

Panorama des contributions des professionnels de santé à la veille sanitaire

Christine Saura,
Département de Coordination des Alertes et des Régions
Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Rhône Alpes

2^{ème} Journée régionale de veille sanitaire en région Rhône Alpes

9 décembre 2014

- Collecte et analyse en continu par les structures de veille/santé publique de **signaux** pouvant représenter un risque pour la santé publique dans une perspective **d'anticipation** sinon d'**alerte** et **d'action précoce**
 - Signal : phénomène de santé ou exposition à un danger qui nécessite une investigation afin de le valider ou de l'écarter
 - Alerte : situation considérée après investigation et expertise qu'elle menace potentiellement la santé publique
- Inclut la surveillance pour la santé publique et les vigilances dans leur finalité de détection des menaces pour la santé

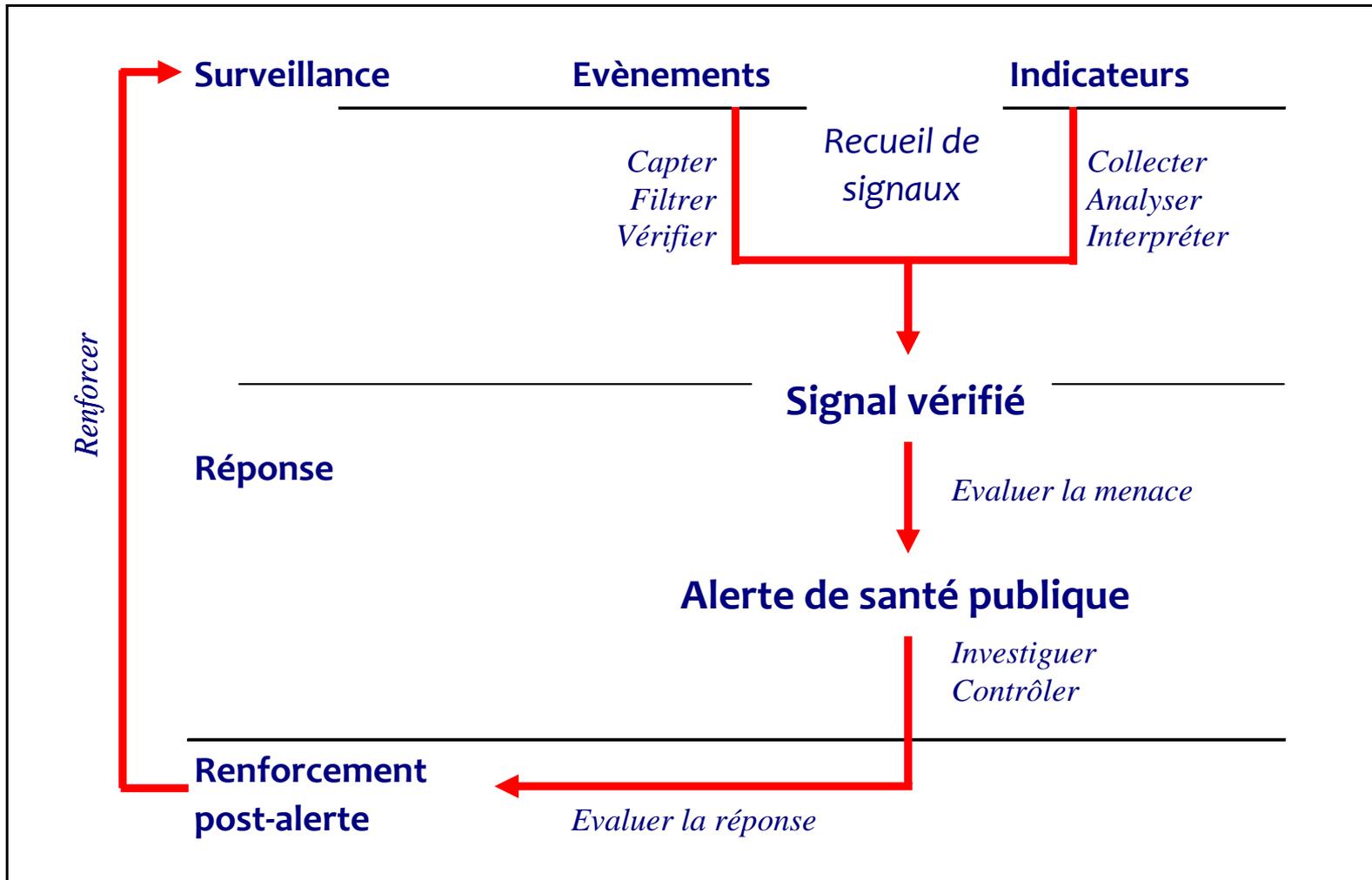


Veille : origine des signaux

- **Systemes de surveillance: indicateurs sanitaires**
 - Collecte systématique, organisée et continue de données de santé ainsi que leur analyse, interprétation et diffusion dans une perspective d'aide à la décision
 - **Autres objectifs** : poids, caractériser les populations atteintes, suivi des tendances, élaborer et évaluer les programmes de santé
- **Autres sources: événements**
 - Signalement d'événements de santé inhabituels
 - Signaux inhabituels issus des vigilances
 - Réseaux d'alerte et de surveillance internationaux
 - Veille médiatique, scientifique et prospective

Veille et surveillance pour l'action

Veille, alerte et réponse : un métier partagé ARS-Cire-InVS



Une multitude de dispositifs de veille

- **Dispositifs spécifiques:**
 - Recueil spécifique de données auprès de professionnels de santé
 - Pour une pathologie ou un groupe de pathologies définies
 - Encore du papier mais dématérialisation en cours
- **Dispositifs non spécifiques: SurSaUD**
 - Transfert automatique de données à partir de bases de données partageant plusieurs finalités
 - Données d'activité toutes causes & indicateurs syndromiques
 - Passages aux Urgences (Oscour), SOS Médecins, Mortalité
- **Dispositifs de détection et de surveillance des phénomènes émergents**
 - Signalement des phénomènes inhabituels
 - Surveillance des phénomènes émergents (Mers CoV, Ebola...

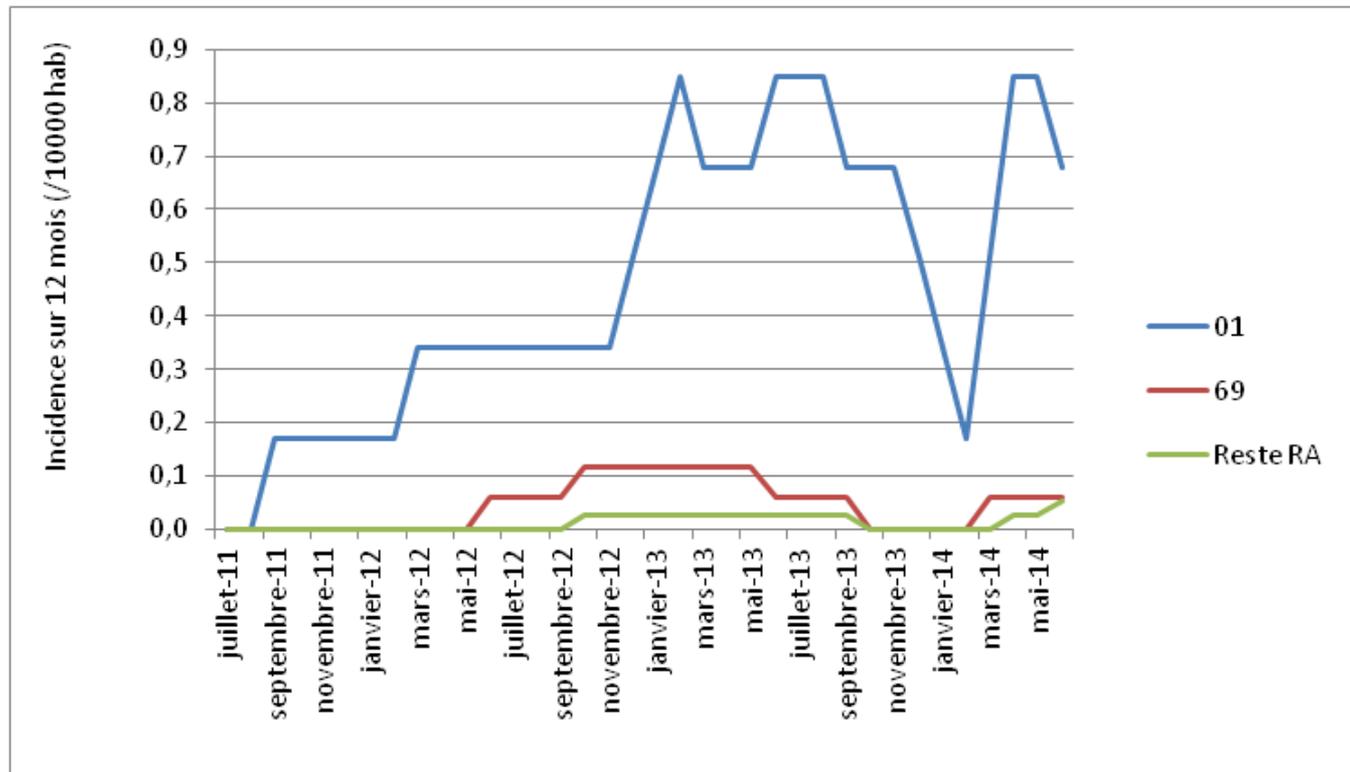
Dispositifs spécifiques: signalement et surveillance (1)

Systèmes	QUI ?	A qui ?	Pourquoi ?
Maladies à déclaration obligatoire	Médecins cliniciens Biologistes	<p>ARS-PFR</p> <p>↓</p> <p>CIRE-InVS</p>	<p>ARS-PFR : réception, analyse, investigation et gestion</p>
IRA et GEA en Ehpad	Médecins coordonnateurs d'EHPAD		<p>CIRE- InVS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - appui à l'investigation et à l'analyse du risque - surveillance régionale/nationale - retour d'information régional/ national
Intoxications CO	Médecins, pompiers, SAMU-Smur,....		<p>ARS-PFR + CCLIN-ARLIN</p> <p>↓</p> <p>InVS</p>
Infections nosocomiales	Responsable hospitalier du signalement (EOH)		

ARS-PRF= Point Focal Régional

Infections Invasives à méningocoque B dans l'Ain (1)

- **Octobre 2013** : augmentation de l'incidence des IIM B dans l'Ain
 - Souche pathogène du complexe clonal ST-32, rarement isolée en France ,
 - Souche couverte par les deux vaccins Menbevax® et Bexsero®
 - Surveillance renforcée (épidémiologique, bactériologique)





Infections Invasives à méningocoque B dans l'Ain (2)

- **Analyse épidémiologique sur 3 ans (2011- 2014)**
 - Circulation du clone dans le quart sud est de l'Ain depuis septembre 2011
 - Après la forte augmentation de 2012-2013, stabilisation en 2013-2014 dans l'Ain avec une diffusion limitée au-delà de ce département
 - **Début d'une hyper-endémicité clonale en 2012-2013 qui ne s'est pas maintenue en 2014**
 - **Pas de grappe de cas ni de regroupement spatio-temporel conduisant à un dépassement du seuil épidémique**
 - Souche ne présentant pas de caractéristiques spécifiques en termes de gravité ou de transmissibilité,
 - **Critères du HCSP non remplis pour action de vaccination**
 - Maintien de la surveillance renforcée



Cas groupé d'Hépatite A dans l'Isère

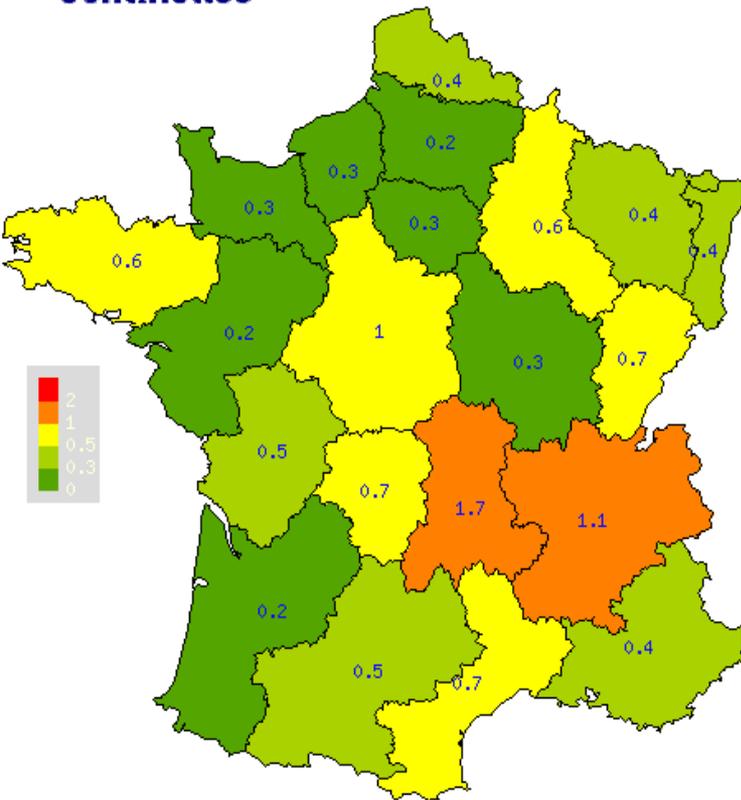
- Deux cas d'hépatite aigue A chez des enfants vivant dans un camp de gens du voyage en Isère
 - DO du 10 août 2014
 - DO du 5 septembre 2014
- **12 septembre 2014** : déplacement sur site
 - pas d'autre cas symptomatique,
 - une personne sur 4 est âgée de 1 à 6 ans,
 - circulation du virus dans la communauté
- **16 septembre 2014** : vaccination organisée sur place par l'ARS et réalisée par le Conseil général de l'Isère : 80% de CV

Dispositifs spécifiques (2): réseaux de surveillance volontaire

Réseaux volontaires	QUI ?	A qui ?	Pourquoi ?
RENACHLA RENAGO LaboVIH EPIBAC RESE	Biologistes	InVS et/ou Centres nationaux de référence (CNR)	Surveillance
RESIST SHU Hépatites B&C Cas graves de grippe Sentinelles	Médecins cliniciens Pédiatres néphrologues Pôles de référence hospitaliers Réanimateurs Médecins généralistes	InVS InVS InVS-Inserm Cire-InVS Inserm	- Recrudescence des IST - Résistance des gonocoques aux antibiotiques - Cas groupés de SHU
RENACOQ RENARUB RN-MCJ	Biologistes et cliniciens	InVS CNR	

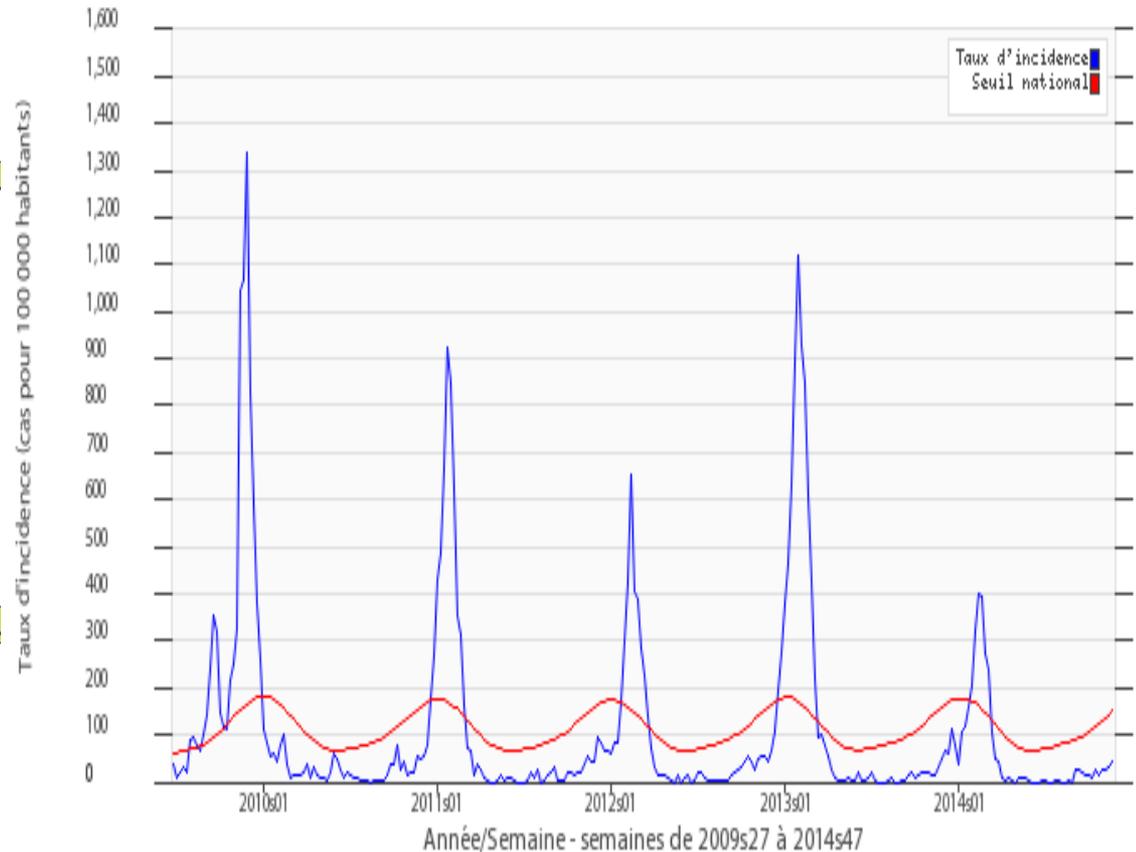
Réseau Sentinelles (Inserm)

Sentinelles



Année 2013 2013

Réseau Sentinelles, Syndromes Grippaux, RHONE-ALPES



Proportion régionale de médecins Sentinelles participant à la surveillance continue en 2013

Suivi des épidémies saisonnières et pandémique au niveau régional et des virus circulants en communauté

Surveillances non spécifiques: SurSaUD

Institut de veille sanitaire
St Maurice et Cire

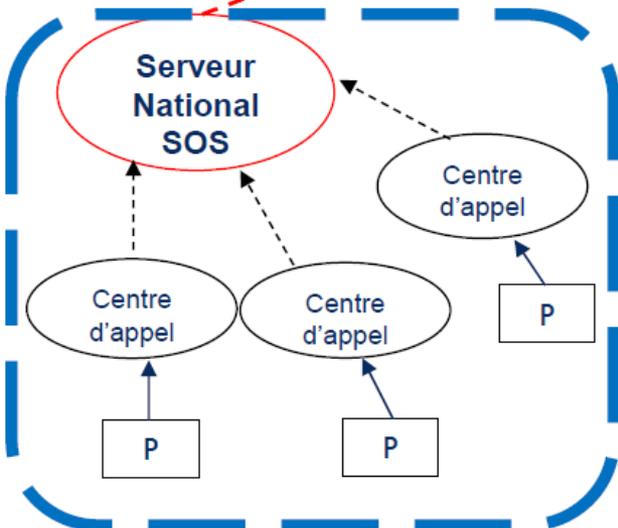
Extraction automatique des
données individuelles



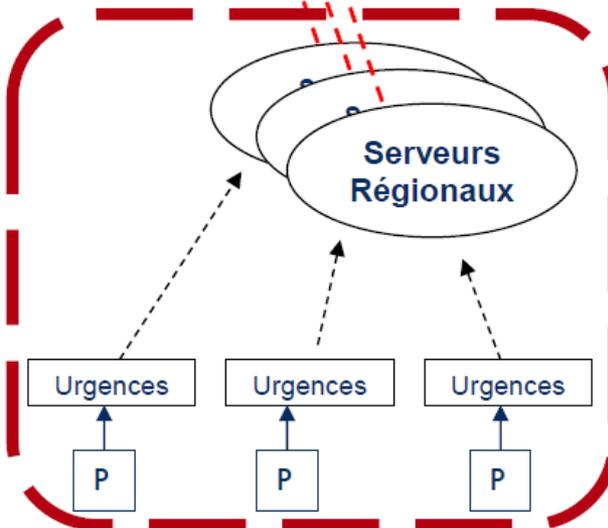
Mortalité



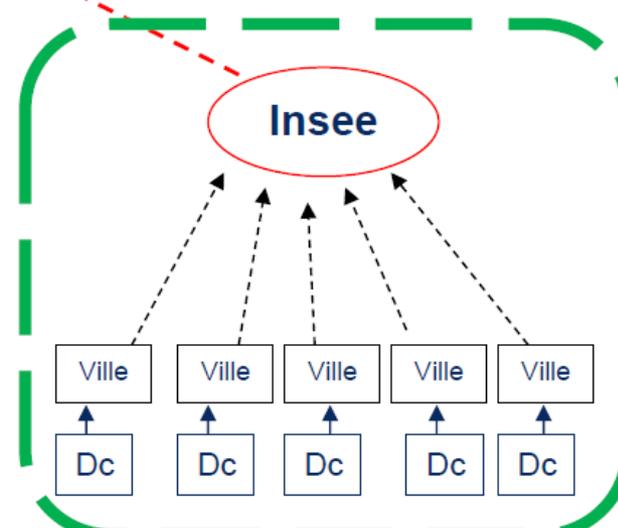
100 décès par jour



SOS Médecins
7 500 visites par jour



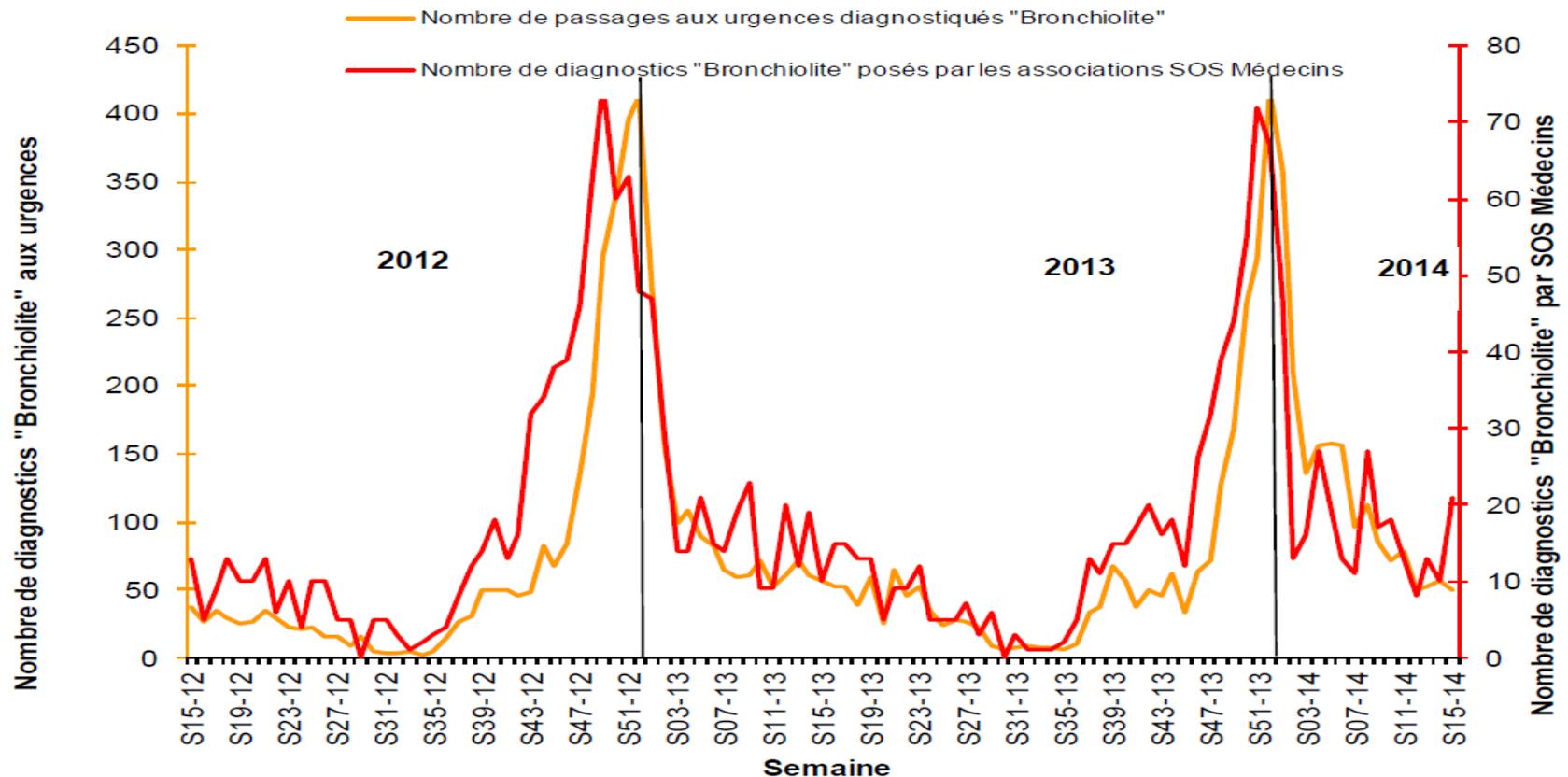
OSCOUR®
> 40 000 passages par jour



1 200 décès par jour

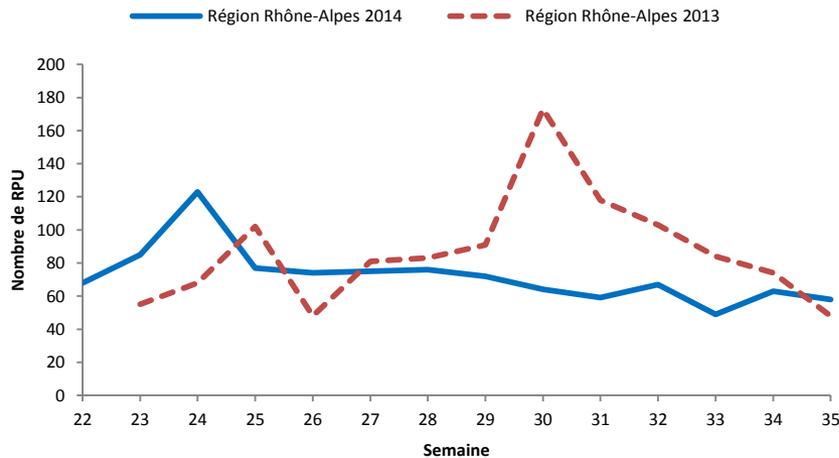
Suivi de la dynamique de la bronchiolite: SurSaUD

Passages aux urgences pour bronchiolite dans 34 services d'urgences de Rhône-Alpes² et diagnostics de bronchiolite posés par les 5 associations SOS Médecins¹ de Rhône-Alpes du 09/04/2012 au 13/04/2014

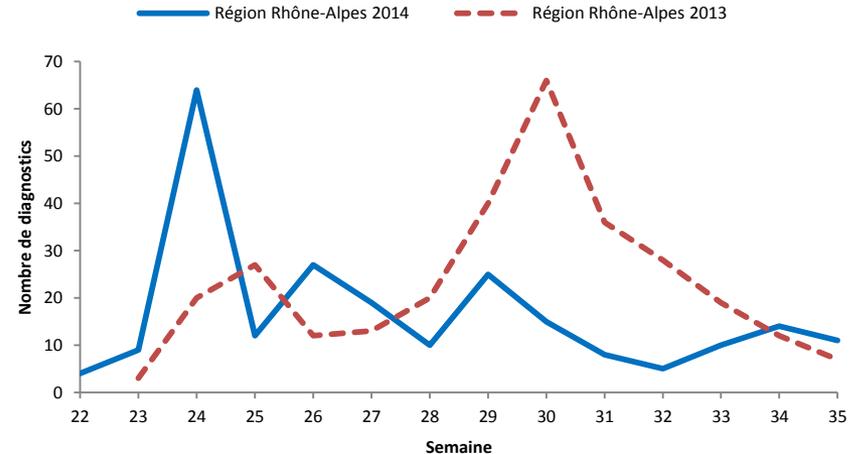


Estimation d'impact sanitaire de la chaleur (SurSaUD®)

Indicateur Chaleur SAU (Région)



Chaleur SOS (Région)



Regroupement syndromique « **Indicateur chaleur** : codes CIM 10 :

- **E 86** : Hypovolémie
- **E871** : Hypo-osmolarité et hyponatrémie
- **T67** : Effets de la chaleur et de la lumière
- **X30** : Exposition à une chaleur naturelle excessive

Le regroupement syndromique

« **Chaleur** » contient les codes :

- **GE64** (EPOS) et **427** (Medicall) : Coup de chaleur, insolation
- **GE65** (EPOS) et **244** et **428** (Medicall) : déshydratation

Emergences : quels enjeux ?

- **Détecter les émergences:**
 - Signaux issus de la veille, surveillances, vigilances
 - Signalement des phénomènes inhabituels
 - Veille internationale : gripes aviaires, Mers CoV, Ebola...
- **Analyser la menace et évaluer le risque**
 - Caractériser la menace: gravité, potentiel de diffusion (R0), susceptibilité des populations exposées
 - Evaluer le risque : risque de survenue x impact sanitaire et social
 - Ecdc/OMS
- **Adapter la réponse:**
 - Signalement et surveillance : évolutifs !
 - Gestion : informations des PS, des populations concernées
 - Anticipation : préparation
 - Ex: plan anti-dissémination Chik-dengue en métropole

Cas groupés d'épiglottite à Lyon (1)

- **18 -24 juillet 2013**: signalement de **4 cas d'épiglottite dont 3 décès** chez des hommes sans antécédent à Lyon et environs
- Médecin coordonnateur des prélèvements d'organes à l'HEH Lyon
- Investigation épidémiologique:
 - Recherche active de cas:
 - Information des services d'urgence, réanimation et ORL des ETS de la région
 - Recherche rétroactive: cas survenus depuis le 1^{er} juin
 - Investigation des cas :
 - Epidémiologique, clinique et biologique
 - Recherche d'une cause commune (étiologie, activités et liens sociaux...).

Cas groupés d'épiglottites à Lyon(2)

- Résultats:

- 9 cas en 11 semaines à Lyon ou à proximité : 3.3 cas /100 000 PA versus 1 /100 000;
- excès de cas corroboré par les données du réseau Oscour
- 8/9 sont des hommes
- 6/9 consomment plus de 10 cigarettes/jour
- Pas d'identification d'autres points communs
 - Lieu fréquenté, activité, habitudes de vie, contacts sociaux
 - Isolement de *Streptococcus anginosus* et *S. constellatus* chez un des cas autopsié : lien de causalité ?

- Au total

- Phénomène inhabituel mais pas de source commune identifiée
- Investigation en lien avec les professionnels de santé : infectiologues, ORL, microbiologistes, CNR : sensibiliser les cliniciens et mesurer l'ampleur du phénomène

Conclusions

- Contribution des professionnels de santé à la veille sanitaire :
 - **Indispensable,**
 - **Multi-formes**
 - **Essentielle**
- **Culture du signalement**
 - On ne peut pas tout surveiller tout le temps
 - Jugement du professionnel de santé
- **Veille sanitaire : un métier**
 - Analyser des données, des signaux, les interpréter
 - De l'expérience, un savoir-faire, de la rigueur...
 - Ecarter souvent une cause ou un danger sériel

PROFESSIONNELS,
POUR SIGNALER
24h/24

à l'Agence régionale de santé
Rhône-Alpes un risque pour
la santé publique



Un numéro*
0 810 22 42 62



Un mail
ars69-alerte@ars.sante.fr



Un fax
04 72 34 41 27

**Merci pour votre
attention !**