

Surveillance des cas de grippe pour la gestion de l'offre de soins hospitaliers en Ile de France

L. Beaujouan, S. Poirier, C. Lazarus, P. Joubert, M-F Dumay, P. Camphin, Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences en Ile de France (AP-HP / ARHIF)

Introduction

Le Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences en Ile de France - CERVEAU - (AP-HP / ARHIF) a pour mission de surveiller le recours aux structures d'urgence afin de faciliter l'adéquation de l'offre de soins hospitaliers urgents. Il analyse chaque jour le recours aux soins urgents et la disponibilité en lits d'hospitalisation, notamment en lits de réanimation, dans les établissements d'Ile de France. Il dispose pour cela d'un système d'information opérationnel et s'appuie sur un réseau de professionnels hospitaliers.

Ce dispositif permanent mis en place en 2004, dont la pertinence a été documentée lors des épidémies saisonnières et des épisodes de canicule, a permis de suivre et d'analyser l'impact de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009 sur le recours aux soins. Il a été complété par un recueil ciblé de quelques données spécifiques à l'épidémie. L'analyse quotidienne des données par le CERVEAU et le partage de l'information avec les équipes hospitalières ont permis de suivre le recours aux soins pour adapter les organisations hospitalières.

Méthode

La surveillance de l'impact de la grippe A(H1N1)2009 sur le recours aux soins hospitaliers a été conduite par le CERVEAU sur la base de l'analyse quotidienne de plusieurs indicateurs recueillis par le système d'information permanent complété par un recueil de données spécifiques à l'épidémie :

Dispositif permanent

- Le Réseau cyber-urgences est constitué de 66 sites d'urgences de la région qui alimentent la base régionale sur les urgences, pour deux applications distinctes : d'une part une visualisation en temps réel de l'occupation de ces services grâce à une interface Internet, d'autre part l'analyse des caractéristiques des patients vus aux urgences. La base régionale et la base nationale Oscour® de l'InVS reçoivent chaque nuit, par transmission automatique, un résumé électronique de passage aux urgences pour chaque patient (hôpital, service, motif de recours, date et heure d'arrivée et de sortie, mode d'arrivée et de transport, code postal et commune de résidence, date de naissance, sexe, gravité, orientation et diagnostic codé en CIM10). Cela permet de suivre quotidiennement le nombre de passages aux urgences suivis ou non d'une hospitalisation ainsi que les caractéristiques des patients venus pour un syndrome grippal.

- Serdeau est un serveur sur Internet où sont recueillies quotidiennement l'activité des Samu et les disponibilités en lits dans les différentes disciplines médicales des établissements de santé de la région. La sollicitation du Centre 15 est suivie au travers de l'évolution du nombre quotidien d'affaires traitées par les 8 Samu de la région.

- Capri est un serveur Internet dédié au recueil des disponibilités en lits de l'ensemble des services de réanimation de la région, actualisable en temps réel par les services. Cet outil permet de suivre géographiquement le nombre de lits disponibles par type de réanimation (médicale, chirurgicale, pédiatrique, etc.).

Recueils spécifiques

L'évolution des caractéristiques des patients atteints et de l'organisation de la prise en charge des cas conformément aux orientations ministérielles ont nécessité la mise en place de recueils d'informations complémentaires intégrés dans le dispositif opérationnel existant.

- Des consultations grippe ont été mises en place dans les hôpitaux à partir du mois de juin pour faire face à la demande croissante de soins. Ouvertes dans un premier temps dans les cinq hôpitaux de référence au sein des services de maladies infectieuses, dès le mois de juillet ces consultations ont été étendues

à 54 établissements de santé MCO ayant des urgences et de la réanimation. En fonction de leur volume d'activité, certains ont fait le choix de la localiser au sein du service des urgences. Un suivi de l'activité a été mis en place. Le nombre de consultations a été colligé dans un premier temps dans un registre AP-HP puis dans le serveur Serdeau pour l'ensemble des établissements d'Ile de France concernés.

- Les dossiers ouverts par les 8 Samu de la région pour suspicion de grippe A(H1N1)2009 ont été colligés dans un recueil mis en place par le Samu 75.

- Un recueil des cas admis en réanimation a été mis en place en septembre pour suivre les cas graves au niveau régional et national. Un registre anonyme centralisé a été mis en place à l'AP-HP (voir article précédent). L'analyse des données de ce registre était quotidienne. Le pourcentage de lits de réanimation occupés par des patients atteints de grippe A(H1N1)2009 était suivi au jour le jour afin de le confronter au seuil de déprogrammation fixé à 10 % par la circulaire DHOS du 24 septembre 2009. Les données du registre ont été croisées avec les informations transmises par les services à l'InVS, soit directement soit via le recueil REVA-Grippe mis en place par les réanimateurs.

- Parallèlement le recueil de la disponibilité des places d'ECMO a été ajouté au recueil Capri.

Partage de l'information

L'ensemble des données collectées était quotidiennement analysé avec le concours des experts médicaux (infectiologues, virologues, etc.) et à la lumière des éléments contextuels fournis par les équipes hospitalières. Le partage de l'information s'est organisé autour de conférences téléphoniques quotidiennes ou hebdomadaires et de la diffusion régulière et ciblée de messages et bulletins d'information.

Conférences téléphoniques

Dès avril et jusque fin décembre 2009 la direction de la politique médicale de l'AP-HP a animé une conférence téléphonique quotidienne puis hebdomadaire, réunissant les membres du COREB², les directions hospitalières et les responsables de l'AP-HP. Ces réunions avaient pour objectifs de partager les informations spécifiques détenues par les différents acteurs, de faire le point et résoudre les difficultés éventuelles liées à la prise en charge des patients susceptibles d'être atteints de grippe A(H1N1)2009. Un compte-rendu était systématiquement envoyé à l'ensemble des acteurs concernés.

A partir du mois de septembre, avec la montée en charge du nombre de prélèvements virologiques, une réunion téléphonique spécifique s'est organisée autour des problématiques de la virologie.

Des réunions de coordination avaient régulièrement lieu entre les différentes instances régionales (AP-HP, ARHIF, Ddass, Cire). Le dispositif AP-HP était placé sous l'autorité du secrétaire général dans le cadre de la gestion de crise, en lien quotidien avec l'ARH.

Retours d'information réguliers

Le retour d'information s'est fait sous un format et à un rythme adaptés aux destinataires et à la phase de l'épidémie. En plus du bulletin quotidien du CERVEAU décrivant l'activité des services d'urgence, chaque jour, un mail faisant le point de l'activité liée à la grippe était adressé à l'ensemble des acteurs. Une information plus complète était délivrée de façon hebdomadaire : un point spécifique sur l'activité de réanimation était adressé aux réanimateurs et urgentistes, un bulletin de suivi de l'épidémie dans les services d'urgence était largement diffusé, un bilan régional hebdomadaire était adressé au ministère chargé de la Santé.

2. COREB : Coordination du risque épidémiologique et biologique, instance réunissant des experts de l'AP-HP.

Résultats

La surveillance mise en place a permis d'avoir une vision quotidienne de l'impact de l'épidémie sur le recours aux soins et de mesurer l'afflux des cas bénins et des cas graves. Ces informations ont guidé l'adaptation des capacités de médecine infectieuse dans la phase d'hospitalisation systématique des patients suspects (mai-juin 2009), l'ouverture progressive des consultations dédiées et l'adaptation des capacités de réanimation (septembre à décembre 2009).

Les recours aux soins de personnes présentant un syndrome grippal peuvent être analysés selon un découpage en quatre périodes :

- Le premier patient suspecté d'être atteint de grippe A(H1N1)2009 a été accueilli à l'AP-HP le 26 avril 2009. A partir de cette date et jusqu'au 21 juin, tous les cas possibles étaient hospitalisés et gardés plusieurs jours en observation en chambre individuelle dans un service référent de maladie infectieuse.
- Fin juin, des cas groupés en milieu scolaire essentiellement dans le Val de Marne et à Paris ont généré un nombre important d'appels au Centre 15 avec dossiers ouverts par les Samu et de recours à quelques sites d'urgence de cas bénins. L'augmentation du nombre de cas suspects a entraîné la suspension de l'hospitalisation systématique, l'organisation des premières consultations dédiées, et l'ouverture à la médecine de ville à compter de fin juillet.
- En septembre, la réouverture des écoles a contribué à la diffusion de différents virus respiratoires comme le rhinovirus. Parallèlement, face au risque d'émergence du virus A(H1N1)2009 en France, les recommandations des autorités sanitaires ont incité la population à appeler le Centre 15 ou à recourir aux consultations dédiées en cas de syndrome grippal ; la résultante a été un recours important de personnes présentant un tableau clinique bénin de syndrome grippal à l'hôpital et notamment aux urgences.
- A partir de début octobre, la proportion de prélèvements positifs pour le virus A(H1N1)2009 a augmenté rapidement, signant le début de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009 en Ile de France. En parallèle le nombre de dossiers Samu et de recours aux urgences a augmenté jusqu'à un pic intervenu fin octobre, en semaine 44 ; le nombre de cas graves hospitalisés en réanimation a également augmenté rapidement ; le pic des admissions est intervenu en semaine 45. La décroissance de l'épidémie a été rapide, possiblement accentuée par la fermeture des écoles pendant les vacances de la Toussaint et le pont du 11 novembre. Un léger rebond a été observé en semaines 46-47, puis les recours et les prélèvements positifs ont poursuivi leur décroissance.

Les **Samu** ont vu le nombre d'affaires traitées augmenter de 21 % pendant l'épidémie, (semaines 40 à 49), par rapport à 2008 avec un pic de suractivité de +41 % la semaine 43. L'analyse du nombre de dossiers ouverts pour suspicion de grippe suggère qu'environ un tiers de la suractivité pourrait être attribuée à la grippe.

La saisie des informations concernant les **consultations dédiées** dans le serveur Serdeau a été diversement réalisée. En pratique les consultations de l'AP-HP ont pu être comptabilisées : 17 168 au 31/12/2009.

Les **urgences hospitalières** ont été particulièrement sollicitées pendant toute la période. Les urgences pédiatriques ont eu à faire face à un nombre record de passages quotidiens fin octobre, au pic de l'épidémie. Le taux d'hospitalisation au décours d'un passage aux urgences a été faible, de 7 % chez les adultes et 5 % chez les enfants (< 15 ans). Le suivi de la progression de l'épidémie et des caractéristiques des patients, ont permis aux hôpitaux d'anticiper les organisations à adapter pour faire face à l'affluence. Les effectifs des urgences ont été renforcés, notamment en soirée car près de 30 % des patients venus pour un syndrome grippal arrivaient après 20h. La suractivité liée à la grippe a entraîné un dépassement des seuils d'activité globale attendue, au cours des semaines 43 et 44, particulièrement important pour la classe d'âge des enfants de 1 à 15 ans avec un nombre de passages supérieur de 57 % par rapport à la moyenne des 4 années précédentes calculée sur les mêmes semaines. Pour les adultes de 15 à 75 ans le nombre de passages a été supérieur de 15 % sur cette période.

La très grande majorité des cas de grippe étaient bénins, néanmoins un nombre inhabituel de personnes présentant un tableau clinique sévère de grippe confirmée A(H1N1)2009 ont du être hospitalisées en **réanimation** (302 personnes hospitalisées en réanimation, USI ou USC, en Ile de France en date du 31/12/2009 dont 17 % avaient moins de 15 ans). Les décès ont été au nombre de 43. Le seuil de déprogrammation a été atteint en réanimation pédiatrique au cours de la semaine 45 et quelques lits supplémentaires ont été ouverts pendant quelques jours. Le nombre de patients nécessitant une ECMO n'a jamais dépassé les capacités de la région ; parmi les 193 patients hospitalisés en réanimation à l'AP-HP, 22 ont nécessité une ECMO.

Discussion

Le CERVEAU s'est appuyé sur les données fournies par l'Australie et la Nouvelle Zélande pour anticiper le dimensionnement des capacités de prise en charge, notamment celles de réanimation. L'observation de l'impact de la grippe A(H1N1)2009 sur la demande de soins en Ile de France a montré qu'il a été d'une ampleur comparable à celui décrit dans ces pays de l'hémisphère Sud [1] (environ 3 hospitalisations en réanimation pour 100 000 habitants).

Le dispositif de surveillance a montré son efficacité pour suivre l'évolution de l'épidémie, de l'offre de soins et des tensions hospitalières. Le dispositif permanent, et tout particulièrement le suivi des recours aux urgences, a permis de documenter l'ampleur de l'impact de l'épidémie sur la demande de soins hospitaliers.

L'adjonction complémentaire de la connaissance quotidienne des cas admis en réanimation, parallèlement à celle de la disponibilité des lits dans cette discipline, ont été essentielles pour contrôler l'adéquation de l'offre de soins. Elle a été facilitée par l'existence d'un dispositif régional déjà opérationnel. Si un nouvel épisode épidémique survenait il est vraisemblable que ces informations s'avèreraient à nouveau nécessaires. La tenue au jour le jour d'un registre des cas admis en réanimation sous la forme d'un tableau Excel® est lourde. Une réflexion pourrait être engagée sur l'intérêt de bâtir en amont le squelette d'un recueil informatisé adaptable le moment venu à l'épidémie émergente.

La mise en place de recueils d'informations complémentaires représente un investissement en temps qui a pu faire défaut à certaines équipes, et expliquerait l'hétérogénéité du recueil des consultations dédiées.

La conduite de la surveillance au niveau régional a eu un intérêt majeur : elle a permis de mettre en évidence les spécificités de l'Ile de France où l'épidémie a débuté plus tôt qu'ailleurs avec un pic épidémique atteint 4 semaines avant le pic national et ainsi d'adapter sans retard son offre de soins. Elle a facilité le travail en partenariat avec le réseau des professionnels de santé des hôpitaux et des instances régionales qui s'est révélé une fois de plus indispensable pour conduire une analyse pertinente des informations et permettre la réactivité avec la mise en œuvre rapide d'actions adaptées sur l'ensemble de la région.

Conclusion

Les outils de surveillance utilisés tout au long de l'année pour la région se sont révélés tout à fait adaptés à suivre l'évolution de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009. Le suivi des cas admis en réanimation a apporté une information complémentaire indispensable à la gestion hospitalière de cette épidémie.

L'expérience acquise en Ile de France au cours de cette épidémie montre qu'il est pertinent de s'appuyer sur l'analyse des informations disponibles dans le dispositif de surveillance du CERVEAU pour moduler l'amplitude de l'offre de soins et adapter les organisations au cours des différentes phases d'une épidémie.

En situation de gestion de crise les dispositifs de veille opérationnels utilisés au quotidien par les différents acteurs doivent être privilégiés.

Référence

[1] The ANZIC Influenza Investigators, Critical Care Services and 2009 H1N1 Influenza in Australia and New Zealand, The New England Journal of Medicine (<http://content.nejm.org/cgi/content/short/361/20/1925>).