

6 juin 2017

Lille - Faculté de Médecine Henri Warembourg
Pôle Formation
Amphithéâtre Multimédia

**10^e Journée de Communication des
Internes de Santé Publique du
Nord 2017**

Programme
&
Résumés des
Communications

Programme

| | |
|--------------------|--|
| 9h15 | Accueil des participants |
| 9h45 | Introduction à la journée Pr Florence Richard |
| 10h00-12h00 | Session 1 – Epidémiologie et économie de la santé Modérateurs : Dr Vincent Chouraki / Dr Thibaut Balcaen |
| 10h00-10h20 | Utilisation d'aérosols ménagers domestiques : association avec symptômes et fonction respiratoires dans l'enquête ELISABET P Lousteau, J Giovannelli, D Cuny, S Hulo, R Matran, P Amouyel, J-L Edmé, L Dauchet |
| 10h20-10h40 | Sources de pollution de l'air au domicile : association avec fonction et symptômes respiratoires dans l'enquête ELISABET L Devien, J Giovannelli, D Cuny, S Hulo, R Matran, P Amouyel, J-L Edmé, L Dauchet |
| 10h40-11h00 | Epidémiologie de la tuberculose de l'appareil respiratoire dans la région des Hauts-de-France de 2005 à 2015 : Intérêt de l'utilisation des données médico-administratives. C Mamona, P Chaud, S Haeghebaert, M Lainé |
| 11h00-11h20 | Infliximab et troubles psychiatriques : étude sur la base nationale PMSI de 2008 à 2014 F Condat, A Caron, E Chazard |
| 11h20-11h40 | Disparités régionales de morbi-mortalité coronaire après un épisode inaugural d'insuffisance coronaire aiguë - 7 années de suivi chez près de 15 000 patients L Rousselet, M Barthoulot, T Balcaen, J Dallongeville, M Montaye |
| 11h40-12h00 | Evaluation médico-économique des endoprothèses aortiques dans le traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale - Perspective collective française M Wathelet, A Caron, B Dervaux |
| 12h00-13h30 | Pause déjeuner |
| 13h30-15h10 | Session 2 – Information et informatique médicale Modérateurs : Dr Emmanuel Chazard / Dr Alexandre Caron |
| 13h30-13h50 | Enquête sur les pratiques de codage des actes chirurgicaux au CHU de Lille N Martignène, A Bruandet, D Theis |
| 13h50-14h10 | Outil de description de la filière Médecine-Chirurgie-Obstétrique vers Soins de Suite et de Réadaptation pour le Groupement Hospitalier de Territoire M van Berleere, X Lenne, A Bruandet, C Lauérière, D Theis |
| 14h10-14h30 | Calcul du taux de réhospitalisation à 7 jours pour les établissements du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille M Riant, A Schaffar, M Germain |

| | |
|-------------|---|
| 14h30-14h50 | <p>Self-controlled case series design sur des données simulées Medicare: répliation du projet "Observational Medical Outcomes Partnership"</p> <p>N Depas, A Caron, A Lamer, G Ficheur</p> |
| 14h50-15h10 | <p>Méthode Générique visant à l'amélioration de l'interopérabilité spatiale des bases de données médicales et écologiques.</p> <p>A Ghenassia, J-B Beuscart, G Ficheur, F Ocelli, E Babykina, E Chazard, M Genin</p> |
| 15h10-15h30 | <p>Pause</p> |
| 15h30-16h50 | <p>Session 3 – Evaluation des pratiques et offre de soins</p> <p>Modérateurs : Dr Luc Dauchet / Dr Maël Barthoulot</p> |
| 15h30-15h50 | <p>Surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en réanimation : évaluation du dispositif</p> <p>J LUU, G Jones, P Chaud</p> |
| 15h50-16h10 | <p>« Place de la PMI dans la santé publique territoriale du Valenciennois » : Perception des professionnels des consultations infantiles face à la dimension santé publique de leurs missions.</p> <p>P Aly, O Alao</p> |
| 16h10-16h30 | <p>Hémodialyse en 2015 dans les Hauts-de-France : étude des disparités infra-régionales à partir des données du Système National d'Information Inter Régime de l'Assurance Maladie</p> <p>A Parent, S Matz, M Tahon, D Ruchard</p> |
| 16h30-16h50 | <p>Les aménagements des conditions d'examens dans l'Académie de Lille : analyse des données actuelles et propositions de pistes visant à améliorer le recueil voire à réduire les inégalités existantes</p> <p>V Féret, B Weens</p> |
| 16h50 | <p>Conclusion de la journée</p> <p>Pr Philippe Amouyel</p> |

Session 1

Epidémiologie

Utilisation d'aérosols ménagers domestiques : association avec symptômes et fonction respiratoires dans l'enquête ELISABET

P Lousteau¹, J Giovannelli^{1,4}, D Cuny², S Hulo^{2,3}, R Matran^{2,3}, P Amouyel^{1,4}, J-L Edmé^{2,3}, L Dauchet^{1,4}

¹ UMR1167 RID-AGE Facteurs de risque et déterminant moléculaires des maladies liées au vieillissement

² Univ. Lille IMPECS IMPact de l'Environnement Chimique sur la Santé humaine

³ CRHU Lille Service explorations fonctionnelles respiratoires

⁴ CRHU Lille Service d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Introduction. L'utilisation de produits ménagers par les agents d'entretien est à l'origine d'asthme professionnel. Parmi les produits incriminés dans l'altération de la fonction respiratoire, on compte les aérosols qui sont responsables, en population générale, d'une augmentation d'incidence de l'asthme. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'utilisation d'aérosols ménagers domestiques et son association avec symptômes et fonction respiratoires.

Méthode. L'étude porte sur 3 039 participants de l'enquête transversale ELISABET âgés de 40 à 65 ans vivant dans les agglomérations de Lille et Dunkerque, recrutés entre 2011 et 2013. L'exposition aux aérosols est évaluée par questionnaire dirigé. L'évaluation de la fonction et des symptômes respiratoire est réalisée par spirométrie et questionnaire au cours d'une visite à domicile.

Résultats. Après ajustement sur l'âge, le sexe et le tabagisme, le volume expiratoire maximal à la première seconde (VEMS) et la capacité vitale forcée (CVF) prédits étaient significativement plus faibles chez les personnes utilisant des aérosols au moins une fois par semaine : -1.59% [-2.71 ; -0.47] et -1.73% [-2.76 ; -0.7] respectivement. Seule l'association avec la CVF était significative après ajustement sur les facteurs socio-économiques : -1.16% [-2.19 ; -0.13]. Aucune association n'était significative après l'ajustement supplémentaire sur l'indice de masse corporelle. Dans le modèle final, l'utilisation d'aérosols était associée à une augmentation de la prévalence de la toux chronique OR : 1.31 [1 ; 1.17] et de la bronchite chronique OR : 1.58 [1.05 ; 2.38].

Conclusion. Notre étude n'a pas retrouvé d'association significative entre symptômes, fonction respiratoire et utilisation d'aérosols en population générale. Elle illustre l'impact fort des facteurs de confusion dans la mesure des associations impliquant des comportements individuels.

Mots-clés : Environnement ; Epidémiologie ; Aérosols ; Fonction respiratoire

Sources de pollution de l'air au domicile : association avec fonction et symptômes respiratoires dans l'enquête ELISABET

L Devien¹, J Giovannelli^{1,4}, D Cuny², S Hulo^{2,3}, R Matran^{2,3}, P Amouyel^{1,4}, J-L Edmé^{2,3}, L Dauchet^{1,4}

¹ Univ. Lille, Institut Pasteur de Lille, UMR1167 RID-AGE Facteurs de risque et déterminant moléculaires des maladies liées au vieillissement, F-59000 Lille, France

² Univ. Lille IMPECS IMPact de l'Environnement Chimique sur la Santé humaine, F-59000 Lille, France

³ CRHU Lille Service explorations fonctionnelles respiratoires, F-59000, Lille, France

⁴ CRHU Lille Service d'épidémiologie, économie de la santé et prévention, F-59000, Lille, France

Introduction. L'exposition à la pollution de l'air au domicile peut être plus importante que l'exposition à la pollution de l'air extérieure en raison du confinement, de la durée d'exposition et de sources spécifiques de pollution. L'objectif était d'évaluer les associations des sources de pollution de l'air au domicile avec la fonction et les symptômes respiratoires.

Méthode. L'étude porte sur 3 039 participants de l'enquête transversale ELISABET âgés de 40 à 65 ans vivant dans les agglomérations de Lille et Dunkerque, recrutés entre 2011 et 2013. La fonction respiratoire a été mesurée par spirométrie sans réalisation d'un test de réversibilité. L'exposition aux moisissures, aux combustibles intérieurs et les symptômes respiratoires ont été recueillis à l'aide d'un questionnaire lors d'entretiens dirigés. Un modèle linéaire mixte et un modèle de régression logistique, ajustés sur le sexe, l'âge, la taille, l'IMC, le tabac, l'éducation, le revenu du ménage, la densité de population, le nombre d'habitant par foyer et les enquêteurs ont été utilisés.

Résultats. La présence de moisissures était associée à une baisse significative des valeurs observées sur prédites du volume expiratoire maximal à la première seconde de -1.41% (IC à 95% : -2.74 à -0.09) et de la capacité vitale forcée de -1.27% (IC à 95% : -2.48 à -0.07). La présence de moisissures était également associée à la présence de sifflements respiratoires (OR = 1.56 [1.23 à 1.97]). Des résultats similaires ont été retrouvés chez les sujets indemnes de pathologies pulmonaires. Les autres associations n'étaient pas significatives.

Conclusion. Notre étude retrouve une association entre la présence de moisissures au domicile, la fonction respiratoire, et les sifflements respiratoires. Elle suggère que cette présence, connue pour aggraver la symptomatologie asthmatique, pourrait également avoir un impact en population générale et chez les personnes indemnes de pathologies respiratoires.

Mots-clés : Pollution intérieure, environnement, fonction respiratoire.

Epidémiologie de la tuberculose de l'appareil respiratoire dans la région des Hauts-de-France de 2005

à 2015 : Intérêt de l'utilisation des données médico-administratives.

C Mamona¹, P Chaud¹, S Haeghebaert¹, M Lainé¹

¹Cellule d'intervention en région de Santé Publique France.

Introduction. En France, la surveillance de la tuberculose repose sur la déclaration obligatoire (DO) des cas. L'objectif de l'étude était d'évaluer la possibilité d'utiliser les bases de données médico-administratives (BDA) des caisses d'assurance maladie concernant les affections de longue durée (ALD) et du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour estimer l'exhaustivité de la DO de la tuberculose de l'appareil respiratoire.

Méthodes. Les caractéristiques des cas incidents identifiés de 2005 à 2015 dans la région des Hauts-de-France dans le PMSI et les demandes d'ALD ont été comparées aux données de DO pendant la même période.

Résultats. Au total, 2891 cas ont été identifiés dans la DO ; 2161 dans la base ALD et 5224 dans le PMSI codés en diagnostic principal (DP) ou diagnostic associé (DAS). Le nombre annuel de cas hospitalisés diminue progressivement de 2005 à 2015, alors que le nombre de DO est resté stable. Les personnes hospitalisées étaient en moyenne plus âgées que les cas déclarés dans la DO. Ces différences entre le PMSI et la DO s'atténuent significativement lorsqu'on ne prend en compte que les hospitalisations pour lesquelles le diagnostic de tuberculose respiratoire est codé en DP. Le nombre annuel de demandeurs d'ALD était globalement inférieur à celui de la DO. Dans la base ALD, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans était inférieure à celle de la DO. Les données du PMSI, des ALD et de la DO étaient comparables pour le sexe et le département de résidence.

Conclusion. Les données des BDA ne sont pas comparables à celles de DO considérées, pour notre étude, comme le « Gold Standard », du fait des erreurs de codage des hospitalisations et des demandes d'ALD selon les antécédents, rendant ainsi difficile l'utilisation de ces BDA pour étudier l'exhaustivité de la DO.

Mots-clés : Epidémiologie ; Tuberculose ; Déclaration obligatoire ; bases de données médico-administratives (BDA)

Infliximab et troubles psychiatriques : étude sur la base nationale PMSI de 2008 à 2014

F Condat¹, A Caron^{1,2}, E Chazard^{1,2}

¹Méthodologie, Biostatistiques, Gestion de données, Archives - CHRU de Lille

²Univ. Lille, EA 2694 - Santé publique : épidémiologie et qualité des soins, F-59000 Lille, France

Introduction. Le Centre Régional de Pharmacovigilance de Lille a signalé plusieurs effets indésirables psychiatriques concernant l'infliximab, un anti-TNF alpha prescrit dans les maladies inflammatoires chroniques. L'objectif était de déterminer un plan d'analyse afin d'identifier un lien entre prise d'infliximab et effets secondaires psychiatriques, à partir des données de la base nationale PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) à l'aide d'une revue de la littérature.

Méthode. La revue de la littérature a été effectuée sur les bases de données Pubmed et Google Scholar, complétée par les données de l'Agence européenne du médicament. Nous avons effectué nos recherches en deux temps. Le premier portait sur les effets secondaires psychiatriques (sauf syndromes dépressifs) associés aux anti-TNF alpha. Le second concernait les études de pharmacovigilance sur base de données PMSI ou SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie).

Résultats. Nous avons retenu le plan d'analyse suivant : cohorte rétrospective sur les bases nationales PMSI MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) et psychiatrie de 2008 à 2014, en incluant les patients avec au moins un de ces diagnostics lors d'un séjour hospitalier : maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite axiale ou ankylosante, et psoriasis en plaques. Les critères d'exclusion étaient les antécédents psychiatriques ou de maladie de Behçet. L'exposition était la prescription d'infliximab codée lors d'un séjour en établissement public MCO, elle s'achevait 12 semaines après la dernière prise. Le critère de jugement principal était la survenue d'un trouble psychotique aigu et transitoire, épisode maniaque, ou autre trouble anxieux dans la base PMSI MCO ou psychiatrie après la prise du traitement. Nous avons prévu de réaliser des analyses multivariées pour tenir compte des principaux facteurs de confusion identifiés : âge, sexe, gravité de la pathologie, antécédents psychiatriques, prise de corticoïdes, qualité du codage en psychiatrie.

Conclusion. Le lien entre infliximab et effets secondaires psychiatriques peut être exploré sur la base nationale PMSI.

Mots-clés : Infliximab, anti-TNF alpha, PMSI, effets indésirables, psychiatrie

Disparités régionales de morbi-mortalité coronaire après un épisode inaugural d'insuffisance coronaire aiguë - 7 années de suivi chez près de 15 000 patients

L Rousselet¹, M Barthoulot^{1,2}, T Balcaen^{1,2}, J Dallongeville², M Montaye²

¹Service de Santé Publique : épidémiologie, économie de santé et prévention, CHRU de Lille

²Université de Lille, Inserm U1167, Institut Pasteur de Lille, CHRU Lille

Introduction. L'objectif de ce travail était d'étudier les disparités régionales de morbi-mortalité coronaire après un épisode inaugural d'insuffisance coronaire aiguë (ICA).

Méthodes. Les données étaient issues des 3 registres des cardiopathies français - en Haute-Garonne (HG), Bas-Rhin (BR), Métropole Européenne de Lille (MEL) - et comprenaient tous les patients, âgés de 35 à 74 ans, ayant présenté un épisode d'ICA incident entre 2006 et 2012 et ayant survécu au moins 24 heures (n=14918). Cette population a été décrite par centre, genre, tranche d'âge et période (2006-2008, 2009-2010, 2011-2012). Les événements d'intérêt étaient les décès coronariens et les récurrences coronariennes (fatales ou non) censurés à la date de l'événement ou au 31/12/2012. Les facteurs associés au risque ont été étudiés grâce à des modèles de Cox ajustés sur le centre, le genre, l'âge et la période.

Résultats. 1228 (8,2 %) sont décédés et 1624 (10,9 %) ont présenté une récurrence. Le risque de mortalité coronaire était augmenté dans le BR (HR=1,60 $p < 10^{-4}$) et la MEL (HR=1,78 $p < 10^{-4}$) par rapport à la HG. L'âge était associé au risque de décès (HR=1,54 pour les 45-54 ans ($p=0,0049$) ; 2,31 pour les 55-64 ans ($p < 10^{-4}$) et 4,41 au-delà de 65 ans ($p < 10^{-4}$)) comparativement aux sujets de 35-44 ans. Le risque de récurrence coronaire fatale ou non était augmenté dans le BR (HR 1,27 ; $p < 10^{-4}$) et la MEL (HR=1,19 ; $p = 0,0067$) par rapport à la HG. Au-delà de 65 ans, ce risque était également augmenté (HR 1,48 ; $p < 10^{-4}$). Ces risques n'étaient liés ni au sexe, ni à la période.

Conclusion. Cette étude confirme des disparités régionales de mortalité après un épisode d'ICA inaugural et montre également des disparités régionales pour les récurrences (fatales ou non).

Mots-clés : Maladies cardio-vasculaires, Inégalités territoriales

Evaluation médico-économique des endoprothèses aortiques dans le traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale - Perspective collective française

M Wathelet¹, A Caron^{1,2,3}, B Dervaux^{1,3}

¹Direction Régionale de la Santé - CHRU de Lille

²Méthodologie, Biostatistiques, Gestion de données, Archives - CHRU de Lille

³EA2694 - Université de Lille

Introduction. Le projet VOI France a pour objectif d'évaluer l'intérêt des analyses de la valeur de l'information (VOI) dans le contexte décisionnel français, dans le but de hiérarchiser puis de prioriser les demandes d'études post-inscription. L'exemple du traitement des anévrismes de l'aorte abdominale est étudié. L'objectif de ce travail est d'adapter le modèle médico-économique existant au contexte français.

Méthodes. La réparation endo-vasculaire (EVAR) était comparée à la chirurgie ouverte (OPEN - traitement de référence). Un modèle de Markov développé par le National Institute for Health and Care Excellence était utilisé afin d'évaluer le ratio différentiel coût-résultat (RDCR) des deux stratégies. Une revue de la littérature permettait d'actualiser les données relatives aux coûts, aux utilités et aux probabilités de transition du modèle.

Résultats. Une cohorte de 10000 hommes âgés de 71 ans est utilisée successivement dans le modèle EVAR puis OPEN. Les principales probabilités de transitions sont les risques : (1) de décès de cause anévrismale, cardio-vasculaire et non cardio-vasculaire, (2) de réintervention pour endo-fuite ou migration de prothèse et (3) d'événement cardio-vasculaire non mortel. Les données cliniques sont issues des essais randomisés internationaux : EVAR1, DREAM, ACE et OVER. Les coûts sont obtenus à partir des référentiels des études nationales de coûts. Le RDCR permet d'évaluer la stratégie coût-efficace compte-tenu des connaissances actuelles. L'analyse de sensibilité probabiliste et les analyses VOI permettent de caractériser l'incertitude décisionnelle associée aux différents paramètres du modèle.

Conclusion. Sur la base des connaissances actuelles, la modélisation médico-économique représente une aide à la décision en faveur de l'une des deux stratégies. L'utilisation des

résultats de l'analyse VOI permettra d'y associer une hiérarchisation des efforts de recherche susceptibles de la modifier.

Mots-clés : évaluation médico-économique ; valeur de l'information ; anévrisme de l'aorte abdominale, EVAR ; OPEN

Session 2

Information et informatique médicale

Enquête sur les pratiques de codage des actes chirurgicaux au CHU de Lille

N Martignère¹, A Bruandet², D Theis²

¹CHRU de Lille – Université de Lille 2

²Département d'Information Médicale, Pôle S3P – CHU de Lille

Introduction. Le codage des actes chirurgicaux est un déterminant majeur du groupage des séjours hospitaliers et de leur tarification. Des actes non codés ou codés tardivement sont fréquemment relevés sur les séjours de certains services du CHU de Lille. Ils entraînent des anomalies de tarification des séjours, de facturation aux patients et génèrent une charge de travail importante au niveau du Département d'Information Médicale (DIM). Dans le cadre d'une réflexion institutionnelle sur l'organisation du codage, la Direction Générale du CHU a souhaité qu'une enquête soit réalisée par le DIM afin d'identifier les différences de pratique de codage des actes chirurgicaux dans les services de chirurgie.

Méthodes. Les actes réalisés au bloc opératoire entre 2015 et 2016 ont été analysés pour comparer les services de chirurgie sur des indicateurs d'activité automatisés. Un auto-questionnaire visant à identifier les pratiques et les dysfonctionnements de codage des actes a été diffusé à destination des codeurs d'actes chirurgicaux. Les thèmes abordés variaient selon le profil des répondants : contenu des comptes-rendus opératoires, pratiques de codage, difficultés d'utilisation de la CCAM, difficultés techniques, aides au codage utilisées, existence et contenu des procédures de codage.

Résultats. Les indicateurs automatisés par bloc permettaient de suivre la qualité et l'exhaustivité du codage des actes et révélaient une grande hétérogénéité des pratiques de codage entre services. Dans les services qui déclaraient avoir organisé une procédure de codage au bloc, 75% à 85% des actes chirurgicaux étaient codés par le chirurgien le jour de l'intervention contre 45% pour l'ensemble des interventions chirurgicales du CHU.

Conclusion. Cette enquête met en évidence des pratiques de codage hétérogènes entre services et nous permettra d'identifier les difficultés rencontrées par les codeurs. L'état des lieux complété alimentera la réflexion de fond sur les pratiques actuelles, l'objectif étant d'obtenir à terme un codage exhaustif et sans délai des actes chirurgicaux.

Mots-clés : CCAM ; Codage ; PMSI ; Chirurgie

Outil de description de la filière Médecine-Chirurgie-Obstétrique vers Soins de Suite et de Réadaptation pour le Groupement Hospitalier de Territoire

M van Berleere¹, X Lenne¹, A Bruandet¹, C Lauérière¹, D Theis¹

¹Département d'Information Médicale, Pôle S3P – CHU de Lille

Introduction. L'analyse de la filière Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) vers Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) s'inscrit dans la problématique des durées de séjour hospitalier et du devenir des patients hospitalisés. Avec la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), la réflexion doit désormais être menée à l'échelle de groupements d'établissements hospitaliers. C'est dans ce contexte que nous proposons un ensemble d'indicateurs décrivant la filière MCO-SSR du GHT Lille Métropole Flandres Intérieure (LMFI).

Méthodes. Tous les séjours MCO des établissements du GHT LMFI suivis d'une hospitalisation en SSR dans les 7 jours en 2015 ont été extraits de la base nationale du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), à l'exception des séances et des séjours avec erreur de groupage ou d'anonymisation. Les indicateurs de taux de recours ont été stratifiés par établissement adresseur, âge des patients et regroupements de GHM (Groupes Homogènes de Malades). Des taux de recours bruts à l'échelle nationale ont également été calculés à partir de la base nationale. Les résultats ont été mis en forme sous Excel.

Résultats. L'outil créé fournit de nombreuses informations. Par exemple, en 2015, 47,8% de l'ensemble des séjours MCO du GHT LMFI relevant du domaine d'activité « Orthopédie traumatologie », pour les patients de plus de 75 ans, ont généré un séjour SSR. Parmi les 1520 séjours générés, 57,6% l'ont été dans un établissement SSR du GHT LMFI. Les 3 types d'unités médicales qui ont reçu le plus de séjours étaient « affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance », « soins polyvalents » et « affections de l'appareil locomoteur ».

Conclusion. Cet outil est simple d'utilisation et peut être facilement adapté par l'ajout de nouveaux indicateurs. Néanmoins, les multiples informations qu'il fournit restent purement descriptives et ne doivent pas être exploitées à des fins d'analyse.

Mots-clés : DIM ; Filière MCO-SSR

Calcul du taux de réhospitalisation à 7 jours pour les établissements du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

M Riant¹, A Schaffar¹, M Germain¹

¹Département d'Information Médicale, Hôpital Saint Philibert

Introduction. La Haute Autorité de Santé met en place un nouvel indicateur de qualité des soins : le taux de réhospitalisation à sept jours. Le but est d'améliorer la prise en charge des patients tout en permettant aux établissements d'évaluer leurs pratiques organisationnelles. L'objectif de l'étude était de calculer le taux de réhospitalisation à sept jours pour les établissements de Saint Philibert et de Saint Vincent.

Méthodes. Les données ont été extraites de la base nationale du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour l'année 2015. Nous avons inclus en tant que séjours initiaux les séjours de Saint Vincent ou de Saint Philibert avec retour à domicile. Pour chaque séjour, nous avons cherché s'il existait une réhospitalisation dans un délai de un à sept jours, pour laquelle le patient venait de son domicile, en excluant les séances. Pour un séjour donné, seule la première réhospitalisation a été comptabilisée. Le taux de réhospitalisation à sept jours a été calculé par racine de Groupe Homogène de Malades (GHM).

Résultats. Les taux de réhospitalisation globaux à sept jours étaient de 4,79% pour Saint Philibert et de 4,65% pour Saint Vincent. 86% des réhospitalisations ont eu lieu au sein du GHICL. Pour les quinze racines regroupant le plus de réhospitalisations à Saint Philibert, les taux étaient de 4,40% à Saint Philibert contre 5,75% au national. A Saint Vincent, ces taux étaient de 5,66% contre 4,78% au national, avec une grande variabilité selon les racines.

Discussion. Certaines racines de GHM regroupent trop de situations cliniques différentes pour être pertinentes dans le calcul d'un indicateur de qualité des soins. Par ailleurs, le calcul du taux de réhospitalisation à sept jours par racine a permis de détecter des atypies par rapport aux taux nationaux qui sont à explorer dans un second temps.

Mots-clés : PMSI ; Qualité des soins ; Réhospitalisation

Self-controlled case series design sur des données simulées Medicare: réplique du projet "Observational Medical Outcomes Partnership"

N Depas¹, A Caron¹, A Lamer¹, G Ficheur^{1,2}

¹Service Méthodologie, Biostatistiques, Gestion de Données, Archives, CHRU de Lille ;

²Département d'information médicale, CHRU de Lille

Introduction. La pharmacoépidémiologie repose sur des bases observationnelles longitudinales (notamment médico administratives) pour surveiller les effets indésirables des médicaments. Le projet "Observational Medical Outcomes Partnership" (OMOP) avait pour objectif d'évaluer de manière empirique des méthodes utilisées en pharmacoépidémiologie. Les résultats montraient que les méthodes auto-contrôlées, comme le self-controlled case series (SCCS), étaient les plus performantes. L'objectif était de répliquer l'évaluation de la méthode SCCS faite par OMOP sur une base de données simulée Medicare.

Méthodes. La base Synthetic Public Use File (Synpuf) est une base de données simulée Medicare contenant des données médico administrative hospitalières, ambulatoires et de prescriptions pour 1000 patients. L'évaluation empirique se base sur 399 scénarios traitements/effets indésirables (165 contrôles positifs et 234 contrôles négatifs) répartis sur 4 effets indésirables. Un nombre d'événements théoriques supérieur à 5 sélectionne les scénarios avec une puissance suffisante pour être analysés. Le SCCS est une méthode autocontrôlée, dérivée de la cohorte, qui permet de prendre en compte les durées d'expositions. Sept paramètres sont à définir avant une analyse comme la période à risque post-exposition, la durée

d'observation minimale ou l'ajustement sur les expositions concomitantes. Pour chaque combinaison de paramètres, les scénarios avec suffisamment de puissance sont analysés et la performance de la combinaison est évaluée par l'aire sous la courbe ROC (AUC).

Résultats. Au total, 51% des scénarios (n = 203) ont été analysés sur chacune des 560 combinaisons de paramètres possibles pour le SCCS. La combinaison optimale reporte une AUC de 0.63 et 6,4% (n = 36) des combinaisons possibles reportent une AUC supérieure à 0.6.

Conclusion. Sur la base Synpuf, la validation de la méthode SCCS montre des performances inférieures à celle du projet OMOP. Cette différence peut être expliquée en partie par la difficulté à modéliser des expositions dépendantes du temps dans des données simulées.

Mots-clés : Pharmacopépidémiologie ; OMOP ; Self-controlled case series ; Méthode empirique

Méthode Générique visant à l'amélioration de l'interopérabilité spatiale des bases de données médicales et écologiques.

A Ghenassia^{1,3}, J-B Beuscart¹, G Ficheur^{1,3}, F Ocelli², E Babykina¹, E Chazard^{1,3}, M Genin¹

¹ Univ. Lille, EA 2694 - Santé publique : épidémiologie et qualité des soins, F-59000 Lille, France

² Univ. Lille, EA 4483 - Impact de l'environnement chimique sur la santé humaine, F-59000 Lille, France

³ Public Health Department, CHU Lille, F-59000 Lille, France

Introduction. La disponibilité de grandes bases de données médicales, la réutilisation de données et le géoréférencement ouvrent des perspectives pour l'analyse spatiale en santé. Cependant, les études à fines échelles de bases de données médicales et écologiques sont limitées par les problèmes d'interopérabilité. L'utilisation de méthodes de désagrégation spatiale introduit des erreurs dans les estimations spatiales. Notre méthode à 2 étapes vise à fusionner ces bases de données en maximisant la résolution spatiale sans utiliser de méthodes de désagrégation spatiale.

Méthode. Premièrement une table de correspondance est construite à partir d'une ou plusieurs matrices de passage. Cette table lie les identifiants spatiaux des bases de données initiales avec les identifiants spatiaux de la base de données finale. Deuxièmement la table de correspondance est validée par la comparaison d'une covariable présente dans les deux bases de données initiales puis la validité spatiale est évaluée par le critère de continuité spatiale et l'index de résolution spatiale.

Résultats. Nous avons utilisé cette méthode pour fusionner une base de données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (5 644 unités spatiales) avec une base de données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (36 594 unités spatiales). La table de correspondance contenait 5632 unités spatiales finales. La validation de la table de correspondance comparait le nombre de naissances pour chaque unité spatiale. La médiane [intervalle interquartile] de la différence relative était de 2,3 % [0 - 5,7]. Le critère de continuité spatiale était faible (2,4 %).

L'index de résolution spatiale était meilleur que pour la plupart des unités administratives françaises.

Conclusion. Notre approche innovante améliore l'interopérabilité entre les bases de données médicales et écologiques et facilite les analyses spatiales à fine échelle. Nous avons montré que les modèles de désagrégation spatiale et les très larges agrégations ne sont pas les seules solutions.

Mots clés : Analyse spatiale ; Réutilisation de données ; change of support problem ; misaligned data problem.

Session 3

Evaluation des pratiques et offre de soins

Surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en réanimation : évaluation du dispositif

J LUU¹, G Jones¹, P Chaud¹

¹ Cellule d'intervention en région Hauts-de-France, Santé publique France

Introduction. Chaque année, Santé publique France met en place une surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en réanimation dans le but de décrire leurs caractéristiques épidémiologiques. Les modalités d'animation du réseau des réanimateurs de la région ont été modifiées à partir de la saison 2014-2015 afin d'améliorer le fonctionnement du dispositif de surveillance. Il paraît nécessaire d'évaluer le système de surveillance afin de réaliser une analyse descriptive du réseau et d'optimiser les liens entre les services de réanimation et la Cire.

Méthodes. Le premier volet de l'évaluation était une analyse descriptive des données de surveillance pour les 3 saisons grippales 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017 comportant une comparaison aux données du PMSI. Le deuxième volet était une enquête auprès des réanimateurs par un questionnaire standardisé réalisé sur place dans le service ou par téléphone. L'ensemble des services de réanimation de la région était ciblé par l'enquête.

Résultats. Lors des 3 dernières saisons grippales, 113, 96 et 99 cas ont respectivement été signalés à la Cire. Le département du Nord a signalé la majorité des cas (60%). Les CHU de Lille et d'Amiens représentent à eux deux 46% des signalements de la région. Le taux de participation des établissements est passé de 48% en 2014-2015 à 68% en 2016-2017. Le rapport du nombre de cas signalés par la surveillance au nombre de cas issus du PMSI retrouve des taux allant de 50% pour l'Oise à 92% pour le Nord.

Conclusion. L'analyse descriptive montre un taux de participation s'améliorant chaque année et un nombre de cas signalés s'approchant de plus en plus des données du PMSI. Dans les perspectives, un passage en surveillance sentinelle est envisagé. Un tel système permettrait de réduire la taille du réseau à animer, d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données, et d'estimer avec plus de précision l'incidence.

Mots-clés : Épidémiologie ; Évaluation ; Surveillance ; Grippe sévère ; Réanimation

« Place de la PMI dans la santé publique territoriale du Valenciennois » : Perception des professionnels des consultations infantiles face à la dimension santé publique de leurs missions.

P Aly, O Alao¹

¹ Pôle PMI santé du Valenciennois

Introduction. En France, le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est inscrit comme acteur principal de la prévention et protection materno-infantile. Cependant, on peut légitimement poser la question de la place de ce service dans le paysage sanitaire et médicosocial de proximité. Ce travail a pour objectif de réaliser un protocole de recherche permettant d'évaluer la perception des professionnels des consultations infantiles (CI) de PMI face à la dimension santé publique de leurs missions.

Matériel et Méthode : Une recherche bibliographique a permis de contextualiser la recherche, en définissant les termes : d'intervention en santé publique, de santé publique territoriale et des missions de la PMI. La légitimité de la PMI a été évaluée selon une approche individuelle et non selon le cadre législatif de ses missions, en évaluant les perceptions des professionnels des CI sur leurs missions de santé publique. La méthodologie de recherche quantitative a été validée compte tenu du rétroplanning et de la recherche bibliographique sur les perceptions professionnelles. Un groupe de travail composé de quatre professionnels de PMI a été monté et a été sollicité dans la construction du questionnaire et dans sa relecture. Le questionnaire a été testé auprès de la population cible avant diffusion.

Résultats : Un questionnaire auto administré de 28 questions type Echelle de Likert a été construit, s'intéressant à 4 items : aux rôles et pratiques en CI, à la place de la PMI dans le réseau de partenaires, aux perspectives d'évolution et au profil du répondant. Ce questionnaire auto-administré auprès des professionnels des CI du Valenciennois a été diffusé et le recueil est en cours.

Conclusion. Cette étude exploratoire pourrait permettre de soulever des hypothèses explicatives sur les perceptions des missions du service de PMI et fournir des pistes d'action permettant de renforcer sa visibilité locale.

Mots clés : protection maternelle infantile ; consultations infantiles ; perception ; santé publique de proximité ; santé publique territoriale

Hémodialyse en 2015 dans les Hauts-de-France : étude des disparités infra-régionales à partir des données du Système National d'Information Inter Régime de l'Assurance Maladie

A Parent¹, S Matz¹, M Tahon¹, D Ruchard¹

¹ Direction Régionale du Service Médical Hauts-de-France, Service Exploitation des Systèmes d'information Médicalisée

Introduction : L'insuffisance rénale terminale concerne peu de patients mais des variations régionales des parcours de soins ont été identifiées, et le coût annuel de traitement est très élevé. Le travail réalisé avait pour objectif d'étudier les disparités infra-régionales de prise en charge par hémodialyse dans la région Hauts-de-France (modalités et transport).

Méthode : Les données utilisées pour ce travail ont été extraites du SNIIRAM. Les assurés inclus devaient avoir eu au minimum 8 séances d'hémodialyse par mois sur 3 mois consécutifs en 2015, être domiciliés dans les Hauts-de-France, être rattachés à une Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la région et être âgés de 18 ans et plus. Pour chaque assuré ont été recueillies les informations suivantes : âge, sexe, commune de résidence, CPAM de rattachement, modalités d'hémodialyse et nombre de séances, types et nombre de transports. Les analyses descriptives ont été déclinées par arrondissement.

Résultat : 3645 assurés ont été inclus pour lesquels 496 578 séances d'hémodialyse et 937 255 transports ont été remboursés. Le pourcentage de séances réalisées en hémodialyse autonome (autodialyse et domicile) variait de 4% à 57% selon les arrondissements, l'hémodialyse à domicile restant marginale. La modalité de transport la plus fréquente était le véhicule sanitaire léger ou le taxi dans tous les arrondissements, l'utilisation d'une ambulance variant de 12% à 33%. Les coûts de transport moyens par arrondissement variaient de 10 086 € à 25 886 €.

Conclusion. Ce travail montre que le recours aux différentes modalités d'hémodialyse et de transport n'est pas uniforme, ce qui interroge sur l'adéquation de la prise en charge à l'état de santé des patients et aux référentiels. Ces résultats nécessiteront une analyse au regard des particularités territoriales, notamment les caractéristiques des patients et l'offre de soins en matière d'hémodialyse et de transport.

Mots clés : Insuffisance rénale terminale, Hémodialyse, Transport, SNIIRAM

Les aménagements des conditions d'examen dans l'Académie de Lille : analyse des données actuelles et propositions de pistes visant à améliorer le recueil voire à réduire les inégalités existantes

V Féret¹, B Weens¹

¹ Rectorat de Lille, Service médical, Académie de Lille

Introduction. Afin de garantir l'égalité des chances entre tous, les candidats aux examens de l'enseignement scolaire et supérieur en situation de handicap peuvent bénéficier d'aménagements pour la passation des épreuves. Cependant, certaines observations posent question quant au respect du principe d'équité. Cette étude a pour objectifs d'analyser les données actuelles des aménagements des conditions d'examen (ACE) dans l'académie et de proposer des pistes afin d'améliorer le recueil, voire de réduire les inégalités.

Méthodes. Dans un premier temps, les données relatives aux aménagements accordés pour l'année 2015-2016 ont été recueillies auprès des inspections du Nord et du Pas de Calais. Une première analyse a été effectuée. Puis, dans un second

temps, 115 diplômes nationaux du brevet (DNB) et 78 baccalauréats ont été choisis de manière aléatoire pour l'année scolaire 2016-2017. L'objectif sera d'évaluer l'utilisation des aménagements proposés, notamment l'exploitation des temps supplémentaires.

Résultats. L'année scolaire 2015-2016 compte 4795 demandes d'ACE. 31% d'entre elles émanent du privé. 26.5% des élèves de l'Académie fréquentent le privé. Les pathologies « DYS » recouvrent plus de la moitié des demandes (56%). A moindre échelle, les bassins de Dunkerque et Lille Centre présentent des discordances entre la proportion d'élèves scolarisés dans le secondaire (respectivement 14% et 15,2%) et la part des demandes d'aménagements (19% et 17%). Enfin, concernant le DNB, 11% des demandes relèvent des réseaux d'éducation prioritaire (REP) ; sachant que 23.4% des élèves de 3ème sont scolarisés en REP.

Conclusion. Certains résultats interrogent quant au principe d'égalité des chances. En effet, outre les discordances au sein du privé et de certains bassins, les inégalités relevées dans les REP laissent apparaître un renforcement des inégalités sociales de santé (et ce d'autant plus au regard de la prévalence des problématiques de santé ouvrant droit à compensation). Se pose également la question de l'accès à l'information.

Mots-clés : Aménagements des conditions d'examens ; Inégalités ; Académie de Lille
