Santé publique France

Surveillance sanitaire chez les populations migrantes

Le point épidémio

Le point épidémiologique
« Populations migrantes »
Grande-Synthe, Semaine 16-2017

Durant l'année 2016, le nombre de migrants hébergés sur le camp de la Linière, ouvert à Grande-Synthe en mars 2016 par Médecins Sans Frontière (MSF), a continuellement diminué, conduisant au démantèlement de nombreux abris au fil des départs. Mais la conjonction du démantèlement du camp de Calais et la persistance du flux migratoire, aggravé par le contexte géopolitique, ont contribué à la ré augmentation depuis quelques mois du nombre de migrants désirant rejoindre le Royaume Uni.

Environ 1500 personnes étaient, fin mars 2017, hébergées sur le camp de la Linière alors que les infrastructures et services, mis en place au stade initial, avaient été revus à la baisse suite aux départs des premiers migrants arrivés fin 2015-début 2016.

Le départ des migrants avait conduit la Cellule d'intervention en région (Cire) à arrêter, fin 2016, le suivi sanitaire en raison, d'une part, de la fermeture du dispensaire sur le site et, d'autre part, de difficultés de recueil et de transmission des données par la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) et le service des urgences (SU) du CH de Dunkerque.

Les données d'activités brutes présentées dans ce bilan doivent interprétées avec précaution et peuvent être sous-estimées. L'analyse permet de dégager les principaux motifs de consultations et leur évolution. Ces résultats doivent également être interprétés avec réserve, du fait de l'exhaustivité inconnue des données.

En bref – Les points clés au 23/04/2017

| Sur le camp de Grande-Synthe |

Le 11 avril 2017, le camp de la Linière a été détruit par un incendie et les migrants ont été dispersés, relogés en urgence dans des gymnases environnants puis orientés dans les jours suivants vers des centres d'accueil et d'orientation des Hauts de France et d'autres régions de France métropolitaine.

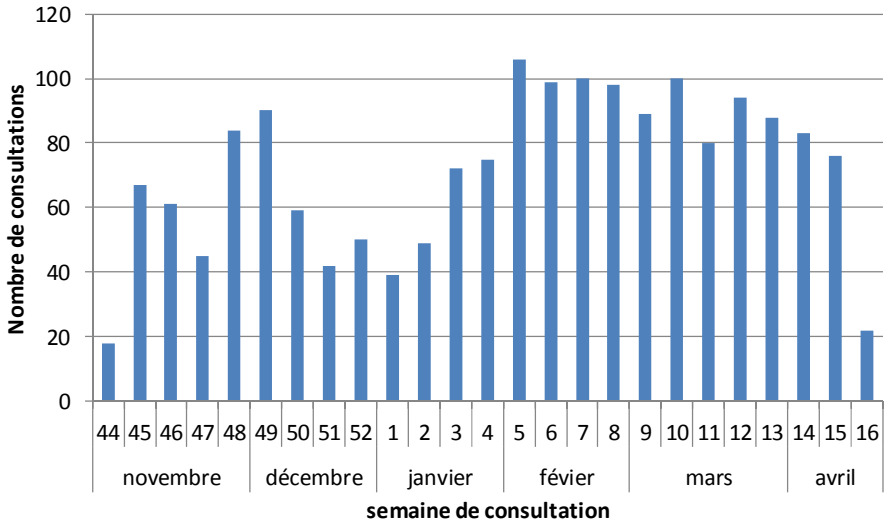
Etant donné la dispersion des migrants du site de Grande-Synthe, entraînant une diminution importante des recours aux soins, ce Point Epidémio « Surveillance sanitaire des populations migrantes de Grande Synthe » sera le dernier. La Cire restera néanmoins vigilante sur les recours aux soins de personnes migrantes présentes sur le littoral de la région.

Bilan des consultations pour les migrants de Grande-Synthe

L'analyse porte sur 1786 consultations de personnes migrantes enregistrées du 31 octobre 2016 au 23 avril 2017 dans les services d'accueil des urgences (PASS et services d'urgences) des centres hospitaliers de Dunkerque et de la polyclinique de Grande Synthe.

Le nombre de recours aux soins avait pratiquement doublé depuis février (fig. 1) avec une moyenne de 13 recours quotidiens versus 8 recours en novembre, décembre et janvier. Cette augmentation reflétait l'augmentation des populations migrantes sur le camp de la Linière et l'amélioration possible des transmissions des données d'activité du CH de Dunkerque. Le nombre de recours aux soins demeurait stable (une centaine de recours hebdomadaires) ces dernières semaines, jusqu'à la destruction du camp et la dispersion des populations migrantes.

Fig 1 : Evolution du nombre hebdomadaire de recours aux soins, novembre 2016 au 23 avril 2017



La majorité des consultations concerne des personnes âgées de plus de 15 ans (>4 recours sur 5), majoritaires sur le camp de la Linière. La part relative des consultations d'enfants (<15 ans) est restée faible 15%sur toute la période sans tendance évolutive particulière (fig 2 et 3).

Fig 2 : Répartition par classes d'âge de la part de recours aux soins, novembre 2016 au 23 avril 2017

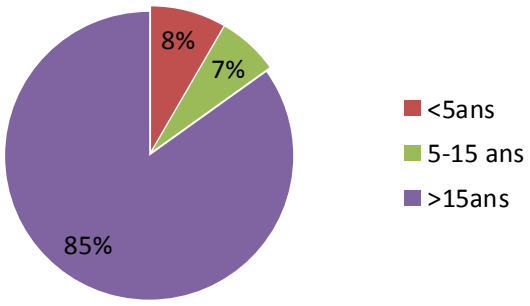
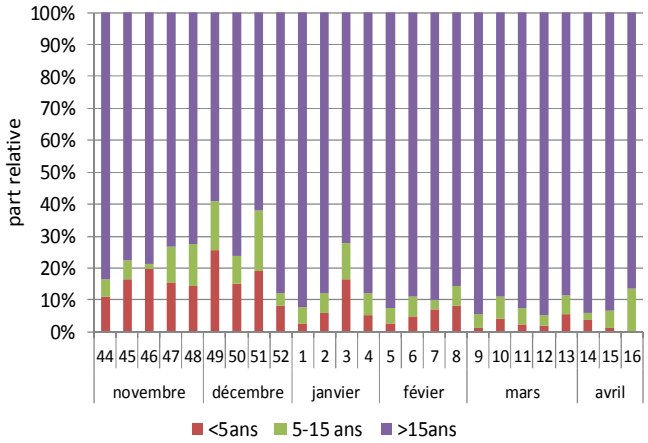


Fig 3 : Evolution hebdomadaire de la part des classes d'âge dans les recours aux soins, novembre 2016 au 23 avril 2017



Depuis novembre 2016, la typologie des recours aux soins était dominée par les infections respiratoires (29%) (fig. 4), majoritairement hautes et ORL (79%). Le nombre de recours aux soins pour infections respiratoires était en diminution constante depuis début mars. Quelques cas sporadiques de grippe/syndromes grippaux avaient été observés jusque début avril (fig. 5).

Fig 4 : Typologie des recours aux soins, novembre 2016 au 23 avril 2017

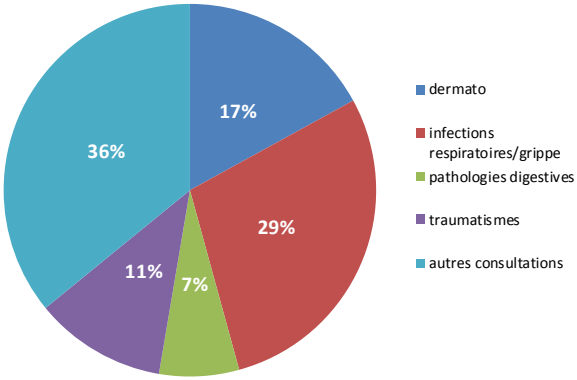
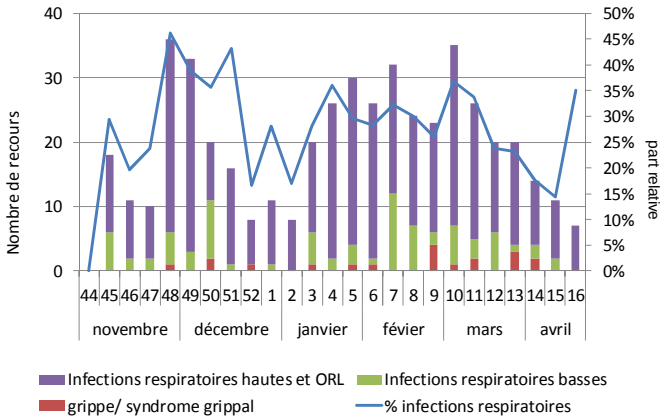


Fig 5 : Evolution hebdomadaire du nombre et de la part relative des consultations pour infections respiratoires, novembre 2016 au 23 avril 2017



Le deuxième principal motif de recours aux soins était constitué par les consultations de dermatologie (17%) (fig. 4) dont près de la moitié (47%) concernait la gale (fig 6). Depuis févier, cette situation épidémique et les difficultés de gestion dans le camp de la Linière avaient fait l'objet de signalements à l'ARS des Hauts de France par les intervenants sur le camp (Afeji et Médecins du Monde) et Pass du Centre hospitalier de Dunkerque. Grâce à la mise en œuvre des traitements scabicides, le nombre hebdomadaire de recours aux soins pour gale avait diminué et semblait stable ces deux dernières semaines.

Les recours aux soins pour pathologies digestives sont demeurés faibles (en moyenne 5 recours hebdomadaires), sans tendance épidémiologique spécifique ces derniers mois (fig. 7).

Figure 6 : Evolution hebdomadaire du nombre de consultations pour gale, novembre 2016 au 23 avril 2017

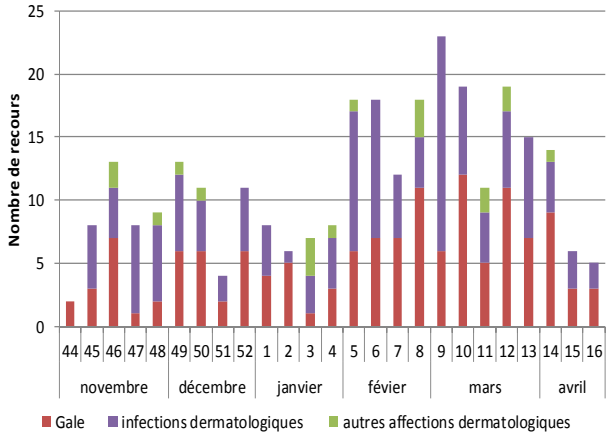
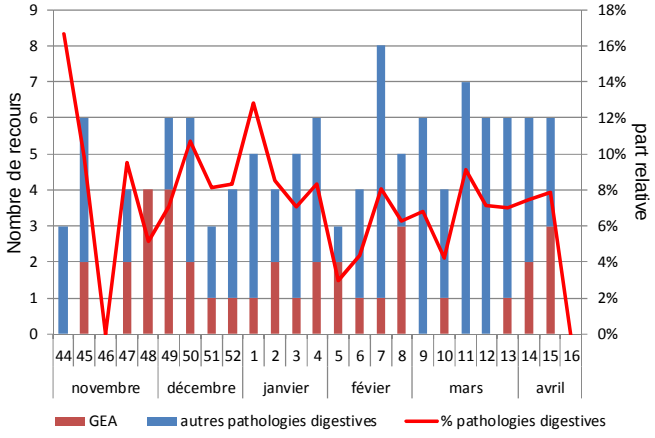
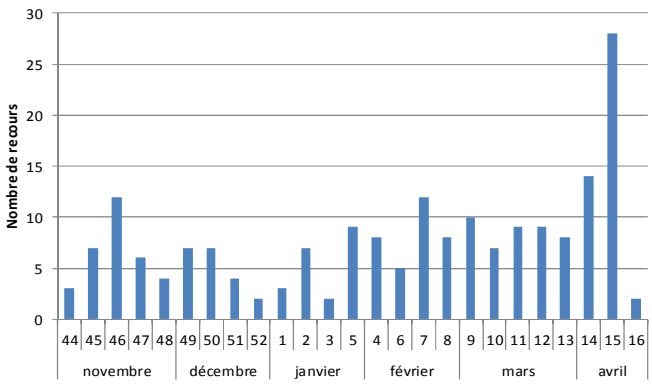


Figure 7 : Evolution hebdomadaire du nombre et de la part relative des recours aux soins pour pathologies digestives, novembre 2016 au 23 avril 2017



Enfin, les consultations pour traumatismes ont représenté 11% des recours aux soins depuis novembre sans qu'il soit possible de savoir si les traumatismes pris en charge étaient accidentels ou liés à des tentatives de passages. On observe, en semaines 14 et 15, une augmentation importante des recours aux soins pour traumatismes, majoritairement liés aux actes de violence qui ont conduits à la destruction et au démantèlement du camp (fig 8).

Fig 8 : Evolution du nombre hebdomadaire de recours aux soins pour traumatismes, novembre 2016 au 23 avril 2017



Conclusions

Le nombre de recours hebdomadaires aux soins, qui avait quasiment doublé depuis le mois de février du fait de nouvelles arrivées de migrants sur le camp de la Linière, était demeuré stable jusqu'à la destruction du camp survenue la semaine 15.

Les principaux motifs de recours aux soins ont été constitués par les infections respiratoires (hautes, basses et syndromes grippaux) et les consultations de dermatologie, objectivant une importante épidémie de gale, qui a touché en février-mars, la moitié des 300 nouveaux arrivants hébergés dans des dortoirs de plusieurs dizaines de personnes, aménagés dans d'anciennes cuisines communautaires sur le camp. Cette épidémie et sa gestion, compliquée par les conditions d'hébergement et de prise en charge médicale, témoignait des conditions d'hygiène devenues difficiles sur le site (promiscuité, accès à l'eau).

Le 11 avril 2017, le camp de la Linière, en grande partie détruit par un incendie, a été évacué. Les migrants relogés provisoirement dans des gymnases des environs ont été orientés vers des centres d'accueil et d'orientation (CAO). Dans ce contexte de dispersion des migrants du site de la linière et de diminution importante des demandes de recours aux soins, ce Point Epidémiologique de surveillance de la situation sanitaire des populations migrantes sera le dernier. La Cire restera néanmoins vigilante sur les recours aux structures de soins.

Méthode

Pathologies cibles

Maladies infectieuses : Les principaux risques sanitaires identifiés concernent les infections contractées sur le territoire et les pathologies d'importation. Le risque infectieux est aggravé par les conditions de vie, d'accès à l'eau potable, de gestion des déchets, d'assainissement et de promiscuité qui pourront être à l'origine de la survenue d'épidémies. La surveillance cible ainsi :

- **Les maladies entériques et alimentaires** (fièvre typhoïde, shigellose, hépatite A, choléra, botulisme, TIAC) ;
- **Les maladies à prévention vaccinale** (grippe, rougeole, poliomyélite, diphtérie, tétanos, rubéole, coqueluche, varicelle) ;
- Les méningites à méningocoque ;
- **Les infections respiratoires** (tuberculose, infections respiratoires aigües basses) ;
- **Les infections cutanées** (notamment bactériennes et parasitaires à type de gale ou teignes) ;
- Les infections transmises par les poux de corps ;
- Les infections sexuellement transmissibles.

Traumatismes : traumatismes accidentels ou liés à une agression, agressions sexuelles.

Santé mentale : syndrome psycho-traumatique, dépression, alcoolisation aiguë.

Intoxications : intoxications au monoxyde de carbone (liées à la précarité actuelle de l'habitat et des conditions de chauffage) et intoxications médicamenteuses.

Pathologies liées aux conditions climatiques : pathologies liées au froid ou chaleurs extrêmes

Organisation

Le dispositif de surveillance s'articule autour de deux canaux de remontée de l'information :

- Le dispositif existant de **signalement au point focal régional de l'ARS Nord Pas-de-Calais-Picardie** (**03.62.72.77.77**) est renforcé. Il permet le signalement des maladies à déclaration obligatoire (DO), d'autres maladies infectieuses (Coqueluche, Rubéole, Leptospirose, Syphilis, diarrhées aiguës, diarrhées sanglantes, ictère…), des cas groupés de maladies infectieuses ou intoxications ;
- En parallèle, une surveillance syndromique dédiée est mise en place. Les données sont issues de la surveillance d'une liste de pathologies et syndromes cibles par les structures de soins impliquées dans la prise en charge des populations migrantes :
  - **Services d'accueil des urgences** (SAU) des Centres Hospitaliers (CH) Dunkerque, et de la polyclinique de Grande-Synthe ;
  - **Permanences d'Accès Aux Soins** (PASS) du CH de Dunkerque ;

Analyse

Au sein des dispensaires comme des structures hospitalières, un recours peut faire l'objet de plusieurs diagnostics distincts (ex : gale et syndrome grippal). Ainsi, trois informations distinctes sont extraites des données remontées : (i) le nombre de consultations réalisées, (ii) le nombre total de diagnostics posés et (iii) le nombre de diagnostics posés pour chaque pathologie. Les indicateurs présentés dans ce Point Epidémio sont calculés de la manière suivante :

- **Volume d'activité :** il s'agit du nombre de consultations réalisées pour chaque structure, indépendamment du nombre de diagnostics posés.

Suivi des pathologies : il est présenté en nombre brut de diagnostics posés pour un regroupement syndromique particulier et sa part relative est rapportée au total des recours du même regroupement typologique.

Acronymes

ARS : Agence régionale de santé
CIRE : Cellule d'intervention en région (Santé publique France)
CH : Centre Hospitalier
DO : Déclaration Obligatoire
IRA : Infection respiratoire aiguë
MDO : Maladie à Déclaration Obligatoire
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé
RPU : Résumé de Passages aux Urgences
SAU : Service d'Accueil des Urgences
TIAC : Toxi-infection alimentaire collective

Remerciements

La Cellule d'intervention en région (Cire) de Santé publique France remercie vivement tous les acteurs et partenaires impliqués dans la prise en charge et la surveillance sanitaire des populations migrantes présentes sur le littoral du Nord-Pas-de-Calais.

Directeur de la publication : Pr. François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédacteur en chef : Dr. Pascal Chaud, coordonnateur de la Cire Hauts-de-France
Comité de rédaction : l'équipe de la Cire Hauts-de-France
Diffusion : Cire Hauts-de-France, Bâtiment Onix - 556 av. Willy Brandt 59777 EURALILLE
Tel : 03.62.72.88.88 | Fax :03.20.86.02.38 | Mail : ars-hdf-cire@ars.sante.fr
Retrouvez-nous sur : *www.santepubliquefrance.fr*