

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

Point de situation au 04/05/16 – Données des semaines 16 et 17-2016

| Contexte |

L'Institut de veille sanitaire (InVS), désormais Santé publique France, 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 aiguës 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 :
 - o **Services d'accueil des urgences (SAU)** des Centres Hospitaliers (CH) de Calais et Dunkerque, et de la polyclinique de Grande-Synthe ;
 - o **Permanences d'Accès Aux Soins (PASS)** des CH de Calais et Dunkerque ;
 - o **Dispensaire de Médecins Sans Frontières (MSF)** sur « la Lande » jusqu'au 1^{er} mars 2016 (fonctionnant 5 jours/7 durant sa période d'activité), et sur « Basroch » puis « la Linière » (4 jours/7) depuis le 1^{er} mars ;
 - o **Dispensaire de Médecins Du Monde (MDM)** sur « Basroch » puis « la Linière » (2 jours/7), depuis la semaine 2016-05 ;
 - o **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.

Création de Santé publique France

Depuis sa création le 1^{er} mai 2016, Santé publique France est la nouvelle agence nationale de santé publique.

Créée par la loi n°2016-41 « modernisation du système de santé », Santé publique France regroupe l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), ainsi que le groupement d'intérêt public Adalis (Addictions, drogues, alcool info service).

L'agence interviendra dans les champs de la veille et de la surveillance, de la prévention, de la promotion de la santé et pour la réponse aux alertes sanitaires. Elle répond ainsi au besoin de créer, en France, un centre de référence en santé publique, assurant le continuum de la connaissance à l'intervention : anticiper, comprendre, agir, au service de la santé de tous.

Pour découvrir l'ensemble des missions de l'agence : www.santepubliquefrance.fr

Pour nous suivre sur twitter : @sante-prevention

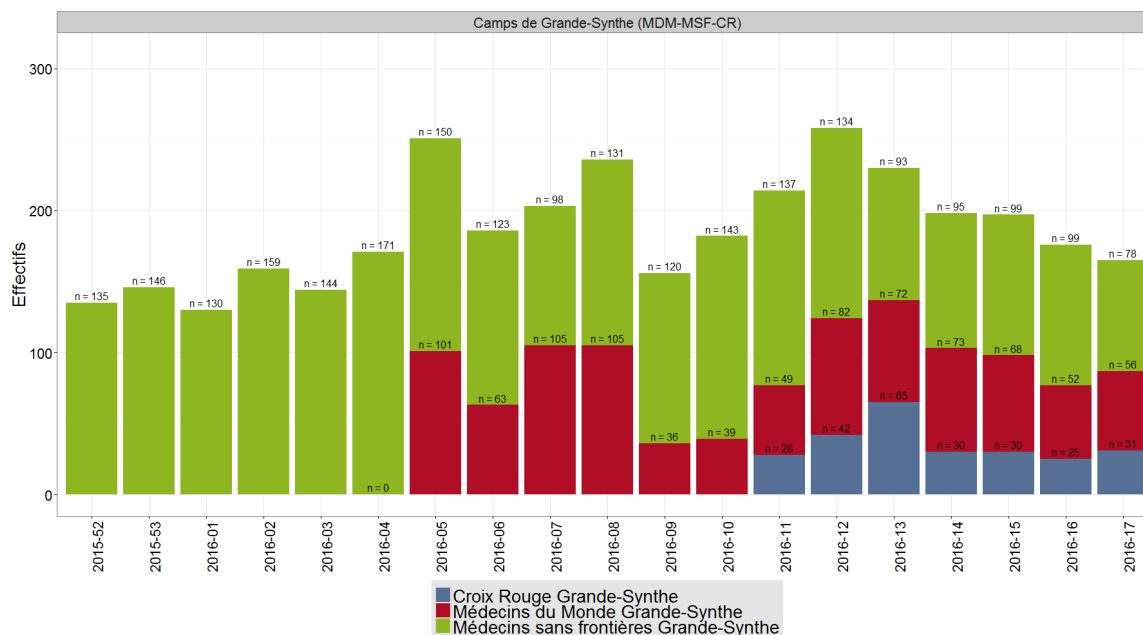
Bilan des consultations sur le site de Grande-Synthe |

Les intégrations successives des données de Médecins Du Monde (MDM) en semaine 05 et des données de la Croix-Rouge (CR) en semaine 11 ont entraîné 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 a entraîné une diminution notable du nombre de recours.

Depuis la semaine 12, on observe une diminution constante du nombre de consultations (**Figure 1**). Celle-ci est particulièrement marquée dans l'activité de Médecins Sans frontières (MSF) et de Médecins Du Monde (MDM) ces dernières semaines.

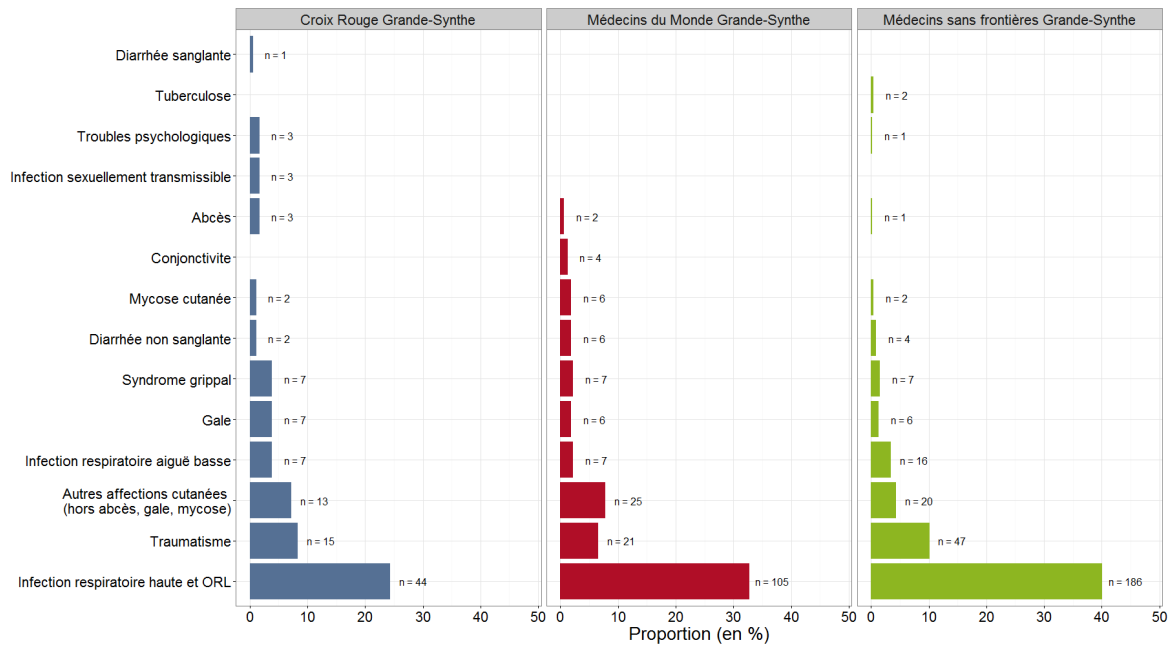
En semaines 16 et 17, le nombre total de consultations était en diminution par rapport aux semaines précédentes : 176 consultations ont été effectuées en semaine 16 et 165 en semaine 17, contre près de 200 les deux semaines précédentes. Cette diminution était surtout observée pour MDM et MSF. Pour cette dernière semaine, en moyenne, 20 consultations ont été assurées quotidiennement par MSF (sur 4 jours), 28 par MDM (sur 2 jours) et 21 par la Croix-Rouge (sur 1,5 jours).

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



Sur le plan qualitatif, ces 5 dernières semaines, les infections respiratoires hautes et ORL demeurent la première cause de recours, représentant environ 38 % des motifs de recours (**Figure 2**). Les traumatismes (8 %), les affections cutanées (hors abcès, gale et mycose) (5 %) et les infections respiratoires aiguës basses (dont les syndromes grippaux) (2 %) sont les autres principaux motifs de recours aux soins.

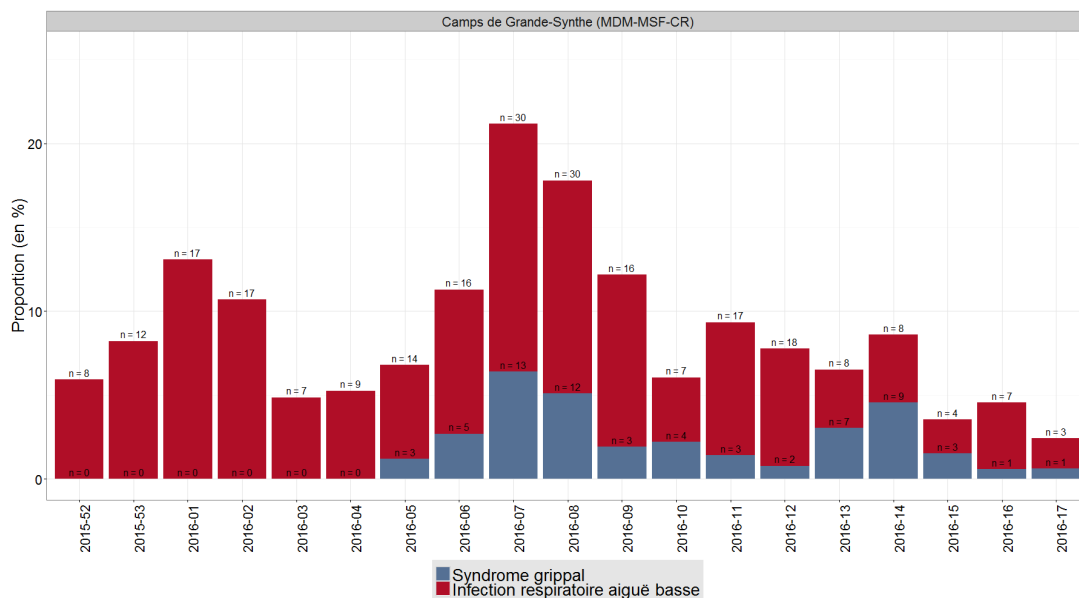
Figure 2 : Part des typologies des recours aux soins dans les dispensaires de Grande-Synthe (MDM, MSF et CR), en pourcentage, ces 5 dernières semaines



En semaines 16 et 17, les consultations pour infection respiratoire aiguë basse (essentiellement de type bronchopathies) et syndrôme grippal étaient stables à un niveau similaire à celui observé en semaine 15, mais inférieur aux semaines antérieures. La part des infections respiratoires aiguës basses était fluctuante (2 % des recours en semaine 15, 4 % en semaine 16 et 2 % en semaine 17), alors que celle des syndromes grippaux (2 % contre 5 %) était en constante diminution (2 % en semaine 15, moins de 1 % en semaines 16 et 17) (**Figure 3**).

Dans le Nord et le Pas-de-Calais, l'ensemble des indicateurs hospitaliers (SAU) et ambulatoires (SOS Médecins) pour syndromes grippaux sont revenus à des niveaux inférieurs au seuil épidémique : l'épidémie grippale est désormais terminée.

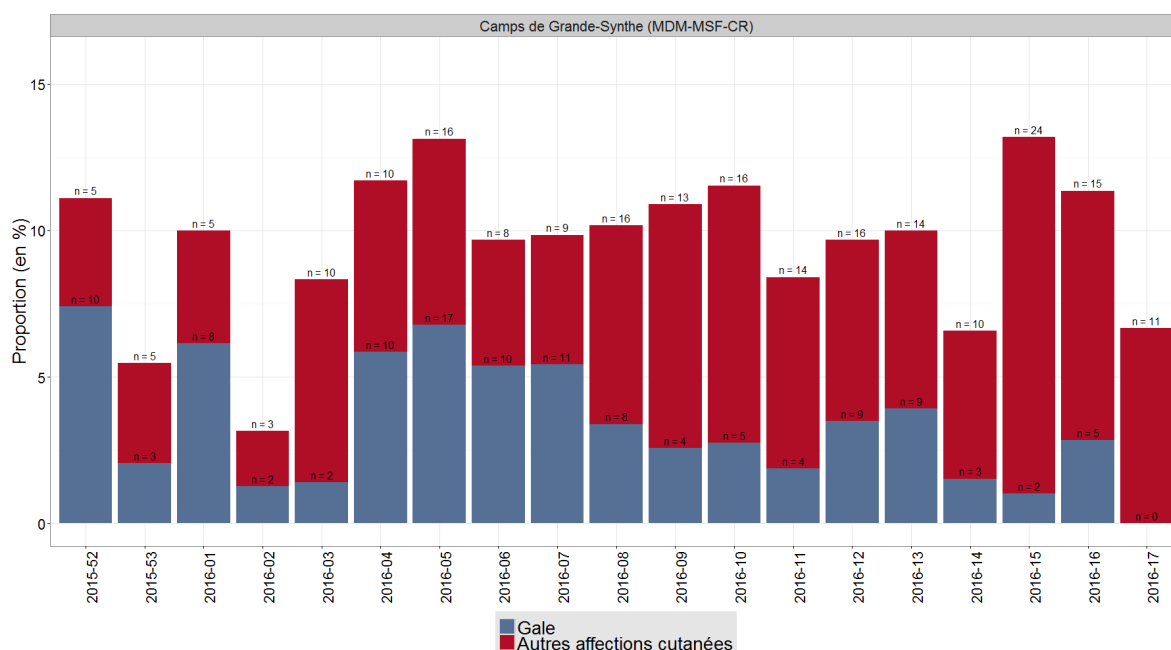
Figure 3 : Evolution de la part hebdomadaire des consultations pour infections respiratoires aiguës basses et syndromes grippaux dans les recours aux soins dans les dispensaires de Grande-Synthe (MDM, MSF et CR)



Par ailleurs, après la forte augmentation observée en semaine 15 des affections cutanées (hors gale), et notamment des infections dermatologiques (abcès, mycoses, etc.), leur part était en diminution en semaine 16 et 17 : elle est ainsi passée de 12 % en semaine 15 à 9 % en semaine 16 et 7 % en semaine 17 (**Figure 4**).

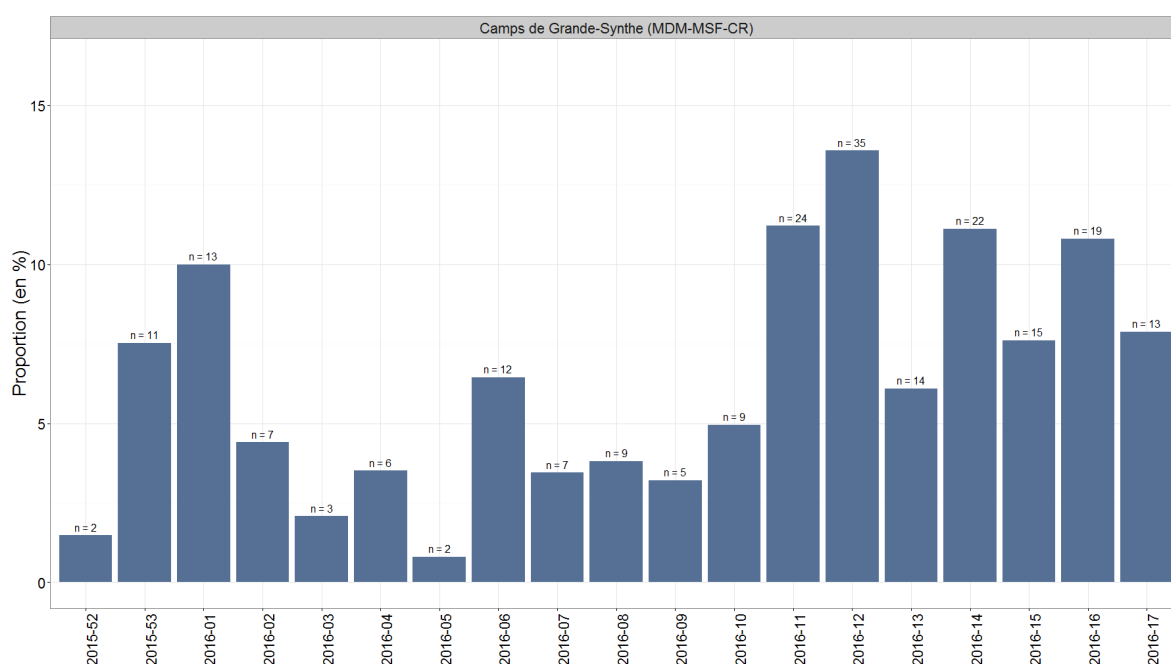
De son côté, la part de consultations pour gale avait connu une faible augmentation en semaine 16 (3 % contre 1 % en semaine 15), mais était nulle en semaine 17.

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



De son côté, la part des consultations pour diarrhées était en légère augmentation en semaine 17 mais restait inférieure à 3%. De plus, un nouveau cas de diarrhée sanglante a été signalé en semaine 17. Depuis le début de la surveillance, deux cas avaient déjà été signalés en semaines 6 et 10. 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. Enfin, la part des recours aux soins pour traumatologie a connu une nouvelle augmentation en semaine 16 (11 % des consultations) suivie d'une diminution en semaine 17 (8 %) (**Figure 5**). Ce niveau demeure supérieur au niveau observé avant le déménagement du camp (entre 3 et 5 % entre les semaines 8 et 10). Au cours de ces deux dernières semaines, pour les 22 cas pour lesquels l'information est disponible (68 %), 15 étaient des traumatismes accidentels non liés aux tentatives de traversée (68 %) et 7 à des traumatismes accidentels liés aux tentatives de traversée (32 %). Les traumatismes liés aux tentatives étaient en légère augmentation, tant en proportion qu'en nombre absolu (2 en semaine 14 [11 %], 4 en semaine 15 [18 %] et 6 en semaine 16 [46 %]), mais ont fortement diminué en semaine 17 (1, 11 %).

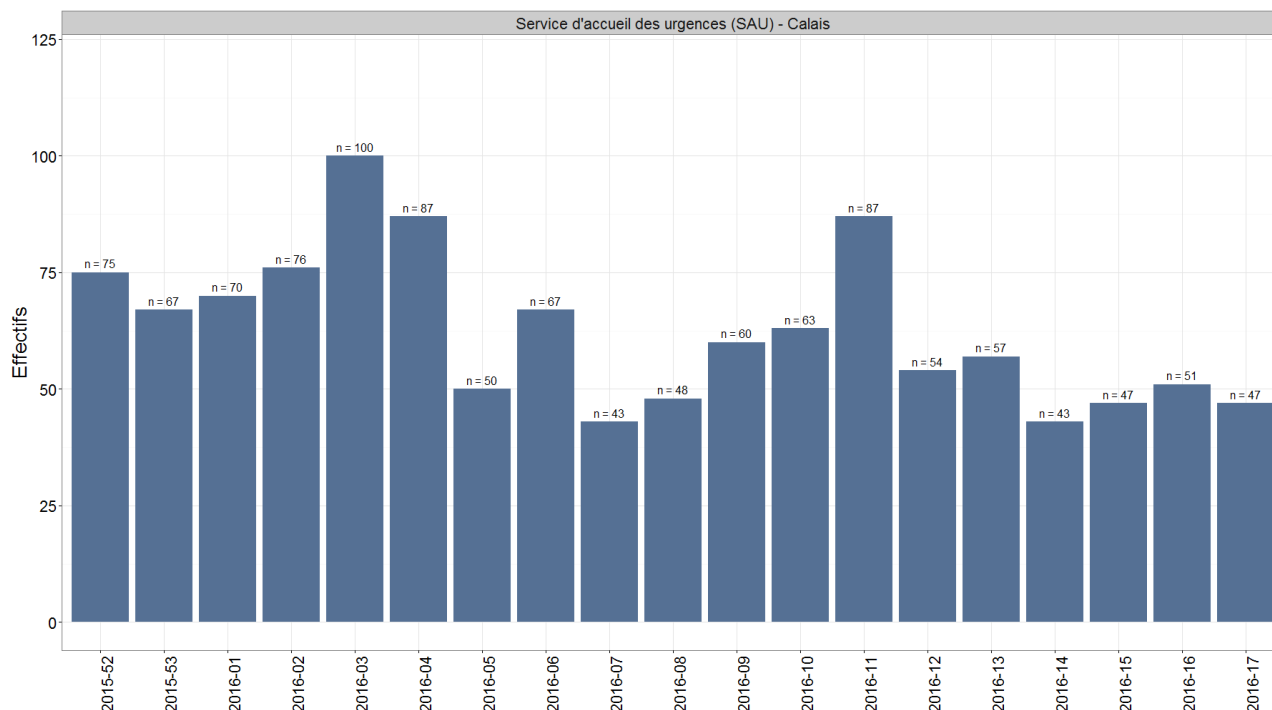
Figure 5 : Evolution de la part hebdomadaire des consultations pour traumatologie dans les dispensaires de Grande-Synthe (MDM, MSF et CR)



Du fait d'un rattrapage de données effectué récemment et d'un changement des méthodes de calcul, les chiffres ont été corrigés. La méthode de calcul des indicateurs est disponible dans la partie « Méthodes d'analyse utilisées » en fin de document.

Ces dernières semaines, le nombre de passages de personnes migrantes au SAU du CH de Calais est stable, à environ 50 passages par semaine (**Figure 6**). Ce niveau est toutefois faible au regard de l'historique et des pics observés en semaines 3, 4 et 11 (environ 90 à 100 passages). En semaine 16 et 17, les nombre de passages s'élevaient à respectivement 51 et 47 passages par semaine, soit environ 7 passages quotidiens de personnes migrantes.

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



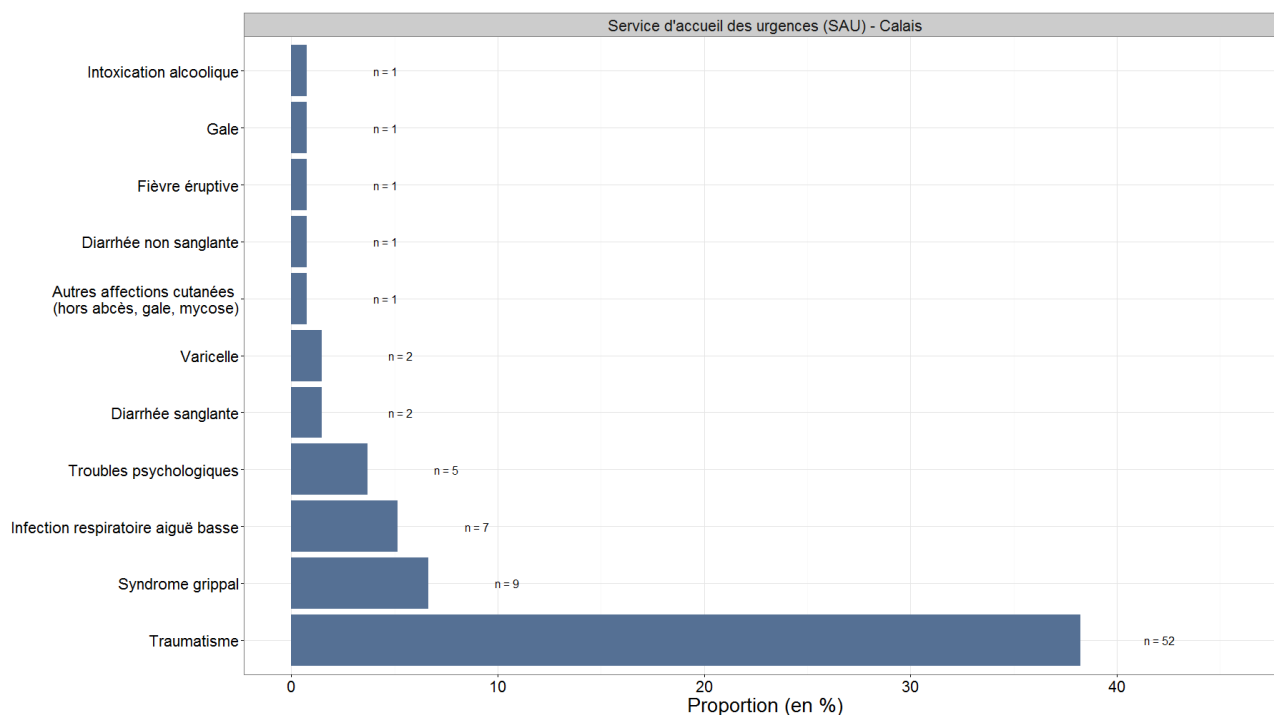
D'un point de vue qualitatif, les traumatismes demeurent la principale cause de consultation au SAU du CH de Calais ces 5 dernières semaines (**Figure 7**). Ils représentent près de 40 % de l'ensemble des diagnostics codés, loin devant les syndromes grippaux, qui représentent 7 % des diagnostics. La part de ces derniers est toutefois en diminution ces dernières semaines, passant de 10 % en semaines 13 et 14 à 6 % en semaine 15 et 0 % en semaines 16 et 17.

Un bilan réalisé sur les données des semaines 2015-52 à 2016-15 montre que 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).

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

Il faut toutefois signaler que l'exhaustivité du codage au SAU est particulièrement faible ces deux dernières semaines (voir section « Méthodes d'analyse utilisées » en fin de document). Par ailleurs, une forte proportion (environ 40 %) de diagnostics codés ne correspondaient pas à des pathologies sous surveillance, et sont en train de faire l'objet d'une analyse spécifique.

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)

- Le nombre de recours aux dispensaires poursuit sa diminution ces dernières semaines.
- Les infections respiratoires aiguës basses (dont les syndromes grippaux) et les affections dermatologiques sont globalement en baisse. Les traumatismes, eux, sont fluctuants et ont notamment connus une augmentation des traumatismes liés aux tentatives de traversée entre les semaines 14 et 16.
- **Un nouveau cas de diarrhée sanglante a été signalé en semaine 17.** Depuis le début de la surveillance, deux cas avaient déjà été signalés en semaines 6 et 10. 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.

Sur le camp de Calais (Jules Ferry)

- Au SAU du CH de Calais, aucune évolution particulière n'est à signaler ces dernières semaines. Le nombre de passages demeure stable à un niveau faible, largement dominé par les traumatismes.
- Une forte proportion des diagnostics codés ne rentrent pas dans les pathologies sous surveillance, et font actuellement l'objet d'une analyse détaillée.
- Aucun nouveau cas d'hépatite A n'a été signalé depuis les 3 cas signalés fin-mars. 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 confirmé¹ 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

Dispensaires de Calais et Grande-Synthe : Croix-Rouge, Médecins-du-Monde, Médecins-sans-Frontières

Au sein des dispensaires présents sur les camps (MDM, MSF et Croix-Rouge) de Calais et Grande-Synthe, un diagnostic unique, le diagnostic principal, est posé à l'issue de chaque consultation. Les données de recours présentées correspondent au nombre total de consultations réalisées, et la typologie des soins est basée sur la proportion de passages pour chaque pathologie sur le nombre total de passages.

Structures relevant des Centres hospitaliers de Dunkerque, de Calais et de la Polyclinique de Grande-Synthe : Services d'accueil des urgences (SAU) et Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Au sein de ces structures, la remontée des données se fait de manière automatisée via les Résumés de passages aux urgences (RPU) : les informations sont saisies par les médecins officiant dans ces services en temps réel. Pour ces RPU, l'exhaustivité du diagnostic n'est pas totale (certains passages n'ont pas de diagnostics saisis), et un même passage peut faire l'objet de plusieurs diagnostics (un diagnostic principal et un ou plusieurs diagnostics associés). Dès lors :

- Les données de recours présentées correspondent au nombre total de passages au sein de chaque structures, quel que soit le nombre de diagnostics posés ;
- Pour chaque typologie de soins, la proportion correspond au nombre de diagnostics rentrant dans un regroupement (ex : Traumatisme) divisé par le nombre total de diagnostics codés (principaux ou associés).

Pour information, pour les cinq dernières semaines, l'exhaustivité du diagnostic principal pour les populations migrantes était la suivante (en %) :

	Semaine 13	Semaine 14	Semaine 15	Semaine 16	Semaine 17
SAU du CH de Calais	71	66	78	29	11

Acronymes

ARS : Agence régionale de santé

CIRE : Cellule d'intervention en région (Santé publique France)

CH : Centre Hospitalier

CO : Monoxyde de carbone

CR : Croix-Rouge

DGS : Direction Générale de la Santé

DO : Déclaration Obligatoire

EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

InVS : Institut de veille sanitaire (Santé publique France)

IRA : Infection respiratoire aiguë

MDM : Médecins du Monde

MDO : Maladie à Déclaration Obligatoire

MSF : Médecins Sans Frontières

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 |



Le point épidémiologique « populations migrantes »

Directeur de la publication

François Bourdillon
Directeur Général de Santé publique France

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

Audrey Parent
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