

Bulletin de veille sanitaire - N° 29 - PC / avril 2014

La surveillance syndromique en Poitou-Charentes - SurSaUD[®]

|Sommaire|

Page 1 | Editorial

Page 2 | Introduction : présentation du réseau SurSaUD[®]

Page 2 | 1. Données collectées et architecture du réseau SurSaUD[®]

Page 4 | 2. Participation au réseau et qualité des données

Page 6 | 3. Analyses des données du réseau SurSaUD[®]

Page 11 | 4. Discussion

Page 12 | 5. Perspectives

| Editorial |

Philippe Germonneau, Responsable de la Cire Limousin Poitou-Charentes

Détecter tout événement sanitaire atteignant les populations, dans un temps proche du réel afin de contrôler au mieux la situation et éviter sa propagation et ses conséquences est un véritable enjeu de société.

Cette quête de la surveillance des risques en temps réel s'est engagée aux Etats-Unis au début des années 1990. Son développement s'est accéléré au décours des menaces bio-terroristes du début des années 2000, des crises sanitaires telles que l'épisode de canicule en France en 2003. Son développement a pu s'appuyer sur l'évolution des capacités d'enregistrement et de transmission électroniques des informations.

L'enjeu était de rechercher et mettre en place un système d'information sensible permettant d'alerter précocement de la survenue de tout événement ou risque sanitaire, qu'il soit d'origine infectieuse, environnementale ou encore lié aux actes de malveillance. Ce qui a conduit à favoriser l'utilisation de données enregistrées en routine, de façon automatique et transmises sans délai tels que des indicateurs génériques de situations cliniques (ventes de médicaments, absentéisme, motifs de recours au soin, ensemble de symptômes). Ces systèmes ont ainsi pris la dénomination de systèmes « d'alerte précoce », de « surveillance non spécifique » ou encore de « surveillance syndromique »¹. Par leur répartition sur le territoire, leur position particuliè-

re de recours et de permanence de soins vis-à-vis de la population, les services des urgences des établissements de soins pouvaient jouer un rôle prépondérant dans la construction de cette surveillance de la santé des populations en temps réel.

Ainsi, les données collectées et transmises chaque jour par ces services dans le cadre de l'organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR[®]), complétées des données des associations SOS Médecins et des données de mortalité enregistrées par l'état civil et celles issues de la certification électronique des décès, ont donné naissance, en 2004, au système de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD[®]), créé par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Aujourd'hui, la participation à ce réseau de la grande majorité des services d'urgences de la région, de l'association SOS Médecins 17 et des services d'état civil des communes apporte aux professionnels de santé publique et aux décideurs au quotidien un panorama des risques sanitaires aigus en Poitou-Charentes. C'est grâce au concours de ces partenaires que peut exister cette surveillance épidémiologique et nous tenons à les remercier vivement de cette contribution à la politique nationale et régionale de santé publique.

Bonne lecture

1. L. Josseran, A. Fouillet. La surveillance syndromique : bilan et perspective d'un concept prometteur. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Volume 61, Issue 2, Avril 2013, Pages 163-170

Le système de surveillance syndromique SurSaUD® a été créé en 2004 par l'InVS suite à la canicule de l'été 2003. Cet évènement climatique extrême, lourd de conséquences – structures d'urgences surchargées, surmortalité de près de 15 000 décès – a montré que les systèmes de surveillance disponibles à l'époque ne permettaient ni de détecter un tel phénomène, ni d'évaluer rapidement son impact sur la population. Le ministère chargé de la santé et l'InVS ont alors décidé de mettre en place un système de surveillance à la fois non spécifique (non fondé sur des pathologies identifiées a priori) et réactif, avec une remontée des données en temps réel ou proche du réel (transmission quotidienne). Ainsi, les objectifs du dispositif SurSaUD® sont :

- de détecter de nouvelles menaces pour la santé publique (d'origine infectieuse ou environnementale, naturelle ou malveillante)
- de suivre et d'évaluer l'impact, sur la santé de la population, d'évènements connus et attendus (épidémies saisonnières) ou inattendus (catastrophe industrielle, phénomène climatique extrême...).

Ce système repose sur une collaboration étroite entre épidémiologistes de l'InVS et professionnels de santé sur le terrain. Il est un des outils qui permettent à l'Institut d'assurer quotidiennement, au niveau national et dans les régions, ses missions de veille, de surveillance et d'alerte sanitaires.

Quatre sources d'information pertinentes, réactives et capables de fournir au jour le jour des informations sur l'état de santé de la population, et non plus uniquement sur des pathologies identifiées a priori, alimentent le système SurSaUD® :

- les structures d'urgences hospitalières du réseau OSCOUR® : 414 structures d'urgences participaient au réseau le 1er avril 2013 soit 65 % des passages aux urgences en France ;
- les associations SOS Médecins : 59 associations sur 62 transmettent leurs données à l'InVS ;
- les données de mortalité d'état-civil transmises par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) : 3000 communes transmettent leurs données de mortalité qui représente 80 % de la mortalité nationale totale ;
- et en cours de développement, la certification électronique de décès transmise par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Ces différentes sources couvrent l'ensemble du territoire français, y compris les départements d'Outre-Mer (Martinique, Guyane, Guadeloupe, La Réunion et Mayotte). Ce numéro thématique présente le système SurSaUD® en région Poitou-Charentes et l'utilisation faite des données recueillies.

| 1. Données collectées et architecture du réseau SurSaUD® |

1.1 Les données des services d'urgences (réseau OSCOUR®)

Les services d'urgences des hôpitaux accueillent les patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge immédiate. Les données des services participant au réseau OSCOUR® sont enregistrées en routine à partir du dossier médical du patient (tableau 1) : variables démographiques (sexe, âge), administratives et médicales (diagnostic principal, diagnostics associés, degré de gravité, mode de transport...). Les diagnostics médicaux sont codés selon la CIM10 et le degré de gravité est mesuré selon la classification CCMU, constitué de scores allant de 1 (faible gravité) à 5 (gravité forte) et de deux codes particuliers : D (décès) et P (patient présentant un problème psychiatrique). Chaque matin, ces données, constituant le résumé de passage aux urgences (RPU) sont envoyées des services d'urgences à l'InVS, directement ou par le biais de serveurs régionaux (figure 1). En Poitou-Charentes, les données sont envoyées via un serveur régional, celui du Syndicat Interhospitalier régional (SIR).

1.2 Les données des associations SOS Médecins (réseau SOS Médecins/InVS)

Les associations SOS Médecins assurent une permanence des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Des permanenciers réceptionnent les appels des patients. Ils enregistrent des variables démographiques ainsi que le(s) motif(s) d'appel du patient (tableau 1). Ils transmettent les informations à un médecin qui se rend au domicile du patient pour la consultation. Le diagnostic médical est ensuite posé par le médecin. Les consultations peuvent également être effectuées dans des centres de consultations dédiés SOS Médecins qui sont présents dans certaines

associations. Les motifs d'appel et les diagnostics sont codés selon trois thésaurus spécifiques utilisés par chacune des associations. Chaque matin, les données SOS Médecins des associations participantes sont envoyées sur la plateforme nationale SOS Médecins France, qui rassemble l'ensemble des éléments reçus dans un seul fichier et le transmet chaque jour avant 6h à l'InVS (figure 1).

1.3 Les données de mortalité issues de l'Insee

Dans les communes disposant d'un bureau d'état civil informatisé, les données démographiques relatives aux personnes décédées sont collectées à partir du volet administratif du certificat de décès et envoyées à l'Insee (tableau 1). 50 % des décès sont enregistrés dans un délai de 3 jours, 90 % sous 7 jours et 95 % dans les 10 jours qui suivent la date de survenue du décès. Chaque matin, l'Insee transmet l'ensemble des données enregistrées la veille dans un seul fichier, à l'InVS (figure 1).

Pour ces trois sources d'information, les données sont envoyées cryptées à l'InVS dans un format XML ou texte et tous les transferts se font via Internet en FTP (File Transfert Protocol). Les données sont ensuite décryptées et extraites de façon automatique par l'InVS. Un contrôle qualité est effectué, notamment pour éliminer les doublons. L'âge des patients est également calculé à partir des données. Afin que ces données puissent être partagées et analysées par les épidémiologistes de l'InVS, une application informatique a été développée en 2010. Cette application permet à tous les épidémiologistes de l'InVS, y compris ceux qui sont basés en région, d'automatiser des traitements et d'analyser rapidement les données.

1.4 La certification électronique des décès

Depuis 2007, les médecins ont la possibilité de certifier les décès sous forme électronique à travers une application sécurisée. Ce système, en cours de développement, permet la mise à disposition de l'InVS, des données contenues dans le volet médical du certificat dans les 30 minutes qui suivent la validation du certificat par le médecin.

Actuellement, 5 % de la mortalité nationale est collectée par la certification électronique. Ce faible pourcentage ne permet pas pour l'instant à l'InVS de conduire une analyse épidémiologique fiable sur les décès certifiés, notamment en vue de l'exploitation des causes médicales de décès à des fins de surveillance et d'alerte sanitaires.

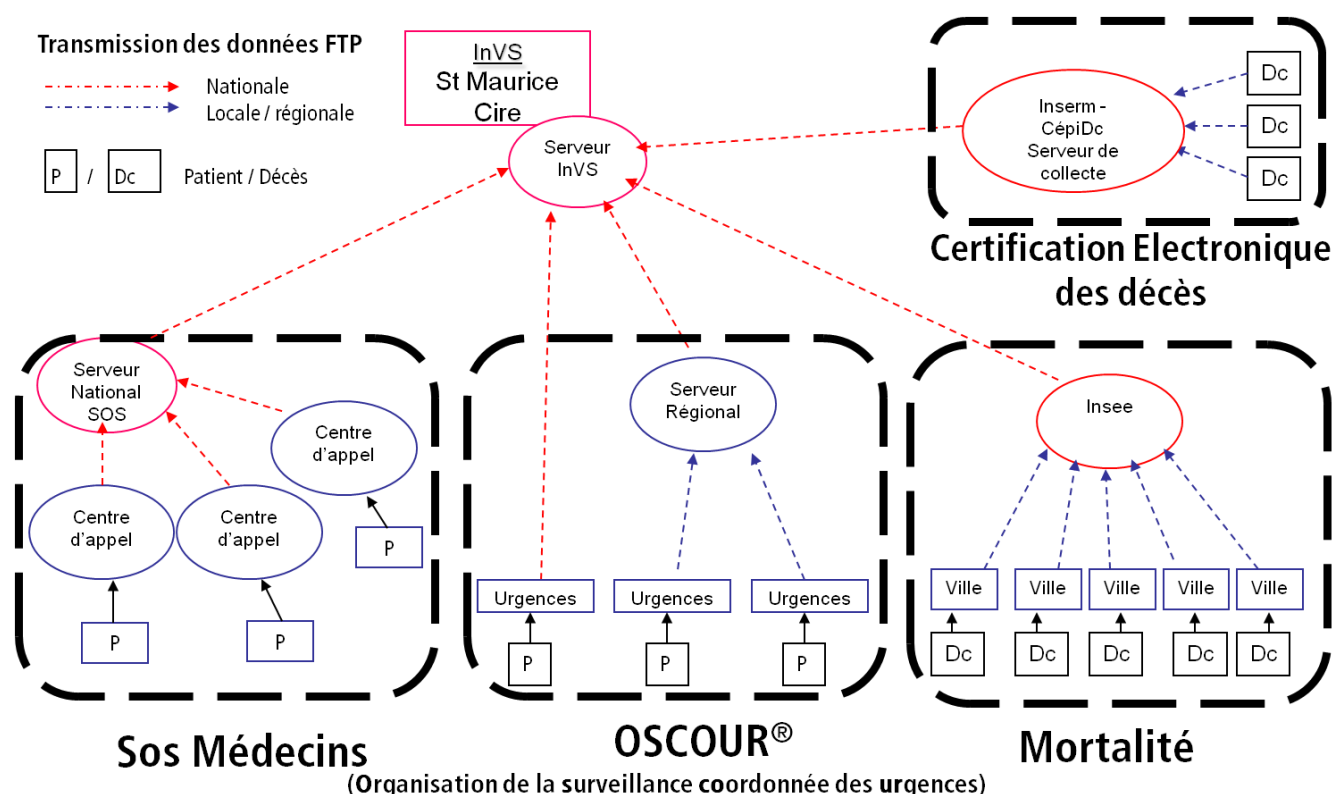
| Tableau 1 |

Liste des principales variables enregistrées et transmises à l'InVS par les quatre sources de données participant à SurSaUD[®], InVS.

Variables OSCOUR [®]	Variables SOS Médecins	Variables Insee	Variables certification électronique des décès
Numéro Finess de l'établissement	Code de l'association recevant l'appel		
Date et heure d'entrée	Date et heure de la prise d'appel	Date du décès	Date de décès
Date et heure de sortie			
Sexe	Sexe	Sexe	Sexe
Date de naissance	Âge	Année de naissance	Date de naissance et âge
Code postal de résidence	Code postal de la commune d'appel		Commune de domicile
Nom de la commune de résidence	Nom de la commune d'appel	Commune de décès	Commune de décès
Diagnostic principal	Code et libellé du 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e diagnostic		Causes médicales de décès
Diagnostics associés			
Gravité			
Motif du recours aux urgences	Code et libellé du 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e motif d'appel		
Orientation (hospitalisation, décès, retour au domicile...)	Demande d'hospitalisation		Lieu de décès (hôpital, domicile ...)

| Figure 1 |

Architecture de la transmission d'informations du système de surveillance SurSaUD[®], InVS.



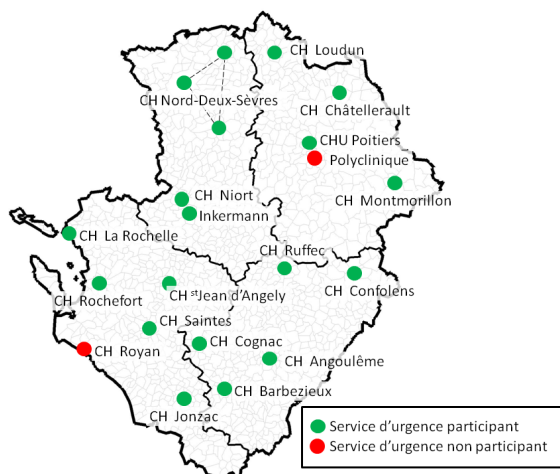
1 - La participation

Les services d'urgences hospitalières (OSCOUR®)

Actuellement, 17 services d'urgences sur 19 participent au réseau OSCOUR® en Poitou-Charentes (figure 2). Les trois sites du CH Nord-Deux-Sèvres sont considérés comme un seul service d'urgences.

| Figure 2 |

Services d'urgences participant ou non à OSCOUR® en Poitou-Charentes au 1^{er} Octobre 2013 (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).



Les CH d'Angoulême et de Jonzac ont été les premiers établissements à participer à OSCOUR® en 2008. Suite à la pandémie grippale de 2009-2010, pour laquelle les statistiques de passages aux urgences ont été un indicateur recherché, de nouveaux établissements ont rejoint le réseau OSCOUR® en 2010. Le CH de Châtelleraut a adhéré en 2011, et les CH de Rochefort et Niort en 2012. La Polyclinique d'Inkermann et le CH de Saint Jean d'Angely ont commencé à transmettre leurs données en 2013.

| Tableau 2 |

Services d'urgences en Poitou-Charentes, date de leur entrée dans OSCOUR® et nombre moyen de passages quotidiens aux urgences en 2012 (sauf établissements marqués par une astérisque) (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).

Département	Etablissement	Date de début de transmission des données	Nombre moyen de passages aux urgences par jour
Charente (16)	CH d'Angoulême	23/07/2008	107
	CH de Cognac	21/10/2010	43
	CH de Ruffec	22/01/2010	24
	CH de Barbezieux	02/03/2010	24
	CH de Confolens	10/08/2010	24
Charente-Maritime (17)	CH de la Rochelle	21/01/2010	121
	CH de Saintes	05/02/2010	84
	CH de Rochefort*	10/10/2012	75
	CH de Royan*		53
	CH de Jonzac	02/07/2008	38
	CH Saint Jean d'Angely*	04/10/2013	30
	CH de Niort*	02/11/2012	134
Deux-Sèvres (79)	CH Nord-Deux-Sèvres	10/08/2010	114
	Polyclinique Inkermann*	08/07/2013	48
	CHU de Poitiers	21/01/2010	160
Vienne (86)	CH de Châtelleraut*	07/03/2011	60
	Polyclinique de Poitiers*		42
	CH de Loudun	22/03/2010	20
	CH de Montmorillon	19/06/2010	22

* Valeurs estimées par d'autres sources que SurSaUD®

Le CHU de Poitiers et les CH de La Rochelle, Niort et Angoulême disposent de services d'urgences pédiatriques, mais seuls le CHU de Poitiers et le CH de Niort transmettent les données de ces passages.

Le CHU de Poitiers dispose également d'un service d'urgences cardiologiques dont il transmet les données des passages.

L'association SOS Médecins 17

En Poitou-Charentes, la seule association SOS Médecins de la région, l'association SOS Médecins 17 transmet ses données à l'InVS depuis septembre 2010. Les médecins interviennent à La Rochelle et dans 39 communes avoisinantes. L'association dispose aussi d'un centre de consultations à La Rochelle où les médecins peuvent recevoir des patients.

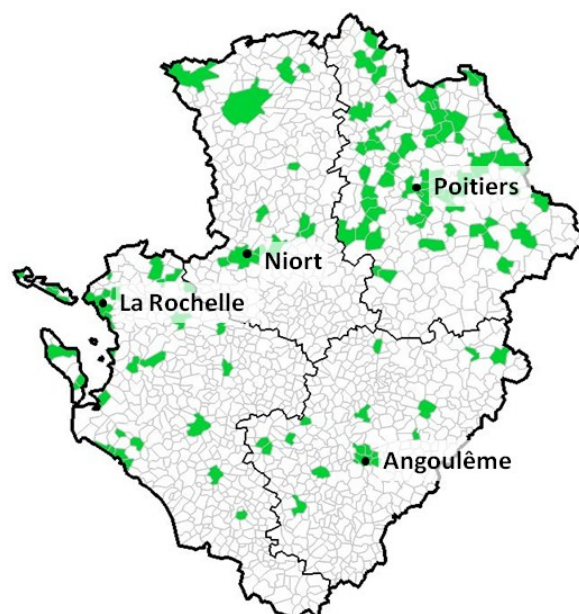
En 2011, les médecins de l'association SOS Médecins 17 ont pris en charge 11 892 patients (consultations à domicile ou au centre de consultations et conseils téléphoniques) et 11 468 en 2012.

Les états civils informatisés

Depuis mai 2010, 105 communes en Poitou-Charentes transmettent leurs données (figure 3), ce qui couvre 71 % de la mortalité régionale. Cette couverture est relativement homogène entre les départements, variant de 66 % de la mortalité en Deux-Sèvres à 79 % en Vienne (tableau 3).

| Figure 3 |

Communes participant à la surveillance de la mortalité dans SurSaUD® depuis mai 2010 en Poitou-Charentes. (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).



| Tableau 3 |

Nombre par département de communes du Poitou-Charentes participant à la surveillance de la mortalité dans SurSaUD® depuis mai 2010, nombre par département de décès dans les communes participant à la surveillance et dans l'ensemble des départements. (Sources : InVS-DCAR / Insee)

Départements	Communes participantes	Décès dans les communes participantes	Nombre de décès total du département	Proportion des décès ayant lieu dans les communes participantes
Charente	18	2 487	3 714	67%
Charente-Maritime	34	4 572	6 562	70%
Deux-Sèvres	13	2 306	3 483	66%
Vienne	58	3 494	4 438	79%
Total Poitou-Charentes	105	12 859	18 197	71%

2 - La qualité des données

Les services d'urgences hospitalières (OSCOUR®)

Les variables administratives (date et heure d'arrivée aux urgences, commune de résidence, sexe, date de naissance) qui sont renseignées à l'accueil des urgences et dont le remplissage est primordial pour assurer le suivi du patient lors de son parcours médical sont remplies de manière exhaustive.

Les diagnostics ne sont pas remplis dans la plupart des passages des établissements ayant adhéré entre 2011 et 2012 (les CH de Châtelleraut, de Rochefort et de Niort). Les autres établissements participants remplissent le diagnostic pour plus de 90 % des passages (tableau 4).

| Tableau 4 |

Complétude des principales variables d'intérêt des RPU dans SurSaUD® dans les établissements participant à OSCOUR® en Poitou-Charentes, Année 2011-2012 (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).

Etablissement	Diagnostic	Motif	Gravité	Orientation
CH d'Angoulême	99%	100%	99%	100%
CH de Cognac	99%	100%	99%	100%
CH de Ruffec	93%	100%	98%	100%
CH de Barbezieux	91%	100%	99%	100%
CH de Confolens	97%	95%	98%	99%
CH de La Rochelle	97%	10%	99%	100%
CH de Saintes	93%	18%	99%	100%
CH de Rochefort ¹	40%	50%	100%	100%
CH de Jonzac	92%	100%	99%	100%
CH de St Jean d'Angely ²	NA	NA	NA	NA
CH de Niort ³	1%	0%	100%	100%
CH de Nord deux-Sevres	96%	100%	100%	100%
Polyclinique Inkermann ²	NA	NA	NA	NA
CHU de Poitiers	94%	0%	99%	100%
CH de Loudun	90%	100%	100%	100%
CH de Montmorillon	97%	100%	99%	100%
CH de Châtelleraut ⁴	1%	91%	99%	100%

1 : Depuis le 10/10/2012

2 : Pas de données en 2011 et 2012

3 : Depuis le 02/11/2012

4 : Depuis le 03/03/2011

Les motifs de recours sont remplis à plus de 90% par tous les établissements, sauf les CH de La Rochelle, Saintes, Rochefort, Niort et le CHU de Poitiers.

Le code gravité CCMU et l'orientation après passage aux urgences sont remplis de manière exhaustive par tous les établissements participants.

La transmission des données est régulière, mais nous observons parfois des interruptions dues à des problèmes techniques. Les données non transmises lors de ces incidents sont, la plupart du temps, récupérées.

L'association SOS Médecins 17

Les variables administratives recueillies au moment de l'appel sont remplies de manière exhaustive.

Afin de valider la consultation, les médecins doivent impérativement saisir un diagnostic. Les diagnostics sont donc saisis de manière satisfaisante (92 %).

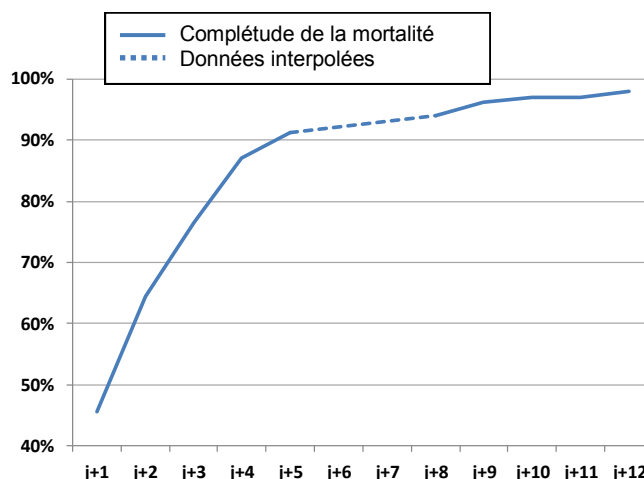
Mortalité

Les délais de transmission des données de mortalité sont plus élevés que ceux des urgences et ceux de SOS Médecins. En effet, entre la date de décès et sa saisie à l'état civil informatisé, il peut s'écouler plusieurs jours.

La figure 4 présente les résultats d'une étude sur la complétude des données de mortalité en fonction du temps en jour. Elle a été effectuée durant cinq périodes témoins au cours des années 2012 et 2013. La complétude atteint 91 % le vendredi suivant la semaine écoulée (J+5), et 98 % le vendredi de la semaine suivante (J+12).

| Figure 4 |

Complétude moyenne de la mortalité enregistrée par les services d'états civils transmettant au réseau SurSaUD® en Poitou-Charentes (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).



Les données présentées dans cette partie concernent uniquement les deux dernières années complètes (2011 et 2012). Au cours de ces années, seules les données de 12 établissements hospitaliers du Poitou-Charentes participants au réseau OSCOUR® sont présentées. Pour les 5 autres établissements participants, les données ne sont pas disponibles, incomplètes, ou manquent de qualité sur cette période (cf. partie Qualité des données).

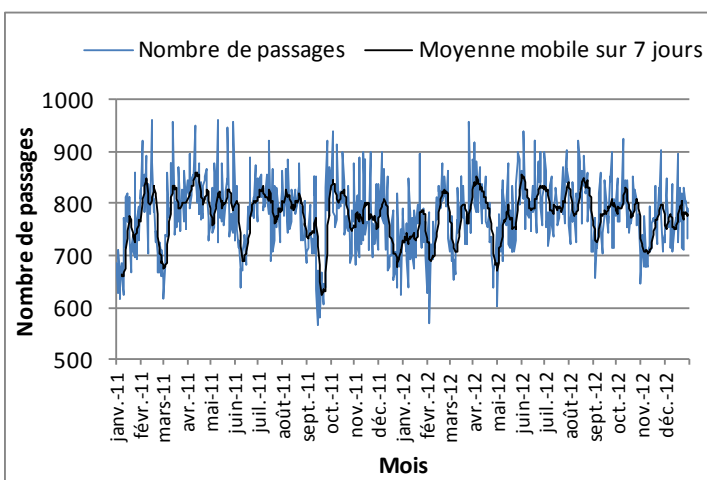
3.1 Description de la population ayant eu recours aux services d'urgences et à SOS Médecins en 2011-2012

Les services d'urgences hospitalières (OSCOUR®)

Les 12 services d'urgences du Poitou-Charentes ont enregistré en moyenne 778 passages par jour pendant les années 2011 et 2012, soit 5 466 passages par semaine (figure 5).

| Figure 5 |

Nombre quotidien de passages aux urgences et moyenne mobile sur 7 jours, du 01/01/2011 au 31/12/2012, Poitou-Charentes (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).



La fréquentation des urgences fluctue au cours de la semaine et de l'année, selon les vacances scolaires, les jours fériés et l'impact des épidémies saisonnières.

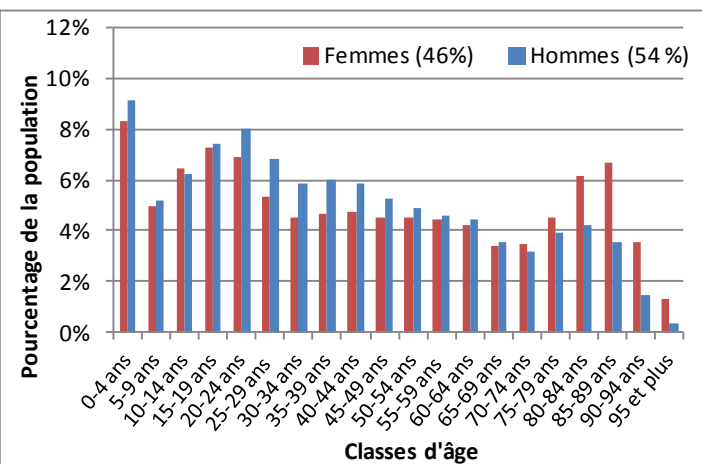
En 2011 et 2012, l'activité des urgences hospitalières était plus élevée au cours des mois de printemps et d'été, notamment pour les départements de Charente et Charente-Maritime et une augmentation du nombre de passages a été observée les lundis (+ 10 % de passages par rapport aux autres jours de la semaine soit 846 passages en moyenne les lundis).

Les enfants de moins de 15 ans représentaient 20 % des passages et les personnes de 75 ans et plus 18 %.

Le recours aux urgences était à prédominance masculine (54 % des passages). La structure par classes d'âge différait selon le sexe, avec une plus forte fréquentation des urgences par les hommes pour les classes d'âge inférieures à 70 ans. Au-delà de 70 ans, les femmes étaient plus nombreuses à avoir recours aux urgences (figure 6).

| Figure 6 |

Répartition de la population ayant eu recours aux urgences hospitalières en 2011 et 2012 par âge et sexe, Poitou-Charentes (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).



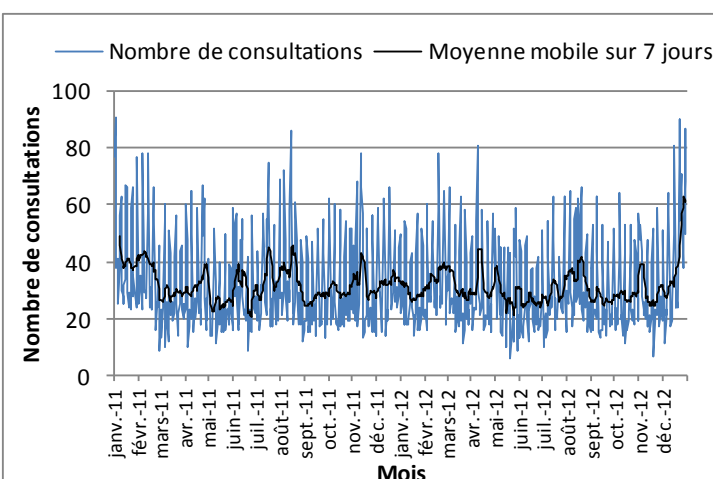
Au total, 30 % des passages aux urgences ont été suivis d'une hospitalisation ; 11 % chez les enfants de moins de 15 ans, 26 % chez les adultes de 15 à 74 ans et 66 % chez les personnes âgées de 75 ans ou plus.

L'association SOS Médecins 17

En moyenne, 32 consultations par jour ont été réalisées par SOS Médecins 17 en 2011 et 2012, soit 223 consultations par semaine (figure 7).

| Figure 7 |

Nombre quotidien de consultations à SOS Médecins 17 et moyenne mobile sur 7 jours, du 01/01/2011 au 31/12/2012 (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).

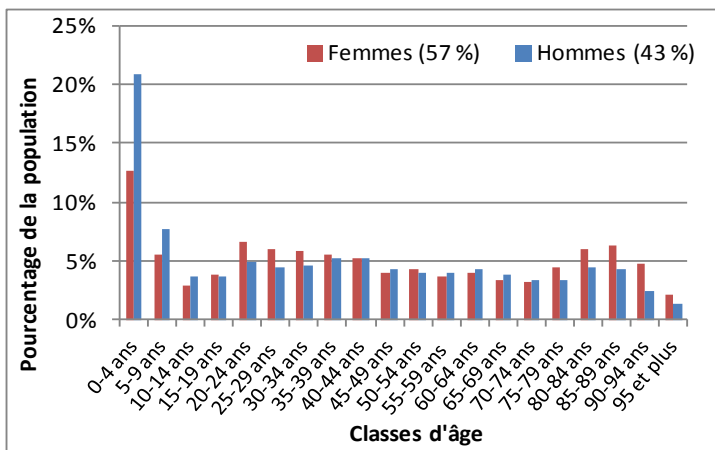


Cette activité fluctue lors des week-ends, des vacances scolaires et des jours fériés.

Les enfants de moins de 15 ans représentaient un quart des consultations et les patients de 75 ans et plus 20 %. La classe d'âge quinquennale la plus représentée était celle des enfants de moins de 5 ans (16 % de l'activité) (figure 8).

| Figure 8 |

Répartition de la population ayant eu recours à SOS Médecins 17 en 2011 et 2012 par âge et sexe (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).



Parmi les consultations, il y avait plus de femmes que d'hommes : 57 % versus 43 %.

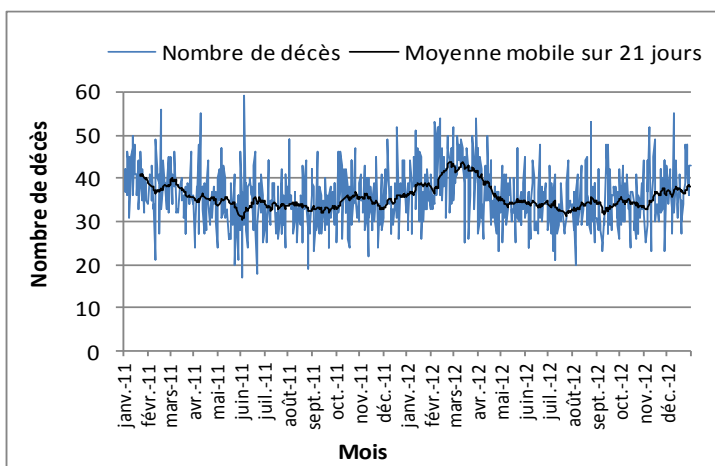
En 2011 et 2012, 8 % des consultations ont été suivies d'une hospitalisation. Parmi ces hospitalisations, 9 % concernaient les enfants de moins de 15 ans, 51 % les adultes de 15 à 74 ans et 40 % les personnes âgées de 75 ans ou plus.

3.2 Description de la mortalité en 2011 et 2012

En Poitou-Charentes, le nombre de décès enregistrés à partir des données d'état-civil transmises par l'Insee était en moyenne de 36 décès par jour en 2011 et 2012 (soit 250 décès par semaine), tous âges confondus. Les pics de mortalité ont eu lieu durant les périodes hivernales alors qu'une baisse du nombre de décès était observée pendant les mois d'été (figure 9). Les décès enregistrés concernaient pour 92 % des personnes âgées de 65 ans ou plus et parmi eux, 70 % étaient des personnes âgées de 85 ans et plus. En ce qui concerne la répartition par sexe, 54 % des décès enregistrés concernaient les hommes.

| Figure 9 |

Nombre quotidien de décès enregistrés à partir des données d'état-civil transmises par l'Insee en 2011 et 2012 et moyenne mobile sur 21 jours, Poitou-Charentes (Sources : InVS-Dcar/Insee).



3.3 Les indicateurs de la surveillance syndromique

Depuis 2004, le système de surveillance non spécifique est utilisé au quotidien au niveau national pour une surveillance de la santé de la population. Les indicateurs employés sont des regroupements dits « syndromiques » (cf. encadré).

Le système est utilisé seul ou en complément des systèmes de surveillance spécifiques notamment pour des besoins de surveillance de phénomènes saisonniers connus et attendus tels que les épidémies hivernales (grippe, gastro-entérite, bronchiolite) ou l'impact des vagues de chaleur. Mais également pour la surveillance sanitaire d'événements particuliers (intoxication par les champignons...).

La Cire réalise un point épidémiologique hebdomadaire régional qui résume l'activité globale et par pathologies saisonnières des services d'urgences et de l'association SOS Médecins 17.

Les regroupements syndromiques

Un regroupement syndromique est un indicateur regroupant plusieurs codes CIM10 : diagnostic principal ou associé pour le réseau OSCOUR® et motif(s) d'appel ou diagnostic(s) pour SOS Médecins ayant un sens pour la veille sanitaire et la surveillance épidémiologique.

L'application SurSaUD® utilise des regroupements syndromiques prédéfinis, créés spécifiquement par l'InVS.

Tableau : Codes CIM 10 inclus dans les différents regroupements syndromiques illustrés dans ce bulletin, Réseau SurSaUD®, InVS

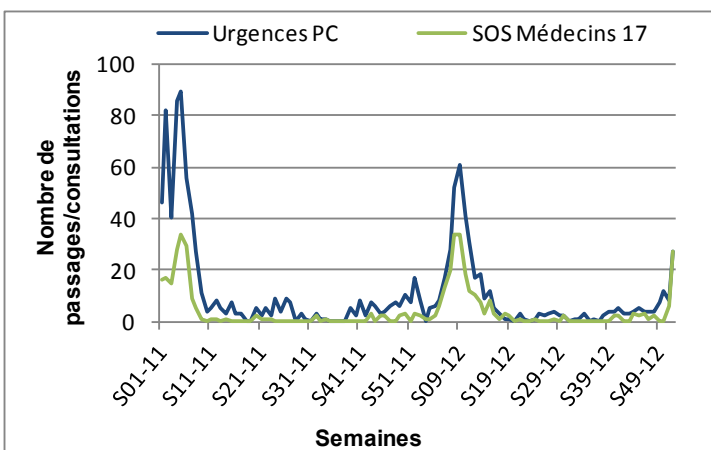
Regroupements syn-	Codes CIM 10
Grippe/syndromes grippaux	J09, J10, J11
Gastro-entérite	A08, A09
Bronchiolite	J21
Hypothermie	T33, T34, T35
Intoxication au CO	T58
Asthme	J45, J46
Allergie	L50, T780, T782, T783, T784
Indicateur chaleur	E86, E871, T67, X30

La grippe

L'épidémie de grippe est surveillée, notamment grâce aux données OSCOUR® et SOS Médecins 17, chaque année entre des mois de décembre à mars. Elle présente un pic en début d'année. Son ampleur et sa gravité diffèrent selon les années. L'hiver 2011-2012, le nombre hebdomadaire de passages aux urgences hospitalières et de consultations à SOS Médecins 17 pour grippe au moment du pic étaient respectivement de 61 passages (semaine 9) et 34 consultations (semaine 8) (figure 10).

| Figure 10 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences du Poitou-Charentes et de consultations à SOS Médecins 17 pour une grippe ou un syndrome grippal, 2011-2012, (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).

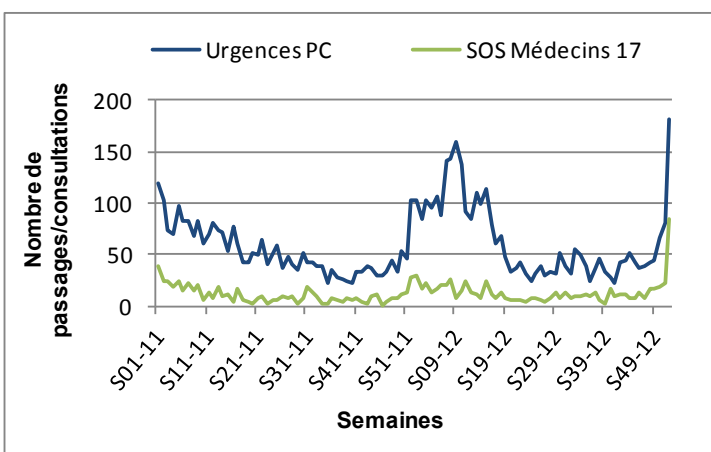


La gastro-entérite

Les données collectées via OSCOUR® et SOS Médecins 17 montrent que la gastro-entérite sévit toute l'année avec une augmentation épidémique hivernale et un pic en décembre ou janvier. Hors épidémie, une quarantaine de passages aux urgences et une dizaine de consultations de SOS Médecins 17 sont observées par semaine. L'hiver 2011-2012, le nombre hebdomadaire de passages aux urgences et de consultations de SOS Médecins 17 au moment du pic étaient respectivement de 160 passages (semaine 9) et 29 consultations (semaine 1) (figure 11).

| Figure 11 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences du Poitou-Charentes et de consultations à SOS Médecins 17 pour gastro-entérite, 2011-2012, (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).

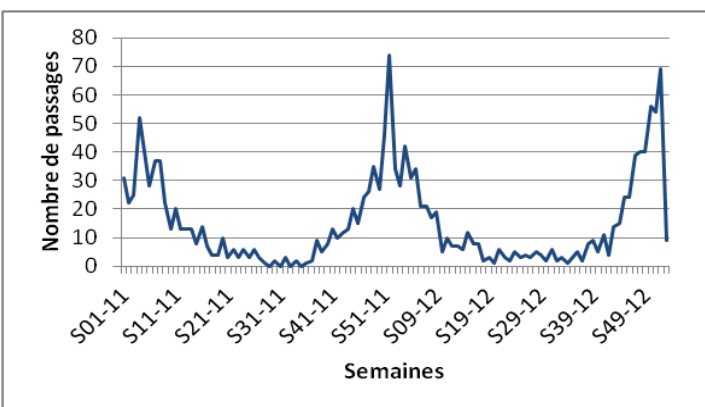


La bronchiolite

Les données collectées via le réseau OSCOUR® montrent que l'épidémie de bronchiolite chez les jeunes enfants est observée chaque année entre les mois de septembre et avril, avec un pic généralement entre décembre et janvier. Pour la saison 2011-2012 et dès la semaine 40-2011, le nombre hebdomadaire de cas de bronchiolite enregistré aux urgences hospitalières chez les moins de 2 ans a augmenté avant d'atteindre le pic saisonnier en semaine 52-2011 avec 74 passages, suivi d'une baisse et de faibles fluctuations jusqu'à la mi-avril 2012 (figure 12).

| Figure 12 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences hospitalières pour bronchiolite en Poitou-Charentes chez les moins de 2 ans, semaines 01/2011-52/2012. (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).



Hypothermie

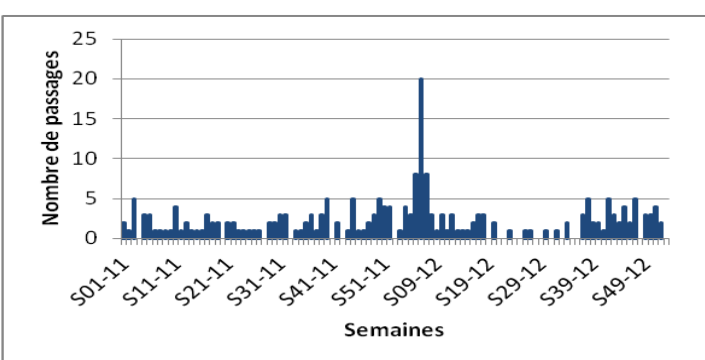
En Poitou-Charentes, le nombre d'hypothermies enregistrées via OSCOUR® est généralement en hausse durant la saison hivernale et la majorité des passages sont suivis d'une hospitalisation.

Pendant l'hiver 2011-2012, les hypothermies ont augmenté pour atteindre le pic saisonnier en semaine 06-2012, puis ont montré une nette baisse et de faibles fluctuations jusqu'à mi-avril 2012 (figure 13).

Le réseau OSCOUR® a permis de détecter une augmentation inhabituelle, par rapport aux années précédentes, des diagnostics d'hypothermie la première semaine de février 2012, probablement liée à la vague de grand froid qu'a connu la France pendant cette période.

| Figure 13 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences hospitalières pour hypothermie en Poitou-Charentes, semaines 01/2011-52/2012. (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).

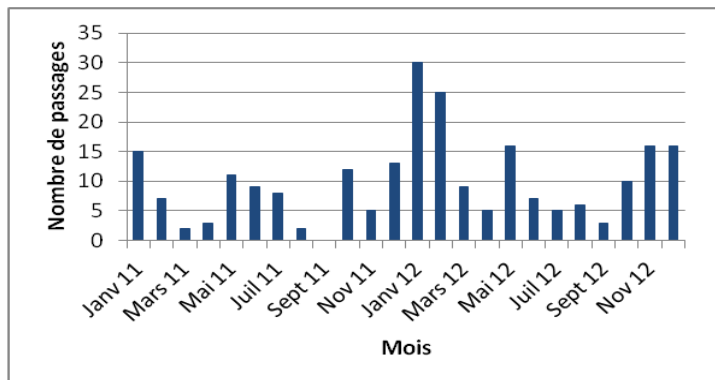


Intoxications au monoxyde de carbone (CO)

Les données collectées via OSCOUR® montrent que le nombre de passages aux urgences hospitalières du Poitou-Charentes pour intoxication au monoxyde de carbone (CO) augmente considérablement en période hivernale, avec sur la période étudiée, 30 passages en janvier 2012 (figure 14).

| Figure14 |

Nombre mensuel de passages aux urgences hospitalières pour intoxication au monoxyde de carbone en Poitou-Charentes, semaines 01/2011–52/2012. (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR)



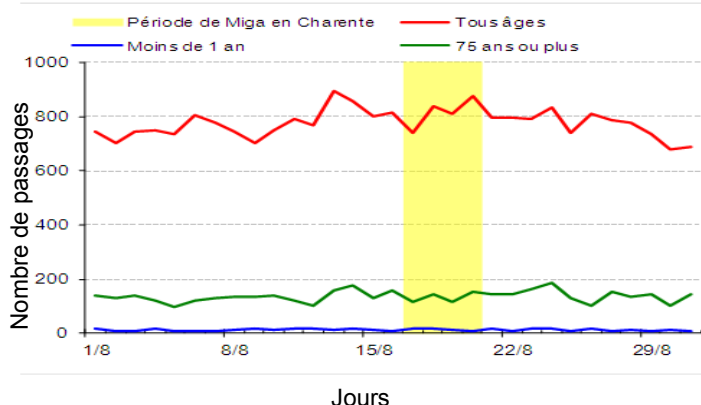
Surveillance estivale

Une vague de chaleur a été observée en France entre le 17 et le 22 août 2012. Le jeudi 16 août 2012, les prévisions de Météo-France ont conduit l'InVS à proposer le passage en MIGA (Mise en Garde et Actions) dans 6 départements, puis le lendemain dans 15 départements supplémentaires dont la Charente. Ce même jour la Charente-Maritime et les Deux-Sèvres étaient positionnés en MIGA sur décision préfectorale.

Les données recueillies à partir de SurSaUD® en période de MIGA n'ont pas montré de variation notable de la fréquence des passages toutes causes confondues aux urgences hospitalières du Poitou-Charentes par rapport aux semaines précédentes (figure 15).

| Figure15 |

Nombre quotidien de passages tous âges, plus de 75 ans et moins de 1 an dans les services d'urgences du Poitou-Charentes du 1er au 31 août 2012. (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR).

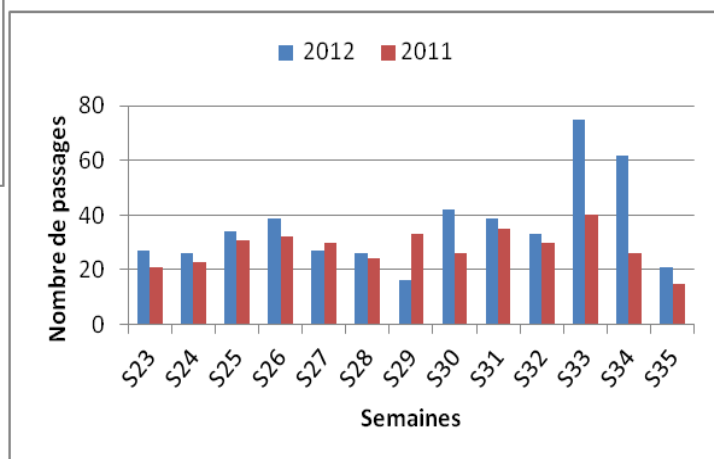


Les passages aux urgences avec un diagnostic en lien avec la chaleur (hyperthermie et coup de chaleur, déshydratation et hyponatrémie) ont atteint le pic saisonnier en période de MIGA. Cependant, cette augmentation n'était pas significative par rapport aux 21 jours précédents. En revanche, ils étaient en hausse de façon significative, tous âges confondus, par rapport à 2011 pour la même période (figure 16).

Au bilan, le système d'alerte canicule et santé (SACS) a permis de montrer que la vague de chaleur d'août 2012 était de courte durée et d'intensité moyenne avec un faible impact sur la morbidité.

| Figure 16 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences du Poitou-Charentes du 01/06 au 31/08 pour les années 2011 et 2012, pour une pathologie en lien avec la chaleur. (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR)



Asthme

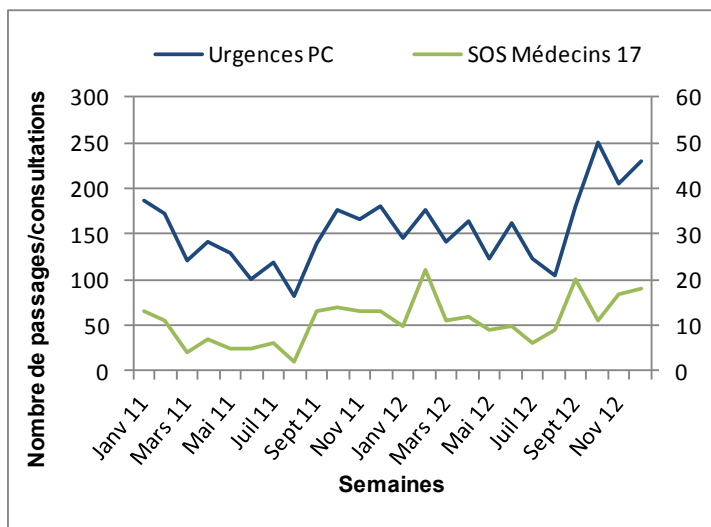
Les données du réseau OSCOUR® montrent que les passages aux urgences hospitalières et les recours à SOS Médecins 17 pour une crise d'asthme varient au cours de l'année, avec une baisse en été et une hausse en automne (figure 17). Cette augmentation, également observée au niveau national, après les vacances scolaires d'été est probablement liée à la recrudescence des épisodes d'infections virales respiratoires lors de la reprise de la vie en collectivité chez les enfants de moins de 15 ans, à l'exposition à la pollution de l'air intérieur ou extérieur notamment par des allergènes et à l'abandon des traitements de fond pendant l'été.

Sur la saison 2011-2012, un maintien à la hausse des passages a été observé jusqu'au début de l'hiver, coïncidant avec le pic de l'épidémie hivernale de bronchiolite, les infections respiratoires virales jouant un rôle majeur dans la survenue d'exacerbations de l'asthme chez l'enfant.

Par ailleurs, sur la période étudiée, un pic de consultation pour crises d'asthme a été observé pour SOS Médecins 17 en février 2012 avec 22 consultations, probablement liée à la vague de grand froid qu'a connu la France pendant cette période.

| Figure 17 |

Nombre mensuel de passages pour crises d'asthme diagnostiquées aux urgences hospitalières du Poitou-Charentes et à SOS Médecins 17 tous âges confondus, semaines 01/2011–52/2012. (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR)

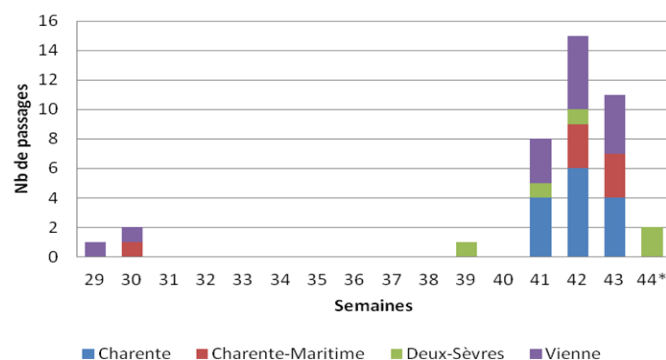


3.4 Surveillance d'événement particuliers

Octobre 2012 a été un mois particulièrement favorable à la pousse des champignons et ainsi aux risques sanitaires qui peuvent découler de leur consommation. Interrogée sur la fréquence d'intoxication au cours de ce mois, la Cire a pu illustrer cette épidémie par les données OSCOUR® (figure 18), argumentant la nécessité d'un renfort de communication de messages de prévention.

| Figure 18 |

Passages aux urgences hospitalières du Poitou-Charentes pour intoxication aux champignons, octobre 2012. (Source : SurSaUD®-InVS-DCAR)



| 4 - Discussion |

Dès 2008, les CH de Jonzac et Angoulême rejoignaient le réseau OSCOUR®. En 2013, 17 services d'urgences sur les 19 que compte la région avaient intégré le dispositif, permettant ainsi à la région d'être l'une des mieux couvertes de France.

L'association SOS Médecins 17 quant à elle transmet ses données à l'InVS depuis 2010.

La surveillance de la mortalité à partir de la transmission à l'Insee des données de mortalité issus des communes disposant d'un bureau d'état civil informatisé couvre 105 communes de la région, soit 71 % des décès.

La bonne couverture de ce réseau sur le plan régional permet de disposer d'une vision des risques sanitaires aigus dans les départements et la région.

Les données OSCOUR® sont transmises à l'InVS en temps quasi réel (J+1), ce qui en fait un système très réactif permettant de détecter précocement, suivre et évaluer l'impact des différents événements sanitaires, saisonniers ou inhabituels. Ces données sont également d'une grande flexibilité puisqu'elles permettent la surveillance d'un grand nombre de pathologies tout au long de l'année ainsi qu'une surveillance spécifique si la situation le nécessite.

Les diagnostics médicaux sont bien codés et ont un taux de complétude élevé, permettant une surveillance de pathologies touchant une part importante de la population. Cependant, si la majorité des services d'urgences transmettent leurs données avec une bonne complétude, quelques uns ne sont pas informatisés et leurs outils et pratiques diffèrent.

Bien que la qualité des données soit globalement bonne, des interruptions dans la transmission sont régulièrement observées pour les données provenant des urgences. De même, certains établissements ayant adhéré au réseau ne remplissent pas encore les diagnostics de manière suffisante pour une exploitation exhaustive des données.

L'association SOS Médecins 17 fournit des données en temps quasi-réel au serveur national SOS Médecins, puis à l'InVS. Cela en fait également un système très réactif, avec peu d'interruption de transmission. La qualité des données transmises est bonne pour les données sociodémographiques, les diagnostics et les motifs d'appels.

Pour le suivi de la mortalité, il subsiste un problème d'exhaustivité non spécifique au Poitou-Charentes. En effet, en raison des délais habituels d'enregistrement de la mortalité, les effectifs de décès sont incomplets pour les 10 derniers jours. Cette surveillance n'est donc pas en temps réel, mais permet d'évaluer l'impact sur la mortalité à court terme. Par ailleurs, au vu des disparités départementales concernant la part des communes qui transmettent les données de mortalité à l'Insee, les analyses de la mortalité se font au niveau régional, sauf lors de la surveillance canicule où elles se font par département.

Depuis sa mise en place en 2008 sur le plan régional, le réseau SurSaUD® a permis d'identifier et de mesurer l'impact sanitaire de phénomènes attendus sur la santé des populations tels que les vagues de chaleur en période estivale ou encore les épidémies hivernales (grippe, bronchiolite, gastro-entérite) où ce système a permis d'informer de façon régulière les partenaires sur la dynamique et l'ampleur de l'épidémie, notamment par la rétro-information à

partir du point épidémiologique hebdomadaire (PEH) produit par la Cire.

Ce système de surveillance syndromique a aussi montré son utilité à évaluer des alertes sanitaires. Sur le plan régional, il est possible de citer l'augmentation des intoxications aux champignons en Poitou-Charentes en octobre 2012. Par ailleurs, aucun évènement inattendu n'a été détecté.

| 5 - Perspectives |

En région Poitou-Charentes, le dispositif SurSaUD® a su répondre à ses objectifs bien que des améliorations soient encore à apporter. Plusieurs projets sont en cours ou vont être initiés prochainement dans le but d'améliorer la participation à ce réseau, la qualité et aussi l'utilisation de ces données.

L'équipe de la Cire poursuit ses démarches pour l'adhésion de nouveaux établissements afin de couvrir la totalité des services des urgences de la région. L'instruction du 31 juillet 2013 relative aux résumés de passage aux urgences (RPU) qui généralise l'élaboration et la production en rendant obligatoire leur transmission au niveau national [1], devrait faciliter l'adhésion des établissements restants et clore nos démarches d'ici à juillet 2014.

Des rencontres, organisées auprès des établissements déjà participants, seront l'occasion de faire un retour sur l'utilisation de leurs données, de voir les éventuels problèmes d'exhaustivité et de délais de codage des diagnostics, de répertorier les difficultés d'ordre technique (logiciel inadapté) et de proposer des axes d'amélioration.

Sur le plan de la surveillance épidémiologique, la Cire a récemment développé une méthode pour améliorer la détection et l'analyse d'évènements inattendus fondée sur la génération d'alarmes statistiques et la description des signaux identifiés (amplitude, temporalité et caractéristiques) et interprétés à la lumière du contexte local et du ressenti des professionnels de santé. Ces travaux sont également développés dans plusieurs autres régions et feront l'objet d'une harmonisation au plan national.

Par ailleurs, la certification électronique des décès a été mise en place en 2007 par le CépîDc, permettant un accès

rapide et informatisé aux décès et à leurs causes. Ainsi, en complément des données transmises par les services d'état civil informatisés qui ne concernent que les données administratives de décès, l'utilisation de la certification électronique pourra alimenter la veille sanitaire et l'alerte en cas d'émergence de problèmes de santé publique (canicule, grands froids, épidémie de grippe...) [2]. Dans cet objectif, l'InVS va engager en 2014 des travaux sur les méthodes d'analyse et, notamment sur la construction d'indicateurs syndromiques des causes de décès, à l'instar de ce qui a été réalisé pour les données de morbidité.

En préalable, il sera nécessaire d'améliorer le taux de certification électronique des décès dans la région Poitou-Charentes (0,2 % actuellement). L'instruction du 12 juillet 2013 relative au déploiement dans les établissements de santé de la certification électronique en matière de certificats de décès doit permettre d'améliorer ce taux d'ici à 2 ans [3].

[1] INSTRUCTION N°DGOS/R2/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013 relative aux résumés de passage aux urgences.

[2] Leufeuve D, Pavillon G, Aouba A, Lemarche-Vadel A, Fouillet A, Jouglu E, Rey G. Evaluation de la qualité des certificats de décès en France : l'apport de la certification électronique. Bull Epidemiol Hebd.2013;(7):57-60

[3] INSTRUCTION N°DGS/DAD/BSIIP/2013/291 du 12 juillet 2013 relative au déploiement dans les établissements de santé de la certification électronique en matière de certificats de décès.

Remerciements :

Nous tenons à remercier l'ensemble des partenaires du réseau SurSaUD® de la région Poitou-Charentes : les centres hospitaliers d'Angoulême, de Ruffec, de Barbezieux, de Confolens, de Cognac, de Jonzac, de La Rochelle, de Saintes, du Nord – Deux-Sèvres, de Loudun, de Montmorillon, de Châtellerauld, de Poitiers, de Rochefort, de St Jean d'Angely, de Niort, ainsi que la Polyclinique d'Inkerman, l'association SOS Médecins 17, les états-civils et l'Agence Régionale de Santé.

| Ours | Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de veille sanitaire sur : <http://www.invs.santefr.fr/BVS>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Rédacteur en chef : Philippe Germonneau, Responsable de la CIRE Limousin Poitou-Charentes

Coordination : Ursula Noury

Rédaction : Anne Bernadou, Rémi Métral, Jean-Rodrigue Ndong, Ursula Noury, Philippe Germonneau

Cellule de l'InVS en régions Limousin et Poitou-Charentes

4 rue Micheline Ostemeyer, 86021 Poitiers cedex

Tél. : 05 49 42 30 85 - Fax : 05 49 42 31 54 Email: ars-limousin-pch-cire@ars.sante.fr

<http://www.invs.sante.fr>