

Santé physique des réfugiés

*Maladies infectieuses et
maladies évitables par la
vaccination*

*Outils
pour les clinicien(ne)s
de première ligne*



Source: UNHCR

Lavanya Narasiah MD MSc CCFP

CERDA - Février 2020

© Lavanya Narasiah

1999-2018

- ❖ **CDAR** : Clinique des demandeurs d'asile et réfugiés
 - ❖ CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
 - ❖ Côtes-des-Neiges, Montréal



Présentement

- ❖ Médecin responsable - **Clinique des Réfugiés**
 - ❖ CISSS Montérégie – Centre

Program MSSS



- ❖ MD-Conseil - **Direction de la santé publique de Montréal**



- ❖ HERZL Family Practice – **Hôpital Général Juif, Montréal**

Professeure d'enseignement clinique – Université McGill et Université de Sherbrooke

Introduction à la santé physique des personnes réfugiées



*Approche générale
pour les cliniciens
de première ligne*

Lavanya Narasiah MD MSc CCFP

CERDA - Octobre 2019



*À la fin de cette présentation,
le participant sera en mesure de mieux :*

- Identifier les maladies infectieuses à prévalence élevée chez les personnes réfugiées ;*
- Se familiariser avec les recommandations relatives au dépistage des maladies infectieuses et à la vaccination ;*
- S'outiller pour adapter leurs interventions et améliorer les trajectoires de soins.*



Collaboration Canadienne pour la Santé des Immigrants et Réfugiés (CCSIR)

Committee members of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH)



Depuis 2007

CMAJ

GUIDELINES

Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees

Kevin Pottie MD MChSc, Christina Greenaway MD MSc, John Feightner MD MSc, Vivian Welch MSc PhD, Helena Swinkels MD MHS, Meb Rashid MD, Lavanya Narasiah MD MSc, Laurence J. Kirmayer MD, Erin Ueffing BHSc MHS, Noni E. MacDonald MD MSc, Ghayda Hassan PhD, Mary McNally DDS MA, Kamran Kahn MD MPH, Ralf Buhmann MDCM PhD, Sheila Dunn MD MSc, Arunmozhi Dominic MD, Anne E. McCarthy MD MSc, Anita J. Gagnon MPH PhD, Cécile Rousseau MD, Peter Tugwell MD MSc; and coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health

Competing interests: See end of document for competing interests.

Coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health: Deborah Assayag, Elizabeth Barnett, Jennifer Blake, Beverly Brockest, Giovanni Burgos, Glem Campbell, Andrea Chambers, Angie Chan, Maryann Cheetham, Walter Delpero, Marc Deschênes, Shaik Dhanaraj, Ann Duggan, Nancy Durand, Allison Eryn, Jennifer Grant, Doug Griner, Sinclair Harris, Stewart B. Harris, Elizabeth Harvey, Jenny Heuboe, Christine Heidebrecht, William Hodge, Danielle Hone, Charles Hui, Susan Hum, Praseetha Janakiram, Khairun Jivani, Tomas Jurcik, Jay Keystone, Ian Kitai, Sriivasan Krishnamurthy, Susan Kuhn, Stan Kuzich, Robert Larcho, Carmen Logie, Michele Martin, Dominique Ellen Massenet, Debra Matthews, Barry Maz, Dick Menzies, Marie Munoz, Fliciste Murangira, Amy Nolen, Pierre Plaqueud, Amelia Sandoe, Jennifer Sears, Hélène Rousseau, Andrew G. Ryder, Kevin Schwartzman, William Stauffer, Brett D. Thoms, Patricia Topp, Andrew Toren, Sara Torres, Ahsan Ullah, Saad Mughes, Bilka Visvanathan, Michel Witt, Wendy Wisbeser, David Wong, Phyllis Zeltowitz, Jianwei Zhong, Stanley Zlotkin.

Editor's note: See Appendix 1, available at www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.090313/-DC1, for affiliations and contributions of coauthors.

This document has been peer reviewed.

Correspondence to: Dr. Kevin Pottie, kpottie@uottawa.ca

CMAJ 2011; DOI:10.1503/cmaj.090313

KEY POINTS

- Clinical preventive care should be informed by the person's region or country of origin and migration history (e.g., forced versus voluntary migration).
- Forced migration, low income and limited proficiency in English or French increase the risk of a decline in health and should be considered in the assessment and delivery of preventive care.
- Vaccination (against measles, mumps, rubella, diphtheria, tetanus, pertussis, polio, varicella, hepatitis B and human papillomavirus) and screening (for hepatitis B, tuberculosis, HIV, hepatitis C, intestinal parasites, iron deficiency, dental pain, loss of vision and cervical cancer) should be routinely provided to at-risk immigrants.
- Detecting and addressing malaria, depression, post-traumatic stress disorder, child maltreatment, intimate partner violence, diabetes mellitus and unmet contraceptive needs should be individualized to improve detection, adherence and treatment outcomes.



CCSIR – Sujets Recommandations

Maladies évitables par vaccination

- DcaT- P
- RRO
- Hépatite B
- Varicelle

Maladies Infectieuses

- VIH/SIDA
- Tuberculose
- Hépatite C
- Malaria
- Parasites intestinaux

Santé Mentale

- Dépression
- SSPT
- Violence conjuguale
- Maltraitance enfants

Maladies chroniques

- Anémie Ferriprive
- Diabète type II
- Maladies Dentaire
- Santé Vision

Santé de la Femme

- Cancer du col (cyto/vaccin)
- Grossesse
- Contraception

*Partage de mon approche à la
prévention et traitement des
maladies infectieuses chez populations réfugiées*

BOITE À OUTILS



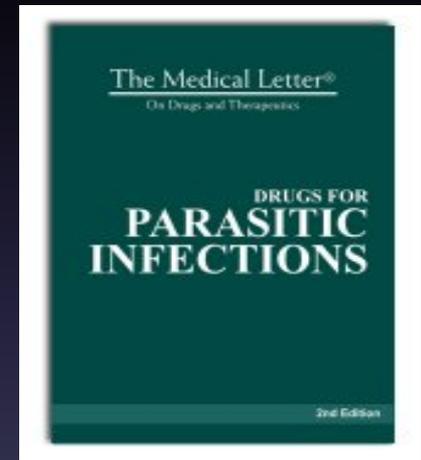
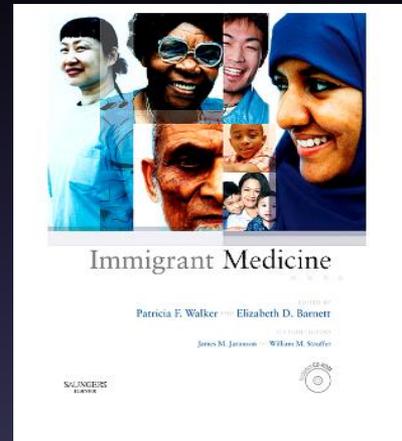
photo: Lavanya Narasiah

- Lignes Directrices Canadiennes – CMAJ – Collaboration Canadienne pour la santé des immigrants et réfugiés (CCSIR) - 2011
- Opinions d'experts :
 - Dr. Chris Greenaway (HGJ et Centre de Maladies Tropicales JD Maclean)
 - Dr. Libman (Centre de Maladies Tropicales JD Maclean)
 - Dr. Menzies (ITM)
 - Dr. Stauffer (Minnesota; CDC)
 - Dr. Haraoui (ITM, HCLM)

• Sites web - CDC ; OMS ; ASPC

• Livre: Immigrant Medecine, Medical Letter

• Partage de connaissances avec les cliniques réfugiés de : Sherbrooke, Québec, Toronto, Calgary, Minnesota, Australie...



À VENIR – base de données provinciale pour informer nos pratiques

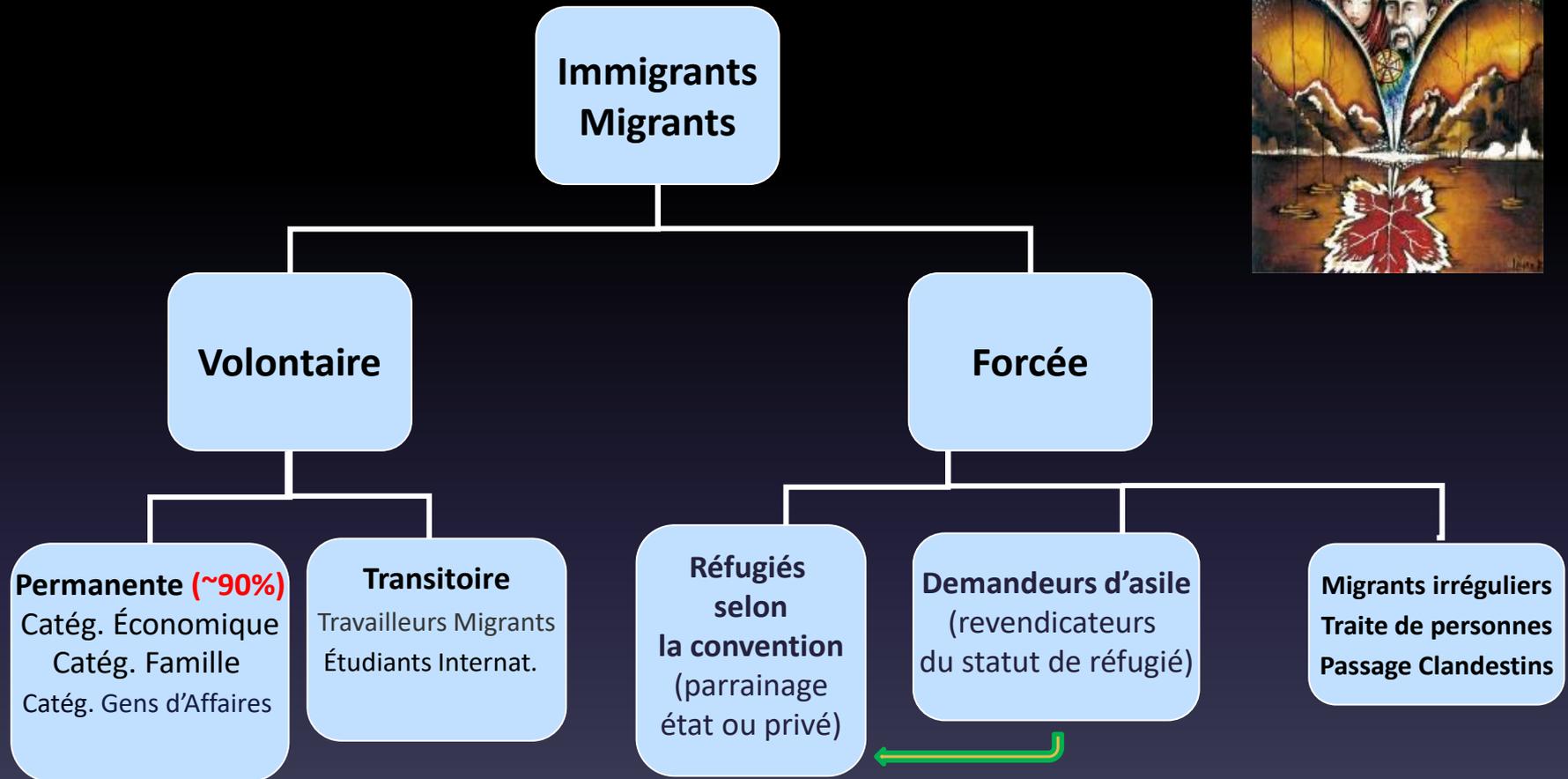
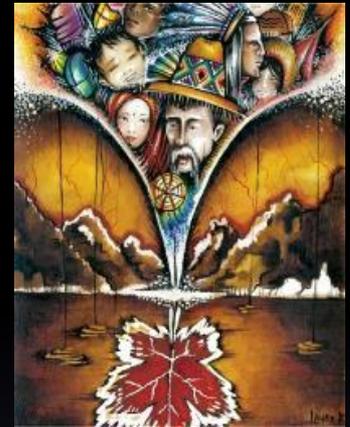
Réfugiés

Parcours complexes – ↑ risque expositions MI et MEV
conflits, désastres, déplacements de populations...



- Destructures des infrastructures
 - Accès sécuritaire à
 - Eau
 - Nourriture
 - Habitat
 - Système de santé
 - programmes de prévention (moustiques...)
 - Vaccination
 - Déparasitage
- Pertes des moyens de subsistance
 - Difficultés économiques
 - Problèmes nutritionnels

Quoi et quand dépister ?



****Migrants statut précaire et migrants non documentés**

Canadian Clinical Preventive Guidelines for Primary Care of newly arriving Immigrants and Refugees (Research Summary) Pottie K, Tugwell T, Greenaway C, Kirmayer L, Feightner J, Swinkels H, Rashid M, Narasiah L, MacDonald N, Robinson V for the Immigrant and Refugee Health Working Group



Migration as a Social Determinant of Health

PARCOURS MIGRATOIRE

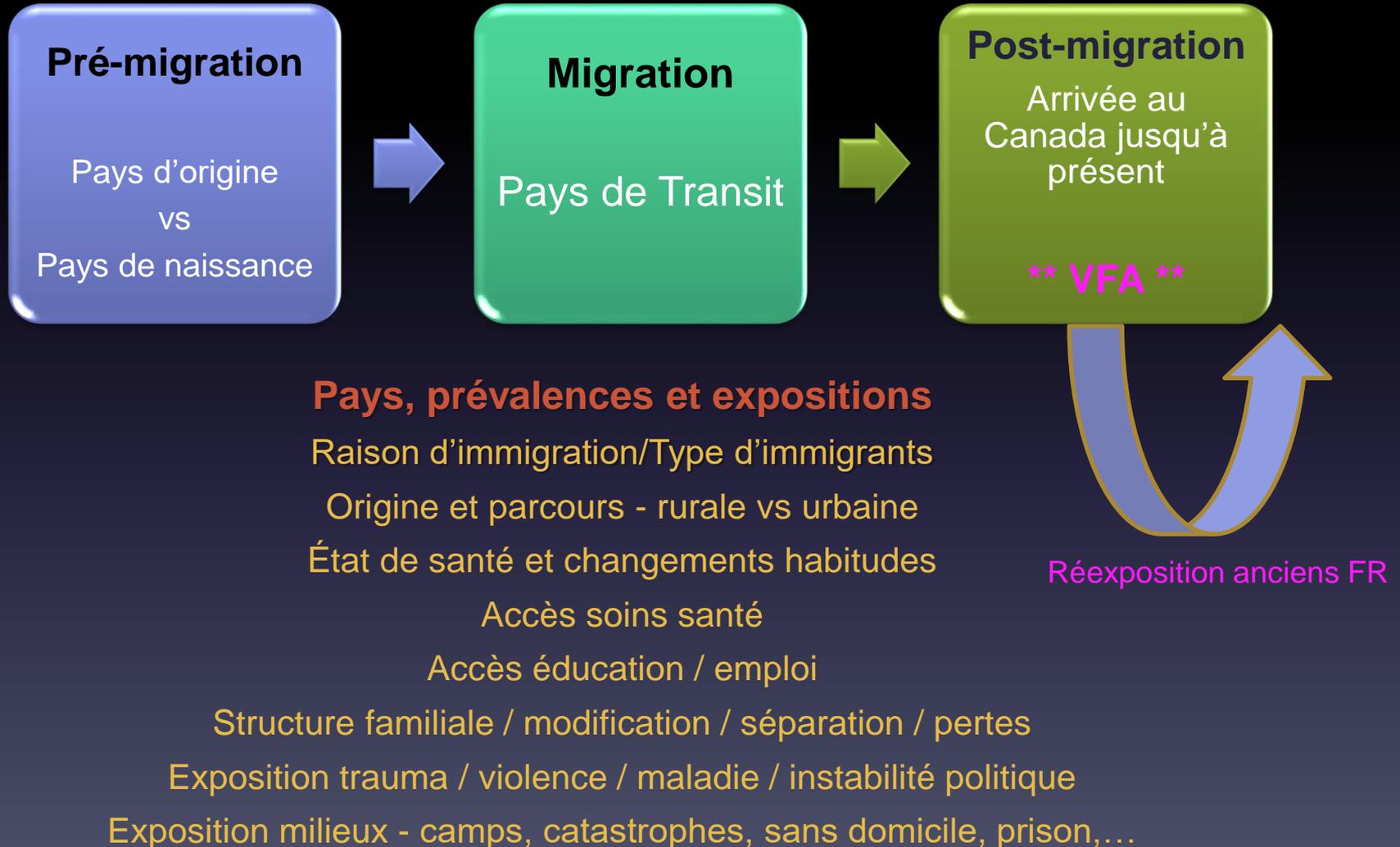
*Une histoire migratoire détaillée est un élément clé
pour une bonne évaluation de la santé*





HISTOIRE MIGRATOIRE

Migration as a Social Determinant of Health





IMMIGRANTS = FUTURS VOYAGEURS ET FUTURS "VFA"

Visiting Friends and Relatives Visites Familiales et Ami(e)s

Immigrant dont la race et ethnicité est différente du pays de résidence qui retourne dans son pays d'origine pour visiter la famille et/ou les ami(e)s





Re-Expositions Visites Familles Ami(e)s

17 à 26% des voyageurs Québec

- < 15% consultent avant voyage
- Risque plus élevé de TB (20-50% des cas)
- Risque plus élevé de VHB et VHC
- Risque plus élevé de typhoïde, hep. A, malaria (4-7 X)
- Risque plus élevé de ITSS (2-5 X)
- Enfant VFA sont les plus à risque



Leder et al CID 2006;43:1185-1193, Matelli Lancet ID 2013;13(3):205-13, Heywood 2018 J Trav Med



BILAN DÉPISTAGE RÉFUGIÉS et DA **asymptomatiques** dans nos pratiques

- FSC , Ferritine
- ALT , Créatinine
- Hépatite B + C
- Syphilis
- VIH
- Sérologie varicelle (> 13 ans)
- Sérologie schistosomiase (selon pays) + strongyloides (tous)
- ITSS (Gono/Chlam)
- Dépistage Cancer – PAP, mammographie, sang selles
- Selon âge et FR : Glycémie jeun, Profil lipidique... Examen médical périodique/ "Guidelines CCIRH "

- Vit. D
- Selles O+P x 2 *
- Tuberculine (TCT) (IGRA/Quantiféron)

ENFANTS

- TSH
- Electrophorèse Hb
- Def G6PD
- Plomb – enfants < 15 ans
- Vitamine A enfants

Considérer : An. urine, B₁₂, dépistage nutritionnelle, **Sérologies rougeole, rubéole adultes, dépistage Chagas**

Mis à jour de la vaccination



Évaluation de la santé des réfugiés

Attention - **Maladies avec longues périodes de latence**



- ❖ Tuberculose
- ❖ Syphilis
- ❖ Hépatite B et C
- ❖ Schistosomiase
- ❖ Strongyloïdes
- ❖ Autres parasitoses ex:
 - ❖ Maladie de Chagas (Trypanosomiase américaine)
 - ❖ Leishmaniase
 - ❖ Cysticercose

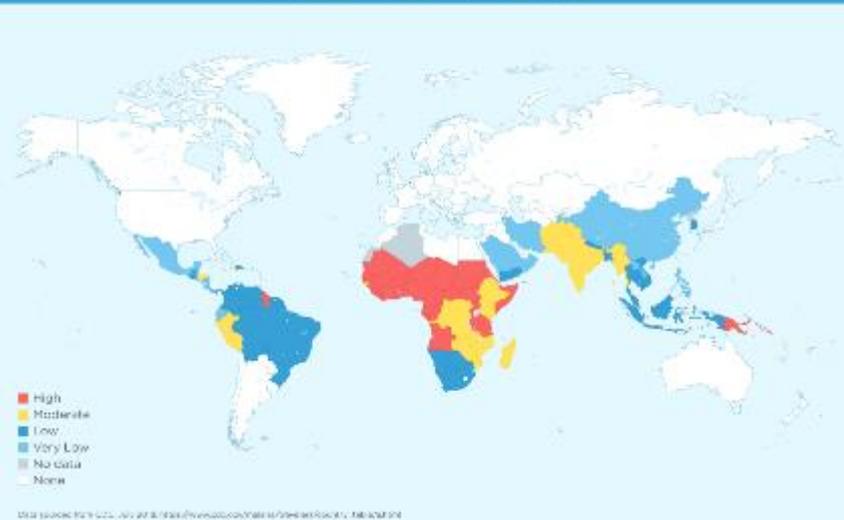
Questions sur antécédants maladies infectieuses ?

Approche avec perspective Occasion pour messages de prévention



- Antécédants médicaux – diagnostiques
 - Hépatites/Jaunisse ?
 - Tuberculose ?
 - VIH ?
 - Malaria/Paludisme ? * épisodes récents?
- Histoire de médicaments (ex. antibiotique) :
 - Ce qu'ils ont apporté avec eux
 - Ce qui est pris en PRN (ATB?)
 - Ce qui est envoyé par la poste

Lignes de conduite CCSIR 2011



Message clé 1ère rencontre:

- Si fièvre
- urgence et dire pays provenance

Category	Recommendation
Malaria	<p>Do not conduct routine screening for malaria.</p> <p>Be alert for symptomatic malaria in migrants who have travelled or resided in malaria endemic regions in the previous 3 months</p> <p>-----</p> <p>Migrant children have a disproportionate burden of malaria, and have a risk for delayed diagnosis</p> <p>Canada requires improved malaria surveillance, as well as more research related to the utility of screening immigrants and refugees.</p>

Dépistages/traitements/vaccins antérieur pour MI/MEV?

Approche avec perspective ...



Health case details

Visit date:

Client personal details		Client identity details	
Family name:	TEST	Identity document presented:	Original Passport
Given names:	CIC	Identity document number:	CIC
Gender:	FEMALE	Issuing country:	ITALY
Date of birth:	25 Nov 1984	Date of issue:	10 Jun 2015
Country of birth:	ITALY	Date of expiry:	10 Jun 2020
		Source:	Clinic

- Examen médical d'immigration
 - Où? / Quand?
 - Suivi nécessaire?
 - lettre de la SP ou RV?
- Déparasitage
 - Avant départ?
 - Annuel (scolaire, pays, camps...)?
- Vaccination
 - Avant départ?
 - Trajet migratoire?
 - Camps?
 - Carnet?



Examen Médical d'Immigration



DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

Histoire de santé (O/N)

1. Radiographie poumons (≥ 11 ans) - dépistage TB active
2. Dépistage Syphilis (≥ 15 ans)
 - < 15 ans si Hx sexuelle +, grossesse, mère +, antcds autre ITSS
3. VIH (≥ 15 ans) x 2002
 - < 15 ans si FR, mère +...

Ajouts dernières années

À venir x 2020 Hep B et C tous?

- Dépistage selon FR - HepB (HBsAg) et HepC (anti-VHC)
 - ✓ si FR ; antcds + ; si + pour VIH , syphilis , TB active
- X Mai 2019 - TCT ou Quantiféron (IGRA) – groupes haut risque

RESULTATS PROPRIÉTÉ DU GVT CANADIEN



Suivi post Examen Médical d'Immigration (IME)

TB : tout individu déjà traité pour TB ou avec anomalie Rayons X poumons /TB inactive

- ➔ PSM – programme de « post landing » surveillance médicale
- Signalisation à la SP et doit se rapporter à une autorité de santé publique < 30 jrs de son arrivée au Canada.

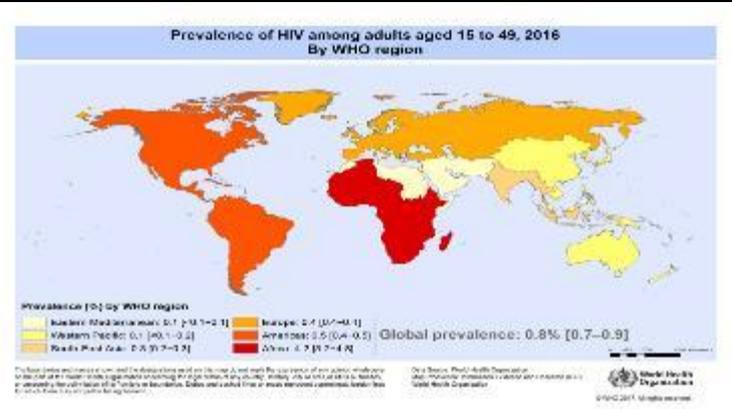
Syphillis: Maladie à Tx obligatoire par IRCC

VIH : IRCC avise autorités de santé publique régionale (Qc – DRSP MTL reçoit)

- Seules classes regroupement familial ou réfugiés à charge doivent notifier partenaires < 60 jrs
- Aucune façon d'assurer cascade soins - suivi -Tx, divulgation, notif. contacts car pas une MADO au Québec!



OMS Prévalence VIH adulte - 2016



Lignes directrices - CCSIR

Category	Recommendation
HIV	Screen for HIV all adolescents and adults from countries where HIV is prevalent (> 1%)

VIH et Syphilis

Questions qui demeurent pour le dépistage des populations réfugiées:

- À partir de quel âge?
- Tous les réfugiés ou selon pays prévalence élevée?

Opinion d'expert - Dr. Greenaway :

DÉPISTER VIH et SYPHILLIS pour TOUT LES RÉFUGIÉS

- > 15 ans peu importe pays d'origine
- < 15 ans si mineurs non-accompagnés ou FR (trauma/violence sexuelle, parent +)

Ressource - Syphilis



https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSSS/Outils/Guides_ITSS/ITSS_Syphilis_WEB_FR.pdf

- Grille d'interprétation du sérodiagnostic
- Traitements recommandés
- Personnes à joindre et dépister selon le stade

N'oubliez pas – C'est une MADO!



Syphilis (Treponema Pallidum)

facilite transmission
VIH**

Non traité – évolution en 3 stades cliniques

Stades 1 et 2 peuvent
passer inaperçus

Période latente** (asymptomatique)

- **Primaire**
 - Chancre/ulcère indolore au site inoculation (génitale, anorectale, orale)
- **Secondaire**
 - Éruption cutanée et syndrome grippal
 - 2/3 personnes guérissent spontanément
- **Tertiaire (1/3 personnes)**
 - Gomme syphilitique, Syphilis cardiovasculaire, Neurosyphilis
- **Attention – Syphilis congénitale!**
 - Risque transmission au foetus - 70-100% pendant syphilis primaire et secondaire
 - Mortinaissance , accouchement prématuré...

** La **Syphilis Latente** est

- **Précoce** si <12 mois
- **Tardive** si Hx ou sérologie ne peuvent situer début infection à <12 mois

Syphilis + – Messages clés



Besoin de préciser le stade pour préciser le traitement et suivi - 3 questions importantes

- 1) Symptômes?
- 2) Traitement antérieur?
- 3) Résultats des tests tréponémique qualitatif (EIA ou CIA) et tests non tréponémique (RPR)

Chez femme enceinte ou qui allaite OU personne VIH+

- Donner 1 dose Pénicilline G benzathine (Bicillin - L-A) 2,4 millions d'unités IM
- Référence immédiate < 1 semaine

Suivi

- contrôle sérologique (RPR) parfois nécessaire 3,6,12, 24 mois – donc important d'assurer un suivi par nous ou en MI
- Selon le stade – contacts à joindre et dépister



CONDUITE - RÉFÉRENCES

2

RÉFÉRENCE EN SPÉCIALITÉ

3

VIH PAS UNE MADO AU QUÉBEC –
DEMANDE DE SUPPORT À LA SANTÉ PUBLIQUE ?

1

BILAN complémentaire

Répéter sérologie VIH pour confirmation

- Inclure :
 - Charge virale VIH
 - CD4 et CD8
 - sous typage VIH
 - génotypage
 - HLA-B5701
 - Dépistages Hep A, B, C
 - Dépistage Toxoplasmose IgG, CMV (IgG)
 - B-HCG (si pertinent)
 - Bilan hépatique, rénal et métabolique

Vaccinologie pratique

Immunodépression

4

Généralités	Immunodéficience congénitale	Immunodéficience acquise	Thérapies immunodépresseives
Agents de rémission de l'arthrite et agents biologiques	Corticothérapie	Craintes de cellules souches hématopoïétiques	
Transplantation d'un organe plein	Infection par le VIH	Utilisateurs de drogues dures	

Infection par le VIH

Au début de l'évolution de cette maladie, la personne infectée par le VIH peut recevoir les vaccins inactivés et les vaccins vivants atténués.

À un stade plus avancé de la maladie, l'administration des vaccins vivants atténués (ex. : vaccin **RRO**) peut devenir problématique. L'administration de vaccins vivants atténués doit être évaluée en fonction du déficit immunitaire et des bénéfices escomptés.

En plus de la vaccination de base, le vaccin **Inf**, le vaccin **HB**, et les vaccins **Pneu-C** et **Pneu-P** sont recommandés (voir Calendriers de vaccination, Vaccins recommandés et gratuits selon les conditions médicales).

Les immunoglobulines peuvent être recommandées après l'exposition à des virus sauvages, comme la rougeole et la varicelle, selon le niveau d'immunodépression et le statut immunitaire (voir [Ig](#) et [Varlg](#)).

5

PRESCRIRE - DÉPISTAGE TB LATENTE



CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

Service des maladies virales chroniques (SMVC) - Consultation SIDA

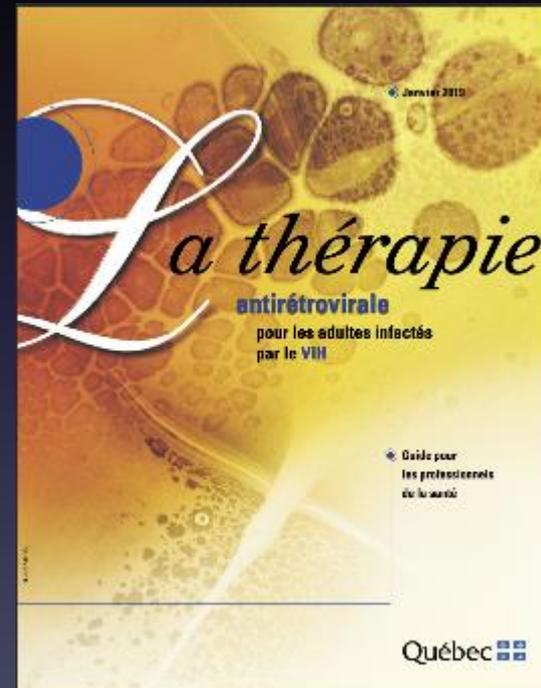
- ❖ Un service spécialisé de consultation sur le VIH
- ❖ soutenu par une équipe formée d'experts
- ❖ offert aux professionnels de la santé du Québec.
- ❖ 1 800 363-4814

Outils VIH

Prescription temporaire?



<https://www.guidetherapeutiquevih.com>



2019

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-337-01W.pdf>

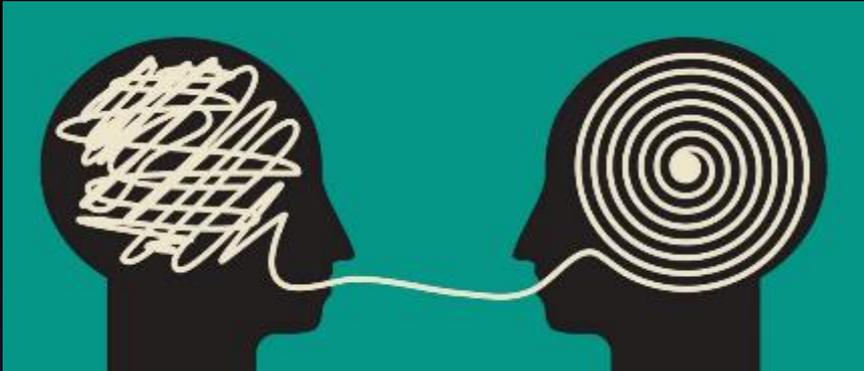
STIGMA +++

FAUSSES CROYANCES

VIH

Attention...

- Confidentialité
- Barrières compréhension/croyances
- Utilisation interprète
- Expliquer, rassurer +++...
- Sur plusieurs RV....



Delayed linkage to HIV care among asylum seekers in Quebec, Canada **BMC 2019**

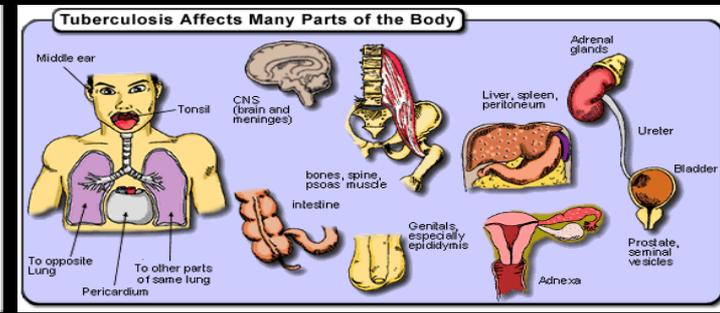
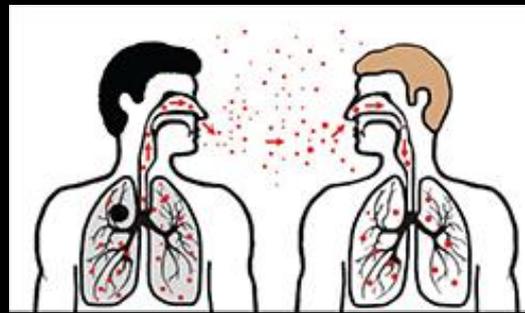
Nadine Kronfli^{1,2*}, Blake Linthwaite², Nancy Sheehan^{1,3}, Joseph Cox^{1,2}, Isabelle Hardy⁴, Bertrand Lebouché^{1,2,5}, Alexandra de Pokomandy^{1,2,5}, Charles Frenette¹, Michel Roger^{4,6} and Marina B. Klein^{1,2,7}

43% de nouveaux Dx!

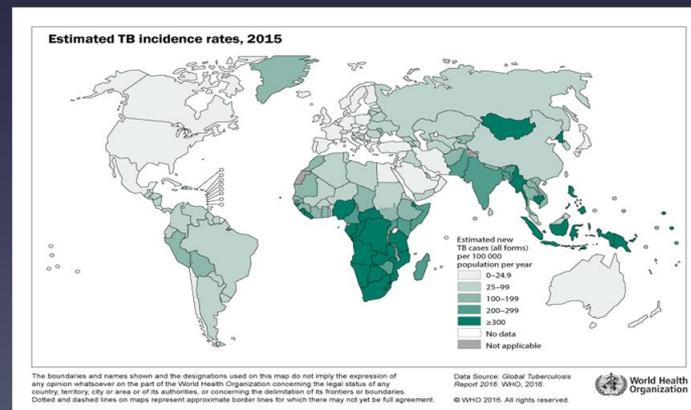
Seul 45% des DA nouvellement Dx VIH ont été "liés au soins" – ↑ risque de transmission

CASCADE DE SOINS

Tuberculose



- **Canada = pays d'incidence faible** : taux stable (2006-2018) ~ 4-5 cas/100,000
 - **MAIS** > 70% cas de TB active – chez personnes nées ou vécues dans un pays endémique
 - risque 15-300x plus élevé que population native Canada)
 - **Prédicteurs du développement de TB** :
 - Pays/ Région d'origine, Temps depuis arrivée , Classe d'immigration
 - Comorbidités/FR de réactivation : Tabac et alcool, Diabète, enfants < 5, IRC, cancers, immunosupprimés....



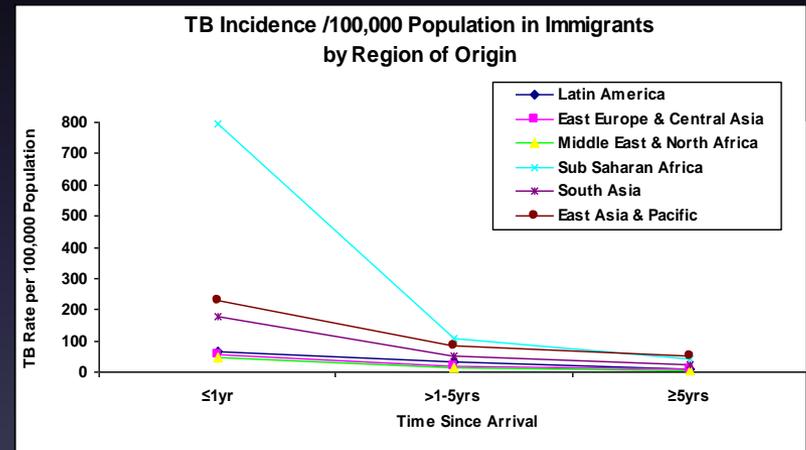


Type/Classe d'immigrants

- Réfugiés risque **2 X plus élevé**
 - Prévalence plus grande de ITL
 - Expositions récente

Temps depuis arrivée

- Taux 5-10X plus élevé dans la première année
- 2X plus élevé année #1-4 post-arrivée
- **Risque demeure élevé toute la vie** ** garder en tête reexpositions (visites famille/amis, voyages, communauté, travail..)



Creator IJTL 2005;9(6):667-672, Cain AJRCCM 2007;175(1):75-79, Farah Int J of Epi 2005;34(5):1005-1011

Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees

Christina Greenaway MD MSc, Amelia Sandoe MPH, Bilkis Vissandjee PhD, Ian Kitai MB BCH, Doug Gruner MD, Wendy Wobeser MD MSc, Kevin Pottie MD, Erin Ueffing BHSc MHSc, Dick Menzies MD MSc, Kevin Schwartzman MD MPH; for the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health

Lignes conduites CCSIR 2011

Qui dépister pour TB?

>95% cas TB active Canada – non dépistés EMI



- Immigrants provenant de région à haute incidence

- (>15/100 000 frottis + ou >30 /100 000 habitants)

- Incidence par pays: <https://www.who.int/tb/country/data/profiles/fr/>



- Dépister le plus tôt possible avec TCT, éliminer TB actif, recommander tx ITL

- < 20 ans

- réfugiés (< 50 ans)

- si FR de réactivation (ad 65 ans)

- Si Hx clair de Tx passé pour TB active
 - –ne pas dépister

- Si Hx pas clair et FR de réactivation
 - –dépister et Tx

- Personnes avec haut risque de réactivation

- (VIH, DM, IRC, silicose, greffe organe/immunosup.,TNF alpha,, contacts étroits ...)

Christina Greenaway et. al. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees Can. Med. Assoc. J. 2010 0:cmaj.090302v1; doi:10.1503/cmaj.090302

Barrières dépistage TB latente Cascade de soins pour réfugiés

OMS-Appel à élimination TB 2050

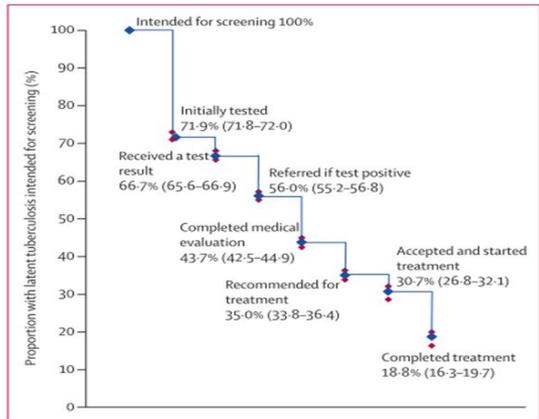


Figure 2: Losses and drop-outs at each stage of the cascade of care in latent tuberculosis

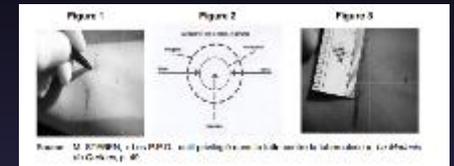
Cascade de soins faible!

Peu de cliniques réfugié font TCT sur place

Référence pour TCT



TCT +



Rayons X poumons

Message de promotion et prévention
(reconnaitre Sx Tb active)

Évaluation et Tx ITL si indiqué --- Complétion?

Research Article

A Step toward Tuberculosis Elimination in a Low-Incidence Country: Successful Diagnosis and Treatment of Latent Tuberculosis Infection in a Refugee Clinic

Elissa Rennert-May,¹ Elisabeth Hansen,² Toktam Zadeh,² Valerie Krinke,³ Stan Houston,^{1,4} and Ryan Cooper^{1,2,4}

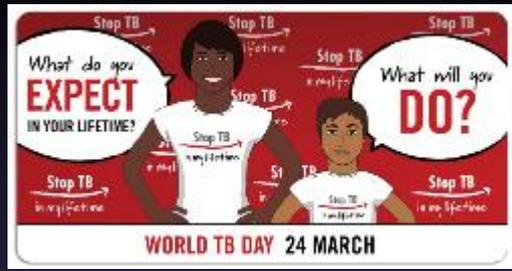
Canadian Respiratory Journal Nov 2015

ITL Traitement –
New Canadians Clinic Edmonton (Réfugiés)

- 147 Offert
- 96% Accepte
- 73% Complète

ITL Dépistage et Traitement – Clinique des Réfugiés CISSS
Montréal Centre x Feb 2015
(Jan 2020 – non publiées)

- 183 offert
- 94% accepte
- > 85% complète



Dépistage et Tx ciblée post arrivée pour réfugiés de pays haute incidence

Demographic predictors of active tuberculosis in people migrating to British Columbia, Canada: a retrospective cohort study

CMAJ 2018

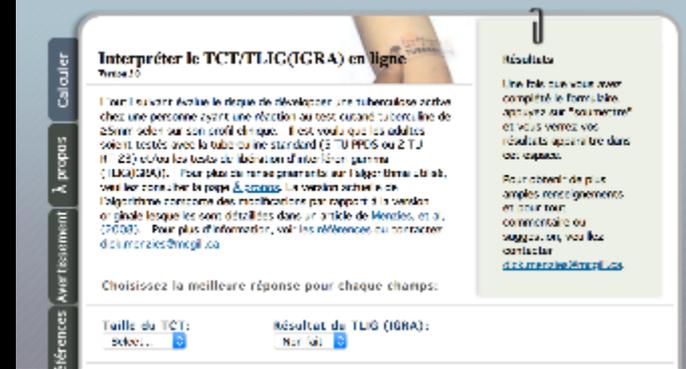
Lisa A. Ronald PhD, Jonathon R. Campbell PhD, Robert F. Balshaw PhD, Kamila Romanowski MSc, David Z. Roth MSc, Fawziah Marra PhD, Victoria J. Cook MD, James C. Johnston MD

■ Cite as: CMAJ 2018 February 26;190:E209-16. doi: 10.1503/cmaj.170817

OUTIL INTERPRÉTATION TST/ TLIG

<http://www.tstin3d.com>

- Mesure TCT
- Age
- Age immigration au pays de bas incidence TB
- Pays de naissance
- Statut BCG*
- Contact recent avec TB active?
- Conditions:
 - SIDA; VIH; IRC; DM, tabac (> 1 paquet/jr); inhib. TNF-alpha; conversion recente (2ans); Jeune age d'infection (<4 ans); Rayons X granulome, fibronodules; Tx immunos; BMI<20...



5 données – Interprétation TCT

- ① VPP
- ② Risque annuel de développer TB active
- ③ Risque cumulative (ad 80 ans)
- ④ Probabilité d'hépatite INH
- ⑤ Probabilité d'hospitalisation 2e hépatite

ATTENTION

Outil n'inclut pas situations récentes (ex Syrie...), pays transit, FR - type d'immigrants ...

Traitement TB latente en première ligne!

ORIGINAL ARTICLE

Four Months of Rifampin or Nine Months of Isoniazid for Latent Tuberculosis in Adults

Dick Menzies, M.D., Menonli Adjobimey, M.D., M.P.H., Rovina Ruslami, M.D., Ph.D., Anete Trajman, M.D., Ph.D., Oumou Sow, M.D., Heejin Kim, M.D., Joseph Obeng Baah, M.D., Guy B. Marks, Ph.D., F.R.A.C.P., Richard Long, M.D., Vernon Hoepfner, M.D., Kevin Elwood, M.D., Hamdan Al-Jahdali, M.D., et al.

NEJM 2018

RIF vs INH

Efficacité équivalente

RIF

- hépatotoxicité moindre
- Meilleurs taux de complétion

Feb 2020

Centers for Disease Control and Prevention

MIMWR Morbidity and Mortality Weekly Report

Recommendations and Reports / Vol. 69 / No. 1 February 14, 2020

Guidelines for the Treatment of Latent Tuberculosis Infection: Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC, 2020

Options recommandées - 3 à 4 mois de Tx!

TABLE 3. Recommendations for regimens to treat latent tuberculosis infection

Priority rank ^A	Regimen	Recommendation (strong or conditional)	Evidence (high, moderate, low, or very low)
Preferred	3 mos isoniazid plus rifapentine given once weekly	Strong	Moderate
Preferred	4 mos rifampin given daily	Strong	Moderate (HIV negative) ^B
Preferred	3 mos isoniazid plus rifampin given daily	Conditional	Very low (HIV negative)
		Conditional	Low (HIV positive)
Alternative	6 mos isoniazid given daily	Strong ^C	Moderate (HIV negative)
		Conditional	Moderate (HIV positive)
Alternative	9 mos isoniazid given daily	Conditional	Moderate

Services x 2015 aux CDR de Brossard et St-Hyacinthe Cliniques de TB latente – en première ligne !!

- Expertise locale en première ligne
 - Outils développés en partenariat

En cas d'urgence

Présentez-vous à :
l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne
(ouverte 24h/24, 7 jours/7) :

3120, boul. Taschereau, Greenfield Park

Apportez avec vous:

1. Votre carte d'assurance maladie
2. Ce document
3. Votre carnet de santé
4. Tous vos médicaments

Clinique des Réfugiés:
450-466-6084

OU

Via votre intervenant de la MRC

Maison Internationale
450-445-8777

Assurez-vous d'avoir assez de médicaments jusqu'à votre prochain rendez-vous.

La tuberculose latente

>> **Votre traitement**

Clinique des Réfugiés CLSC Samuel-de-Champlain

5811, boul. Taschereau, Brossard, porte 59
(450)-466-6084
Boîte vocale : 206

Medecins :

- Dre Lavanya Narasiah
- Dr Jean-François Desrosiers

Infirmière :

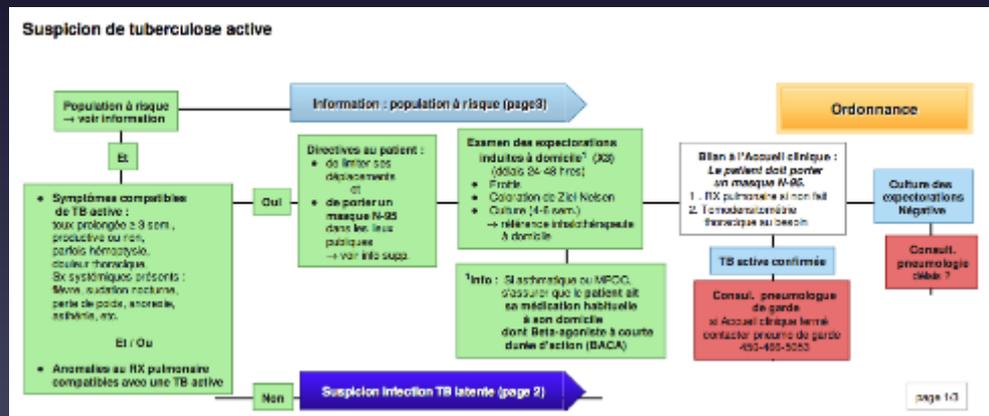
- Christiane Rondeau

RAMQ : _____

Dossier : _____

Dépliant réalisé par l'équipe des Cliniques des Réfugiés CSSS Champlain et CSSS Richelieu-Yamaska - Janvier 2015
Basé sur le dépliant de l'Institut Thoracique de Montréal

- Protocole d'accueil clinique pour territoire CSSS Champlain Charles Lemoyne (outil en ligne)



- À venir : étude collaboration DSP Montérégie

QUELQUES CLINIQUES TB - MTL

Centre Universitaire Santé McGill – site Glen



Hôpital Montréal pour Enfants

Clinique TB - Enfants
Centre Respirologie Pédiatrique
FAX 514-412-4266

Hôpital Ste-Justine (Enfants)

Clinique Tuberculose
Tél. : (514) 345-4931
Poste 3900 / 3937



Institut Thoracique de Montréal

Clinique TB - Adultes

514-934-1934 - ext. 1- 32588

- Expertise: Dr. Faiz Khan et l'équipe
- Experts infirmier(e)s TB : Amélie Fosso et Denis Francis
- Expert International: Dr. Dick Menzies



Clinique TB (Adulte)

514-340-8222 ext 22933
Dr. Christina Greenaway
Dr. Mark Palayew

Ressources TB



- 7e édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse – Chapitre 13 - Populations haut risque <http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/normes-antituberculeuse-2013>
 - Dr. Greenaway et Dr. Khan

<http://www.bcgatlas.org/>

Site web interactif avec info. sur pratiques vaccinales du BCG courantes et passées pour plus de 180 pays.





Défis d'accès aux services pour TB au Québec Pour migrants statuts précaire et non assurés

(ex: étudiant/travailleurs migrants/visas visiteurs, entre/sans statut...)



Aucun
Ou accès difficile
soins de santé



Délais
d'accès

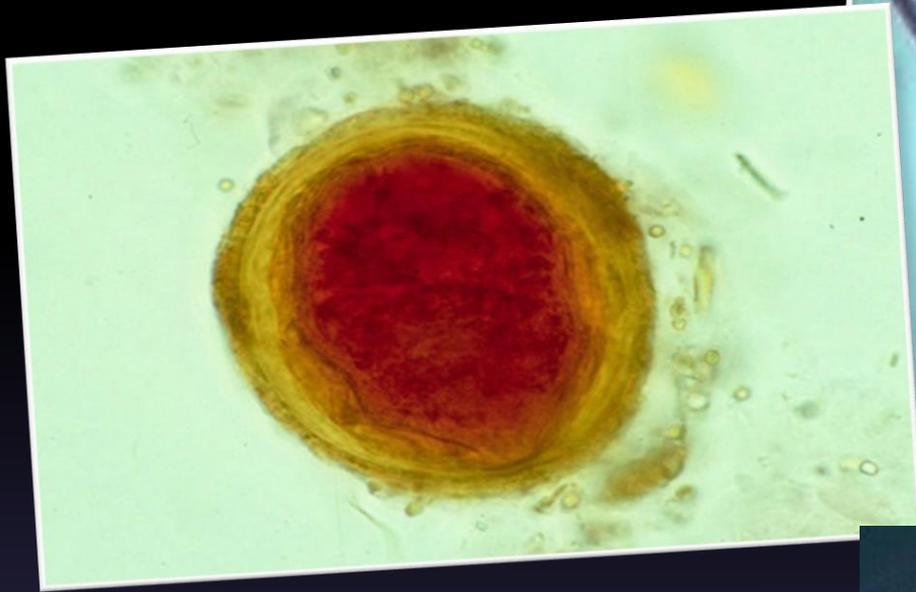


Aucun
examens
dépistage TB
gratuit



Si diagnostic TB

Aucun/Accès
difficile au
traitements TB
gratuit



Parasites





Nourriture



Insectes



Terre

Eau



Modes de transmission
parasitoses

Distribution géographique des parasitoses intestinales fréquemment rencontrées



Les soins aux enfants
néo-canadiens

Guide pour les professionnels de la santé œuvrant
auprès des familles immigrantes et réfugiées

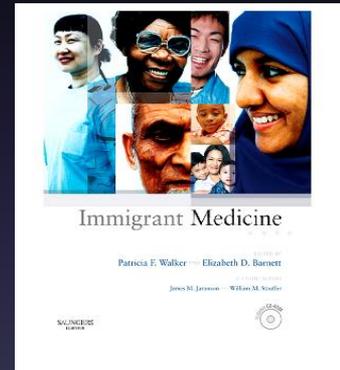


Société
canadienne
de pédiatrie

Tableau 1. Principaux parasites intestinaux observés dans les populations de réfugiés, en fonction de leur région d'origine

Toutes les régions	Afrique	Asie	Amérique latine	Moyen-Orient	Europe de l'Est
<i>A. lumbricoides</i> <i>T. trichiura</i> (ankylostomes) <i>S. stercoralis</i> (oxyures) <i>Fasciola</i> <i>Hymenolepis nana</i> (ténia nain) La plupart des protozoaires, particulièrement la <i>Giardia intestinalis</i> (<i>lamblia</i>)	<i>S. mansoni</i> <i>S. haematobium</i> <i>S. intercalatum</i> <i>Taenia saginata</i> (ténia, particulièrement en Éthiopie et en Érythrée)	<i>Fasciolopsis buski</i> Asie du Sud-Est <i>Opisthorchis viverrini</i> <i>Clonorchis sinensis</i> <i>S. japonicum</i> <i>S. mekongi</i> Asie du Sud <i>Taenia solium</i> (ténia du porc)	<i>Taenia solium</i> <i>S. mansoni</i> <i>Opisthorchis guayaquilensis</i> (Équateur)	<i>Echinococcus</i> <i>Giardia</i>	<i>Diphyllobothrium latum</i> <i>Opisthorchis felineus</i>

Traduction des Centers for Disease Control and Prevention, novembre 2013. [Intestinal parasite guidelines for domestic medical examination of newly arrived refugees.](#)



Tiré aussi du
Livre
Immigrant
Medicine



CCSIR – Prévalence des parasitoses au Canada chez immigrants ?

La plupart sont sous rapportées ; données prévalence insuffisantes pour pop. Canadienne ou chez immigrants/réfugiés

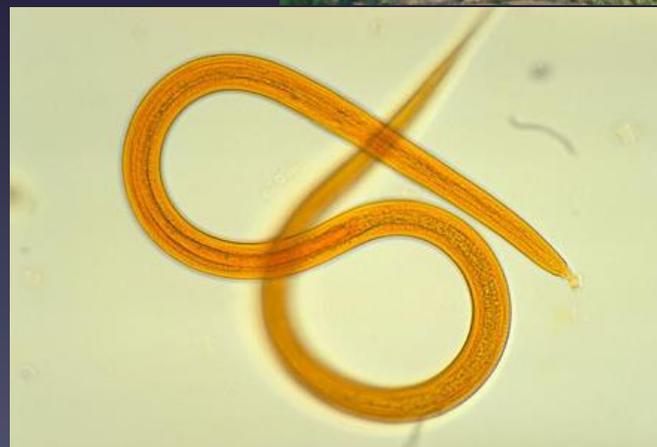
- Seuls certaines parasites (Amibe, Giardia, Cryptosporidium, Cyclospora ...) sont **MADO's**
- Certains pays ont programmes de “**déparasitage annuel**”
 - **Enfants scolaire – malnutrition, anémie, fatigue...**
- Implémentation du Tx **empirique pré-depart** d'albendazole (CDC)



**Appendix 8: Intestinal parasites – *Strongyloides* and *Schistosoma*:
evidence review for newly arriving immigrants and refugees**

Kamran Khan MD MPH, Christine Heidebrecht MSc, Jennifer Sears BSc, Angie Chan MPA, Meb Rashid MD, Christina Greenaway MD MSc, William Stauffer MD MSPH, Lavanya Narasiah MD MSc, Kevin Pottic MD MCISc; for the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health

2 HELMINTHES À DÉPISTER



Lignes directrices CCSIR 2011



Category	Recommendation
Stongyloides	Screen refugees newly arriving from low-income countries in Southeast Asia and Africa with serology for strongyloidiasis and treat if positive with ivermectin (first line) or albendazole (if contraindications to ivermectin).

Dr. GREENAWAY – modification recommandation:

**** DÉPISTAGE POUR TOUT IMMIGRANT IMMUNOSUPPRIMÉ OU À RISQUE AVANT TX IMMUNOSUPPRESSEURS (CORTICO's; CHIMIO's...)**



Strongyloides stercoralis

- Helminthe – infection du tractus GI (cycle autoinfection – persiste décennies)
- Exposition via larve dans terre contaminée --- pénétration peau
- Majorité des cas bénins (Asx – porteurs chroniques) , Sx GI non spécifiques et vagues
- Mondiale sauf Antartique ! (le plus commun - Asie SE; Am. Latine; Afrique SS..)
- Étude ÉU : prévalence chez immigrants – 0 à 46%!
- **MAIS fatale si hyperinfection/dissemination (> 70% mortalité)**
 - Hyperinfection peut se produire des décennies après immigration
 - Fx prédisposants: HTLV-1, immunosuppression (*pas VIH) , prise de corticoTx même court terme, cancers (lymphomes, leucémie...) , malnutrition...
 - Chez immunosupprimés: maladie digestif, pulmonaire, cérébrale et SNC

*****ATTENTION**

avant de prescrire corticostéroïdes ou immunosupprimeurs long-terme!!

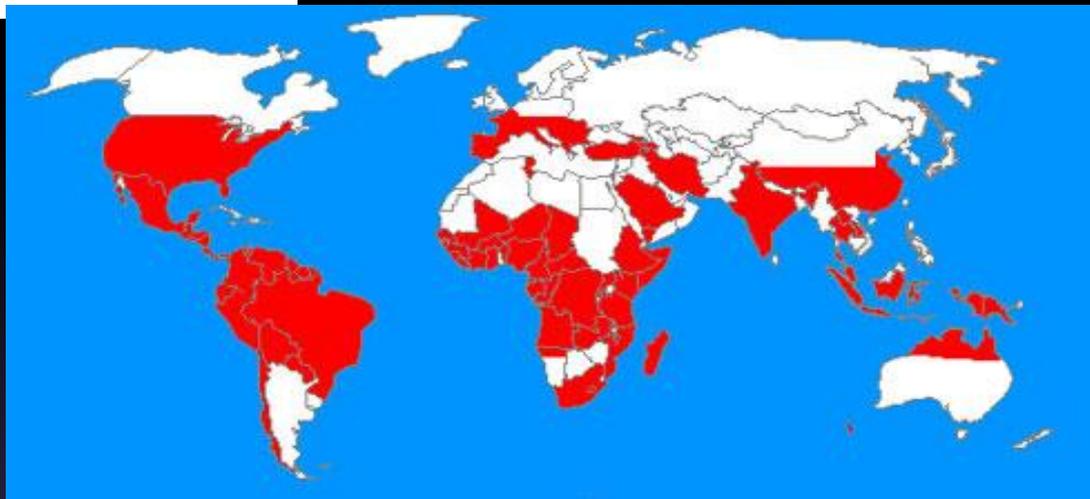


DÉCLARATION DU COMITÉ CONSULTATIF

Déclaration sur la strongyloïdose disséminée : lignes directrices en matière de prévention, d'évaluation et de prise en charge du CCMTMV

Boggild AK^{1,2,3}, Libman M⁴, Greenaway C⁵, McCarthy AE⁶, au nom du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)*

2016 – sur site ASPC



Dépistage Strongyloides chez les réfugiés ?

Opinion d'experts

Dr. Keystone et Dr. Greenaway

POUR TOUS !

indépendamment de l'histoire ou pays

**peu importe si éosinophilie

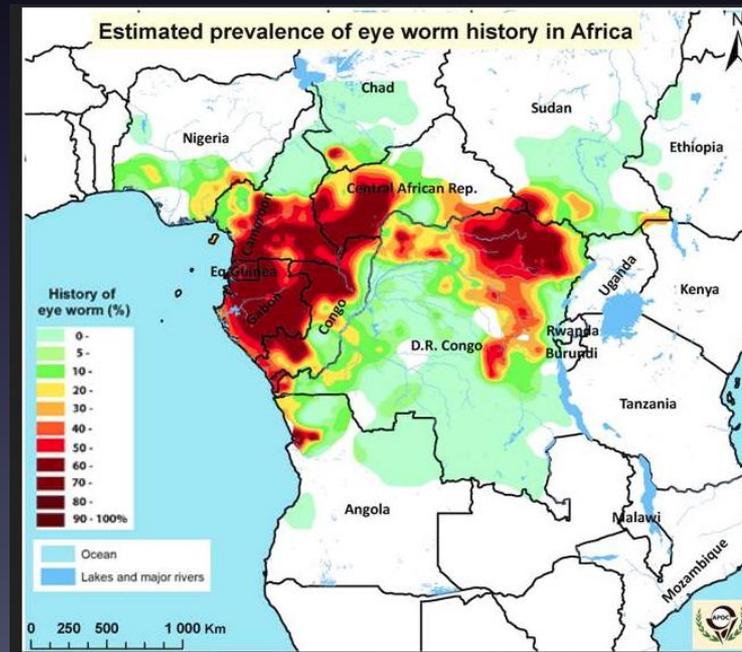


*** AVANT de Traiter pour Strongyloides ***

- Vérifier si origine ou transit pays endémique pour LOA LOA ?
 - Tx Ivermectine risque d'effets 2e inflammatoire/encéphalite et mortalité +++
 - Référence en MALADIES INFECTIEUSE (Maladies tropicales)
- Ou
- Faire MICROFILAIÉRIE et envoyer au Centre de Maladies Tropicales Mtl

PAYS ENDÉMIQUES POUR LOA LOA

Angola (nord)
Benin (sud-est)
Cameroun
République Centre Africaine
Tchad
RDC
Guinée équatoriale
Éthiopie
Gabon
Nigeria
Sudan
Ouganda



Traitement et Suivi Strongyloïdes

TRAITER (les + et les « douteux »)

Ivermectine

** x 2019 – Disponible via Pharmacies 3mg/co

(4Co – 47\$) couvert PFSI MAIS non couvert RAMQ! MSSS?



- Dose Adulte + Pédiatrique 200 mcg/kg/jr unidose PO x 2 jours de suite
- Pas chez femme enceinte ou enfants <15kg

Alternative - Albendazole

** seulement disponible par demande Programme Accès Spéciale de Santé Canada

- 400 mg PO bid x 7jrs

SUIVI POST – TRAITEMENT

Dr. Greenaway et Centre Maladies Tropicales suggèrent :

- pas de 2^{ième} dose 2 à 4 semaines plus tard
- Répéter sérologie 6 à 12 mois post-Tx - titre devra baisser de plus de 60%
 - ** En pratique pour réfugiés ? ** immunosupprimée ou risque d'immunosuppression

Programme d'Accès Spécial Santé Canada aux médicaments !

 **PROTÉGÉ UNE FOIS COMPLÉTÉ**

PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL
FORMULAIRE A - DEMANDE AXÉE SUR LE PATIENT

SECTION A : INFORMATION SUR LE PRATICIEN		
Nom du praticien :		
Nom de l'hôpital ou clinique : (si applicable)		
Adresse : (adresse d'expédition seulement)		
Ville :	Province :	Code postal :
Personne-ressource : (si autre que le praticien)	Médicament envoyé a/s de :	
Téléphone :	Pharmacie d'hôpital <input type="checkbox"/>	
Télécopieur :	Bureau du praticien <input type="checkbox"/>	
Adresse électronique : (optionnel)	Médecine nucléaire <input type="checkbox"/>	
	Banque de sang <input type="checkbox"/>	
	Adresse électronique du praticien : (optionnel)	

SECTION B : INFORMATION SUR LE MÉDICAMENT ET LE FABRICANT	
Appellation commerciale :	Autre nom :
Nom du fabricant :	N° de commande :
Voie d'administration : ORALE I.V. I.M. TOPIQUE S.C. AUTRE :	
Forme posologique : COMPRIMÉ CAPSULE LIQUIDE POUDRE CRÈME ONGUENT TIMBRE AUTRE :	

SECTION C : INFORMATION SUR LE PATIENT
Si vous disposez d'approvisionnement en médicament et souhaiteriez le transférer à un autre patient, veuillez demander une autorisation seulement . Veuillez cocher la case suivante et compléter le tableau ci-après. Précisez la quantité de médicament transférée dans la section à cet effet.

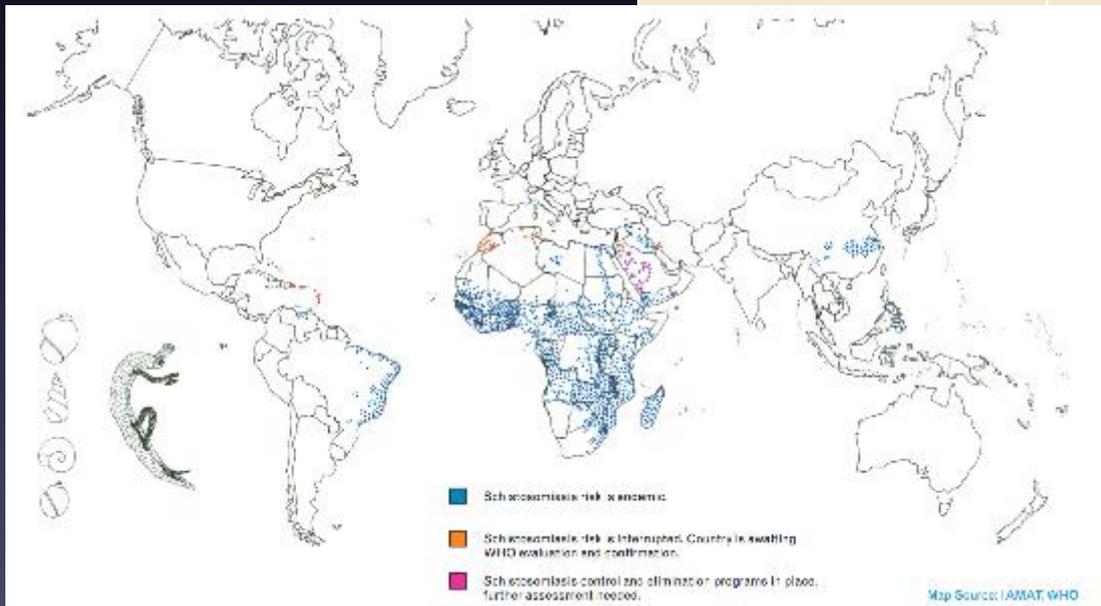
- Albendazole (GSK) :
 - Formulaire Programme d'Accès Spécial de Santé Canada
 - (3-4 jours)

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/acces-special/medicaments/demande-acces-special-formulaire.html>

Lignes directrices CCSIR 2011



Category	Recommendation
Schistosomiase	Screen refugees newly arriving from Africa with serology for schistosomiasis and treat if positive with praziquantel.



MAIS MANQUE DE DONNÉES ...

Opinion d'expert Dr. Greenaway basée sur données OMS

Dépistage Schistosomiase?

Afrique partout

Asie sud est : Indonésie. Thaïlande (itbc), Malaisie (itbc)

Pacifique occidentale: Laos, Cambodge, Philippines, Chine

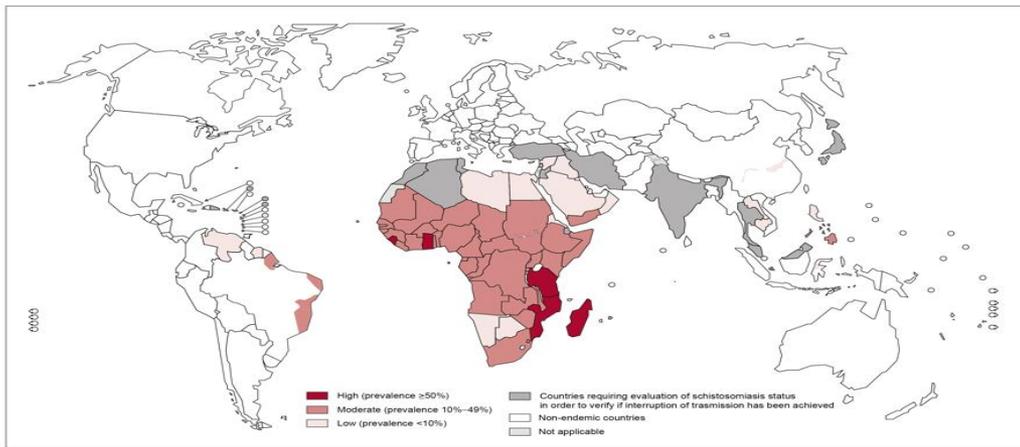
Moyen Orient: Iran (itbc), Iraq (tbd), Jordanie (itbc), Syrie (tbd), Oman (tbd), Arabie-Saoudite (tbd). Liban (itbc), Turquie (itbc)

Amérique sud: Brésil et Vénézuéla

OMS 2018

**** Pas de schisto en :** Afghanistan, Pakistan, Myanmar, Nepal, Bhoutan, Colombie, Equateur, Bangladesh

Distribution of schistosomiasis, worldwide, 2012



Pays d'origine et transit des demandeurs d'asile ?



Des migrants centraméricains embarquent sur un train baptisé « la Bestia », à Ixtepec, au Mexique. Photo : Associated Press/Eduardo Verdugo

RadioCanada



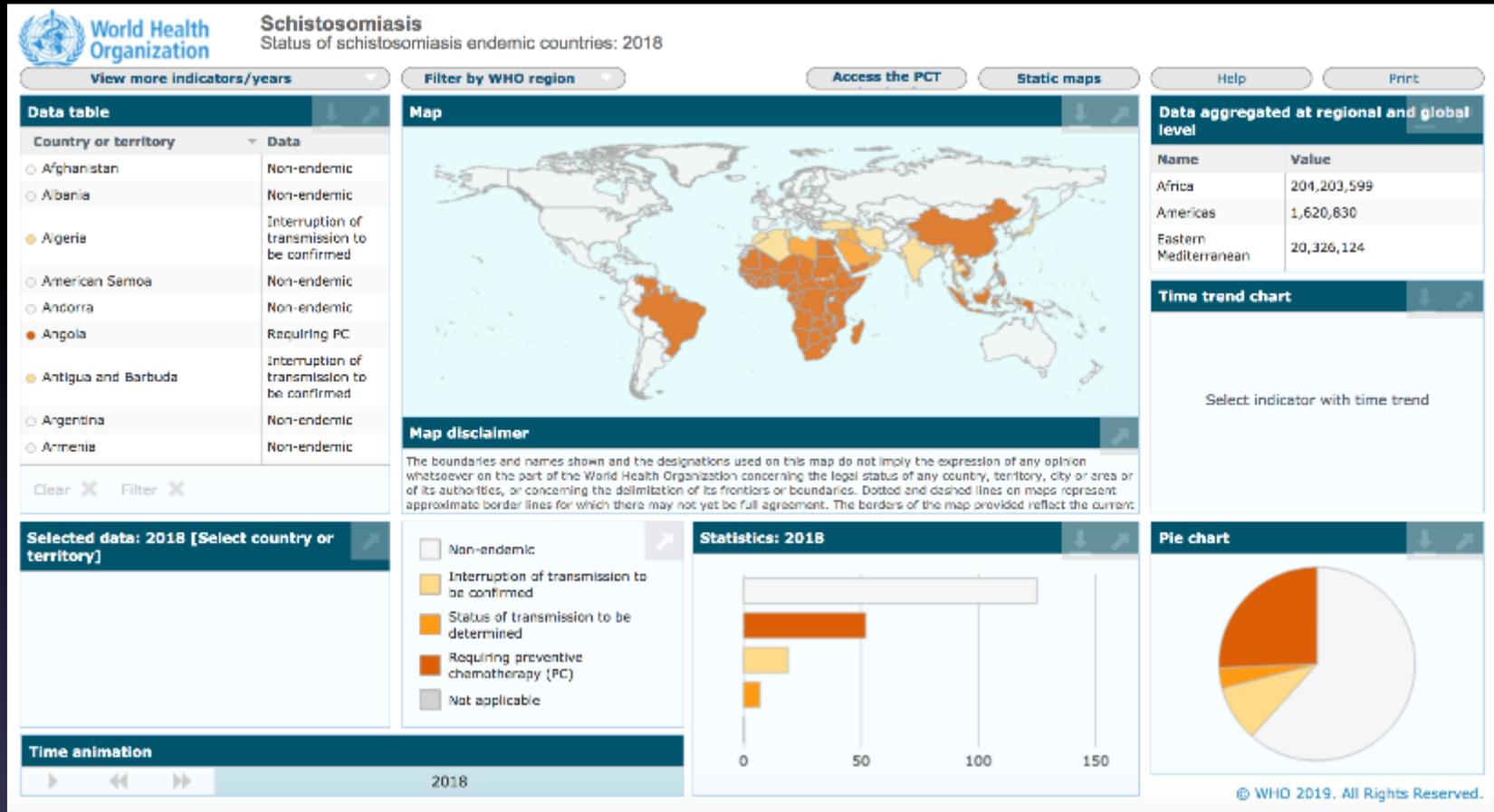
BRÉSIL AU CANADA

Origines :

- Afrique (RDC, Angola, Nigeria, Sierra Leone...)
- Haiti et Am. Latine

- 11 Frontières
- Passeurs
- Réseau Clandestin

Cartes interactives OMS



Schistosomiase

— http://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/sch/sch.html

Sérologie Schisto + ... ensuite?

1. Analyse d'urine pour r/o sang
2. Urine O+P - Microscopie oeufs parasites dans urine --- INFORME LA CONDUITE
 - MAIS compliquée !!!!
 - collecte ds sac de 24hrs avec formalyne – entre 10h et 14h car “intermittent shedding”

POUR NOUS EN PREMIÈRE LIGNE = DIFFICILE ...!!!

Opinion expert - Dr. Greenaway

Si Asymptomatique , O+P x2 NEG et PAS de sang ou aN urine

A) traiter 1x

B) Echo Abdo – r/o hydroneph, calcif. vessie, aNfoie, Splénomég ...

- À vérifier avec Dr. Libman

- rendre recommandations provinciales cliniques réfugiés

Traitement schisto – dose?

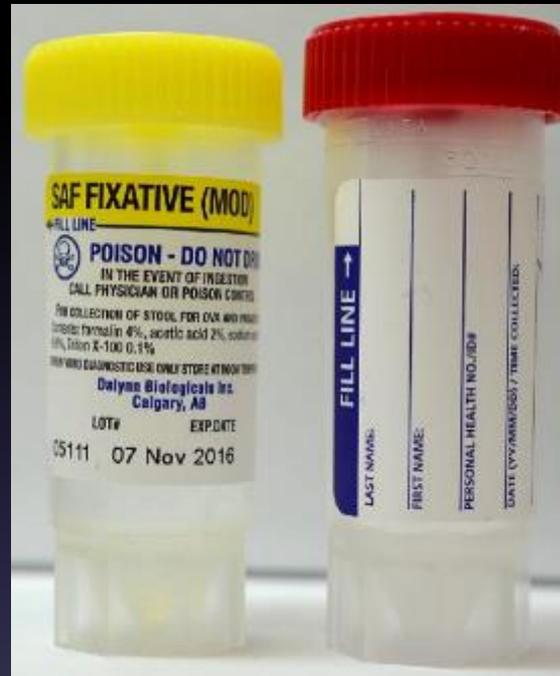
- Praziquantel 40 à 60 mg/kg/jr divisé en 2 doses prises en 1 jour
- Dose exacte 40 vs 60 dépend du type de schistosome et donc du pays d'origine et transit
- S. Japonicum et S. Mekongi : 20mg/kg TID x 1 jour
- ** Réfugiés au Québec :
- Afrique ou Moyen Orient - surtout S.Haematobium , S. Mansoni , S.Intercalatum
 - 40mg/kg/jr en bid x 1 jour (20mg/kg BID x 1 jr)

Tableau: Espèces parasitaires et répartition géographique de la schistosomiase

	Espèces	Répartition géographique
Schistosomiase intestinale	<i>Schistosoma mansoni</i>	Afrique, Moyen-Orient, Caraïbes, Brésil, Venezuela, Suriname
	<i>Schistosoma japonicum</i>	Chine, Indonésie, Philippines
	<i>Schistosoma mekongi</i>	Plusieurs districts du Cambodge et de la République démocratique populaire lao.
	<i>Schistosoma intercalatum</i> et <i>S. guineensis</i> espèce voisine	Zones des forêts tropicales humides en Afrique centrale
Schistosomiase urogénitale	<i>Schistosoma haematobium</i>	Afrique, Moyen-Orient

Source – site OMS

Dépistage ova parasites dans les selles – POUR TOUS ?



Explications simples

Assurer compréhension...!

Dépistage réfugiés - parasites selles

Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile à Montréal

Prévalence et facteurs de risque associés

Marie-Jo Ouimet MD, MSc, DTM&I, Marie Munoz MD¹, Lavanya Narasiah MD, MSc, Vanessa Rambure MD & José A. Correa PhD

[Canadian Journal of Public Health](#)
volume 99, pages 499–504(2008)

Retrospective de 289 dossiers DA

2001-2004

Prévalence pathogènes selles – 10.5%

Parasitic stool testing in newly arrived refugees in Calgary, Alta

Giselle DeVetten MD CCFP DTM&I Meghan Dirksen MD CCFP Robert Weaver MSc
Tanvir Turin Chowdhury PhD MBBS Michael William Aucoin MD CCFP DTM&I

Retrospective de 1390 dossiers réfugiés

2011-2013

Prévalence parasites selles pathogène - 16.3%

Plus hautes prévalences chez enfants âge scolaire et ceux transit Asie ou Afrique SS

Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont

Part 1: infectious diseases

Vanessa J. Redditt MD CCFP Praseedha Janakiram MD CCFP Daniela Graziano MSc Meb Rashid MD CCFP

Retrospective de 1063 dossiers réfugiés

2011-2014

Prévalence générale – 16 % (361 échantillons)

si r/o E.dispar et D. fragilis - prévalence 7%

VOL 63: DÉCEMBRE 2017 •Le Médecin de famille canadien

Vol 61: juillet 2015 •Le Médecin de famille canadien

Dépistage ova parasites dans les selles chez les réfugiés?

Pratiques courantes des cliniques réfugiés (Calgary, Toronto, Ottawa et nous...)

O + P X 2 - pas la même journée

(recherche de parasites 1X et 1X PCR (TAAN))

CHEZ:

- Enfant en provenance de l'Asie et de l'Afrique (origine ou transit)
- Adultes et enfants qui ont vécu en camps de réfugiés ou en situation de précarité
- Adulte et enfant immunosupprimés
- Adulte et enfant avec symptômes gastro-intestinaux,
- Adulte et enfant avec anémie sans cause ou éosinophilie
- Adulte et enfant avec dénutrition ou malnutrition



E.hystolitica vs E.dispar ?

SPECIMEN SELLES FRAICHES CONGELÉES

– (>90% sont dispar!!)

NOUVEAU **

x quelques années – TAAN (PCR) !!!

Entamoeba histolytica

Giardia lamblia

Cryptosporidium

Dispar **OU** Histolytica

- s'informer à votre laboratoire

Parasites dans les selles – Pathogène ou Non?

Non pathogènes	Rarement pathogènes (Controversé)
<ul style="list-style-type: none">• Chilomastix mesnili• Endolimax nana• Entamoeba coli• Entamoeba dispar *• Entamoeba hartmanni• Entamoeba polecki• Iodamoeba buetschlii• Pseudolimax butschlii	<ul style="list-style-type: none">• Blastocystis hominis• Dientamoeba fragilis (* parfois oxyures concomitant) <p>(très rarement Sx GI vagues)</p> <p>CAT: Considérer Tx si :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Sx sans autre cause➤ immunosupprimée



Traitement Amibiase

Amibiase	Adulte	Pédiatrique
Asymptomatique (kystes)	Paramomycin (HUMATIN) 25-35mg/kg/jour en TID x 7 jours Iodoquinol et Diloxanide (NON DISPONIBLE au Canada)	Paramomycin (HUMATIN) 25-35mg/kg/jour en TID x 7 jours
Maladie modérée intestinale	Metronidazole 500-750 mg TID X 7-10jrs suivi de Paramomycin	35-50 mg/kg/jr en TID X 7-10jrs suivi de Paramomycin
Maladie sévère intestinale ou extraintestinale	Metronidazole 750 mg TID X 7-10jrs suivi de Paramomycin	35-50 mg/kg/jr en TID X 7-10jrs suivi de Paramomycin

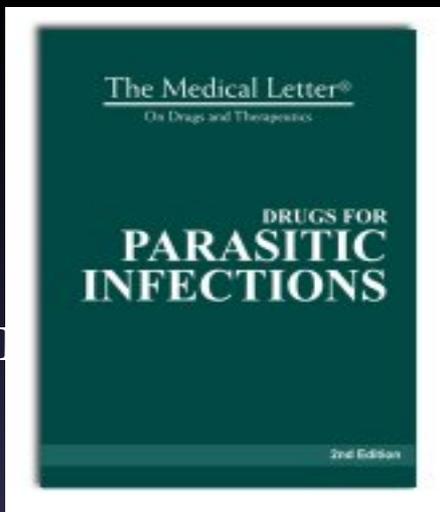
Mis à jour août 2013

Traitement Giardiase

Pas de piscines, lac, Jacuzzi...

Lavage mains

Pas de travail avec nourriture ou ds hôpitaux



Giardiase	Adulte	Pédiatrique
Symptomatique	Metronidazole 250 mg TID X 5 -7 jours	15mg/kg/jr en TID X 5 - 7 j 1-3ans: 100 mg PO bid x 3j 4-11ans: 200 mg PO bid x 3j >12ans: 500 mg PO bid x 3j
Asymptomatique kystes	Controversé Dr. Greenaway: Pas de Tx sauf si habite avec cas FK ou hypogammaglobulinemie	si couches : Tx sinon pas Tx sauf si risque transmission : contact avec immunosupprimés, FK, hypogamma

Mis à jour août 2013



Maladie de Chagas – Dépistage?

Trypanosomiase Américaine

- *Trypanosoma cruzi* (protozoaire)
- Transmission : insecte triatomine ; congénitale, transfusion; transplant + ...
- Endémique : Mexique, Am. Centrale et Am. Sud
- Infection – aigue; chronique- asymptomatique,
 - 20-30% peuvent développer forme sévère et parfois mortelle
- Complications Chagas chronique : Arrythmies, cardiomégalie, insuff. cardiaque, tr. GI (oesophage ou colon dilaté) ** attention chez immunosupprimés
- Dx : Sérologie
- Tx benznidazole ou nifurtimox

Qui dépister?

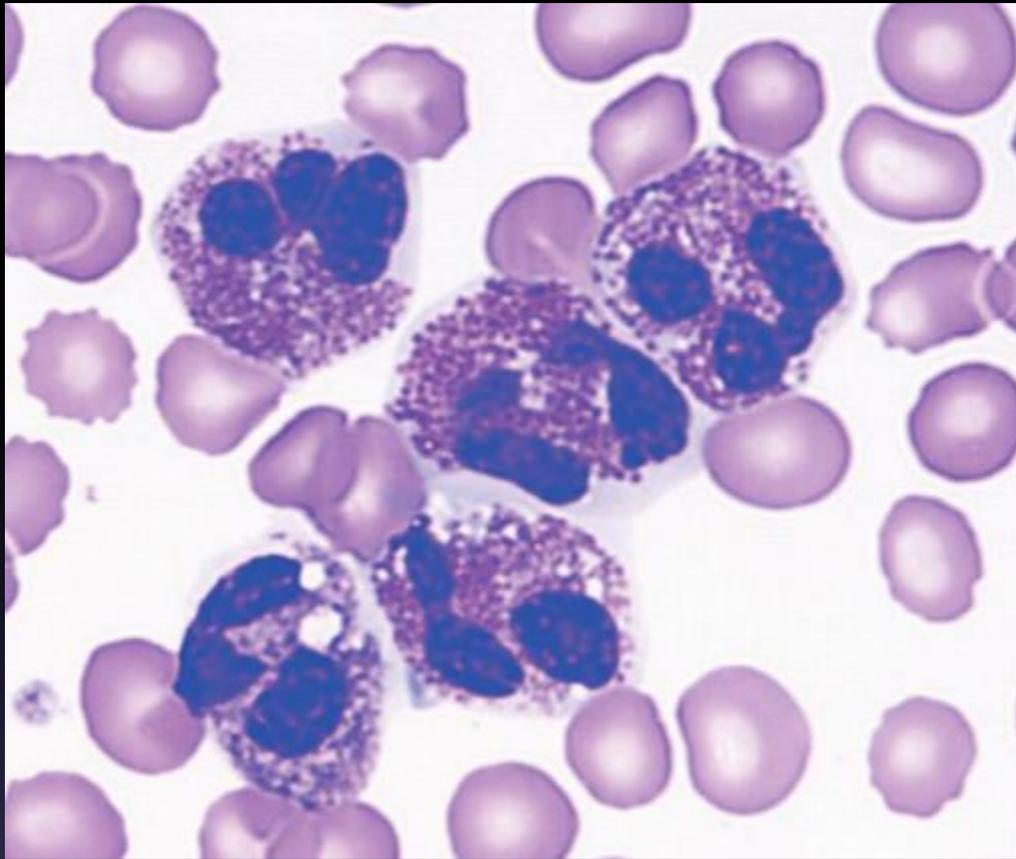
Opinion expert Dr. Greenaway et TDC

Réfugiés de l'Amérique Latine:

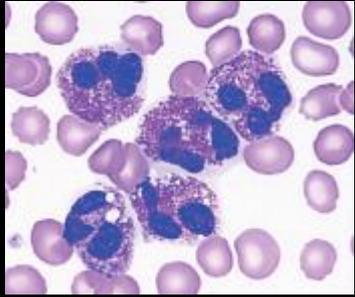
- <20 ans tous
- <50 ans femme âge procréer
- 20-50 hommes –si Hx précarité +++ immunosuppression ou risque futur d'immunosuppression

Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants at primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis

Dr Ana Requena-Méndez, PhD   • Sheila Bussion • Edelweiss Aldasoro, MSc • Yves Jackson, PhD • Andrea Angheben, MD • David Moore, PhD • et al. [Show all authors](#)

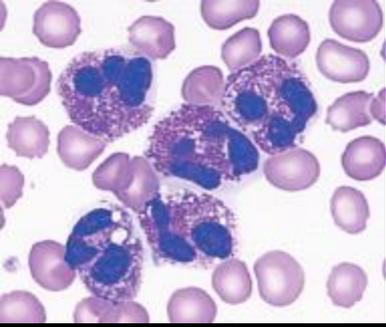


Éosinophilie = Parasitose ?



Éosinophilie - selon la littérature

- Définition: **valeur absolue** $> 450 - 500$ cell. / μ l ou / mm^3 (0,45-0,50)
- La cause la + commune **chez réfugiés** : **parasites – helminthes**
 - Ne jamais utiliser comme méthode de dépistage seule !
 - Les + communs : ascaris, filaires, ankylostome, schisto., strongy., trichuris, toxocaria
- Causes **non infectieuses**: hypersensibilité vs réactions (ex. ATB, AINS, atopie, Mal. tissue conjonct. (Lupus, AR..), neo (lymphomes...), MII (Mal. Infl, intest), Allergie ou mal. Auto-imm, Mal. hematol...



Si eosino + isolée..

(FSC; ALT n; O+P neg ; Strongy neg ; Schisto PRN neg)

Que faire?

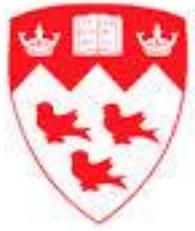
Approche acceptable selon Dr. Greenaway et Dr. Libman (TDC)

- a) Si eosinophilie < 1000 - répéter dans 6 mois ... si encore positif et < 1000
 - ✓ Faire bilan complémentaire et chercher autres étiologies...

- b) Si eosinophilie > 1000 - r/o étiologie allergique, immunologique, néoplasique
 - ✓ Histoire détaillé
 - ✓ Répéter FSC, O+P
 - ✓ ajouter IgE, An. Urine, Rayons X poumons, sérologie filaires et toxocaria

Si TOUT négatif que faire ?

*** Clinique réfugiés Minessota : Tx Empirique avec Ivermectine et Praziquantel



McGill

J.D. Maclean
Centre de Maladies
Tropicales

Hôpital Général de Montréal – Site Glen
1001 Boulevard Décarie
Montréal, QC H4A 3J1

tel. (514) 934-8049 Fax. (514) 934-8224
Ligne MD : 514-933-7045

- Dr. Micheal Libman
- Dr. Cedric Yansouni
- Dr. Sapha Barkati
- Dr. Brian Ward
- Dr. Chris Greenaway (HGJ)
- Dr. Sélim Rashed
- Dr. Makeda Semret ...



AUX 2 ANS

JUNE 7-10, 2020

**Clinical Tropical and
Geographic Medicine**

CHAQUE ANNÉE



6th McGill Summer Institute in

**Infectious Diseases
and Global Health**

JUNE 1-12, 2020 · MONTREAL, CANADA



MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Prog Immunisation OMS ont débutés en 1971:
plusieurs adultes ne sont pas couverts

Seulement 50% des pays offrent vaccin rubéole
ou oreillons...

Guerre, migration... Rupture des services de
santé

Barrières d'accès et hésitation vaccination
post-arrivée



**IMPACT SUR LES TAUX DE VACCINATION ET
COUVERTURE**



Syrie Avant guerre - >90% couverture
Après guerre < 50% ...

Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)

Introduction

Capsule narrée

Infolettre

Sections

- Seules preuves écrites acceptées:

1. Nom
2. DDN
3. Nom du vaccin
4. Date administré

- Vérifier si respect de:

- Nombres doses
- Dose du vaccin (ml) : si insuffisant – refaire
- Age minimale
- Intervalles minimaux
 - Si trop court = dose non valide---refaire
 - Calendrier interrompue – continuer
- Voie (sc, im)



Country/Region	Total number of DTP3 vaccinations	DTP3 coverage	DTP3 coverage (95% CI)
World	100,000,000	85%	82-88%
High-income	10,000,000	95%	92-98%
Lower-middle income	50,000,000	75%	70-80%
Low-income	40,000,000	55%	50-60%

- Devront être compatible avec calendrier pays d'origine (WHO)

- http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=COD

✓ Si valide : mettre à jour

✓ Si pas valide : reprendre selon l'âge

Calendriers de vaccination

Personnes nouvellement arrivées au Québec

Les références suivantes peuvent être utiles :

- [Vaccins utilisés dans les programmes publics au Canada](#) 
- [Programmes de vaccination des différents pays](#) 
- [Vaccins utilisés à l'étranger](#) 
- [Termes liés à la vaccination \(en plusieurs langues\)](#) 

Ressource



- Service provincial de traduction/interprétation pour carnets d'immunisations international

CHU SAINTE-JUSTINE
Centre hospitalier universitaire infant-jeune

Accueil À PROPOS DE NOUS NOTRE MISSION SERVICES CLINIQUE S SALLE D'OPÉRATION CHU SAINTE-JUSTINE UNIVERSITÉ DE QUÉBEC

Interprétation de carnets de vaccination étrangers

Interprétation de carnets de vaccination étrangers
Outils d'aide à l'interprétation

L'interprétation d'un carnet de vaccination étranger nécessite une vérification de la langue, de l'écriture, et de la validité des données de vaccination avant leur reconnaissance.

Il est recommandé de consulter les documents relatifs à la vaccination antérieure de la personne.

Par ailleurs, nous offrons des services d'interprétation pour les personnes qui ont des difficultés à communiquer avec le personnel de la clinique.

CHU Sainte-Justine
Centre hospitalier universitaire infant-jeune
Université de Québec

- Hôpital Ste-Justine

Sandra Caron, infirmière clinicienne

Santé et adoption internationale, vaccination, tuberculose

Nouveau x 2020 – outils pour interprétation

<https://www.chusj.org/soins-services/V/Vaccination/Carnets-de-vaccination?prov=maladiesinfectieuses>

sandra.caron.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Tél.: 514-345-4931 poste 6066

Télécopieur : 514-345-4822

PIQ - ADULTES

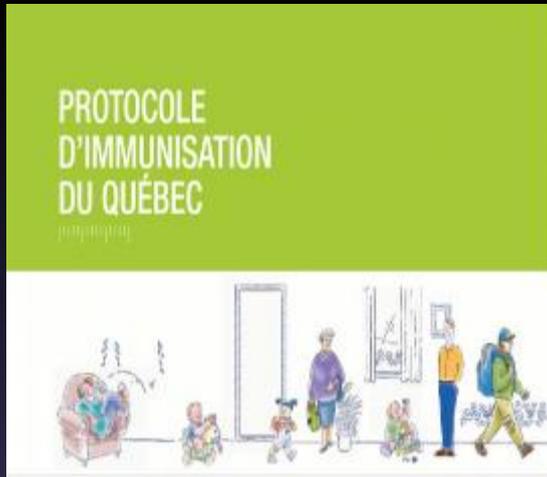
Calendrier pour amorcer la vaccination des adultes âgés de 18 ans et plus à la 1^{re} visite

Moment propice à la vaccination	Vaccins	Précisions
1 ^{re} visite	dcaT RRO ou RRO-Var	RRO ou RRO-Var : voir les critères pour considérer comme adéquatement vaccinés les adultes âgés de 18 ans et plus
4 semaines à 2 mois après la 1 ^{re} visite	dT RRO ou RRO-Var	RRO ou RRO-Var : voir les critères pour considérer comme adéquatement vaccinés les adultes âgés de 18 ans et plus
6 à 12 mois après la 2 ^e visite	dT	Donner 1 dose de dT tous les 10 ans
50 ans	dT	Mettre à jour le statut vaccinal à cet âge
65 ans	Pneu-P-23	s.o.
75 ans	Inf	Administrer ce vaccin annuellement

RRO ?... Varicelle ?... Polio ? ... Hépatite B ? ...VPH ?

PIQ - RRO

- Rougeole



Catégorie	Nombre de doses requises pour être considéré comme protégé ^{(1),(2)}		
	1 dose ⁽³⁾	2 doses ⁽⁴⁾	Aucune dose
Né depuis 1980		X	
Né entre 1970 et 1979 :			
▪ stagiaire ou travailleur de la santé		X	
▪ voyageur		X	
▪ recrue militaire		X	
▪ travailleur dans une garderie ou une école	X		
▪ autre	X		
Né avant 1970			X
Ayant une attestation médicale confirmant qu'il a eu la rougeole avant le 1 ^{er} janvier 1996 ⁽⁵⁾			X
Ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole			X

- Rubéole – protégé si:

preuve écrite OU sérologie

- Oreillons – protégé si :

preuve écrite; sérologie; née avant 1970

Étude Montréalaise – Taux de susceptibilité RRO



Étude sur 1480 immigrants à Montréal
statut d'immunité via seroprévalence à la rougeole,
rubéole et oreillons chez les nouveaux arrivants
immigrants et réfugiés

36% des participants étaient susceptible à au moins
l'une des maladies

Les femmes immigrantes étaient les plus
susceptible

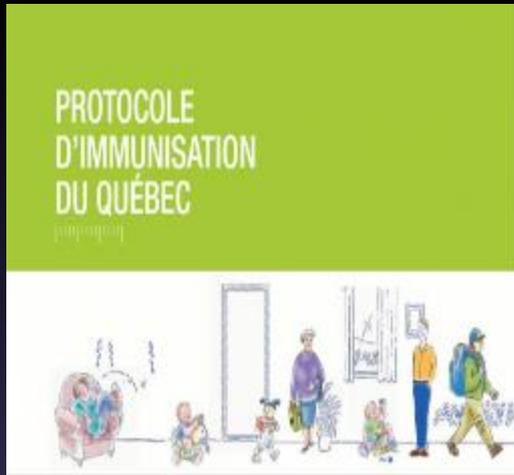
- Asie + Pacifique; Am. Latine ; Caraïbes; Afrique

Greenaway C et al. Susceptibility to Measles, Mumps, and Rubella in Newly arrived Adult Immigrants and Refugees. Ann Intern Med. 2007; 146:20-24

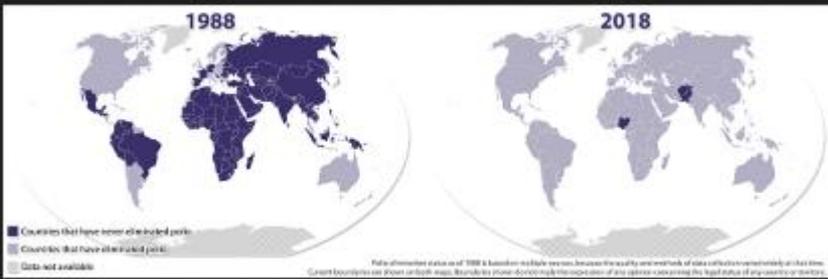
PIQ - Polio

- <18 ans – 3 doses en primovaccination

- > 18 ans – recommandation changé x 2013:



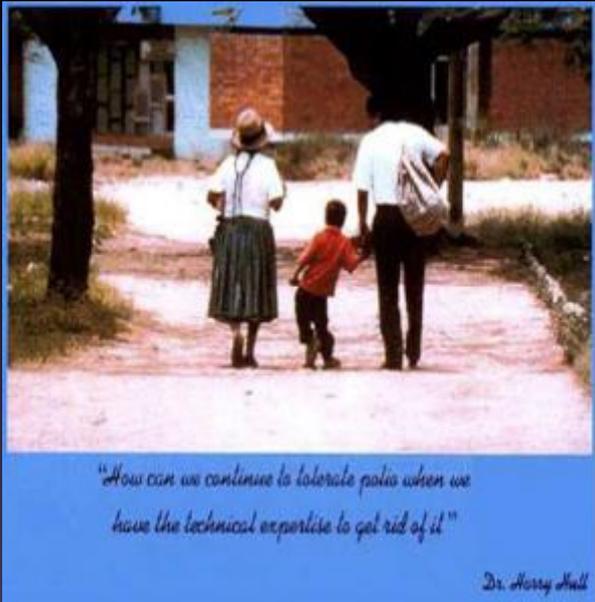
- Immunisation systématique n'est pas recommandé car risque d'exposition très faible en Amérique du Nord
- Immunizer adultes si haut risque d'exposition au virus sauvage
 - Voyageurs pays à risque
 - Travailleurs labos en contact avec virus sauvage
 - Travailleurs santé avec risque de contact avec patients qui excrete virus



Immigrants/Réfugiés vaccination Polio ?

X 1988 – 4 régions du monde = libre de Polio
 Ameriques, Europe, Asie SE, Pacifique Ouest

OMS - 2019



X 2017 SEUL 2 pays sont endémiques – transmission virus:
Afghanistan, Pakistan

Éclosions de Polio vaccinale – 2010-2019

avis temporaire indication de vaccination

Angola, Bénin, RCA, Cameroun, Chine, Éthiopie, Ghana, Guinée, Inde, Kenya, Laos, Madagascar, Mozambique, Myanmar, Niger, Nigeria, RDC, Somalie, Soudan, Syrie, Tchad, Togo, Ukraine, Yemen, Zambie

Jusqu'à éradication OMS déclare Risque d'importation

Afrique (ceinture polio), Asie sud, Moyen Orient, Europe de l'Est...

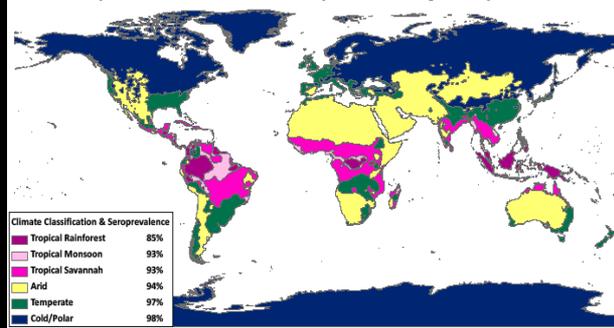
“VFR” – Visiting Friends and Relatives VFA – Visites Familles et Amis



IMMIGRANTS = FUTURS VOYAGEURS ET FUTURS VFA

UNE APPROCHE ADAPTÉE POUR LES IMMIGRANTS DANS NOS CLINIQUES

Bacaner N, Stauffer B, Walker P, Keystone J. Travel medicine considerations for North American immigrants visiting friends and relatives. JAMA 2004; 291:2856 – 2864.



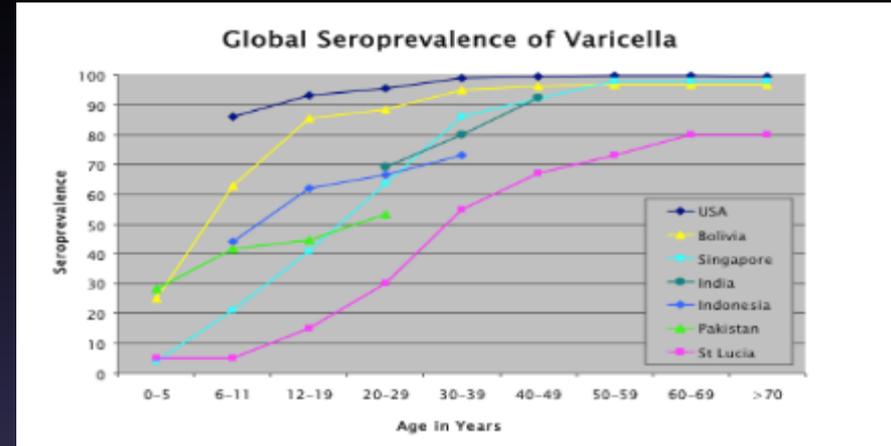
Greenaway 2013 Infection & Epi

Varicelle

Pays climat tempéré : > 95% immun à l'âge de 20 ans

Pays tropicaux : ~ 50-70%

- Éclosions de varicelle ds communautés immigrantes
 - Amérique Latine, Asie Sud et Est
- Adultes ont 25X plus de risque de décès
 - Étude ÉU : 5X plus mortalité pr
 - >45 ans nées à l'étranger VS nées au ÉU
- Réfugiés 10% risque plus élevé que immigrants
- >50% des cas dans le 2 premières années après arrivée
- Femme enceinte est à plus haut risque
 - ET varicelle congénitale et néonatale



2003 J Med Virol Kilgore, 1993 Epidemiol Infect, Garnett, 2002 Trop Med International Health Bartoloni,

2000 SE Asian J Trop Med Public Health Juffrie, 2000 SE Asian J Trop Med Public Health Akram, 1998 JID Mandal

Centres d'hébergement temporaire des demandeurs d'asile à Mtl Rougeole, Varicelle

- ✓ Appel à la vigilance
- ✓ Recherche active et surveillance aux sites d'hébergement temporaires
- ✓ Immunisations de masse sur 2 jours

Rougeole exemple Avril 2018 YMCA – 2 jours

- Vaccinés : 275 personnes
- 34 femmes enceintes, 8 BB < 6 mo

Varicelle exemple Juin 2018 YMCA – 2 jours

- Vaccinés 285 personnes
- 25 femmes enceintes



DRSP MTL – MSSS 2018
OFFRE DE VACCINATION 2X/ semaine
aux centres d'hébergement temporaire

Appel à la vigilance
26 avril 2018. Pour diffusion

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la région de la Capitale-Nationale
Québec

Cet appel à la vigilance est destiné aux médecins et infirmières des urgences, des cliniques médicales, des équipes de prévention et contrôle des infections, aux pédiatres infectiologistes et aux microbiologistes infectiologistes des établissements de santé.

Rougeole : cas confirmé à Montréal

Le 24 avril 2018, un cas confirmé et 3 cas probables de rougeole ont été identifiés par la Direction régionale de santé publique de Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'île de Montréal. Les cas sont âgés entre 6 et 50 ans. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Région de Montréal par lequel le 22 avril 2018 et par lequel ont été les services d'un centre d'hébergement temporaire de demandeurs d'asile durant leur période de contagiosité. L'identification des cas s'est faite suite à un organisme d'aide pour demandeurs d'asile (OADA) qui a communiqué les renseignements des sites et contacts et de cas. Il est possible que d'autres personnes, non adéquatement vaccinées, manifestent des signes et symptômes compatibles avec la rougeole au cours des prochaines semaines. Il est à noter que l'incubation de la maladie de rougeole varie de 11 à 21 jours après le moment du contact et le début des symptômes. La période de contagiosité varie de 4 jours avant et se poursuit jusqu'à 4 jours après l'apparition des symptômes.

Pratiquer de chaque occasion pour mettre à jour le statut vaccinal de toute personne.

L'efficacité du vaccin contre la rougeole est de 93 % après la 1^{re} dose et de plus de 95 % après la 2^e dose.

RECOMMANDATIONS :

- Être vigilant lors de la prise de rendez-vous, à l'accueil et au triage**
 - Identifier à un patient présence fièvre, toue et exanthème cutané maculo-papuleux généralisé.
- Appliquer les mesures de prévention et contrôle des infections**
 - Faire porter un masque chirurgical au patient.
 - Isoler le patient en salle d'examens négative ou à pression négative.
 - Porter un masque N95, le visage près un professionnel soignant.
 - Établir, au besoin, la liste des personnes dans la salle d'examen.
- Demandeur les tests de laboratoire appropriés en fonction de la date de l'évaluation médicale**
 - 2 à 3 jours après le début de l'éruption : PCR et culture de la rougeole à partir d'un échantillon nasopharyngé pour confirmation et génotypage.
 - 5 à 7 jours après le début de l'éruption : PCR et culture de la rougeole à partir d'un échantillon d'urine.
 - 2 à 3 jours et < 28 jours après le début de l'éruption : sérologie IgM (indique parvovirus B19 et rubéole pour le diagnostic différentiel).
 - 12 jours après le début de l'éruption : IgG 1^{re} sérum, puis 2^e sérum à 3 à 3 semaines après le 1^{er} prélèvement.

4. Déclarer rapidement tout cas de rougeole

- À la Direction régionale de santé publique de Montréal ou de la Région de Montréal, en joignant le professionnel de santé ou le cas de rougeole.
- Aux services de prévention et de contrôle des infections de votre établissement.

5. Identifier les personnes à risque de complications et administrer la prophylaxie appropriée

- Au service de prévention et de contrôle des infections de votre établissement.
- Caractéristiques des personnes à risque de complications (voir le chapitre 11 du Protocole d'immunisation de la Région de Montréal, voir le lien ci-dessous) : <http://www.mss.gouv.qc.ca/ressources/immunisation/protocole11-18.pdf>
- Vacciner les personnes âgées de 6 mois et plus, considérées comme non protégées, dans les 72 heures qui suivent le premier contact avec un cas de rougeole. Voir le chapitre 10.2 du PQI : <http://www.mss.gouv.qc.ca/ressources/immunisation/protocole10-2-18.pdf>
- Pour plus de renseignements, consulter :
 - Annexe 3 de la Fiche de diagnostic, confirmation de l'identification des personnes à risque de complications : <http://www.mss.gouv.qc.ca/ressources/immunisation/annexe3-18.pdf>
 - La fiche technique pour la gestion des cas et contacts : <http://www.mss.gouv.qc.ca/ressources/immunisation/fiche-technique-18.pdf>

Source : Direct
Pour joindre :

Rougeole
Aide à la décision - Personnel infirmier

Pour un adulte ou un enfant qui présente les symptômes suivants :

- Fièvre élevée à 38,3°C et
- Toux, éternuement et nez qui coule et
- Rougeole sur le visage ou yeux rouges et irrités à la lumière et
- Les symptômes durent moins de 7 jours.

Le période de contagiosité dure de 4 jours avant et jusqu'à 4 jours après le début des symptômes. Cette période doit être prolongée chez les personnes immunosupprimées.

La situation du demandeur d'asile

Présence de symptômes qui ressemblent à la rougeole mais :

- Son état général :

Ce que vous devez faire

- Consultation de l'infirmière ou du 111
- Mesurer, mesurer, respirer
- S'isoler pour éviter la transmission des virus
- Faire régulièrement :

Personne à risque de complications :

- Personne âgée de moins de 12 mois
- Personne immunosupprimée (cancer, VIH, prise de corticoïdes à dose élevée, etc.)

Des cas de rougeole se déclarent :

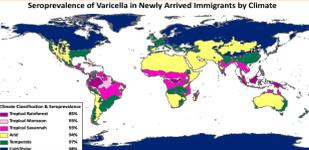
- Chez les personnes âgées de moins de 12 ans
- Chez les personnes âgées de 12 ans et plus
- Chez les personnes âgées de 12 ans et plus
- Chez les personnes âgées de 12 ans et plus

Personne à risque de complications :

- Personne âgée de moins de 12 mois
- Personne immunosupprimée (cancer, VIH, prise de corticoïdes à dose élevée, etc.)

Lignes de conduite CCSIR



Category	Recommendation																		
MMR	Vaccinate all adult immigrants without immunization records with 1 dose of MMR without prior serotesting																		
DCaT Polio	Vaccinate all adult immigrants without immunization records with a primary series of dT IPV (3 doses) one of which should include aP to also protect against pertussis																		
Varicelle  <p><small>Seroprevalence of Varicella in Newly Arrived Immigrants by Climate</small></p> <p><small>Climate Classification & Seroprevalence</small></p> <table border="1"><thead><tr><th>Climate</th><th>Seroprevalence</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tropical Monsoon</td><td>95%</td></tr><tr><td>Tropical Savanna</td><td>95%</td></tr><tr><td>Tropical Desert</td><td>95%</td></tr><tr><td>Subtropical Monsoon</td><td>95%</td></tr><tr><td>Subtropical Savanna</td><td>95%</td></tr><tr><td>Subtropical Desert</td><td>95%</td></tr><tr><td>Temperate</td><td>95%</td></tr><tr><td>Continental</td><td>95%</td></tr></tbody></table>	Climate	Seroprevalence	Tropical Monsoon	95%	Tropical Savanna	95%	Tropical Desert	95%	Subtropical Monsoon	95%	Subtropical Savanna	95%	Subtropical Desert	95%	Temperate	95%	Continental	95%	Ensure that immigrants and refugees of all ages are immune to varicella. Vaccinate all immigrant children < 13 yr with varicella vaccine without prior serologic testing. Screen all immigrants and refugees from tropical countries ≥ 13 yr for serum varicella antibodies, and vaccinate those found to be susceptible.
Climate	Seroprevalence																		
Tropical Monsoon	95%																		
Tropical Savanna	95%																		
Tropical Desert	95%																		
Subtropical Monsoon	95%																		
Subtropical Savanna	95%																		
Subtropical Desert	95%																		
Temperate	95%																		
Continental	95%																		

Dr. Greenaway – opinion d'expert pour cliniques réfugiés

MMR

- **Vacciner adultes 1 dose**

ET si possible

- Faire sérologies pr collecte
données sur notre population et
informer nos pratiques
(rougeole + rubeole >18 ans)

Polio

- **Vacciner adultes avec 3 doses Polio**
 - futurs VFA
 - afghanistan, pakistan, afrique
 - Syrie...

Suggestion :

Prescription préfaits car recommandation hors-pic !!!

GRATUITÉ DU PQI SANS ÉGARD STATUT OU COUVERTURE ASSURANCE

MSSS / Professionnels / Vaccination / Protocole

d'immunisation du
Québec (PIQ)

/ Programmes et noms
commerciaux des
vaccins

Rechercher dans le PIQ



Menu de la
publication

Dates de début et de cessation des principaux programmes de vaccination gratuite au Québec →

Programmes et noms commerciaux des vaccins

Programme québécois d'immunisation

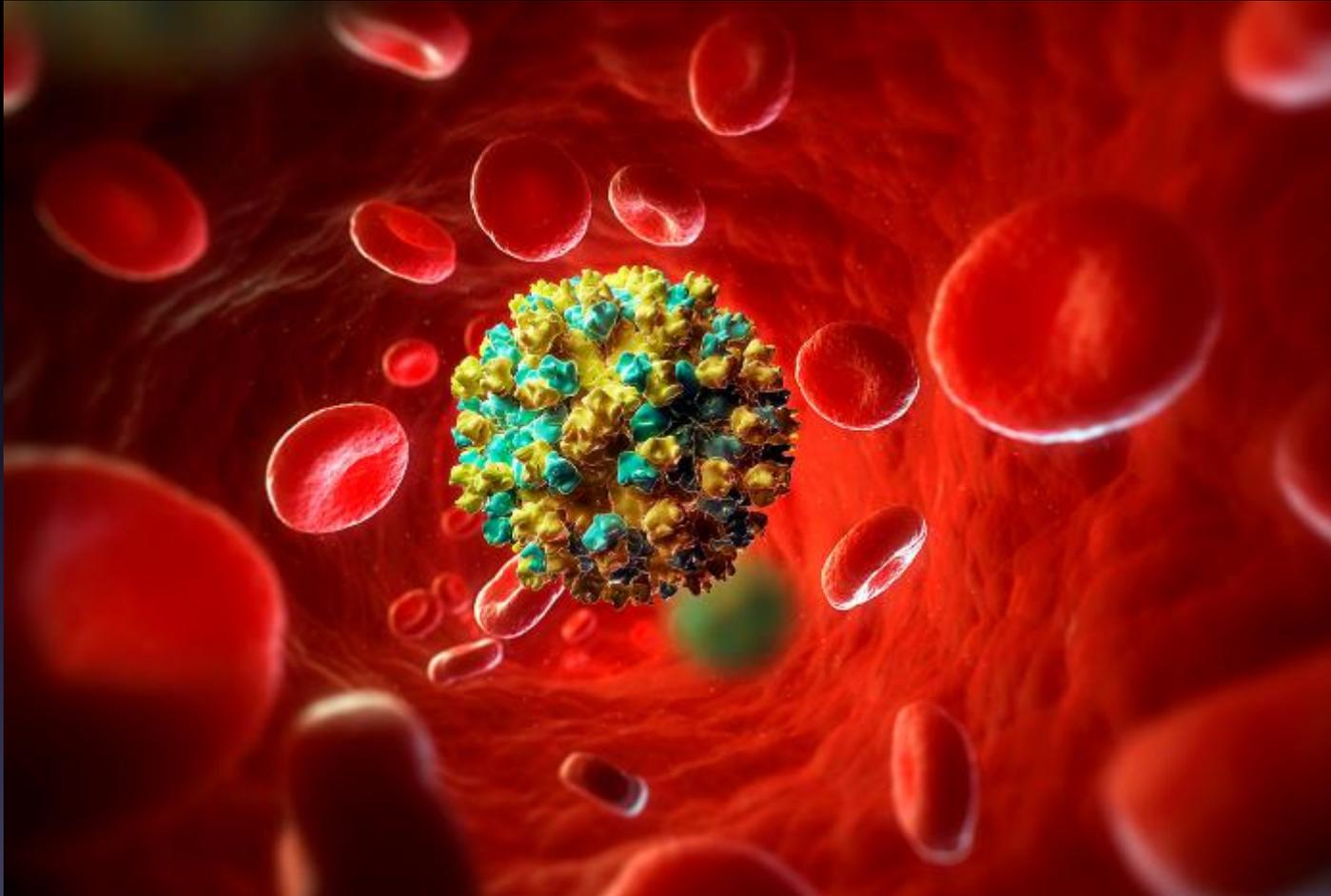
Le tableau ci-dessous présente le [PQI](#), qui comprend l'ensemble des programmes de vaccination soutenus financièrement par le MSSS.

Le PQI est accessible gratuitement à toute personne vivant au Québec sans égard à son statut ou à sa couverture d'assurance, incluant les personnes en attente de statut légal.

D'autres programmes de vaccination pour des populations ciblées peuvent être soutenus financièrement par d'autres instances (gouvernement fédéral, employeurs).

Facilitateur - Lettre de votre Direction de santé publique à l'appui !

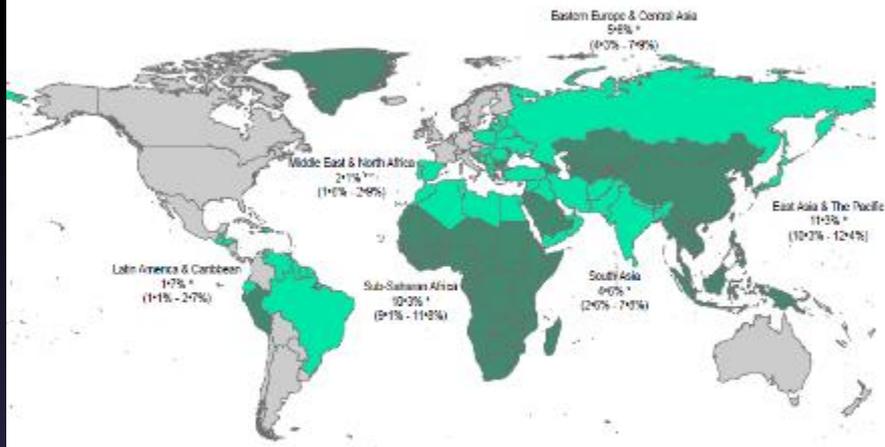
LES HÉPATITES B ET C



Source WebMd

Hépatites B et C chronique

Figure 2 Seroprevalence of Chronic Hepatitis B by Region of Origin: Global Categorization and Estimates in the Migrant Population



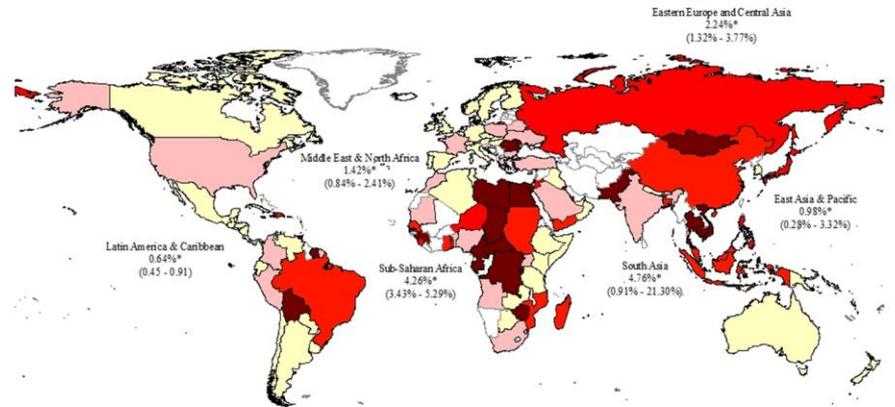
Global Categories of Chronic Hepatitis B Endemicity

- Low < 2% (Latin America & Caribbean and Middle East & North Africa)
- Intermediate 2% - 7% (Eastern Europe & Central Asia and South Asia)
- High > 8% (Sub-Saharan Africa and East Asia)

* Estimates from our random-effects meta-analysis

**VHB: >50% cas
6.2% vs <0.5%**

Figure 2: Seroprevalence of Hepatitis C by Region of Origin: Global Prevalence and Estimates in the Migrant Population



Prevalence of HCV infection based on the WHO estimates

- ≥ 4% (High prevalence: Sub-Saharan Africa and South Asia)
- ≥ 2% - 4% (Intermediate prevalence: Eastern Europe & Central Asia)
- ≥ 1% - 2% (Low prevalence: Middle East & North Africa)
- 0% - 1% (Very low prevalence: Latin America & Caribbean and East Asia & Pacific)
- No data

* Estimates from our random-effects meta-analysis.

**VHC: 30% cas
~2% vs 0.8%**

Rossi et al *PLoS One*. 2013;8(10):e78548.

Greenaway 2015 *PLoS ONE* 10(11): e0141715

Hospitalisation et Décès 2^e Hépatite B et C Chronique chez Immigrants

- Taux 2 à 4 X plus élevés de décès de carcinome hépatocellulaire (CHC) et hépatites virales
- Réfugiés 2X plus de risque de décès
- Taux plus élevés d'hospitalisations pour Hep B et CHC
- Chez porteurs Hep C (Québec) :
 - risque plus élevé d'hospit. 2^e CHC (15.7% vs. 5.3%)
 - mortalité en lien avec mal. Foie (15% vs 10.1%)

Disparities in Mortality Patterns Among Canadian Immigrants and Refugees, 1980–1998: Results of a National Cohort Study

Desmeules J Imm Health 2005;7:221-232

Research

Hospital stays for hepatitis B or C virus infection or primary liver cancer among immigrants: a census-linked population-based cohort study

Ng. CMAJ Open 2016 DOI:10.9778/cmajo.20150017

Hospitalizations in Immigrants and Nonimmigrants Diagnosed With Chronic Hepatitis C Infection in Québec

Kamstra Clin Infec Dis 2016;63(11):1439-48

PROGRESSION VERS HÉPATITE CHRONIQUE

Majorité (95%) adultes immunocompétents → guérison/séroconversion (6mois)
 Mais si HBV acquise en petite enfance - risque de HepB chronique – 70-90%
 Enfants 7-10 ans – 10-30%

Disease Characteristic	High Prevalence ≥ 8%	Interm. Prevalence 2-7%	Low Prevalence <2%
Geographic Distribution	Southeast Asia, China, Pacific Islands, SS Africa, Alaska, Peru, Northwest Brazil	Mediterranean basin, Eastern Europe, Central Asia, Japan, Amazon basin, Middle East	United States and Canada, Western and Northern Europe, Australia and New Zealand
Percentage of Global Population	45%	43%	12%
Predominant mode of infection	Maternal-infant, percutaneous or mucosal	Maternal-infant, percutaneous or mucosal, sexual	Sexual, percutaneous or mucosal
Predominant age of infection	Perinatal and early childhood	All age groups	Adult
Likelihood of chronic infection	80-90%	30-60%	<5%
Mean age for HCC	57 years	57 years	75 years

Global Patterns of chronic infection *adapted from CMAJ CCIRH Guidelines. E25: Table 6A

Immigrants sont à risque pour Hépatite B aigue

- 1-2% enfants non vaccinés < 10 ans habitent avec contact → acquisition
- 10 ans après programme immunisation HepB enfance :
 - taux HepB a diminué sauf pour < 10 ans
 - 53% cas chez enfants immigrants



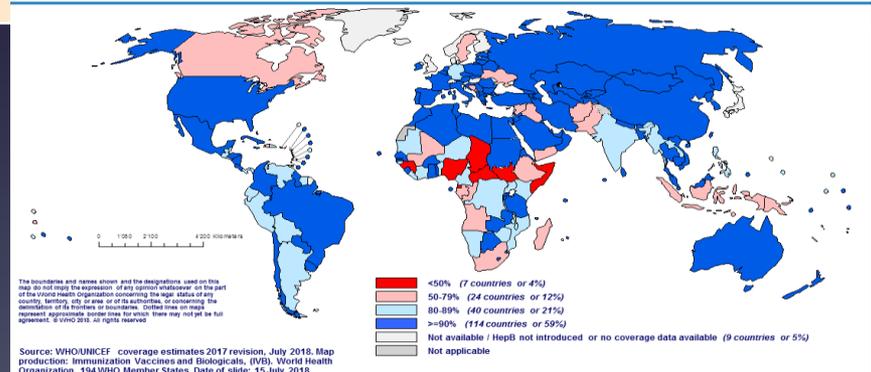
Frank 1989 NEJM;321(19):1301-05 ; Gilca 2006 Ped Infec Dis;25(4):372-4; Sonder 2009 J Trav Med;16(1):18-22

Lignes directrices-CCSIR



Category	Recommendation
Hepatitis B	<p>Screen adults and children from countries where the sero-prevalence of chronic hepatitis B virus infection is moderate or high (i.e., $\geq 2\%$ positive for hepatitis B surface antigen), such as Africa, Asia and Eastern Europe, for hepatitis B surface antigen, anti-hepatitis B core antibody and anti-hepatitis B surface antibody.</p> <p>Refer to a specialist if positive for hepatitis B surface antigen (chronic infection).</p> <p>Vaccinate those who are susceptible (negative for all three markers).</p>

Immunization coverage with HepB3 in infants, 2017



Ne pas attendre l'immunisation scolaire !

Interpretation of Hepatitis B Serologic Test Results

Hepatitis B serologic testing involves measurement of several hepatitis B virus (HBV)-specific antigens and antibodies. Different serologic "markers" or combinations of markers are used to identify different phases of HBV infection and to determine whether a patient has acute or chronic HBV infection, is immune to HBV as a result of prior infection or vaccination, or is susceptible to infection.

HBsAg anti-HBc anti-HBs	negative negative negative	Susceptible
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negative positive positive	Immune due to natural infection
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negative negative positive	Immune due to hepatitis B vaccination
HBsAg anti-HBc IgM anti-HBc anti-HBs	positive positive positive negative	Acutely infected
HBsAg anti-HBc IgM anti-HBc anti-HBs	positive positive negative negative	Chronically infected
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negative positive negative	Interpretation unclear; four possibilities: 1. Resolved infection (most common) 2. False-positive anti-HBc, thus susceptible 3. "Low level" chronic infection 4. Resolving acute infection

Adapted from: A Comprehensive Immunization Strategy to Eliminate Transmission of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. Part I: Immunization of Infants, Children, and Adolescents. MMWR 2005;54(No. RR-16).



DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Centers for Disease Control and Prevention
Division of Viral Hepatitis



www.cdc.gov/hepatitis

- Hepatitis B surface antigen (HBsAg):**
A protein on the surface of hepatitis B virus; it can be detected in high levels in serum during acute or chronic hepatitis B virus infection. The presence of HBsAg indicates that the person is infectious. The body normally produces antibodies to HBsAg as part of the normal immune response to infection. HBsAg is the antigen used to make hepatitis B vaccine.
- Hepatitis B surface antibody (anti-HBs):**
The presence of anti-HBs is generally interpreted as indicating recovery and immunity from hepatitis B virus infection. Anti-HBs also develops in a person who has been successfully vaccinated against hepatitis B.
- Total hepatitis B core antibody (anti-HBc):**
Appears at the onset of symptoms in acute hepatitis B and persists for life. The presence of anti-HBc indicates previous or ongoing infection with hepatitis B virus in an undefined time frame.
- IgM antibody to hepatitis B core antigen (IgM anti-HBc):**
Positivity indicates recent infection with hepatitis B virus (<6 mos). Its presence indicates acute infection.

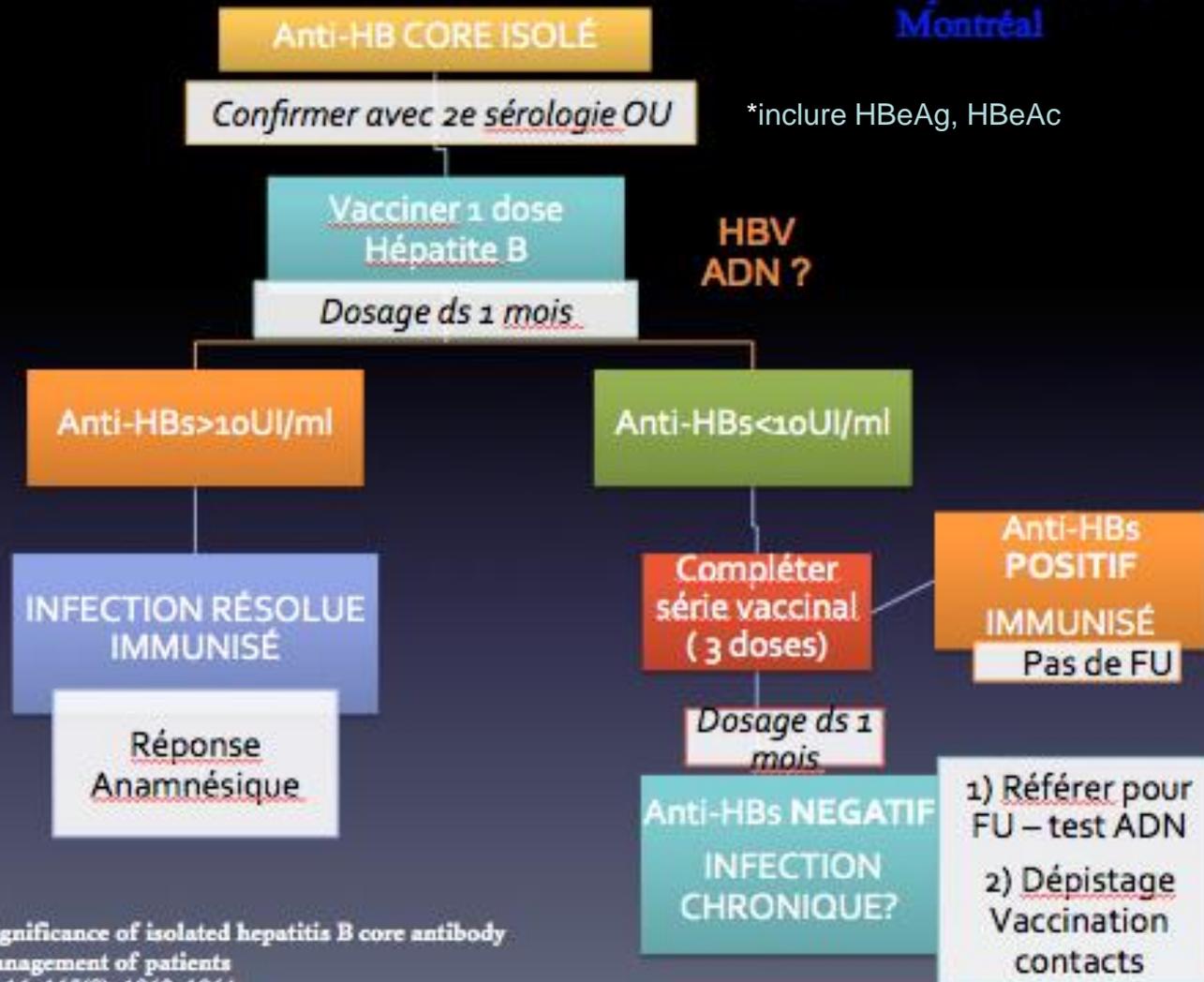
<https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/pdfs/serologicchartv8.pdf>

“Core isolée” (anti-HBc) 4 interprétations possible

1. Infection **résolue** (la + commune)
2. Infection aigue en résolution (période fenêtre)
3. Faux + anti-Hbc
4. Infection **chronique bas grade**



?

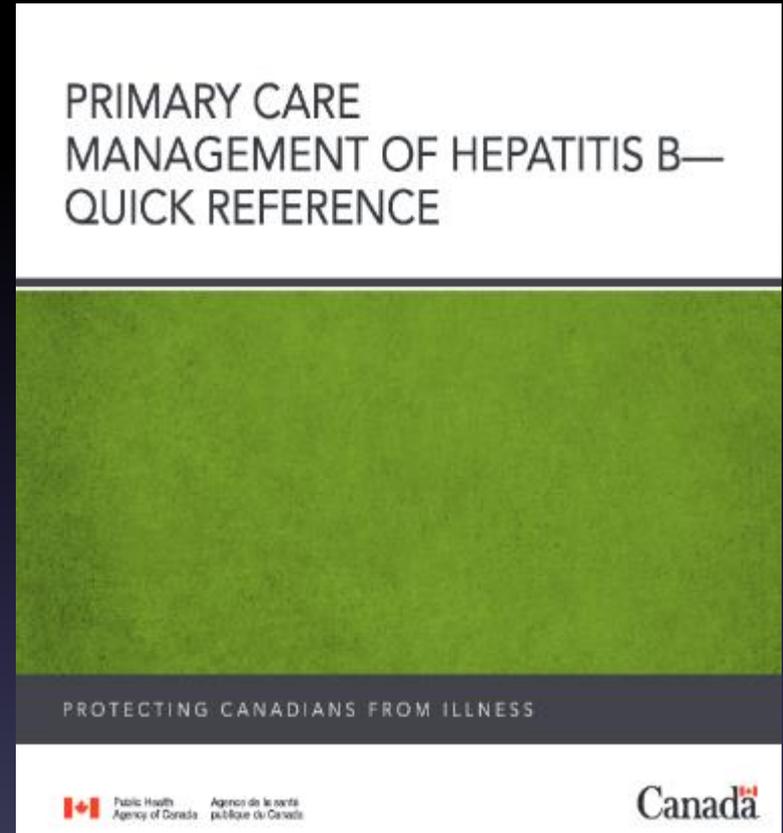


The frequency and significance of isolated hepatitis B core antibody and the suggested management of patients
CMAJ. 2001 October 16; 165(8): 1063-1064.

Si HBsAg + = infection

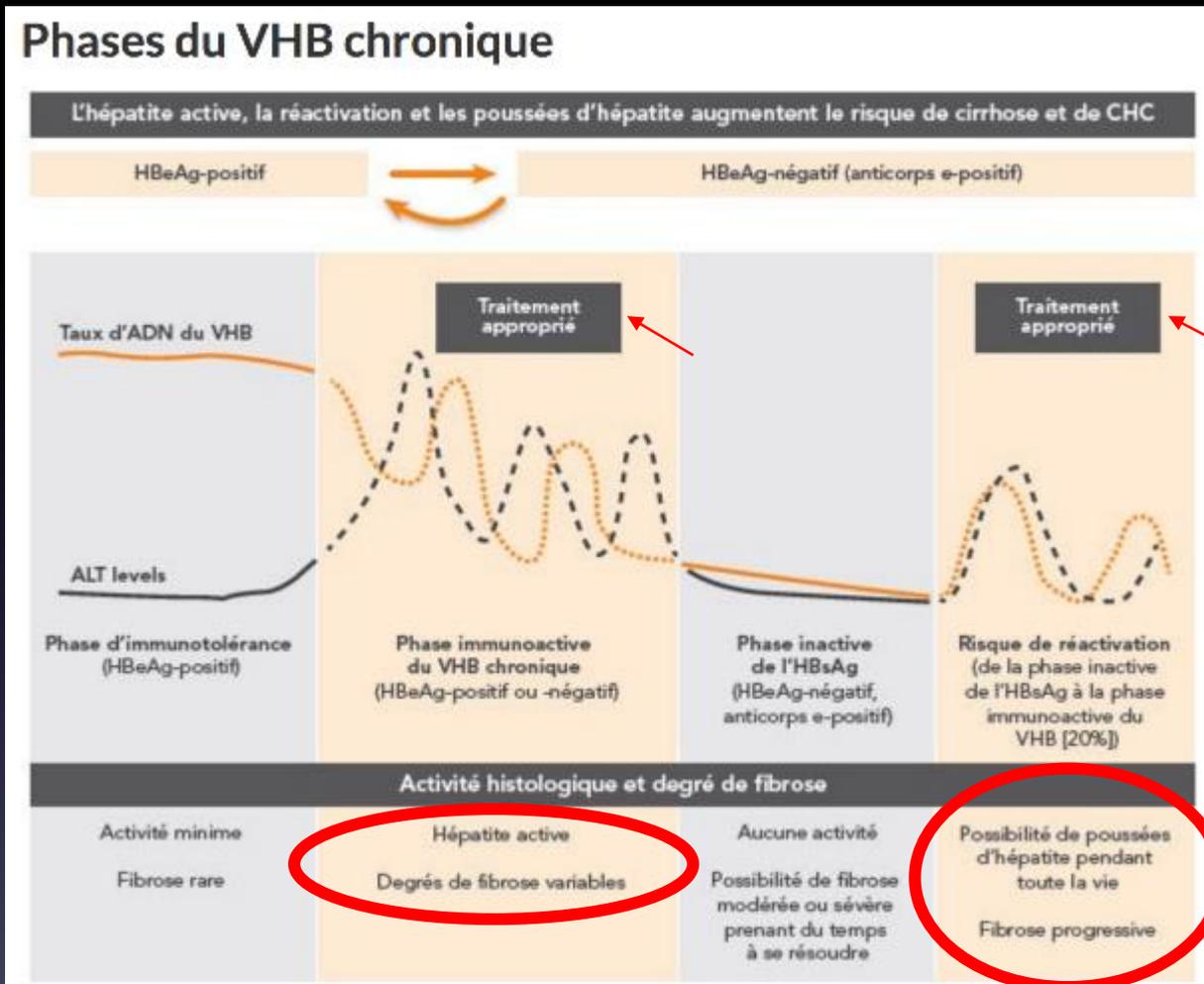
Importance du suivi court terme en première ligne

- 1) Confirmer Dx et compléter bilan
 - Charge ADN VHB, HbeAg, anti-Hbe., anti-VHA
 - **Dépistage Hépatite D ****
 - Co-infection VHB-VHD = forme très grave et évolution + rapide, CHC...
- 2) Vérifier sérologies HBV des membres de la famille
- 3) Débuter la vaccination des susceptibles
- 4) Référence poursuite en vaccination
 - * **expliquer et indiquer gratuité**
- 5) Débuter/Référencer le patient pour vaccination



<https://www.liver.ca/wp-content/uploads/2017/09/HBV-QR-EN- FINAL Web.pdf>

Traitement Hépatite B – pas pour tous!!

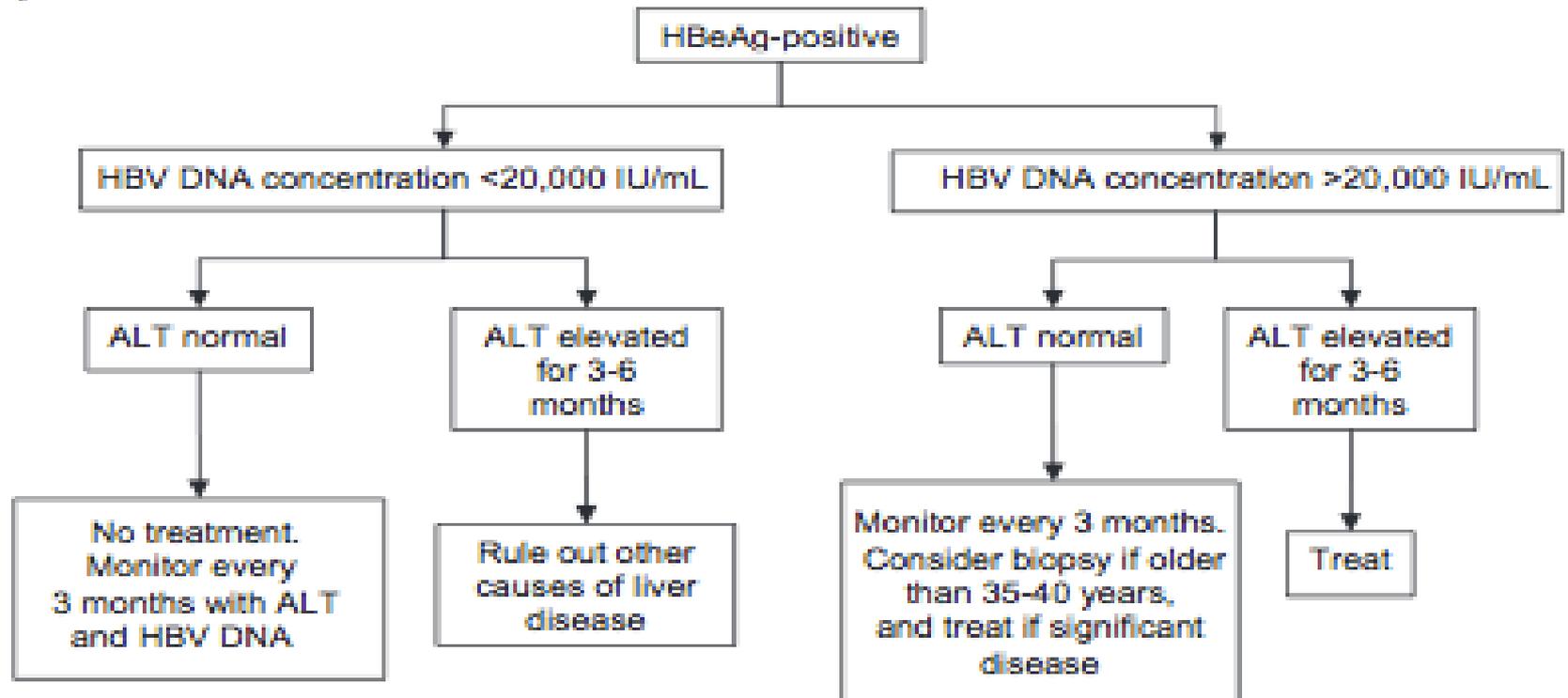


<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/soins-primaires-hepatite-b-aide-memoire.html#sec4>

Management of chronic hepatitis B: Consensus guidelines

Morris Sherman MD PhD¹, Stephen Shafran MD², Kelly Burak MD³, Karen Doucette MD², Winnie Wong MD², Nigel Girrah MD¹, Eric Yoshida MD⁴, Eberhard Renner MD⁵, Philip Wong MD⁶, Marc Deschênes MD⁶

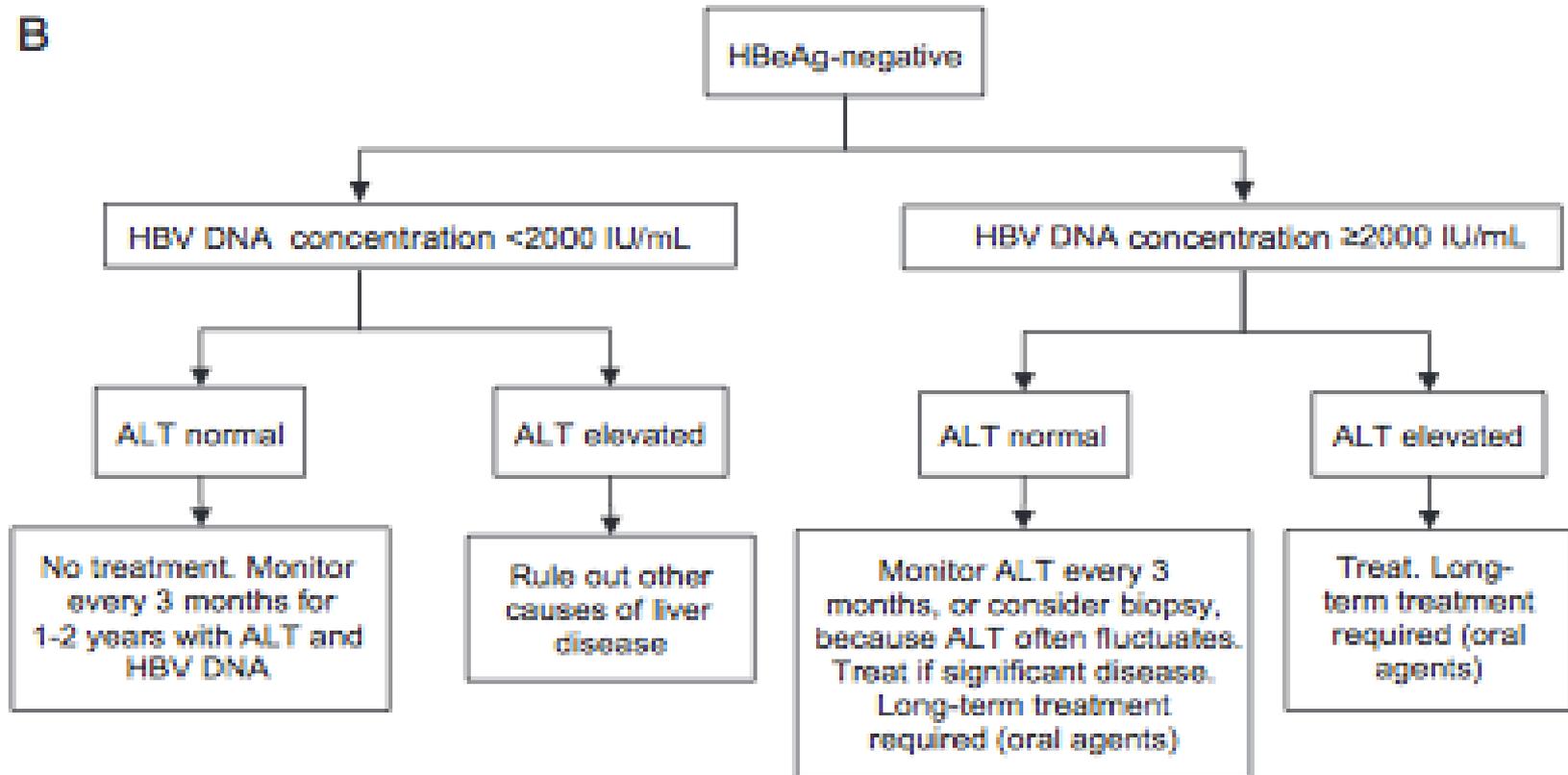
A



Management of chronic hepatitis B: Consensus guidelines

Morris Sherman MD PhD¹, Stephen Shafran MD², Kelly Burak MD³, Karen Doucette MD², Winnie Wong MD², Nigel Girrah MD¹, Eric Yoshida MD⁴, Eberhard Renner MD⁵, Philip Wong MD⁶, Marc Deschênes MD⁶

B



Conduite dans ma pratique

- Référence en MI ou GE selon le stade
- **TOUJOURS** - Suivi ALT et VHB AND > 1 an et si stable:
- **CONSIDÉRER**
- Remise d'un carnet santé ambulant
 - explications claires que besoin de suivi longterme (ALT, VHB AND q 6 mois...)
 - Si barrière langue ou compréhension :
 - “ Cette personne est porteuse de Hep B chronique” voici algorithme suggéré pour suivi et référence selon lignes directrices Canadiennes



BILAN DE SANTÉ DE RÉFUGIÉ

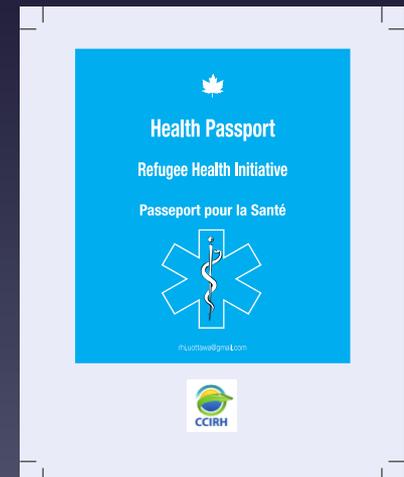
Cette personne a bénéficié du programme de bilan de santé des réfugiés du CSSS Champlain-Charles Le **Masse**. Ce livret se veut un outil pour faciliter les soins de santé et les services sociaux offerts aux réfugiés.

CE PATIENT EST COUVERT PAR LA RAMQ

Nom: _____
Prénom: _____
Date de naissance: ____/____/____
Date d'arrivée au Canada: ____/____/____
Pays d'origine: _____
Pays de transit: _____
Langues parlées: _____
Date de délivrance du livret: ____/____/____

CLSC Samuel-de-Champlain

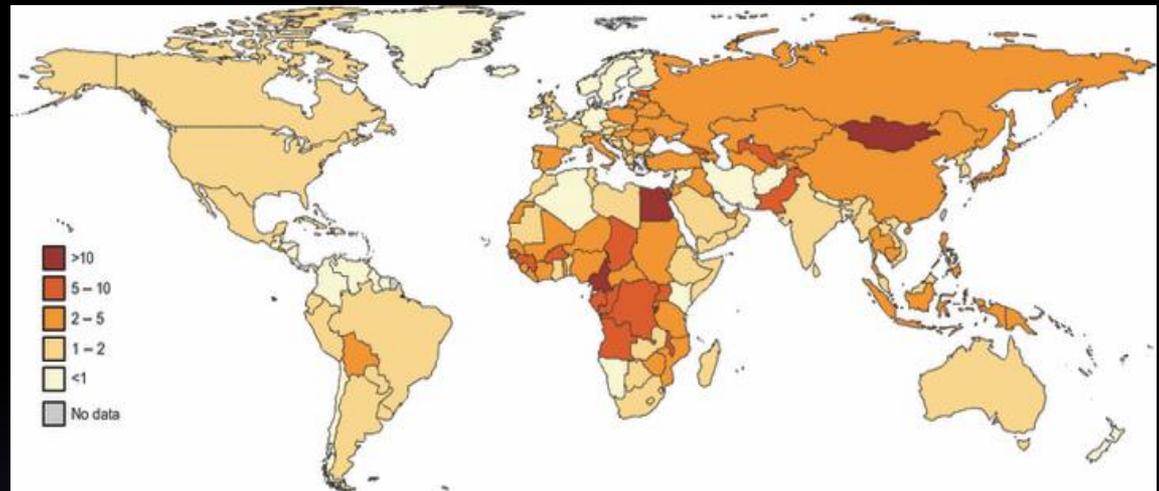
<https://www.ccirhken.ca/>



Hépatite C

Seroprévalence HepC
au Canada est ~ 0.8%

➤ 30% chez
immigrants



Lavanchy 2011;17:107-115

- Seroprévalence d'Hépatite C chez immigrants de pays prévalence int./élevée ~ 2 %
 - * MAIS entre 0,8 à 18% selon région d'origine
- Immigrants sont plus susceptibles de développer cirrhose , CHC et décès que non immigrants infectés par VHC
- Plus grand facteur de risque = procédures (injection, Chx) à risque ds pays d'origine et pratiques culturelles (barbier, "cupping", acupuncture, tatoos...)

Lignes directrices-CCSIR 2011



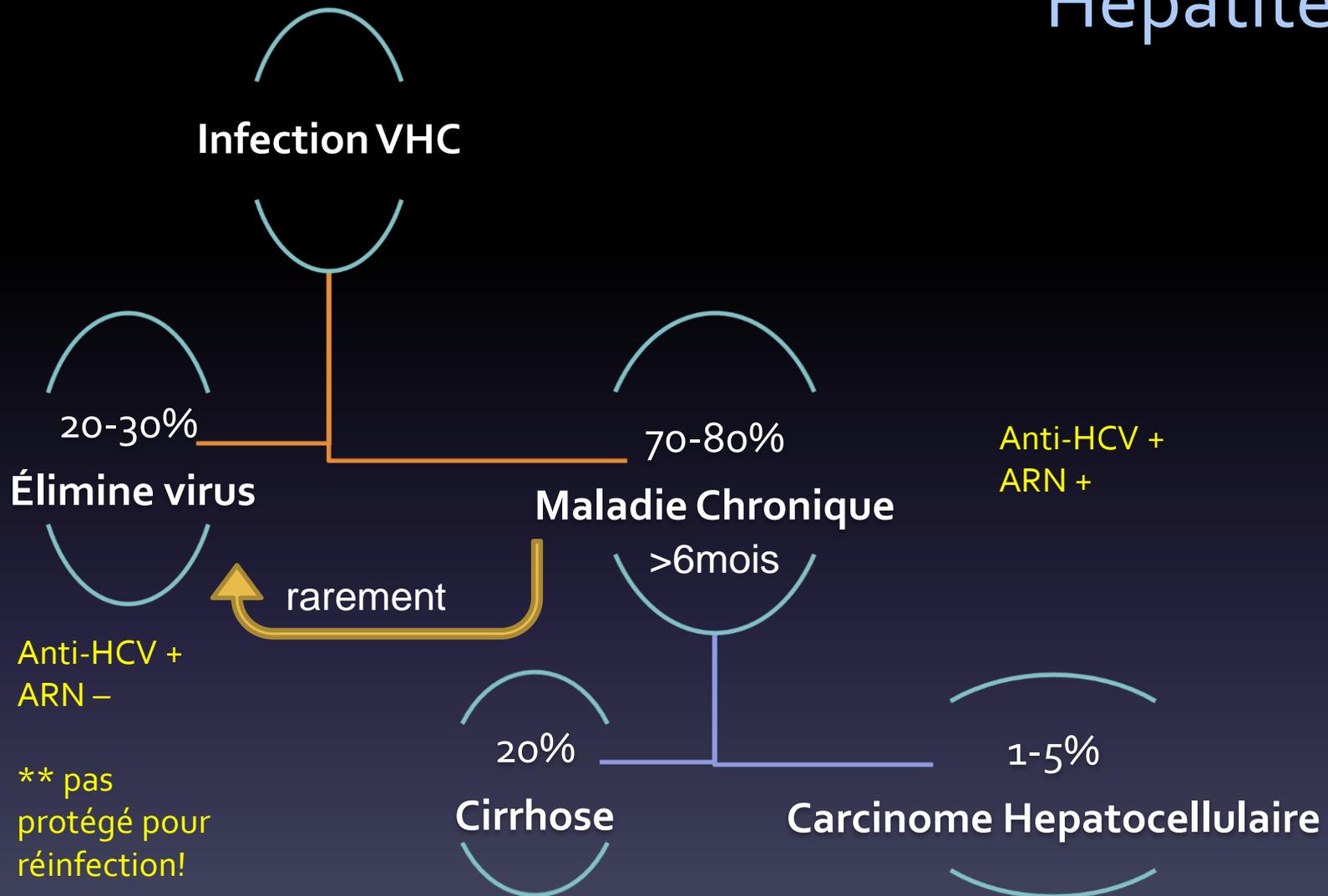
Category	Recommendation
Hepatitis C	<p>Screen for antibody to hepatitis C virus (anti-HCV) in all immigrants and refugees from regions with prevalence of disease $\geq 3\%$</p> <p>(this excludes South Asia, Western Europe, North America, Central America and South America).</p>

MAIS en tenant compte des nouvelles estimations de prévalences et FR:
Experte/Auteur Dr. Greenaway et CASL : dépistage pour Immigrants/réfugiés
provenant de :

- ✓ Afrique, Asie, Moyen Orient, Europe Est, Australasie/Océanie, Am. Central et Sud,

Addressing hepatitis C in the foreign-born population: A key to hepatitis C virus elimination in
Canada Christina Greenaway et al. MD

Hépatite C



Hépatite C – Conduite première ligne



- Si Hep C chronique confirmée (anti HCV + et ARN +)
 - Faire **quantification ARN (UI/ml) et génotypage +/-**
- Éducation/Prévention *** attentions barrières
langue/éducation/culturelle:*
 - Transmission/Précautions
 - FR accélèrent : ROH, obésité, coinfections...
 - **Vaccination Hep A+B**
- RÉFÉRER pour Tx/suivi
 - évaluation degré **fibrose hépatique - Fibroscan**
 - **Référence pour traitement antiviraux !**

Tiré des lignes de conduites Canadiennes pour l'Hépatite C (2015;2018)



CATIE

La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

<https://www.catie.ca/fr/hepatitecetnouveauxarrivants>

Maladies infectieuses

Disparités chez les Immigrants au Canada

Disease	Rate/ 100,000	Cases/year	Proportions in migrants
Tuberculosis (TB) ¹	4.9	1796	72%
Acute Hepatitis B Virus ²	0.53	187	<5%
Chronic Hepatitis B Virus ²	11.8	4196	~50%
Hepatitis C Virus ²	31.1	11265	~30%
HIV ¹	6.5	2402	11.5%
Measles ³	0.03	11 ¹ , 45 ² , 29 ³	
Rubella ³	<0.03	0-10*	
Varicella (2014)	37	2793	8.7%, 24%

¹ 2017, ² 2016, ³ 2018

*1 CRS in 2018



LaFreniere 2019. Tuberculosis in Canada: 2017; Haddad 2018. CCDR HIV in Canada-Surveillance Report, 2017, PHAC, 2019; CCDR Report on Hepatitis B and C in Canada 2016, PHAC. Measles Surveillance in Canada 2016. 2017. PHAC. Measles & Rubella Weekly Monitoring Report – Week 52: December 23 to December 29, 2018. 2018;

Barrières après arrivée pour l'accès au soins de santé



Patient



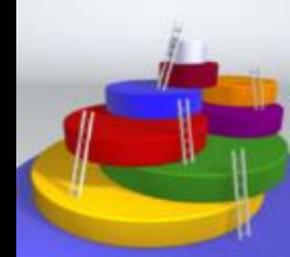
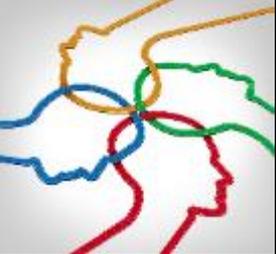
Système de santé



Fournisseurs de soins



Légal/Politique



Continuellement développer une approche pour faciliter les réductions des barrières

*Créativité,
Solutions locales et partenariats!!*



Équipe Clinique réfugiés 2016 – CISSS Montérégie Centre



Infirmière Nancy Lyons – famille Syrienne 2016 Brossard

Meilleures pratiques
Réseautage
Collaborations
Partage outils
“Advocacy”

International Conference on
MIGRATION HEALTH



Canadian Clinicians for Refugee Care – Google Groups
~ 50 cliniques réfugiés et DA à travers le Canada

2021
Toronto

North American Refugee Health Conference

June 14-16, 2019 - Sheraton Centre Toronto Hotel, Toronto Canada

Health Means
the World to Us



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Québec-Ouest
de l'Université Laval
Québec

Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé
physique des réfugiés et des demandeurs d'asile
Direction des services intégrés de première ligne

<https://cerda.info>

ACCUEIL À PROPOS WEBINAIRES TROUSSE D'OUTILS EVÉNEMENTS Se connecter

Santé des réfugiés et des demandeurs d'asile

Migrant Health: Addressing Health Disparities – A Guide for the Practitioner

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Microprogramme de 2e cycle en santé internationale

INTERVENIR AUPRÈS
DE DEMANDEURS
D'ASILE

Guide à l'intention des intervenants



Thèmes prochain webinaire

Santé physique des réfugiés



- ❖ Santé générale
 - ❖ Maladies chroniques
 - ❖ Santé de la femme et l'enfant
- ❖ Santé mentale – approche pour les cliniciens de première ligne
 - ❖ La prise en charge et suivi dans votre pratique



MERCI !

Lavanya Narasiah : lavanya.narasiah.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca