

Transmission télématique de données épidémiologiques et surveillance de l'épidémie de chikungunya à la Réunion en 2006.

Poster 302

SOLET Jean-Louis¹, CAMUGLI Jean-Pierre², LAVAL Michel², ISRAEL Daniel³, BALLEYDIER Elsa¹, FILLEUL Laurent⁴, KERMAREC Florence⁵, RENAULT Philippe¹, PIERRE Vincent¹

¹ Cellule interrégionale d'épidémiologie Réunion-Mayotte, ² Société Réunion-Télécom, ³ Société Séphira, ⁴ Cellule interrégionale d'épidémiologie d'Aquitaine, ⁵ Institut national de veille sanitaire, Saint-Maurice

Introduction

Un système de surveillance épidémiologique a été mis en place à la Réunion par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) de la Réunion et de Mayotte en mai 2005, dès l'apparition des premiers cas de chikungunya, afin de suivre l'évolution de l'épidémie et orienter les actions de lutte.

Grâce à un partenariat avec les sociétés Séphira et Réunion-Télécom, un dispositif innovant de transmission télématique de données épidémiologiques a été mis en œuvre en avril 2006 dans l'objectif de renforcer le dispositif de surveillance existant.

Méthodes

Le dispositif a reposé sur la participation de médecins généralistes volontaires qui ont transmis de façon télématique des données épidémiologiques par le biais des terminaux autonomes utilisés pour l'acheminement des feuilles de soins électroniques vers les caisses de sécurité sociale.

En utilisant la carte Vitale du patient, chaque médecin a renseigné les informations suivantes, relatives aux consultations en lien avec le chikungunya:

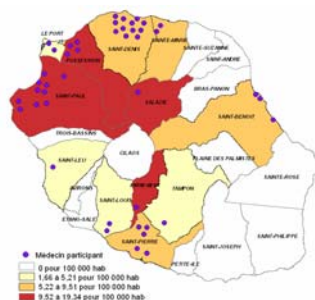
- Distinction entre « cas incident », « soins de contrôle » et « rechute¹ »
- Code postal de l'adresse de résidence du patient

A chaque télécollecte, ces informations ont été transmises, via le serveur Séphira en métropole, à la société Réunion-Télécom qui a réalisé un tri de ces données, les a agrégées et communiquées chaque semaine à la Cire pour exploitation.

Résultats

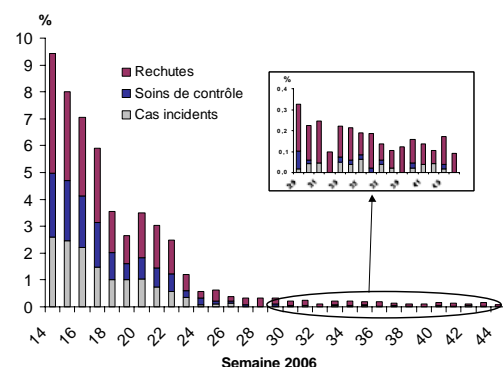
Au total 44 médecins ont participé à ce dispositif, soit un peu plus de 6 % des omnipraticiens libéraux installés sur l'île. Le taux communal de médecins participants varie de 0 à 19,34 pour 100 000 habitants (moyenne = 4,64 pour 100 000)

Figure 1. Répartition géographique et taux communal de médecins participants au réseau Réunion-Télécom pour 100 000 habitants. Epidémie de chikungunya, novembre 2006, la Réunion (n = 44)



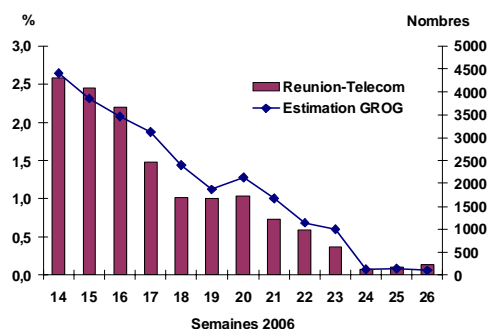
La part des actes liés au chikungunya dans l'activité des médecins du réseau est passée de 9,4 % à 0,1 % entre les semaines 14 et 44 de 2006.

Figure 2. Part des actes pour cas incidents, pour soins de contrôle et pour rechutes liés au chikungunya parmi les actes effectués par les médecins du réseau santé Réunion-Télécom, par date de télécollecte, entre le 3 avril et le 5 novembre 2006, la Réunion.



Pour les semaines 14 à 26, alors que la transmission épidémique était généralisée sur l'ensemble du territoire, le rapport du nombre d'actes liés aux cas incidents de chikungunya sur le nombre total d'actes effectués par les médecins du réseau au cours de la semaine s'est avéré étroitement corrélé au nombre de cas hebdomadaire estimé par le dispositif de surveillance (réseau sentinelle GROG²) qui a servi au suivi des tendances épidémiques (coefficient de corrélation égal à 0,97).

Figure 3. Comparaison entre la part des actes pour cas incidents liés au chikungunya parmi les actes effectués par les médecins du réseau santé Réunion-Télécom, par date de télécollecte, et le nombre de cas de chikungunya par semaine, par date de début des signes, estimés à partir du réseau des médecins sentinelles entre les semaines 14 et 26 de 2006, la Réunion



Discussion

Le dispositif présente l'intérêt d'être simple, ne nécessitant pas un important surcroît de travail pour les praticiens participants et d'être réactif en raccourcissant les délais de transmission.

Ces données ont été les seules permettant d'identifier, outre la part des cas incidents, celle des soins de contrôle et des rechutes parmi l'ensemble des consultations, ce renseignement n'étant pas fourni par les autres systèmes de surveillance mis en œuvre.

La simplicité du dispositif a pour corollaire certaines limitations et inconvénients:

- Les dates prises en compte sont celles de la télétransmission des données sur le serveur et pas celles des premiers symptômes.

- Les données recueillies sont anonymes et les informations concernant l'âge, le sexe et l'adresse des patients ne sont pas disponibles, limitant de ce fait l'exploitation qui peut en être faite, notamment pour orienter les actions de lutte antivectorielle.

Une meilleure répartition géographique des médecins participants apparaît nécessaire afin d'envisager un suivi des évolutions spatiales, ce qui n'est pas possible actuellement.

Conclusion

Le dispositif a donné des résultats très encourageants en terme de suivi des évolutions temporelles de la maladie en période d'épidémie massive de chikungunya.

Sa simplicité d'utilisation et la rapidité de transmission des données constituent des atouts indéniables.

Il présente par ailleurs l'intérêt de permettre, en période de forte transmission, un suivi de toute autre pathologie d'intérêt à potentiel épidémique (dengue, grippe...) ouvrant ainsi de nouvelles perspectives en matière de surveillance des maladies infectieuses dans le cadre du réseau national de santé publique.

¹ Le terme "rechute" est employé pour les patients ayant déjà consulté pour le même motif et qui, sans lien avec une précédente consultation, consultent à nouveau pour des symptômes cliniques toujours en rapport avec la maladie.

² Groupe Régional d'Observation Globale