vaccination puisse susciter de l’enthousiasme “ils sont contents” (M10) et une forme de reconnaissance car cela irait au-delà de leurs attentes (M8).

Paradoxalement, plusieurs médecins signalent que même d’accord, les patients ne reviennent pas se faire vacciner (M3, M8, M10, M11). Une raison à cela serait que la vaccination ne s’inscrit pas dans leurs priorités, déjà saturées par beaucoup d’autres problèmes (M4, M8, M10, M13) dont des questions de survies (M2).

Plusieurs médecins évoquent que la vaccination fait rarement l’objet d’une discussion (M1, M2, M5), les patients étant généralement favorables, ils ne posent pas de questions mais il faut garder à l’esprit la barrière linguistique pouvant masquer certaines interrogations (M2).

Enfin, plusieurs médecins évoquent l’influence culturelle sur le rapport des migrants vis-à-vis de la vaccination. Dans un sens positif (M2, M10) ou à l’inverse, avec certaines communautés qui s’y opposent systématiquement (M5, M10, M13). M5 souligne que même si ces cas de refus sont rares, ils vont être tellement marquants qu’ils vont avoir tendance à cristalliser les représentations.

- En milieu carcéral, beaucoup de patients réfractaires

M6 : *Moi je pose la question à l'arrivée systématiquement ; par contre parmi les patients on en a beaucoup qui refusent la vaccination. On ne sait pas si c'est lié à l'incarcération... certains disent qu'ils veulent se faire vacciner dehors, y'en a qui ont peur des injections avec des craintes d'empoisonnement, et y'en a aussi pas mal qui sont juste contre les vaccins.*

M12 : *Y'en a qui n'ont pas envie, qui ne comprennent pas bien... qui ont peur... euh... oui y'en a qui comprennent pas du tout, certains étrangers, parfois, mais pas toujours. Le fonctionnement des vaccins les dépasse complètement et ils veulent pas, ils refusent. Certains patients n'aiment pas trop les prises de sang non plus, y'a une grosse réticence.*

M13 : *Alors oui on en a beaucoup. Que ce soit à la maison d'arrêt ou à l'hôpital. Parce qu'ils pensent que c'est une conspiration, qu'on va leur injecter des maladies... Parfois c'est un peu compliqué de leur expliquer que non, qu'on est tous vaccinés, et que c'est pour les protéger et (rire) qu'ils mangent plus d'aluminium qu'il n'y en a dans les vaccins (rire) mais oui oui, ils peuvent être très réfractaires. Que ce soient des français ou des étrangers.*

... alors qu'en ville...

M1 : *Les migrants ils sont souvent d'accord pour ce qu'on leur propose comme soins, ils sont motivés, ils acceptent volontiers... et ça se passe souvent bien. Et quand on parle des vaccins ils sont toujours d'accord (...) J'ai l'impression qu'ils ne sont pas du tout réticents, au contraire ils sont plutôt demandeurs je trouve. D'être pris en charge, qu'on s'occupe d'eux...*

M2 : *J'ai l'impression que la population migrante est très pro-vaccins comparé à la population franco-française donc je dirai que la question de la vaccination va peut-être être accueillie plus facilement puisqu'ils seront plus demandeurs.*

M4 : *Et pour la vaccination on a une réticence oui, mais plutôt moins... et surtout de la part des gens français ou qui vivent en France depuis longtemps.*

M8 : *Ils ont l'impression qu'on les prend dans la globalité, parce qu'on va au-delà de leurs demandes en amenant la prévention.*

M10 : *Moi je pense que les personnes précaires, on a beaucoup moins de mal à les vacciner. Au contraire, ils sont contents (...) Par exemple quand j'intervenais en PMI on avait des séances de vaccinations avec l'Eurométropole, et y'avait toujours pas mal de monde qui venait aux séances !*

- Mais même d'accord, les gens ne reviennent pas se faire vacciner

M3 : *De refus franc, non. Plutôt des gens qui esquivent mais ça y'en aura toujours (rire), des gens qui disent oui mais qui ne le feront jamais (rire).*

M8 : (...) *après quand on leur fait à la fin « et les vaccins ? » et qu'on leur fait la prescription en leur demandant de revenir, et ben en fait ils ne reviennent pas (...) Parce qu'ils ne voient pas l'urgence, parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi on a envie de les revoir...*

M10 : *Le problème c'est que même proposer le vaccin pour la grippe, ils te disent « oui » et en fait ils viennent pas.*

M11 : *Déjà comme ça quand c'est un adulte, que tu lui prescris un vaccin, y'a vraiment beaucoup de gens qui reviennent pas avec le vaccin.*

- La vaccination ne fait pas partie des priorités des patients

M2 : *Peut-être que comme plein d'autres sujets y'a déjà tellement de choses à gérer comme « comment je vais remplir mon frigo ? comment je vais nourrir mes enfants ? » que leur santé peut passer au second plan et encore plus les axes de prévention et les vaccinations. C'est quand même rare que les gens viennent avec leur carnet en mode « il me manque un vaccin, il faut me vacciner »*

M4 : *Et pour les patients migrants, qui ont une quantité de problèmes vachement importants, pour eux je pense que ça n'est pas prioritaire.*

M8 : *Pour nous c'est une priorité mais pour eux pas du tout.*

M10 : *Le problème c'est que parfois quand on sort du motif de consultation initial, pour parler un peu de prévention, y'a des patients qui me regardent comme si j'étais totalement hors sujet.*

M13 : *C'est vrai que quand ils arrivent à la maison d'arrêt ils ont dix mille problèmes à la fois donc la vaccination c'est pas trop leur priorité.*

- Il est difficile de communiquer autour des vaccins

M1 : *Ils ne demandent pas vraiment d'explications, ils ne demandent pas à voir le calendrier vaccinal... ils demandent pas de détails sur les vaccins, sur les maladies pour lesquelles on les vaccine...*

M2 : *Alors que par exemple en France on va plus avoir la question des effets secondaires, avec nos patients migrants c'est pas du tout un sujet. Ou alors est-ce que c'est à cause de la barrière de la langue, on n'arrive pas à aller assez loin dans la discussion ? Je sais pas... je pense aussi que y'a pas trop de discussion parce que... j'ai pas l'impression que les patients sont en demande du pourquoi et du comment. Ça m'est déjà arrivé d'avoir des discussions sur les vaccins, mais c'était surtout à l'initiative des patients quand ils avaient des réticences.*

M5 : *Les consultations vaccination c'est pas des consultations simples, c'est des consultations qui demandent d'être avec interprète pour pouvoir accéder à ce type de sous-texte.*

- Influence culturelle

M2 : *Surtout pour certains pays où les maladies existent encore et font peur, je pense par exemple à la population ****, où y'a eu encore pas mal de rougeole pendant un moment donc on a eu pas mal de consultations où les gens venaient s'assurer que les enfants étaient bien vaccinés contre la rougeole avant d'aller au pays. Et je pense que du coup pour eux c'est déjà quelque-chose d'important qui fait partie de leur "logique médicale" entre guillemets.*

M5 : *Et puis il y a certains patients, par exemple les patients **** qui sont très très méfiants vis-à-vis des vaccins. Y'a des patients qui pleurent à cause de la sclérose en plaques. Alors c'est pas fréquent non plus... là je vous parle un peu avec mes tripes quoi. Quand vous avez une patiente qui pleure devant vous parce qu'elle a peur de la sclérose en plaques, vous vous en souvenez et vous y repensez pendant au moins six mois hein...*

M10 : *Y'a des pays, en dehors de la France ou de l'Europe, où la vaccination ça reste quelque chose d'important, qui soigne, qui sauve des vies, et auquel on veut avoir accès (...) Parmi mes antivax, j'ai une petite communauté de **** et eux sont complètement opposés et y'a aucun argument c'est juste comme ça.*

M13 : *Je dirais peut-être qu'il y a une particularité si ce sont des ****, ils sont quand même extrêmement réticents à la vaccination. Dans mon expérience ! moi j'ai observé ça.*

3. Contraintes de temps : concurrence entre prévention et demandes des patients

La contrainte de temps s'exprime sous deux aspects : tout d'abord un manque de temps en consultation, déjà saturée par les autres demandes des patients (M2, M4) au point qu'il faudrait envisager des consultations dédiées (M10).

A cela s'ajoute un manque de temps pour le suivi des personnes migrantes (M11, M12), dont la précarité est aussi liée à l'instabilité involontaire du mode de vie (ainsi amenées changer de lieu de vie et de lieux de soins au gré de leur parcours administratif, avec la difficulté de trouver leur place dans un parcours de soin).

Il en résulte que les médecins peinent à ménager dans le soin l'espace nécessaire à la mise en œuvre de la vaccination.

- Temps de consultation limité

M2 : Quand tu dois boucler une consultation en 15 minutes parce que les créneaux de rendez-vous sont bloqués comme ça et que y'a déjà un motif de consultation qui va te bloquer 10 minutes, c'est sûr que la vaccination va passer à l'as quoi...

M4 : Le problème c'est que quand il y a énormément de problèmes aigus comme des douleurs, des problèmes psy, des problèmes de logements etc. j'ai forcément plus de mal à trouver la place pour aborder les vaccins. (...) on a une durée limitée donc on n'arrive pas à tout gérer.

M10 : Faudrait les convoquer pour refaire une consultation dédiée.

- Temps de suivi nécessaire à l'application des schémas de rattrapage

M11 : Ben ça dépend, si la personne vient me voir une fois... y'a des gens qui poussent la porte d'un cabinet parce qu'ils ont juste un problème, point. Ben pour eux, proposer le rattrapage vaccinal, c'est un peu compliqué hein..

M12 : Alors ça dépend combien de temps ils vont rester, donc parfois c'est un peu délicat parce qu'on n'a pas le temps de faire quoique ce soit (...) On a toujours un doute sur les statuts mais après le temps de faire les sérologies, la personne est déjà partie...

4. Obstacles à la continuité des soins

Les autres difficultés évoquées sont un manque de traçabilité des informations médicales car les documents sont perdus (M2) ou ne sont pas transmis par les patients (M8), avec une méconnaissance des prises en charge chez les partenaires, avec le risque de conclure à tort que les patients auront déjà été vaccinés en amont (M3, M7, M11).

- Manque de traçabilité des informations médicales

M2 : *Moi quand je vaccine contre la grippe je donne facilement un petit carnet, mais d'une année sur l'autre parfois ils le perdent...*

M8 : *Des fois ils nous ramènent même pas le courrier en fait (...) le problème c'est « comment le tracer », la traçabilité c'est ça qui est important. Parce que nous on en fait des cartes de vaccins mais les patients ils doivent en avoir je ne sais pas combien...*

- Méconnaissance des prises en charge chez les partenaires en amont

M3 : *Alors tu vois quand tu me dis ça, qu'à la PASS vous ne vaccinez pas, et bien moi je n'en n'avais pas du tout conscience avant que tu me le dises. J'avais l'impression que les gens, quand ils arrivaient à nous, le schéma vaccinal avait été évalué en fait, et que les choses étaient réglées... et donc je m'aperçois que non.*

M7 : *Ils sont vus à la Boussole et à Médecins du Monde donc on sait pas trop ce qui a été fait là-bas*

M11 : *Ils vont peut-être plutôt dans des dispensaires... Je sais pas où ils vont exactement.*

4) Le contexte de pandémie Covid 19

1. Contraintes liées au confinement (mars-mai 2020)

En raison du confinement les motifs de consultation sont rationalisés et les patients qui ne consultent plus risquent de prendre du retard sur leur calendrier vaccinal. (M1, M5, M11).

M5 souligne également que se déplacer pour se faire vacciner représente un risque et est source d'anxiété, d'autant plus pour des personnes ne maîtrisant pas la langue.

- Les personnes ne sont plus vues en consultation donc risque de retard

M1 : *Ben y'a des enfants qui devaient se faire vacciner et qui ne sont pas venus donc on a décalé les vaccinations de quelques mois. Mais sinon... non. Ça a un peu retardé certains vaccins car les gens ne venaient plus au cabinet.*

M5 : *Tous ces examens qui étaient systématiques, on a du mal à les faire. Faut qu'on appelle les gens, les convaincre de venir, car ça se fait pas en téléconsultation.*

M11 : *Y'a des gens qui viennent pas voir le médecin, y'a des gamins qui sont en retard... Moi j'commence à peine à revoir des gosses (...) Et je m'aperçois que parmi les gamins que je vois, y'a un nombre non négligeable qui ont raté un rappel.*

- Aller consulter représente un risque

M5 : *Alors quand c'est des personnes qu'on suit habituellement on va en profiter pour vérifier le calendrier vaccinal et s'il y a des vaccins à faire ou pas, ça fait partie du suivi normal. Mais je vais pas forcément faire des mises à jour, un rappel dTPolio banal, je vais pas le faire venir pour ça (...) Surtout que c'est des personnes qui viennent parfois de loin, qui doivent prendre les transports en commun... ils ont quand même une prise de risque à venir chez nous. En plus ils sont contrôlés par la police qui vérifie leurs attestations, ce qui est angoissant. Donc c'est vrai que pour des personnes qui maîtrisent pas la langue, ça va être encore plus angoissant (...) Donc ça va plutôt être en fonction du risque ressenti de notre côté, qu'on va le prendre en compte ou pas, Covid ou pas Covid...*

M11 : *C'est pas un moment où tu remplis les salles d'attente, évidemment.*

2. Impact sur la démarche du médecin

Le contexte de crise sanitaire n'est pas sans conséquence sur l'accès à la vaccination. Bien qu'au centre pénitentiaire (M6, M12, M13), les médecins estiment que la Covid n'ai pas eu d'impact sur leur démarche vaccinale (à part, pour M6, si la personne a une suspicion de Covid), plusieurs médecins déclarent différer la vaccination (M5, M6, M4, M9, M11), considérée comme non prioritaire, non urgente (M9, M11) voire risquée par rapport aux motifs de consultation aigus pour lesquels consultent les patients (M4).

Cette démarche semble s'appuyer sur leur bon sens subjectif, puisque aucun ne la justifie par des références scientifiques. M3 reconnaît ainsi une possible autocensure des questions de prévention en cette période de pandémie.

Parallèlement, une discussion se dessine autour du vaccin contre le pneumocoque (M2, M6, M7, M8, M9) qui serait considérée, selon certaines sources cette fois citées, comme la vaccination à maintenir sans délai dans le contexte actuel (M8, M9).

- Pas d'impact

M1 : *Non ça n'a rien changé. J'étais déjà convaincu avant donc ça n'a rien changé.*

M6 : *Non, à part si la personne qui arrive a une suspicion de Covid.*

M12 : *Non ça n'a rien changé.*

M13 : *(est-ce que la Covid a eu un impact sur votre démarche ?) Non.*

- Décision de différer la vaccination

M4 : *La priorité est encore plus portée aux problèmes aigus et les trucs de fond comme la vaccination seront différés.*

M5 : *Je vais pas forcément faire des mises à jour, un rappel dTPolio banal, je ne vais pas le faire venir pour ça.*

M6 : *Non à part si la personne qui arrive a une suspicion de Covid, dans ce cas-là on la vaccinera plus tard s'il accepte.*

M9 : *Après le reste c'est moins urgent ça peut attendre quelques mois. On a un petit peu vacciné pendant le Covid, mais pour les adultes y'a pas vraiment de retard même si on diffère de quelques mois.*

M11 : *En période chaude épidémique, bon la vaccination c'est quelque-chose d'important mais on n'est pas dans l'urgence à la semaine. Donc les patients que tu connais, tu sais que tu vas les revoir, ben tu leur prescris un vaccin et puis tu leur dit « vous revenez quand ça sera terminé » ; c'est pas un moment où tu remplis les salles d'attente, évidemment.*

- Autocensure

M3 : *Je pense qu'on s'autocensure. Après ça reste très lié à la demande du patient, le patient qui viendra pour une consultation de suivi il viendra pas pour les vaccins (...) enfin moi je ne vais pas le trouver disponible pour parler d'autre chose. Après c'est peut-être une limite que je me mets moi...*

- Questionnement sur la place de la vaccination contre le pneumocoque

M2 : *Alors j'ai entendu dire qu'il fallait absolument vacciner contre le pneumocoque*

M6 : *Et avec le coronavirus on est encore plus vigilants (...) vis-à-vis du Covid mais du coup vis-à-vis aussi des autres infections, respiratoires notamment. Du coup on se dit « faut vraiment qu'on soit à jour au niveau des vaccins »*

M7 : *Vérifier leur statut tétanos et (...) si y'a besoin d'une vaccination pneumocoque. Je pense que c'était les deux vaccins importants à faire à cette période.*

M8 : *On avait aussi des informations différentes du genre « oui bon par rapport aux BPCO fragiles bah c'est pas le moment de le vacciner contre le pneumocoque » et après « si il faut vacciner contre le pneumocoque parce que justement ils sont fragiles » donc après c'est difficile de faire la part des choses... j'ai un patient qui a 35 ans et qui a un emphysème sur BPCO. Il avait eu une première dose de Prévenar en janvier et je lui avais prescrit un Pneumovax donc je le lui ai fait. Et en plus, vu le contexte, ça me semble pas « aberrant » de vacciner les gens, pour éviter qu'ils s'infectent et qu'il se passe un truc quoi...*

M9 : *Le pneumocoque, on est aussi censé le continuer... Après le reste c'est moins urgent (...) j'ai dû faire deux pneumocoques mais bon c'est tout quoi...*

3. Impact sur le patient ressenti par le médecin

Tout d'abord, plusieurs médecins rapportent une activité significativement réduite, réduisant donc les occasions de vaccination (M5, M10, M11).

Certains ont ressenti que leurs patients étaient moins disponibles pour la vaccination, qu'elle ne faisait pas partie de leurs attentes (M3, M4, M9, M10) et la hiérarchisation des soins, aux dépens de la prévention, semble encore plus forte que d'habitude (M3, M4).

Enfin un climat de peur, limitant les déplacements chez les médecins par crainte de se faire contaminer (M3, M5, M7) avec en plus, selon M5, une méfiance de la part des personnes migrantes *“il y a des personnes qui pensent qu'on les fait se vacciner pour protéger les Français...”*

- Baisse de l'activité, les patients consultent moins

M5 : *On est dans cette crise du coronavirus, donc on a nettement moins de passage au cabinet*

M10 : *J'ai une activité hyper réduite, maximum 8 patient par jour*

M11 : *Le Covid ? C'est sûr... Notre activité de médecin généraliste, elle a été... elle est d'ailleurs nettement, toujours... C'est plus celle qu'elle était y'a quelque mois. C'est-à-dire depuis le Covid, notre activité en nombre d'actes... Bon là on est dans une période traditionnellement creuse, mais l'activité est plus faible.*

- Ceux qui consultent ne se montrent pas disponibles pour la prévention

M3 : *C'est pas forcément un sujet que les patients vont accepter d'aborder tellement ils sont dans une espèce d'urgence à repartir chez eux se confiner (...) on a l'impression que tout est centré sur le Covid, à la fois les motifs, à la fois au niveau de l'organisation (...) Avant le Covid ils ne venaient pas non plus pour ça mais peut-être un peu plus quand même (...) ça change beaucoup les attentes des patients, et la relation. Ça a changé aussi le nombre de motifs, qui réduit à 1, et ça, ça change considérablement du coup toute la manière de gérer une consultation. Dans le domaine des vaccins, des dépistages, de la prévention, on a vraiment le sentiment que ce n'est pas le sujet, là.*

M4 : *Ça a tendance à passer derrière les problèmes aigus car ce n'est pas demandé par le patient.*

M9 : *Ben ils ne viennent pas pour ça.*

M10 : *Le problème aussi c'est que les gens ne viennent pas pour cette raison, parfois ils viennent déjà pour 3 motifs différents alors rajouter en plus le fait de revoir la vaccination... c'est compliqué.*

- Climat de peur et méfiance

M3 : *Pour une bonne partie d'entre eux, ils n'ont pas envie d'être là, ils n'ont pas envie qu'on les examine, on sent beaucoup de distance, il faut presque justifier l'examen. Ils viennent donc tous sur rendez-vous avec un motif, une demande, et avec beaucoup d'anxiété (...) Je pense qu'ils ont peur d'être contaminés, et puis la peur pour leur santé en général dans le contexte de l'épidémie.*

M5 : *En ce moment il y a plein de patients migrants qui ne veulent pas se faire vacciner mais parce qu'il y a de la méfiance vis-à-vis du contrôle, ils ont l'impression qu'ils sont « traités autrement que... » ; il y a des personnes qui pensent qu'on les fait se vacciner pour protéger les Français... voilà des choses comme ça quoi (...) les personnes migrantes, c'est comme les autres : ils ont très peur de venir chez le docteur.*

M7 : *Surtout des interrogations et de la peur. Surtout la peur d'attraper le Covid. Les personnes ne voulaient pas se déplacer pour se faire vacciner et risquer d'attraper le Covid.*

D) DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude

Étant novice en matière de recherche qualitative, mon absence d'expérience peut avoir été source de faiblesses méthodologiques. Soulignons également le manque de recul de l'étude, lié au temps restreint entre la mise en service de la MIGVAC et les entretiens. Un délai plus long aurait permis une meilleure évaluation du projet, laissant davantage le temps aux médecins de recevoir l'outil par le biais des patients, se l'approprier et le mettre en pratique.

Une autre limite réside dans la non-représentativité de l'échantillon vis-à-vis de la population cible. Ce biais est inhérent au recrutement par choix raisonné, tel qu'effectué pour cette étude (cf : biais prévisibles). Toutefois si même les médecins généralistes interrogés, pourtant largement habitués à prendre en charge des personnes migrantes, ont trouvé que la MIGVAC leur facilitait la démarche de mise à jour vaccinale, on peut tout à fait espérer qu'il en soit de même pour d'autres médecins moins sensibilisés à ces questions.

Enfin dans le contexte de la crise sanitaire de la Covid19, la conduite à tenir pour la vaccination des migrants était floue. La HAS recommandait le maintien de l'ensemble des vaccinations obligatoires des nourrissons dans le contexte de l'épidémie de Covid-19 et des mesures de confinement. Elle estimait en revanche que les autres vaccinations recommandées en population générale au-delà de l'âge de 2 ans pouvaient être différées jusqu'à la levée des mesures de confinement (39). Il en était de même concernant la vaccination pneumococcique, qui questionnait plusieurs médecins de l'étude, mais dont les indications restaient inchangées.

La HAS estime qu'il n'y a pas lieu de recommander spécifiquement la vaccination des personnes à risque de COVID-19, et considère qu'au-delà de l'âge de 2 ans, elle peut être différée jusqu'à la levée des mesures de confinement (39). Toutefois, il n'y a pas eu de recommandations spécifiques quant à la mise à jour vaccinale dans le contexte du confinement pour les personnes adultes et notamment migrantes, potentiellement non-immunes. Fallait-il, comme pour les nourrissons, maintenir la vaccination comme une priorité ou pouvait-on comme en population générale, la différer ? L'OMS a quant à elle revendiqué que tout service de vaccination interrompu, pour quelque groupe d'âge que ce soit, soit repris le plus rapidement possible et que des vaccinations de rattrapage soient proposées pour éviter la multiplication des groupes non vaccinés et la disparition potentielle de l'immunité de groupe. Mais elle n'a pas précisé les mesures à adopter pendant le confinement (40).

La principale force de l'étude est qu'elle présente un outil original répondant à une problématique très actuelle avec un aperçu des pratiques au sortir des recommandations nationales pour le rattrapage vaccinal des personnes migrantes. Ces recommandations étaient très attendues par les médecins généralistes et la MIGVAC, loin de les concurrencer, en offre un complément synthétique. On peut espérer une bonne reproductibilité en population cible des bénéfices de l'outil tels que témoignés par les médecins interrogés puisqu'ils se le sont approprié sans difficultés et spontanément sans "manuel d'utilisation".

Ainsi l'essence de ce travail réside dans le concept : celui de permettre par des algorithmes visuels une démarche facile, systématique et planifiée. Chaque médecin demeure libre de s'emparer de l'outil comme il l'entend s'il fait écho à un besoin, et de l'adapter au référentiel de sa pratique.

II. Ce que l'on retient du projet MIGVAC

1) Un bilan positif

L'intérêt témoigné par les médecins portait d'une part sur la forme (claire et synthétique notamment) mais également sur le fond, car l'outil répondait à un besoin en termes de recommandations pour la mise à jour vaccinale. Bien que les recommandations HAS soient parues en même temps que la diffusion de la MIGVAC, la plupart des médecins ne se les étaient pas appropriées. Il ne s'agit en aucun cas de conclure à une supériorité de l'outil mais on peut lui reconnaître sa praticité, appréciée unanimement. L'autre point fort est la campagne de communication dont la MIGVAC a fait l'objet pour les besoins de l'étude, favorisant son intégration aux "panoplies d'outils" des médecins interrogées.

Ce projet est issu d'un compromis entre la volonté de faciliter l'accès à la vaccination, et les contraintes budgétaires et organisationnelles de la PASS qui en limitent la mise en œuvre. Le bilan est très positif car la MIGVAC a permis de répondre à un besoin de fond des médecins généralistes interrogés, celui de disposer de conduites à tenir claires. Au final, à part un seul médecin (M4) qui suggérait que l'on dispose de stocks de vaccins à la PASS, dans l'ensemble les autres praticiens se sont montrés satisfaits de la participation de la PASS à la démarche vaccinale par le biais de la MIGVAC.

2) Les limites de l'outil

1. Le format papier n'est pas optimal

Cela s'est reflété dans l'étude par le fait qu'aucun médecin n'a reçu la MIGVAC par le patient. C'est la transmission de l'outil directement aux médecins, dans le cadre de l'étude, qui a fait qu'ils en ont eu connaissance. L'objectif initial de la MIGVAC, qui était de "préparer le terrain" pour la mise à jour des vaccins des patients adressés en médecine de ville, ne peut pas donc être atteint tant qu'il dépend uniquement d'une transmission-papier par le patient et c'est là toute l'importance de mieux se connaître au sein du réseau. Une autre problématique liée aux contraintes du format est celle de la mise à jour. Actuellement la MIGVAC en est encore à sa première version, de même que les recommandations nationales, mais l'on peut d'ores et déjà prédire qu'elles seront amenées à évoluer. La date de diffusion, inscrite en bas de page de la MIGVAC, est un élément essentiel garant de sa validité.

2. Le problème de la traçabilité des vaccins reste à résoudre

Les personnes migrantes et précaires sont amenées à changer de structures de soins au gré de leurs changements administratifs et de lieu de vie. La traçabilité des informations médicales n'en est que plus importante mais demeure aussi très complexe. D'une part la conservation des documents peut s'avérer difficile lorsque les conditions de vie sont précaires (faute de lieu de rangement, avec le risque de perte, de vol ...) (21) et d'autre part en cas de différence linguistique et chez les personnes très éloignées du soin, s'ajoute la difficulté de comprendre et s'approprier le sens des compte rendus, diagnostics et explications médicales (27). La plupart des médecins interrogés s'accordent à dire qu'il est rare que les patients leur apportent les comptes-rendus, difficulté accentuée par une méconnaissance des partenaires et de leurs missions entre eux.

Les recommandations HAS sont les suivantes : *“Assurer la traçabilité des vaccinations réalisées est essentielle pour la poursuite du rattrapage qui pourra être entrepris par d’autres professionnels de santé. Une traçabilité systématique des vaccinations réalisées est nécessaire. À ce titre, un carnet de vaccination doit, dans la mesure du possible, être remis aux personnes vaccinées et dans tous les cas une attestation de vaccination précisant le numéro de lot. L’utilisation de solutions numériques ou la prise en photo du carnet de vaccination sont par ailleurs encouragées. Les éventuelles sérologies pré ou post vaccinales réalisées devraient être reportées sur le support vaccinal afin de faciliter la mise en œuvre du rattrapage (conséquences sur les doses à compléter) et d’éviter des sérologies inutiles ou redondantes”* (15).

- Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Il est proposé au niveau national comme piste pour la traçabilité. En effet depuis juin 2020, une fonctionnalité « carnet de vaccination » a été ajoutée, permettant de consulter et d’enregistrer des vaccins dans le DMP depuis le site dmp.fr (41).

Cependant, les conditions pour y être éligible sont d’être affilié à un régime de sécurité sociale, excluant donc toutes les personnes en situation irrégulière, sans droits ouverts ou bénéficiaires de l’AME. De plus, sa création et surtout sa gestion autonome par le patient impliquent qu’il ou elle puisse avoir accès à un service numérique et lire le Français, puisque c’est la seule langue disponible sur le site.

Soulignons aussi qu’il n’est pas forcément accepté au niveau de la communauté médicale car pose de nombreuses problématiques éthiques (42). Enfin, qu’advient-il du DMP et des informations qu’il collige si la personne est amenée à changer de pays et perd son affiliation à la sécurité sociale ? Dans le cas d’une demande d’asile déboutée avec notification d’Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) par exemple...

- Le Carnet de Vaccination Électronique (CVE)

Le CVE est disponible sur le site MesVaccins.net (43). Un grand avantage du CVE est que sa création ne requiert qu'une adresse mail, et pas d'affiliation à la sécurité sociale. Son inconvénient reste la barrière de la langue pour les personnes allophones. Il peut être rempli par le médecin à condition que celui-ci prenne le temps de le faire.

3. Le renoncement aux soins

« Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit » (44). Les médecins en témoignent lorsqu'ils constatent que les personnes migrantes, même d'accord pour se faire vacciner « ne reviennent jamais ». Les processus de renoncement aux soins permettent d'expliquer pourquoi les personnes en sont exclues (éloignement géographique, contrainte financière...), mais aussi pourquoi malgré les dispositifs d'inclusion, elles n'y accèdent toujours pas.

On évoque alors des priorités concurrentes aux soins comme principale raison, ce peut être lié aussi à une méconnaissance du principe même de la vaccination, surtout en l'absence de discussion autour de la question. "N'ayant pas bien compris les enjeux de son suivi, le malade peut l'interrompre" (45). En prison, les migrants opposent davantage de réticences aux vaccins : on assiste alors au "renoncement refus" qui est l'expression d'un refus des soins par rapport au système de santé comme acte d'autonomie ou de défiance à l'égard de la médecine ou des institutions (44).

4. Importance de l'interprétariat médical

Toutes ces considérations appuient la nécessité du recours à l'interprétariat et de la consultation dédiée, comme l'ont suggéré plusieurs médecins en entretien. Cela permet de créer les conditions propices aux soins interculturels (46) et de promouvoir la vaccination de sorte à ce qu'elle ne soit pas seulement "acceptée" mais véritablement ancrée dans le soin et intégrée aux priorités des personnes. Ces contraintes font aussi la force de la mission : au-delà des injonctions à vacciner systématiquement tout nouveau patient, recueillir l'adhésion des patients concrétise la nécessité du médecin traitant et devient l'occasion de construire un suivi dans le système de santé du droit commun.

III. Perspectives

1) Communiquer au sein du réseau

Cette étude a été l'occasion de recréer du lien avec différents acteurs du réseau : outre les médecins qui ont participé aux entretiens, la MIGVAC a été présentée à Médecins du Monde et d'autres associations. Ce projet porté par la PASS a été accueilli chaleureusement et a participé à un travail de fond sur l'implication de chacun dans la vaccination.

1. Le modèle de la Communauté Pluri professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

L'idée de créer une CPTS a été évoquée par M3. Une CPTS se constitue à l'initiative de l'ensemble des acteurs de santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques de santé qu'ils ont identifiées. Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient (47).

Actuellement une réflexion est en cours sur l'élaboration d'une CPTS précarité, qui associerait les maisons de santé, la PASS, et des associations œuvrant pour l'accès aux soins des personnes précaires à Strasbourg. Comme le dit M3 *"le réseau, il existe déjà mais non formalisé, là ce serait formaliser le réseau de la précarité"*. Appliqué à la vaccination, cela permettrait aux professionnels de santé d'avoir une meilleure connaissance des intervenants et de leurs missions *"qui vaccine qui, contre quoi, quand et comment ?"* et de compenser la difficulté de la traçabilité par le patient (comme les courriers médicaux, les carnets de vaccinations) par des échanges facilités au sein du réseau.

2. Liaison entre les structures grâce la présence des internes

En SASPAS-précarité (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), l'interne partage son temps de stage entre plusieurs structures complémentaires et rencontre ainsi les patients à différents temps de leur parcours (en PASS ou à Médecins du Monde tant qu'ils n'ont pas de droits ouverts, puis en maison de santé, une fois qu'ils ont accédé à une protection sociale). Ce stage offre aux internes une vision globale de la médecine en contexte de précarité, en retour ils participent au lien entre ces structures. Pour les professionnels de santé *"le fait qu'on a eu un SASPAS commun avec la PASS pendant de nombreuses années, ça maintient un bon lien."* (M3) *"Aussi, comme je suis maître de stage et que j'ai un interne qui fait une partie de son stage à la Boussole, cela permet de faciliter aussi le contact avec l'équipe et de récupérer les infos."*(M4). Ce lien est aussi profitable au patient, rassuré de savoir qu'il retrouvera ailleurs l'interne avec qui un lien de confiance s'est établi (par exemple lors d'une rencontre à Médecins du Monde, avec orientation en PASS ou en Maison de Santé) (45).

2) La MIGVAC peut être un vecteur d'empowerment

Plusieurs médecins ont reconnu dans la MIGVAC un caractère pédagogique vis-à-vis des internes. Cette dimension pourrait tout à fait être exploitée dans le cadre de l'éducation thérapeutique, en utilisant la MIGVAC comme support didactique en consultation. En particulier auprès des patients qui ne manifestent pas de réticence apparente et avec lesquels l'argumentation autour de la vaccination ne s'impose pas de prime abord. On peut ainsi espérer que mieux informés, les patients soient plus à même de s'approprier cette démarche, qu'elle devienne leur propre demande et constitue une porte d'entrée vers le soin. Comme un sésame motivant la recherche d'un médecin traitant au sortir de la PASS afin de poursuivre le suivi médical.

L'adhésion aux axes de prévention comme la vaccination, par le biais de la MIGVAC, pourrait ainsi participer à une forme d'*empowerment* (ou développement du pouvoir d'agir), caractérisé par le déploiement des capacités d'un individu en difficulté ou en souffrance qui décide de façonner sa propre vie en s'appuyant sur ses propres ressources (48).

En effet l'intégration au parcours de soin des personnes migrantes ne doit pas nécessairement être conditionnée par la maladie, mais peut aussi résulter d'une démarche de préservation de soi ou de mieux être, afin qu'elles se réapproprient leur corps et leur santé comme leur meilleur allié pour construire la vie à laquelle elles aspirent.

3) Diffusion de la MIGVAC

Localement, la MIGVAC a été partagée à différentes structures œuvrant pour l'accès aux soins et la prévention, telles que Médecins du Monde, ainsi que l'association Ithaque dédiée à l'accueil l'accompagnement et le soin des personnes en situation d'addiction, déjà très investie dans le dépistage et la vaccination de l'hépatite B notamment.

A plus grande échelle, l'outil a été transmis à la coordination régionale des PASS et à l'ARS Grand Est, qui l'a diffusé aux autres PASS de la région. Elle a également été communiquée à la réunion nationale des coordinateurs des PASS, qui travaille avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

E) CONCLUSION

L'implication de la PASS dans la mise à jour des statuts vaccinaux des personnes en situation de migration par le biais de la MIGVAC, un outil visant à faciliter cette démarche par les médecins généralistes, s'est montrée fructueuse. Bien que la plupart des médecins interrogés n'aient pas eu l'occasion de l'utiliser sur le temps relativement court de l'étude, compte-tenu du contexte de crise sanitaire et de la temporalité des prises en charges des personnes migrantes, ils se sont tous emparés de l'outil avec intérêt.

Davantage sensibilisés, au clair et confiants dans la démarche de rattrapage vaccinal, ils ont aussi témoigné de changements dans leurs paradigmes. On peut ainsi espérer un impact positif sur l'accès à la vaccination et les couvertures vaccinales des migrants à plus long terme.

Au premier plan des difficultés qu'il reste à surmonter, figure la traçabilité de la vaccination et des informations médicales de manière générale. Outre le carnet de vaccination cartonné, l'alternative dématérialisée est possible, principalement représentée par le dossier médical partagé (DMP) et le carnet de vaccination électronique (CVE). Mais ces dispositifs ambitieux présentent aussi leurs limites et semblent peu accessibles aux personnes précaires, en particulier celles qui ne maîtrisent pas le français.

Un autre grand défi est celui de la promotion de la santé afin de permettre aux personnes migrantes de se la réapproprier, et de l'ériger au rang de priorité. Cela requiert la construction d'un environnement propice (1), mais aussi une forme d'empowerment : en constatant l'incapacité du système à répondre à leurs besoins, les personnes se retrouvent contraintes

de s'en remettre à leurs propres ressources, parmi lesquelles le corps, l'esprit et la santé (48,49).

« A la fois moyen et fin, l'empowerment vise à libérer les groupes sociaux minoritaires, les collectifs constitués autour du déploiement d'une identité, de la promotion ou de la revendication d'une cause » (49). Et c'est cette revendication qui, donnant sens à la remise en question de ses paradigmes, permet au droit commun de s'adapter à la diversité toujours croissante d'hommes et de femmes qui méritent d'en jouir.

Conclusions signées par le président du jury

La mise à jour des statuts vaccinaux pour les populations migrantes arrivant en Europe constitue un enjeu majeur en termes de santé publique et de prévention collective. Elle est considérée comme une mission prioritaire par les instances gouvernementales européennes et l'OMS, dont les recommandations officielles abondent en ce sens. Mais sur le terrain, les prises en charges individuelles sont dominées par l'urgence des soins curatifs. De plus, donner accès aux vaccins demande un investissement temporel et humain important : pour retracer l'histoire vaccinale de patients qui n'ont souvent pas de carnet de santé, ensuite déterminer quelle conduite à tenir pour les mettre à jour, l'expliquer au patient et obtenir son adhésion aux schémas thérapeutiques proposés (plusieurs injections, à plusieurs mois d'écart, et par quelles structures ?). C'est une démarche complexe, dont la pratique est hétérogène au sein de l'Europe comme parmi les médecins français. A ces difficultés s'ajoutent les différences linguistiques et culturelles entre le patient et son interlocuteur -médecin ou infirmière et enfin la question financière : la vaccination ayant un certain coût, sa mise en œuvre pour les primo-arrivants ou étrangers est généralement différée à l'entrée dans le droit commun.

Pour toutes ces raisons, les objectifs vaccinaux sont bien souvent relégués au second plan. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Strasbourg ne fait pas exception à ce constat, et c'est sur les médecins généralistes de la ville que repose la mission de mettre à jour les vaccins des migrants. Or on conçoit difficilement comment un médecin traitant, ne disposant que de 15 minutes maximum par consultation, face à patient ne parlant pas français, présentant des plaintes somatiques ou psychologiques immédiates, pourrait s'atteler à cette tâche avec plus d'aisance qu'en PASS où les conditions sont comparativement « idéales » (activité dédiée à la précarité, temps de consultation plus long et service d'interprétariat médical systématiquement proposé).

Forts de ce constat, les professionnels de la PASS somatique de Strasbourg ont eu à cœur de s'investir davantage dans cette démarche, en créant un outil visuel : la "MIGVAC". Il s'agit d'une carte heuristique ou "mind map" synthétisant les recommandations pour la mise à jour des statuts vaccinaux chez les personnes de plus de 14 ans. Elle est en service depuis février 2020, personnalisée et jointe systématiquement au courrier de liaison de chacun des patients, à destination du médecin traitant de leur choix qui fera suite, afin de lui faciliter cette démarche. L'idée est qu'à partir de chaque situation vaccinale (statuts vaccinaux connus, incomplets ou inconnus), le médecin sache exactement quels vaccins effectuer et selon quels schémas : valences, nombre de dose, intervalle, noms de spécialités équivalentes, etc.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les modifications des pratiques en matière de vaccination des personnes migrantes depuis la mise en service de la MIGVAC. Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens semi-directifs, auprès de 13 médecins généralistes de Strasbourg, également membres du réseau précarité dont la PASS fait partie (et donc habitués à prendre en charge des personnes en situation de précarité et d'exil). Les entretiens se sont déroulés sur la période d'avril à juin 2020 et j'en développe ci-dessous les conclusions :

Tout d'abord, la MIGVAC a suscité de l'intérêt chez tous les médecins interrogés. Ils reconnaissent de façon assez unanime qu'elle répond à un vrai besoin quant à la problématique de vaccination des migrants, car elle présente de façon claire, pratique et centralisée les recommandations en la matière (qu'ils jugeaient jusqu'alors trop éparses, compliquées, ou même manquantes). Les médecins travaillant à la prison l'utilisent déjà avec les patients -contrairement à la plupart des médecins de ville principalement en raison du contexte de crise sanitaire et de confinement durant lequel se déroule l'étude et qui généralement rapportent ne pas avoir eu l'occasion de l'appliquer.

Mais même si peu de médecins ont eu l'occasion d'utiliser la MIGVAC, des modifications dans leur pratique ou à défaut dans leur approche de la vaccination, ont tout de même été rapportées chez chacun d'entre eux : **Plusieurs médecins témoignent se sentir plus sûrs d'eux** dans cette démarche grâce à l'outil, les rendant plus à même d'amener ces questions en consultation et de convaincre les patients de se faire vacciner ; **une démarche plus structurée, systématisée**: la MIGVAC présentant l'ensemble du protocole de mise à jour adapté à chaque situation, et ce pour chaque vaccin ; **un effet pense-bête** : ils reconnaissaient qu'avoir cet outil, en avoir pris connaissance, leur permet d'avoir en tête d'aborder la question plus systématiquement ; **une mise à jour des connaissances** : concernant des vaccins jusqu'à présent insuffisamment prescrits car d'indications peu connues pour les adultes (ROR, pneumocoques...), concernant la place des sérologies pour ajuster la prescriptions des doses de rappel, les intervalles à respecter entre les doses etc. Et enfin, **un soutien pédagogique** : plusieurs médecins et maîtres de stage rapportent avoir diffusé cet outil à leurs étudiants, ou souhaitent l'intégrer à des formations qu'ils dispensent.

Ce projet montre des limites qu'il est important de souligner. Sur la période de 4 mois qui s'est écoulée entre la mise en service de la MIGVAC à la PASS (jointe systématiquement aux courriers de liaison à l'attention des médecin traitants, à l'obtention des droits à la protection sociale) et le début des entretiens, aucun médecin n'a reçu la MIGVAC par ce biais, et d'ailleurs ils signalent tous qu'il leur a été très rare d'avoir en main les courriers de liaison. Ceci témoigne de deux choses : d'une part que le format papier n'est peut-être pas optimal pour la traçabilité des informations médicales chez les migrants, et d'autre part du retard d'accès aux soins des migrants, une fois leur sortie du dispositif PASS (difficultés de se trouver un médecin traitant, méconnaissance ou complexité du parcours de soin...). Par ailleurs, certains médecins rappellent que l'outil devra être évolutif, à l'image des calendriers vaccinaux qui changent fréquemment. Plusieurs suggèrent la création d'une version numérique qui aurait le double avantage de pouvoir s'actualiser facilement et de s'intégrer aux dossiers médicaux informatisés. Enfin, un seul outil ne suffit pas. Les médecins sont presque unanimes quant au fait que la vaccination des personnes en situation de migration demande du temps et que même lorsqu'elles semblent y adhérer, elles ne reviendront pas forcément se faire vacciner. En plus de la MIGVAC, des consultations dédiées en présence d'interprète, semblent être des conditions indispensables pour que la vaccination des personnes migrantes puisse réellement se faire. Certains médecins suggèrent enfin qu'on leur fournisse des doses de vaccin, pour éviter de "perdre" le patient entre la prescription, le retrait en pharmacie, et le moment de l'injection. Ce pourrait être particulièrement intéressant pour optimiser les consultations, éviter les retards par rapport aux calendriers en vigueur, et limiter le nombre déplacements.

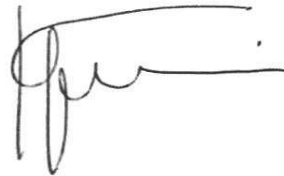
Enfin, le contexte de crise sanitaire n'est pas sans conséquence sur l'accès à la vaccination. Bien qu'au centre pénitentiaire, les médecins estiment que le Covid n'a pas eu d'impact sur leur démarche vaccinale, les médecins de ville certains témoignent d'une activité nettement diminuée avec de fait beaucoup moins d'occasions de vacciner leurs patients. D'autre part soit leur pratique s'est centrée sur le Covid, soit les patients ne venaient pas pour se faire vacciner et leurs demandes premières laissaient peu de marge de manœuvre pour faire de la médecine préventive. Certains médecins soulignent également que la mise en œuvre de la vaccination -nécessitant plusieurs allers et venues entre le cabinet, la pharmacie, éventuellement le laboratoire pour les sérologies, n'est pas compatible avec les restrictions liées au confinement et que la balance bénéfice-risque plaiderait plutôt en faveur de différer les vaccinations. Enfin plusieurs médecins ont évoqué un certain questionnement quant à la place de la vaccination anti-pneumococcique en cette période, recommandée ou non selon les sources.

En conclusion, l'implication de la PASS dans la mise à jour des statuts vaccinaux des personnes en situation de migration par le biais de la MIGVAC, un outil visant à faciliter cette démarche par les médecins généralistes, s'est montré fructueuse. Compte-tenu du contexte actuel de crise sanitaire, mais aussi de la temporalité des prises en charges des personnes migrantes (retard d'accès aux soins, concurrences des priorités : soin versus hébergement, versus alimentation, versus rendez-vous administratifs...), même si la plupart des médecins généralistes n'ont pas eu l'occasion de l'utiliser sur le temps relativement court de l'étude, les résultats n'en sont pas moins informatifs. En effet les médecins généralistes se sont emparés de l'outil avec intérêt et ont témoigné de changements dans leurs paradigmes. Davantage sensibilisés, au clair et confiants dans la démarche de mise à jour vaccinale, on peut tout à fait espérer un impact positif sur l'accès à la vaccination et les couvertures vaccinales des migrants à plus long terme.

VU

Strasbourg, le 9 novembre 2020

Le président du Jury de Thèse



Professeur Jacques KOPFERSCHMIT

VU et approuvé

Strasbourg, le 18 NOV. 2020

Administrateur provisoire de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLA



Annexes

Annexe 1 : exemple de questionnaire multilingue

Nom / Prénom
(étiquette patient)

date :

ქართული - GEORGIEN

წინამდებარე კითხვარის შინაარსი დაცულია სამედიცინო კონფიდენციალურობით.
მოთხოვნილი ინფორმაციების მთლიანობა ცნობილი ხდება მხოლოდ ზუსტის
ექიმებისთვის და ექრთნებისთვის

Le contenu de ce questionnaire est couvert par le secret médical. L'ensemble des informations demandées ne sera dévoilé qu'aux médecins et infirmières de La BOUSSOLE.

ანამნეზი ANTECEDENTS :

გქონდათ ან დღესაც გაქვთ Avez-vous déjà eu ou avez-vous toujours :

- გულის პრობლემები?
des problèmes de cœur

დიახ oui ☐ არა non ☐

- არტერიული ჰიპერტონია?
une hypertension artérielle

დიახ oui ☐ არა non ☐

- დიაბეტი?
du diabète

დიახ oui ☐ არა non ☐

- ერთი ან რამდენიმე სიმსივნე?
un cancer

დიახ oui ☐ არა non ☐

- ჰეპატიტი? (ან სიყვითლე)?
une hépatite? (ou jaunisse)

დიახ oui ☐ არა non ☐

- ფილტვების ავადმყოფობა?
Une maladie des poumons

დიახ oui ☐ არა non ☐

- თირკმლის უკმარისობა?
Une insuffisance rénale

დიახ oui ☐ არა non ☐

- ფსიქიატრიული პრობლემები (დეპრესია, სევდა)?
Un problème psychiatrique ou mental (dépression, anxiété...)

დიახ oui ☐ არა non ☐

- ერთი ან რამდენიმე ქირურგიული ოპერაცია?
Une ou plusieurs opérations chirurgicales

დიახ oui ☐ არა non ☐

- სხვა დაავადებები?
Autre maladie

დიახ oui ☐ არა non ☐

- ჩვეულებრივ, ღებულობთ წამლებს?
Prenez-vous habituellement un traitement

დიახ oui ☐ არა non ☐

ალერგიული პრობლემები PROBLEMES ALLERGIQUES :

ხაართ ალერგიული Etes-vous allergique à :

-ერთ ან რამდენიმე წამალზე ?

un ou plusieurs médicaments

დიახ oui ☐ არა non ☐ არ ვიცი ne sait pas ☐

- გამოკვლევისას, ინექციით გაკეთებულ ნივთიერებაზე ?

un produit injecté lors d'un examen

დიახ oui ☐ არა non ☐ არ ვიცი ne sait pas ☐

რისკ ფაქტორები FACTEURS DE RISQUES :

- ჩვეულებრივ , ეწევით სიგარეტს ?

Fumez-vous habituellement

დიახ oui ☐ არა non ☐

-თუ კი, რამდენს დღეში ?

Si oui, combien de cigarette par jour

1-5 ☐ 5-10 ☐ 10-15 ☐ 15-25 ☐ + 25 ☐

- მიატოვეთ სიგარეტის მოწევა ?

Avez-vous arrêté de fumer ?

დიახ oui ☐ არა non ☐

- მიღებული გაქვთ სხვა ნივთიერებები ?

(კანაბისი , ჰეროინი , კოკაინი)

Avez-vous une dépendance à d'autres produits ? (Cannabis, Héroïne, cocaïne...)

დიახ oui ☐ არა non ☐

- მოიხმართ ან მოიხმარდით თუ არა ალკოჰოლს?

Avez-vous une dépendance à l'alcool

დიახ oui ☐ არა non ☐

- გაგიკეთებიათ ტესტი ?

(VIH - ის, ჰეპატიტის, ტუბერკულოზის გამოსავლენად)

Avez-vous déjà effectué un test de dépistage ? (VIH, hépatites, tuberculose...)

დიახ oui ☐ არა non ☐ არ ვიცი ne sait pas ☐

ძალადობა VIOLENCES :

ყოფილხართ ძალადობის საგანი ?

(ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სექსუალური...)

Avez-vous déjà subi des violences (physiques, psychologiques, sexuelles...)

დიახ oui ☐ არა non ☐ არ ვიცი ne sait pas ☐

ვაქცინაცია VACCINATIONS :

ოდესმე გაგიკეთებიათ თუ არა აცრა?

Avez-vous déjà été vacciné dans votre vie

დიახ oui ☐ არა non ☐ არ ვიცი ne sait pas ☐

გაქვთ თუ არა აცრის წიგნაკი

Avez-vous un carnet de vaccination

დიახ oui ☐ არა non ☐

Conception : Ariane BOSSON ; Traduction réalisée par les traducteurs professionnels de Migration Santé Alsace

Cet outil est décliné en dix langues : français, russe, géorgien, arménien, roumain, arabe, anglais, allemand, portugais, albanais. Nous avons été aidés par l'association Migration Santé Alsace qui a mis à notre disposition à titre gracieux ses traducteurs pour les versions en russe, géorgien, arménien, roumain et nous avons fait appel à des professionnels de santé bilingues pour les autres versions. Les personnes sont libres de le remplir ou non sans que cela ne conditionne leur accès aux soins.

Annexe 2 : Protocoles adultes (14 ans et plus) de rattrapage vaccinal

1) Les sérologies

1. Sérologie de l'Hépatite B

Il est recommandé d'effectuer systématiquement une sérologie hépatite B comportant au minimum les anticorps (Ac) anti Hbs, anti Hbc et l'antigène (Ag) Hbs (si possible associée à des sérologies VIH, VHC, voire varicelle quand elle est indiquée).

Une sérologie post vaccinale de l'hépatite B est recommandée 4 à 8 semaine après une première dose de vaccin contre l'hépatite B, dans le cas où la sérologie initiale était négative. Cela permet d'éviter des injections en excès dans le cas où la première dose aurait suffi à obtenir une réponse immunitaire satisfaisante (Ac anti Hbs > 100 UI/mL) (15,50).

2. Sérologie du Tétanos

Il est recommandé de contrôler la sérologie tétanos uniquement en post vaccinal, 4 à 8 semaines après une dose de vaccin dTP ou dTcaP, pour adapter le protocole de rattrapage (et donc, le nombre de doses à administrer) en fonction du taux d'anticorps (15,19).

En effet, une dose unique de vaccin en l'absence de primovaccination n'induit qu'une protection limitée, voire aucune protection. Après la seconde dose, le taux moyen d'anticorps antitoxine tétanique devient supérieur au seuil protecteur de 0,01 IU/mL mais au bout d'un an il est attendu une baisse du titre moyen d'anticorps qui peut chuter en dessous du seuil de protection. Ainsi une sérologie isolée pourrait ne pas détecter d'anticorps mais si la personne a déjà été vaccinée dans sa vie, il persiste une mémoire immunitaire que l'on peut mettre en évidence par la réponse à une revaccination pratiquée même des années plus tard (15,51).

Les conclusions tirées pour l'immunisation contre le tétanos peuvent être extrapolées à la diphtérie et à la coqueluche dans la mesure où les pays appliquant le Plan élargi pour la Vaccination (PEV) utilisent des vaccins combinés. La vaccination contre la poliomyélite est effectuée à part (vaccin vivant oral) mais lors des mêmes séances de vaccination. Ainsi, une personne immunisée contre le tétanos a probablement été vaccinée contre la polio et inversement (18).

3. Sérologie de la Varicelle

Elle est recommandée uniquement en pré vaccinal (dosage des Immunoglobulines G). Elle est proposée aux personnes migrantes de 12 à 40 ans, qui ne déclarent pas d'antécédent clinique de varicelle documenté (recherché à l'interrogatoire et en présentant une photo des vésicules varicelleuses sur peau blanche et peau noire) et originaires d'un pays à faible séroprévalence pour la varicelle, en particulier les pays tropicaux (Afrique sub-saharienne, Asie du Sud-Est, Amérique centrale et du Sud). Le cas échéant, en cas de sérologie négative, la vaccination est indiquée (15).

2) Absence de preuve vaccinale : statut inconnu ou incertain

Diphtérie, tétanos poliomyélite, coqueluche (dTP, dTcaP)

Si on se fie aux AMM, la situation est complexe : d'une part, les vaccins DTCaP pédiatriques (à teneur antigénique élevée) n'ont pas l'AMM chez l'adulte faute d'étude et, d'autre part, les vaccins dTcaP (à teneur antigénique réduite) n'ont pas l'AMM en primo-vaccination. Selon Infovac®, si on a la quasi-certitude de non-vaccination, il vaut mieux faire un vaccin pédiatrique DTCaP (InfanrixTetra® ou Tetravac®). Les doses plus élevées des différents antigènes sont plus à même d'induire une réponse immunitaire en primo-vaccination. A contrario, s'il s'agit simplement d'un doute sur l'existence d'une vaccination dans l'enfance,

les vaccins dTcaP et dTP sont à privilégier. En effet, il y a un risque de réactogénicité accrue en cas de doses multiples de la valence diphtérie (19). Les recommandations HAS ont simplifié le choix, et préconisent pour toute personne de plus de 14 ans la forme à teneur antigénique réduite (dTcaP ou dTP). Il est recommandé d'administrer une première dose dTcaP (M0) sans sérologie préalable afin de provoquer une stimulation antigénique puis seulement, de doser le taux d'anticorps antitétanique 4 à 8 semaines plus tard afin d'adapter le nombre de doses nécessaires au rattrapage (15).

- Si le taux est compris entre 1 et 0,1UI/L : compléter par une dose dTP supplémentaire à deux mois de la première (M2).
- Si le taux est inférieur à 0,1 UI/L : la personne n'est pas du tout immunisée, compléter alors par une seconde dose dTP (M2), puis une troisième dose à 6 mois de la première (M6).
- Si le taux est supérieur à 1UI/L : la personne est à jour, dans tous les cas à l'issue du rattrapage, effectuer le rappel suivant à âge fixe en se recalant sur le calendrier vaccinal en vigueur et en respectant les intervalles minimaux (15).

Hépatite B

La vaccination est indiquée pour les personnes n'ayant jamais été en contact avec le virus, présentant une sérologie négative (Ac anti Hbs inférieurs à 10 UI/mL, Ac anti Hbc et Ag Hbs négatifs) ou intermédiaire (Ac anti Hbs inférieurs à 100 UI/mL, Ac anti Hbc et Ag Hbs négatifs) :

- Ac anti Hbs inférieur à 10 UI/mL (sérologie négative) : effectuer une première dose (M0) puis contrôle sérologique à 4 à 8 semaines.
- . Si le taux d'Ac anti Hbs est toujours inférieur à 10 UI/mL, compléter par une deuxième dose (M1-2) puis une 3 doses 6 mois plus tard (M7-8).

- . Si compris entre 10 et 100 UI/mL : effectuer un rappel unique (M1-2).
- . Si supérieur à 100 UI/mL : le statut est complété, il n'y a pas lieu de rappel supplémentaire.
- Ac anti Hbs compris entre 10 et 100 UI/mL (sérologie intermédiaire) : effectuer un rappel unique, sans contrôle sérologique supplémentaire.

Il est possible de réaliser un schéma accéléré, sans contrôle sérologique post vaccinal, avec trois doses à J0, J7, J21 puis rappel à 1 an pour assurer la protection au long cours (15,52). Jusqu'à présent ce protocole, préconisé par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), s'adressait aux personnes à risque accru de contamination pour lesquels une protection est nécessaire rapidement : personnes en situation de départ imminent en zone d'endémie moyenne ou élevée, personnes détenues, personnes en attente de greffe d'organe solide (greffe de foie), et à titre exceptionnel, les étudiants des écoles médicales et paramédicales (52). L'HAS l'a toutefois intégré dans ses recommandations de rattrapage, en cas de risque immédiat (15).

Méningocoque C

En France, tant que le taux de couverture vaccinale des adolescents n'est pas suffisant pour empêcher le méningocoque C de circuler, il est recommandé d'administrer une deuxième dose de ce vaccin aux personnes de 11 à 24 ans ayant été vaccinées avant l'âge de 5 ans (19), ou de l'administrer systématiquement chez toute personne de moins de 25 ans n'ayant jamais été vaccinée ou de statut incertain (15). En effet, le second pic de fréquence des infections à méningocoque C survient chez l'adolescent et l'adulte jeune, d'où la nécessité d'une protection optimale durant cette période (19).

Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)

Il est recommandé d'effectuer deux doses de vaccin ROR à un mois d'intervalle à toute personne migrante née à partir de 1980 ou est une femme en âge de procréer née avant 1980 (15,53).

3) Présence de preuve(s) vaccinale(s) montrant un statut incomplet

Diphtérie, tétanos poliomyélite, coqueluche (dTP, dTcaP)

Selon le nombre de doses déjà administrées, compléter de sorte à ce que la primovaccination soit complète avec trois doses au totales :

- Si une seule dose a déjà été faite, compléter par deux doses à 6 mois d'intervalle, dont une dose incluant la valence coqueluche (dTcaP) s'il n'y a pas eu de vaccination contre la coqueluche ou qu'elle date d'il y a plus de 5 ans.
- Si deux doses ont déjà été faites, compléter par une seule dose dTP (ou dTcaP s'il n'y a pas eu de vaccination contre la coqueluche ou qu'elle date d'il y a plus de 5 ans).

Effectuer le rappel suivant à âge fixe selon le calendrier en vigueur et en respectant les intervalles minimaux par dTP (ou dTcaP s'il s'agit du rappel des 25 ans, et que la dernière vaccination contre la coqueluche date d'il y a plus de 5 ans, ou alors après 25 ans dans le cadre d'une stratégie cocooning) (15,54).

Hépatite B, Méningocoque C, ROR

Poursuivre la vaccination en cours de l'hépatite B ou s'aider de sérologie pour déterminer le nombre de doses à compléter. Compléter les schémas de sorte à ce que toute personne de moins de 25 ans ait reçu une dose de vaccin méningocoque, et que toute personne née à partir de 1980 ait reçu deux doses de vaccin ROR. Pour les personnes ayant reçu une seule dose de ROR et n'ayant pas effectué la deuxième : administrer la deuxième dose au moins 1 mois après

la première. Pour les personnes ayant reçu une vaccination mono ou bivalente contre la rougeole, les oreillons et/ou la rubéole : administrer 2 doses de ROR à au moins un mois d'intervalle si la personne est née après 1980 ou est une femme en âge de procréer née avant 1980 (15,53).

4) Respect des intervalles minimaux (et maximaux)

Après l'âge de 25 ans, le prochain rappel dTP à effectuer est déterminé par les règles suivantes :

1° Le délai par rapport au dernier rappel effectué doit être de plus de cinq ans. Si ce délai est inférieur à cinq ans, le prochain rappel sera effectué au rendez-vous vaccinal à âge fixe suivant (n+1) : soit un intervalle maximum de vingt-cinq ans.

ET 2° l'intervalle entre le dernier rappel effectué et le prochain rendez-vous vaccinal à âge fixe (n) ne doit pas excéder vingt-cinq ans. Si ce délai est supérieur à vingt-cinq ans, un rappel immédiat est alors pratiqué.

Le délai entre ce rappel et le prochain rendez-vous vaccinal à âge fixe (n) devra être d'au moins cinq ans. Si ce délai est de moins de cinq ans, le recalage sera différé au rendez-vous vaccinal à âge fixe suivant (n+1) (55).

Après l'âge de 65 ans :

1° Le délai par rapport au dernier rappel effectué doit être de plus de cinq ans. Si ce délai est inférieur à cinq ans, le prochain rappel sera effectué au rendez-vous vaccinal à âge fixe suivant (n+1) : soit un intervalle maximum de quinze ans.

ET 2° L'intervalle entre le dernier rappel effectué et le prochain rendez-vous vaccinal à âge fixe (n) ne doit pas excéder quinze ans. Si ce délai est supérieur à quinze ans, un rappel immédiat est alors pratiqué.

Le délai entre ce rappel et le prochain rendez-vous vaccinal à âge fixe (n) devra être d'au moins cinq ans. Si ce délai est de moins de cinq ans, le recalage sera différé au rendez-vous vaccinal à âge fixe suivant (n+1) (55).

5) Le rattrapage simplifié

La HAS le recommande notamment pour les personnes non stabilisées dans le logement, susceptibles de ne pas pouvoir être revues, et pour lesquelles il est souhaitable de faire un maximum au cours d'une consultation unique. Il se prête aussi aux actions hors les murs des centres de vaccinations souvent réalisées en un temps. La HAS précise que tout doit être mis en œuvre pour encourager ces personnes à poursuivre et à compléter leur vaccination, dès que les conditions le permettront (15). Les modalités en sont les suivantes :

- Administrer les vaccins indiqués selon l'âge en privilégiant les vaccins protégeant contre les maladies invasives et/ou nécessitant plusieurs injections, en un temps au cours d'une séance dans des sites différents sans restriction du nombre d'antigènes, mais dans la limite du nombre accepté par la personne à vacciner (en pratique jusqu'à 4 injections).
- Avant la vaccination contre l'hépatite B, effectuer une sérologie pré vaccinale pour le dépistage de l'hépatite B, réaliser une sérologie pré vaccinale complète (Ag HBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc) associée si possible au dépistage du VIH et du VHC, et une sérologie varicelle quand elle est indiquée. Quand la biologie n'est pas accessible, réaliser dans la mesure du possible un Test Rapide d'Orientation Diagnostique Ag HBs (TROD Ag HBs) et si possible en même temps les TROD VIH et VHC.
- En cas de nouvelle consultation, compléter le schéma de primovaccination, puis reprendre le calendrier vaccinal selon l'âge en respectant les intervalles minimaux entre deux rappels.

6) Vaccins additionnels

Grippe

Comme en population générale, cette vaccination s'effectue en une dose annuelle et s'adresse aux personnes de plus de 65 ans ou présentant un ou plusieurs facteurs de risques de complications (56).

Pneumocoque

Comme en population générale, cette vaccination s'adresse aux personnes à risques de formes sévères d'infections à Pneumocoque (voir annexe MIGVAC) (soit les personnes immunodéprimées ou atteintes de syndrome néphrotique et les personnes porteuses d'une maladie prédisposant à la survenue d'infections invasives à pneumocoque). Le schéma comporte une dose de vaccin à 13-valent (M0) suivi d'une dose de vaccin 23-valent à M2, répétée une seule fois en rappel 5 ans plus tard (57).

Papillomavirus (HPV)

Cette vaccination s'adresse à toutes les filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à 24 ans révolus, ainsi qu'aux Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) de 11 à 26 ans. Pour les jeunes femmes migrantes, la HAS ne recommande pas d'étendre le rattrapage au-delà de 19 ans, et donne pour priorité d'effectuer le dépistage par frotti cervico vaginal (risque de portage d'HPV et de pathologies HPV induites soit accru chez les femmes migrantes d'une part, et efficacité moindre de la vaccination au-delà de 14 ans en raison d'une forte probabilité de contamination antérieure) (15).

Pour la MIGVAC nous avons proposé les protocoles de la population générale étendus à 24 ans pour les filles, en suivant les préconisations de Dr Hommel au moment de ses relectures.

- vaccination débutée entre 11 et 14 ans révolus : 2 doses espacées (M0, M6)
- vaccination débutée entre 15 et 19 ans révolus ou HSH : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.

Toute nouvelle vaccination doit être initiée avec le vaccin Gardasil 9® pour les jeunes filles, jeunes femmes et jeunes hommes non antérieurement vaccinés (58).

A partir du 1er janvier 2021, une nouvelle recommandation prendra effet, étendant l'indication à tous les garçons de 11 à 14 ans selon le schéma deux doses M0, M6 (avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans selon le schéma trois doses M0, M2, M6) (29). La HAS recommande en plus le maintien d'une recommandation vaccinale spécifique par Gardasil 9 pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus selon un schéma à trois doses (M0, M2, M6) (59).

Varicelle

Cette vaccination s'adresse aux adultes de moins de 40 ans sans antécédent clinique de varicelle et originaires de pays à faible séroprévalence du virus, en particulier les pays tropicaux (Afrique subsaharienne, Asie du Sud-Est et Amérique centrale et du Sud), et chez qui la sérologie varicelle est négative. La vaccination ne doit pas être proposée aux femmes enceintes (contre-indication) et une grossesse doit être évitée dans le mois suivant chaque dose de vaccins (15).

Zona

Cette vaccination s'adresse en France aux personnes de 65 à 74 ans révolus pour la prévention de la maladie et des douleurs post zostériennes, même ayant déjà présenté un antécédent de zona. Elle fait l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale dans cette indication (60,61).

Tuberculose (BCG)

Il n'est pas recommandé en systématique chez l'adulte (15). Pour les migrants, compte tenu d'un fort risque d'exposition, la démarche est de rechercher les signes d'une tuberculose-maladie (toux, autres signes respiratoires, altération de l'état général...) (15). Le cas échéant la personne pourra être adressée au Centre de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT) pour effectuer les examens nécessaires : radiologiques, biologiques (examens des crachats) etc.

Annexe 3 : exemple de grille d'entretien

- Présentation du médecin et de son activité

-Quelle est la place de la vaccination des personnes migrantes dans votre pratique courante ?

- Avez-vous déjà reçu la MIGVAC par le biais d'un patient ?

- Avez-vous eu l'occasion d'utiliser la MIGVAC ?

- **OUI** : qu'en avez-vous pensé ?

- **NON** : pourquoi ? Et qu'en avez-vous pensé ?

- Adapté aux pratiques ? pourrait s'y intégrer ?
- Format ?
- Contenu ?

- Est-ce que l'outil a changé quelque chose dans vos pratiques/ démarche/ représentations ?

- Quelles sont les limites qu'il reste à surmonter, les choses qui pourraient être améliorées ?

- Est-ce que le contexte de Covid a eu un impact sur votre démarche vaccinale ?

Points clés :

- mode d'utilisation de la MIGVAC ? pertinence en pratique courante ?
- modification des pratiques
- continuité des soins PASS-ville
- freins à la vaccination malgré MIGVAC
- impact de la Covid

Bibliographie

1. Promotion de la santé- Charte d'OTTAWA [Internet]. 1986. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
2. Qu'est-ce que la couverture vaccinale ? Disponible sur: [/determinants-de-sante/vaccination/qu-est-ce-que-la-couverture-vaccinale](#)
3. Couverture vaccinale en France - rapport de l'INVS 2012 Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/rapport-synthese/mesure-de-la-couverture-vaccinale-en-france.-sources-de-donnees-et-donnees-actuelles>
4. Glossaire . Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Glossaire>
5. World Health Organization. The Expanded Programme on Immunization. Disponible sur: https://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/benefits_of_immunization/en/
6. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour les vaccins 2011 - 2020 . World Health Organization. Disponible sur: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/fr/
7. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Europe. plan d'action européen pour la vaccination 2015-2020. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/257576/64wd15f_EVAP_140459_Rev1.pdf
8. Blanchard E, Rodier C. « Crise migratoire » : ce que cachent les mots. Plein Droit. 27 déc 2016;n° 111(4):3-6.
9. Héran F. La crise des migrants : Crise migratoire ou crise européenne? In ined; 2016. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=KtmWs8Waa3E>
10. WHO-UNHCR-UNICEF joint technical guidance: general principles of vaccination of refugees, asylum-seekers and migrants in the WHO European Region. 2015. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region>

11. Organisation Mondiale de la Santé. Migration et santé : les principaux enjeux. 2015.
Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population/migration-and-health-key-issues>
12. Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G. Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathog Glob Health*. mars 2017;111(2):59-68.
13. Lot F, Quelet S. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique / Migrants health and access to care: A public health challenge. *Bull Epidémiol Hebd* 2019. :66.
14. Ministère des solidarités et de la santé Français. Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. Disponible sur: https://expat-elan.fr/images/10-textes-de-lois/instructions/2018/instruction_2018-06-08_NOR-SSAP1816090J_relative-a-la-mise-en-place-du-parcours-de-sante-des-migrants-primo-arrivants.pdf
15. HAS, Société française de pathologie infectieuse de langue française. HAS : Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu - En population générale et chez les migrants primo-arrivants. Haute Autorité de Santé.. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/c_2867210/fr/rattrapage-vaccinal-en-situation-de-statut-vaccinal-incomplet-inconnu-ou-incomplètement-connu-en-population-generale-et-chez-les-migrants-primo-arrivants
16. Vignier N, Moussaoui S, Aurousseau A, Cornaglia J, Blanchi S, Luan L, et al. Pratiques de rattrapage vaccinal des médecins exerçant en France pour les personnes migrantes arrivant sur le territoire français. *Bull Epidémiol Hebd* 2019. juin 2019;17-18:351-60.
17. Vaccine Scheduler | ECDC. Disponible sur: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>
18. Rattrapages. www.vaccination-info-service.fr. Disponible sur: <http://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-pratiques/Acte-vaccinal/Rattrapages>
19. Vie Le Sage F, Dufour V, Romain O, Dommergues MA, Grimprel E, Cohen R. Rattrapage des vaccinations chez l'enfant et l'adulte -infovac. *J Pédiatrie Puériculture*. août 2019;32(4):199-205.
20. Ravensbergen SJ, Nellums LB, Hargreaves S, Stienstra Y, Friedland JS, ESGITM Working Group on Vaccination in Migrants, et al. National approaches to the vaccination of recently arrived migrants in Europe: A comparative policy analysis across 32 European countries. *Travel Med Infect Dis*. 15 oct 2018;

21. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. Handbook for health professionals: health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA. Luxembourg: Publications Office; 2015.
22. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions - Article 76. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000206894>
23. Les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et les Ateliers santé-ville (ASV) - Le site du CNLE. Disponible sur:
<https://www.cnle.gouv.fr/les-programmes-regionaux-pour-l.html>
24. présentation de la PASS du CHU de Strasbourg. Disponible sur : <http://www.chru-strasbourg.fr/Vous-etes-patient/Vous-venez-en-consultation/Situations-particulieres/PASS-La-boussole>
25. Synthèse de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2018. Disponible sur:
<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2019/10/15/synthese-de-lobservatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-2018>
26. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. Disponible sur:
<http://www.ars.sante.fr/les-permanences-daces-aux-soins-de-sante-0>
27. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2019 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/observatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-2019>
28. Vignier N. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants. Rev Prat. 2019;69:564-6.
29. Ministère des solidarités et de la santé Français. le calendrier des vaccinations 2020 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
30. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ. 2014;Tome LIII(4):67-82.
31. Guthmann J-P, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles. Institut de veille sanitaire; 2012 oct.
32. Bouchon M. Guide « Collecte de données. Méthodologies qualitatives » [Internet]. 2009. Disponible sur:
<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/12/22/guide-pratique-sur-la-collecte-de-donnees>

33. Légifrance. Délibération n° 2018-153 du 3 mai 2018 portant homologation d'une méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement de la personne concernée [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187386/>
34. QUINTIN C. CNIL : sécurité et confidentialité des données. :101.
35. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative (1ère partie). (87).
36. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative (2ème partie). (88).
37. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1.1 [Internet]. 2009. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utiles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
38. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;Volume 19(N° 84):142-5.
39. MORIN-SURROCA M. Vaccination dans le contexte du COVID-19 - Les actions de la HAS [Internet]. 2020 p. 15. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/vaccination_dans_le_contexte_du_covid-19_-_les_actions_de_la_has.pdf
40. Organisation Mondiale de la Santé. La vaccination pendant la pandémie de COVID-19 : questions-réponses [Internet]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/q-and-a-on-vaccination-during-the-covid-19-pandemic>
41. DMP : Découvrir le DMP [Internet]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est>
42. Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°104- Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé [Internet]. 2008 mai. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_104.pdf
43. Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès [Internet]. Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès. Disponible sur: http://www.mesvaccins.net/web/patient_account/new

44. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. oct 2011;(169):8.
45. Revil H. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. Regards. 11 sept 2018;N° 53(1):29-41.
46. Leanza Y, Boivin I. Interpréter n'est pas traduire. Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire. Actes En Ligne Colloq Int « L'éducation En Context Pluriculturels Rech Entre Bilan Prospect ». 1 juin 2008;
47. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante>
48. Fayn M-G, Des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d' empowerment du patient. Rech En Sci Gest. 2017;119(2):55.
49. Rappaport J. Terms of empowerment/Exemplars of prevention : toward a theory for community psychology. 1987;15(N°2):121-48.
50. Hépatite B [Internet]. [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Hepatite-B>
51. Plotkin S, Orenstein W, Offit P, Edwards K. Plotkin's Vaccines, seventh edition [Internet]. Disponible sur: <https://www.eu.elsevierhealth.com/plotkins-vaccines-9780323357616.html>
52. Vaccination contre l'hépatite B : schémas vaccinaux accélérés [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=409>
53. OMS | Rougeole – Région européenne [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/csr/don/06-may-2019-measles-euro/fr/>
54. Coqueluche [Internet]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Coqueluche>
55. infovac.fr. fiche de synthèse : rattrapage des vaccinations chez l'enfant et l'adulte [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.infovac.fr/docman-marc/public/fiches/1569-2-rattrapage-des-vaccinations-chez-l-enfant-et-l-adulte-2019/file>
56. Grippe saisonnière [Internet]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Grippe-saisonniere>

57. Méningites, pneumonies et septicémies à pneumocoque [Internet]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Meningites-pneumonies-et-septicemies-a-pneumocoque>
58. Infections à papillomavirus humain (HPV) [Internet]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-papillomavirus-humain-HPV>
59. Zanetti L. recommandation vaccinale : d'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. déc 2019;177.
60. Le vaccin contre le zona Zostavax®- MesVaccins.net [Internet]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/7084-le-vaccin-contre-le-zona-zostavax-rembourse-par-l-assurance-maladie-et-disponible-dans-les-pharmacies-des-le-15-juin-2015>
61. Zona [Internet]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Zona>

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BossonPrénom : Aurélien

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Shadbury, le 01/12/2020.

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Abstract

Introduction : La mise à jour des statuts vaccinaux pour les migrants constitue un enjeu majeur de santé publique. Afin d'y contribuer, les professionnels de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Strasbourg ont créé la « MIGVAC » : une carte heuristique synthétisant les recommandations chez les personnes de plus de 14 ans.

Matériel & méthode : L'objectif principal est d'évaluer les modifications de pratiques des médecins de ville en matière de vaccination des migrants depuis la mise en service en février 2020. Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 13 médecins généralistes de Strasbourg.

Résultats : les médecins rapportent une prise de confiance grâce à l'outil, une mise à jour des connaissances, une démarche plus structurée et un gain de temps ainsi qu'un effet pense-bête permettant d'aborder plus systématiquement la question des vaccins. L'apport pédagogique de l'outil est également plébiscité.

Discussion : Malgré les difficultés à vacciner en contexte de Covid19, le bilan est positif. La MIGVAC, outil visuel et simple d'usage fait l'objet d'une large diffusion en région et l'on espère un impact positif à plus long terme.

.....◇◇◇.....

Introduction: Vaccination status in migrants is a major public health issue. This is why professionals from la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS – a public primary healthcare service) of Strasbourg created “MIGVAC”: a mind map on vaccination recommendations in the over 14-year olds.

Methods: The main goal was to assess the changes in migrant vaccination practices after MIGVAC was issued in February 2020, by means of a qualitative survey through semi-structured interviews with 13 general practitioners in Strasbourg.

Results: This survey shows this tool is confidence-building, it promotes knowledge update, affords a more structured approach, saves time and is a reminder to bring up more systematically the issue of vaccination with patients. Its formative quality is also praised.

Discussion: In spite of the difficulties due to the Covid-19 context, the results are positive. MIGVAC, an easy-to-use visual aid, is rapidly spreading among local general practitioners and a positive impact is expected in the future.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots clés : Vaccination, rattrapage vaccinal, précarité, migrants, médecine générale, évaluation des pratiques, étude qualitative, PASS, immunization update, precarity, imigrants, general medicine, qualitative study

Président du Jury : Pr. Jacques KOPFERSCHMITT

Assesseurs : Pr. Yves HANSMANN ; Dr. Christophe HOMMEL ; Pr. Denis VETTER

Adresse de l'auteur : Ariane BOSSON – 1 rue Benjamin Kugler – 67000 STRASBOURG