CIRE NORD

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Le point épidémio

Principaux motifs de recours aux structures de soins des populations migrantes des sites de Calais et Grande-Synthe

Point de situation au 22/04/16 – Données de la semaine 15-2016

| Contexte |

L'Institut de veille sanitaire (InVS) a été sollicité par la Direction générale de la santé (DGS) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nord-Pas de Calais-Picardie pour mettre en place une surveillance épidémiologique des populations migrantes installées sur deux sites : « la Lande » à Calais et, plus récemment « Basroch » à Grande-Synthe. Depuis les semaines 9 et 10, le camp du « Basroch » a déménagé dans une nouvelle zone appelée « la Linière ».

Les **objectifs** de cette surveillance sont, d'une part, de détecter précocement tout phénomène de santé nécessitant une intervention urgente de santé publique (notamment, les maladies infectieuses transmissibles nécessitant la mise en œuvre rapide de mesures visant à prévenir les risques épidémiques) et, d'autre part, de suivre les tendances de pathologies, considérées comme prioritaires ou « traceuses », afin d'adapter l'offre de soins curatifs et préventifs.

| Pathologies cibles de la surveillance |

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 de la surveillance |

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) de Calais et Dunkerque, et de la polyclinique de Grande-Synthe ;
  - **Permanences d'Accès Aux Soins** (PASS) des CH de Calais et Dunkerque ;
  - **Dispensaire de Médecins Sans Frontières** (**MSF**) sur « la Lande » jusqu'au 1er mars 2016 (fonctionnant 5 jours/7 durant sa période d'activité), et sur « Basroch » puis « la Linière » (4 jours/7) depuis le 1er mars ;
  - **Dispensaire de MDM** sur « Basroch » puis « la Linière » (2 jours/7), depuis la semaine 2016-05 ;
  - **Dispensaire de la Croix-Rouge** (**CR**) sur « la Linière » (1,5 jour/7), depuis la semaine 2016-11.

| Données présentées |

L'exhaustivité du codage diagnostic est désormais suffisante pour présenter les données de passages au SAU du CH de Calais. Les données du SAU et de la PASS du CH de Dunkerque, et de la polyclinique de Grande-Synthe seront ajoutées prochainement à ce bilan de surveillance. En revanche, l'exhaustivité du codage des diagnostics dans les PASS du CH de Calais (CH et antenne de Jules Ferry) reste insuffisante pour que ces données puissent être exploitées.

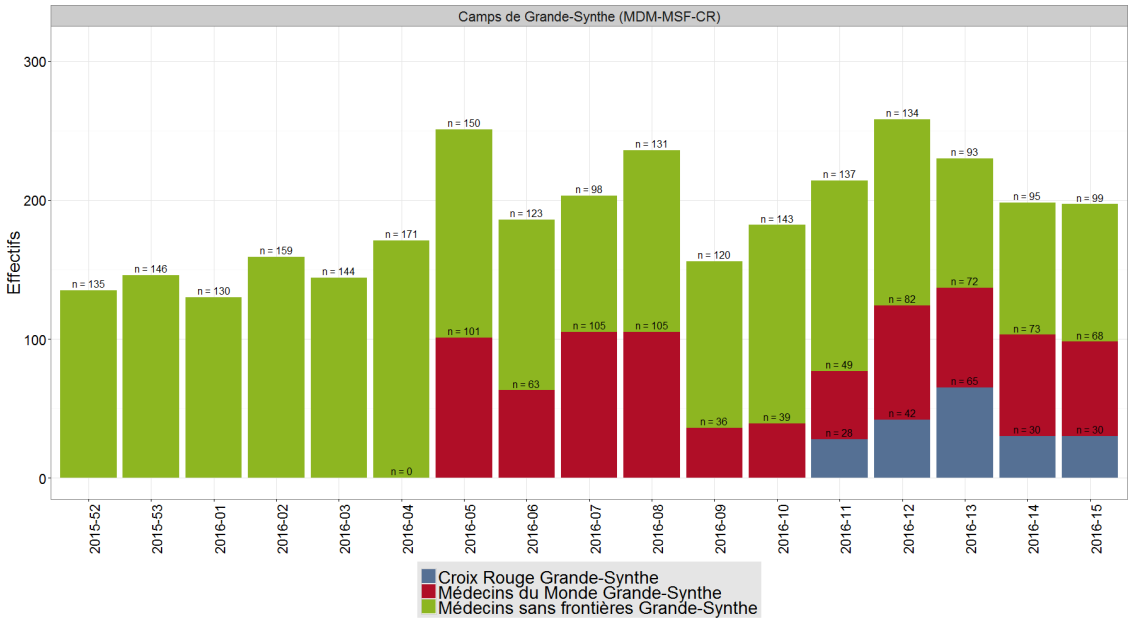
| Bilan des consultations sur le site de Grande-Synthe |

A Grande-Synthe, les intégrations successives des données de Médecins-du-Mondes (MDM) en semaine 05 et des données de la Croix-Rouge (CR) en semaine 11 ont entrainé des augmentations mécaniques du nombre de recours les semaines suivantes. A l'inverse, le déménagement du camp de Basroch vers celui de La Linière au cours des semaines 9 et 10 avait entrainé une diminution notable du nombre de recours (**Figure 1**).

Depuis la semaine 12, on observe une diminution du nombre de consultation. Celle-ci est particulièrement marquée (-30% environ) dans l'activité de Médecins sans frontières, dont le nombre de consultations est passé de 134 en semaine 12 à environ 95 depuis.

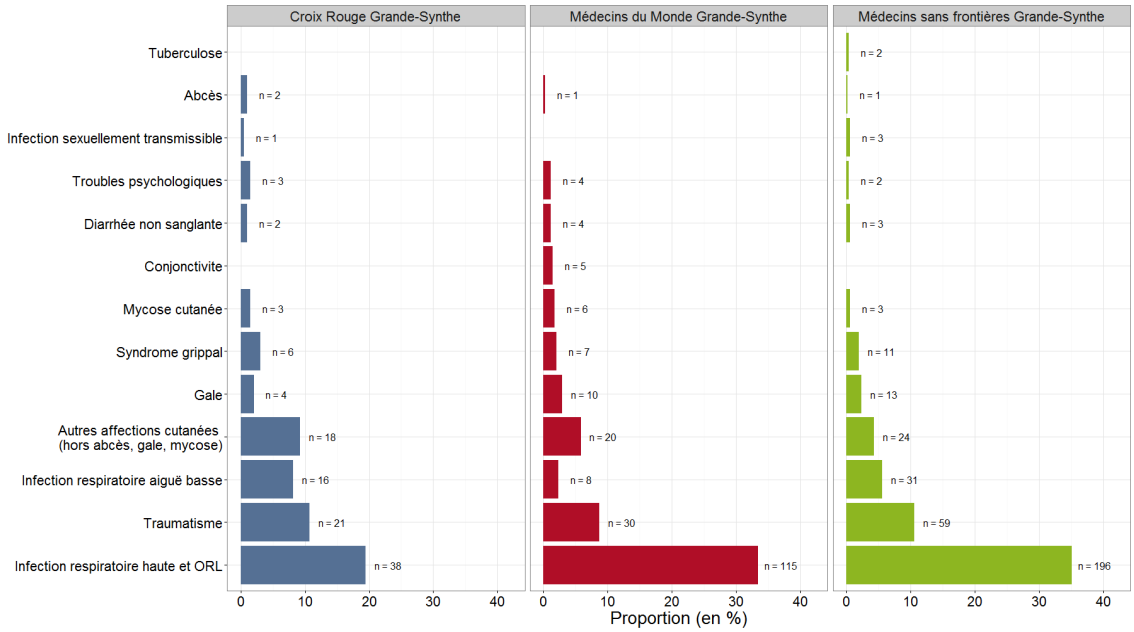
En semaine 15, le nombre total de consultations est stable par rapport à la semaine précédente (197 contre 198), pour l'ensemble des intervenants. Pour cette semaine, en moyenne, 25 consultations ont été assurées quotidiennement par MSF (sur 4 jours), 34 par MDM (sur 2 jours) et 20 par la Croix-Rouge (sur 1,5 jours).

Figure 1 : Evolution du nombre hebdomadaire de recours aux soins dans les dispensaires MDM, MSF et Croix-Rouge de Grande-Synthe



Sur le plan qualitatif, ces 5 dernières semaines, les infections respiratoires hautes et ORL demeurent la première cause de recours, représentant près de 32 % des motifs de recours (**Figure 2**). Les traumatismes (10 %), les affections cutanées (hors abcès, gale et mycose) (6 %) et les infections respiratoires aiguës basses (5 %) sont les autres principaux motifs de recours aux soins.

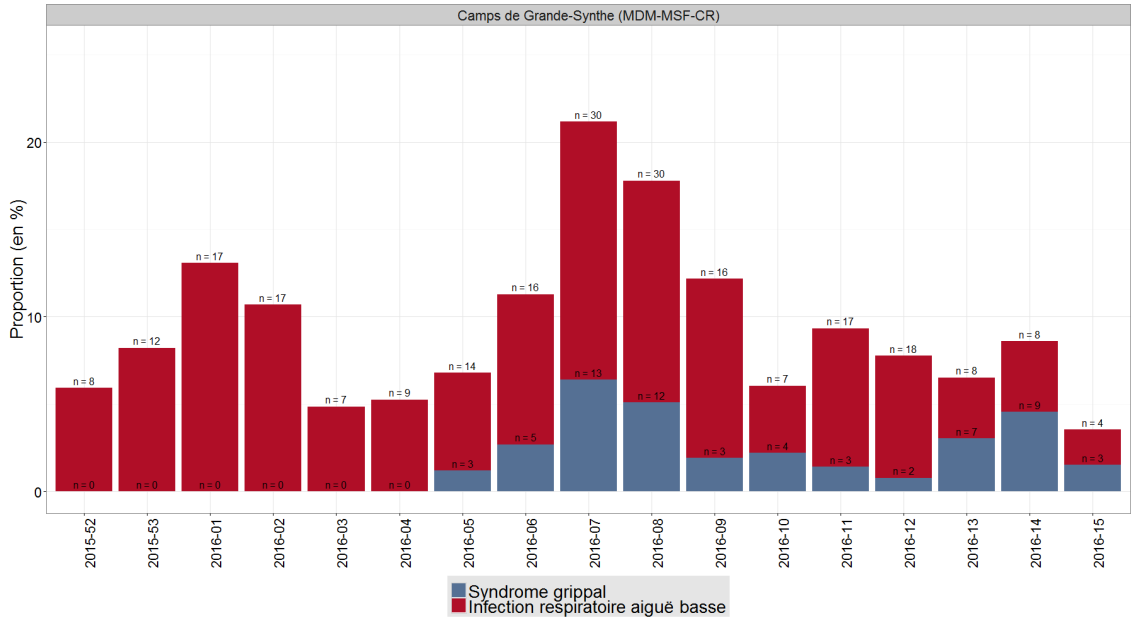
Figure 2 : Part des typologies des recours aux soins dans les dispensaires Croix-Rouge, MDM et MSF et de Grande-Synthe, en pourcentage, ces 5 dernières semaines



En semaine 15, les consultations pour infection respiratoire aiguë basse (essentiellement de type bronchopathies) et syndrome grippal sont en nette diminution et représentent moins de 4 % des recours (contre 9 % en semaine 14). Les parts des infections respiratoires aiguës basses (2 % des recours contre 4 % en semaine 14) et des syndromes grippaux (2 % contre 5 %) sont toutes deux en nette diminution (**Figure 3**).

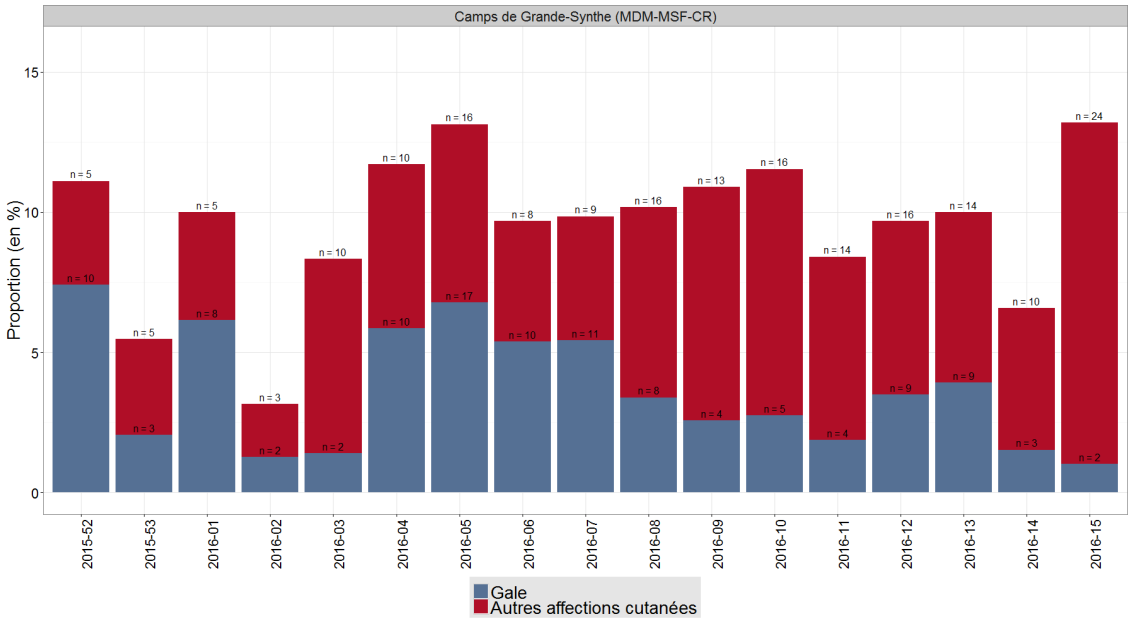
Dans le Nord-Pas-de-Calais, l'activité hospitalière (SAU) et ambulatoire (SOS Médecins) pour syndromes grippaux poursuit sa baisse entamée en semaine 12. Le passage d'une partie des indicateurs en dessous des seuils statistiques conduit à considérer la région en phase post-épidémique.

Figure 3 : Evolution de la part hebdomadaire des consultations pour infections respiratoires aiguës basses et syndromes grippaux dans les recours aux soins dans les dispensaires MDM, MSF et Croix-Rouge de Grande-Synthe



Par ailleurs, en semaine 15, on note une nette augmentation des affections cutanées (hors gale), et notamment des infections dermatologiques (abcès, mycoses, etc.), qui représentent 12 % des recours contre 6 % en moyenne les 4 semaines précédentes. (**Figure 4**). On observe en revanche une diminution constante de la part de recours pour gale (1 % des recours, contre 2 % en semaine 14 et 4 % en semaine 13).

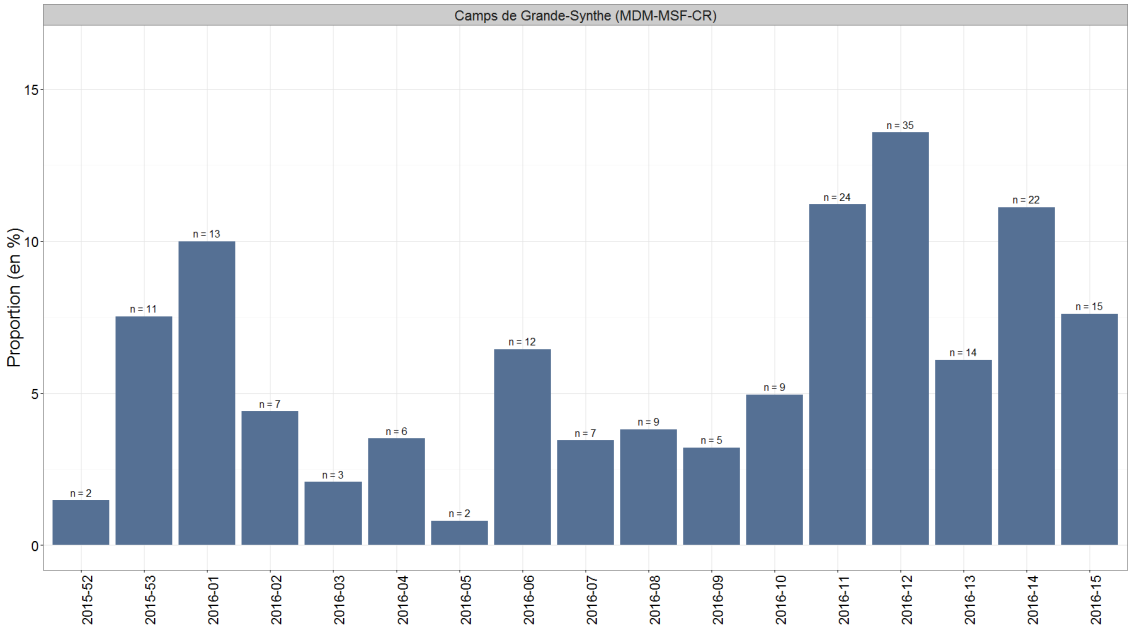
Figure 4 : Evolution de la part hebdomadaire des consultations pour gale dans les recours aux soins pour pathologies dermatologiques dans les dispensaires MDM, MSF et Croix-Rouge de Grande-Synthe



La part des consultations pour pathologies digestives reste stable à un niveau faible (1 % en semaine 15). Aucun nouveau cas de diarrhée sanglante n'a été signalé depuis les deux cas signalés en semaines 6 et 10). Toutefois, la survenue de ces cas doit inciter à la vigilance, étant donné le risque épidémique important lié à la grande précarité des conditions d'hygiène sur le camp.

La part des recours aux soins pour traumatologie, en augmentation en semaine 14, diminue en semaine 15 (8 % des consultations) (**Figure 5**). Ce niveau, bien qu'inférieur aux valeurs maximales observées en semaine 11, 12 ou 14 (entre 11 et 14 % des consultations), est toutefois supérieur au niveau observé avant le déménagement du camp (entre 3 et 5 % entre les semaines 8 et 10). Parmi les 11 cas pour lesquels l'information est disponible, 9 sont des traumatismes accidentels non liés aux tentatives de traversée (82 %) et 4 à des traumatismes accidentels liés aux tentatives de traversée (18 %).

Figure 5 : Evolution de la part hebdomadaire des consultations pour traumatologie dans les dispensaires MDM, MSF et Croix-Rouge de Grande-Synthe

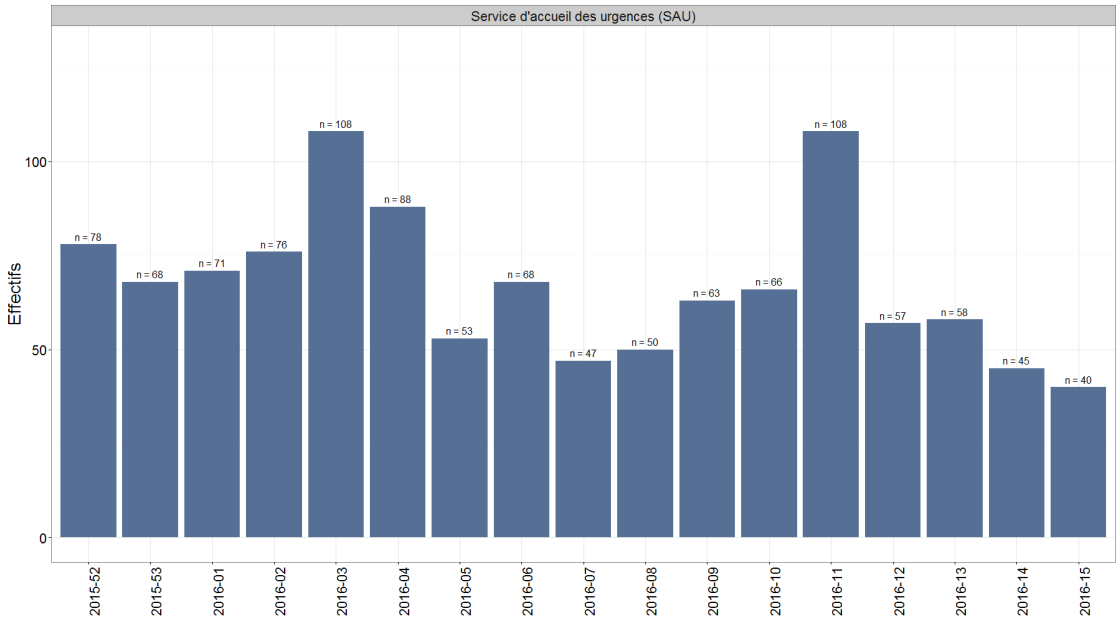


| Bilan des passages de personnes migrantes au Service d'accueil des urgences (SAU) de Calais |

Ces dernières semaines, le nombre de passages de personnes migrantes au SAU du CH de Calais est globalement en diminution et demeure à un niveau faible (moins de 10 passages quotidien) (**Figure 6**).

En semaine 15, le nombre de passages poursuit sa diminution (40 contre 45 en semaine 14). C'est le plus faible nombre de passages hebdomadaires observé depuis le début de cette surveillance.

Figure 6 : Evolution du nombre hebdomadaire de passages de personnes migrantes au Service d'accueil des urgences (SAU) de Calais

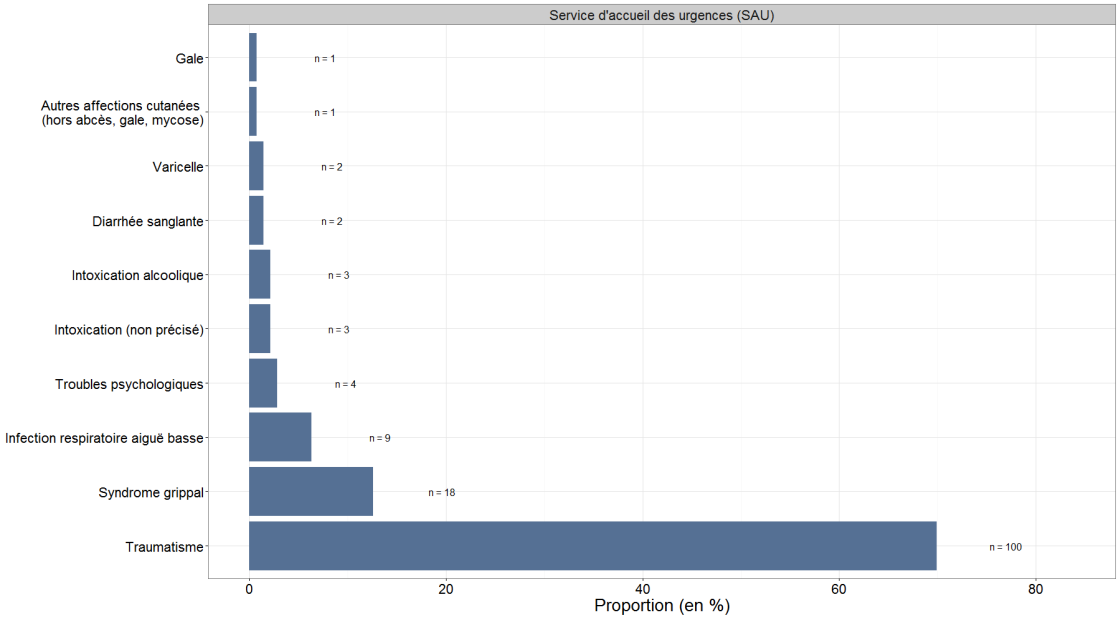


D'un point de vue qualitatif, les traumatismes demeurent la principale cause de consultation au SAU du CH de Calais ces 5 dernières semaines (**Figure 7**). Ils représentent près de 70 % des diagnostics codés, loin devant les syndromes grippaux, qui représentent 13 % des diagnostics.

Parmi l'ensemble des passages au SAU pour traumatismes codés en diagnostic principal depuis le début de la surveillance (n=159), les plaies représentent le principal motif de recours (42 %), notamment les plaies du visage et du cuir chevelu (21 %). Suivent les contusions et lésions (39 %), puis les fractures (6 %), les entorses (6%) et les commotions cérébrales (5 %). A noter que parmi les fractures prises en charge (n=10), près de la moitié concerne la face (n=4).

Aucun nouveau cas d'hépatite virale A n'a été signalé, depuis les 3 cas confirmés signalés fin mars 2016.

Figure 7 : Part des typologies des recours aux soins de personnes migrantes au Service d'accueil des urgences (SAU) de Calais en pourcentage, ces 5 dernières semaines



| Conclusions |

Sur le camp de Grande-Synthe (La linière)

- En semaine 15, le **nombre de consultations dans les dispensaires est stable** par rapport à la semaine précédente, et de manière similaire pour les différents intervenants (MSF, MDM et CR).
- La part de consultations pour **infections respiratoires aiguës basses** (2 % des recours) comme celle des **syndromes grippaux** (2%) **est en nette diminution**, à l'instar de ce qui était observé dans le Nord et le Pas-de-Calais. Ces deux départements sont en effet considérés en phase post-épidémique depuis cette semaine 15. Toutefois, la persistance d'une circulation virale doit inciter à la prudence.
- La part des consultations pour **affections cutanées (hors gale)**, notamment les infections dermatologiques (abcès, mycose, etc.) **est en forte augmentation** (12 %, contre 6 % les 4 semaines précédentes). En revanche, la part des consultations pour **gale poursuit sa diminution** (1 % contre 2 % en semaine 14).
- La part des consultations pour **traumatismes** est en **diminution** par rapport à la semaine précédente.

Sur le camp de Calais (Jules Ferry)

- **En sem**aine 15, **le nombre de passages au SAU du CH de Calais reste faible et poursuit sa diminution** (n=40). Les traumatismes demeurent les principaux motifs de recours au SAU (70 %), dominés par les plaies (42 %) et les contusions ou lésions (39%).
- **Aucun nouveau cas d'hépatite aiguë A** n'a été signalé depuis les trois cas confirmés déclarés fin-mars 2016 et signalés par le SAU et le laboratoire du CH de Calais. Il est tout de même rappelé l'importance de signaler sans délai au point focal régional (PFR) de l'ARS (03.62.72.77.77) tout nouveau cas confirmé[1] ou cliniquement suspect d'hépatite virale A, afin de mettre en place sans délai les mesures de prévention autour du cas.

[1] Fiche de déclaration de maladie à déclaration obligatoire disponible sur le site de l'InVS : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12554.do

Acronymes

ARS : Agence régionale de santé
CIRE : Cellule de l'InVS en région
CH : Centre Hospitalier
CO : Monoxyde de carbone
CR : Croix-Rouge
DGS : Direction Générale de la Santé
DO : Déclaration Obligatoire
EPRUS : Etablissment de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
INVS : Institut de veille sanitaire
IRA : Infection respiratoire aiguë
MDM : Médecins du Monde
MDO : Maladie à Déclaration Obligatoire
MSF : Médecins Sans Frontières
PASS : Permanences d'Accès Aux Soins
RPU : Résumé de Passages aux Urgences
SAU : Service d'Accueil des Urgences
TIAC : Toxi-infection alimentaire collective

| Remerciements |

Directeur de la publication
François Bourdillon
Directeur Général de l'InVS

Comité de rédaction

Coordonnateur
Dr Pascal Chaud

Epidémiologistes
Sylvie Haeghebaert
Christophe Heyman
Gabrielle Jones
Magali Lainé
Ghislain Leduc
Bakhao Ndiaye
Hélène Prouvost
Caroline Vanbockstaël
Dr Karine Wyndels

Internes de santé publique
Alexandre Caron
Philippe Trouiller-Gerfaux

Secrétariat
Véronique Allard

Diffusion

Cire Nord
Bâtiment Onix
556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE

Tél. : 03.62.72.88.88
Fax : 03.20.86.02.38
Mail : ARS-NPDC-CIRE@ars.sante.fr