

médecins traitants au service d'épidémiologie). L'analyse est faite sur logiciel Epi info version 6.4.

**Résultats.**– Au niveau des services du CHU de Tizi-Ouzou, 1480 cas de MDO sont collectés activement, soit un taux de morbidité de 1,3 cas/1000 jours d'hospitalisations. Le nombre de cas de MDO hospitalisés est en diminution significative ( $p < 10^{-7}$ ) ; il évolue de manière similaire en fonction des années quel que soit le mode de collecte. Le système de surveillance passif manque d'exhaustivité (46,4 %) versus 87,3 % pour le système actif. Le taux global d'exhaustivité est de 93,2 %.

**Discussion et conclusion.**– La surveillance des maladies doit passer par une étroite collaboration entre cliniciens, informateurs et biologistes. L'intervention de l'épidémiologiste s'avère nécessaire pour asseoir une stratégie visant à améliorer le système de déclaration en vue d'une prise en charge correcte, curative et préventive.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.082

## B2-6

### Systèmes d'information périnatale : une étude des inégalités sociospatiales de santé à partir de données recueillies en routine

J. Zeitlin<sup>a</sup>, N. Drewniak<sup>b</sup>, E. Combi<sup>c</sup>, H. Charreire<sup>d</sup>, M. Levailant<sup>e</sup>, B. Blondel<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Inserm U953, Paris, France

<sup>b</sup> Inserm, UMR S953, unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, Paris, France

<sup>c</sup> EA4184 CHU, centre d'épidémiologie des populations (CEP), université de Bourgogne, hôpital du Bocage, Dijon, France

<sup>d</sup> Lab-Urba, université Paris-Est Créteil, institut d'urbanisme de Paris, Créteil, France

<sup>e</sup> Inserm U988, CNRS UMR 8211, centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3) Villejuif, France

**Mots clés :** Inégalités sociospatiales ; Santé périnatale ; Systèmes d'information

**Introduction.**– La réduction des inégalités sociospatiales de santé périnatale est un objectif clé des politiques de santé publique. Notre objectif a été d'utiliser les données de routine pour identifier des indicateurs sociospatiaux et décrire les inégalités de santé.

**Méthodes.**– Des données sur les naissances (Enquêtes nationales périnatales (échantillons représentatifs de naissances) de 2003 et 2010, statistiques d'état civil et certificats de décès néonataux entre 2000 et 2008) et sur les caractéristiques socioéconomiques des communes (recensement) ont permis d'analyser les taux d'accouchement prématuré et de mortalité néonatale selon les caractéristiques socioéconomiques des communes de résidence des mères (revenu médian, taux de chômage, famille monoparentale, niveau baccalauréat ou plus, ouvrier, locataire, sans voiture). Nous avons classé les naissances en quintiles pour chaque indicateur et calculé les taux de prématurité et mortalité néonatale par quintile. Les OR bruts avec les intervalles de confiance ont été estimés pour chaque indicateur avec le quantile le plus favorisé comme référence.

**Résultats.**– Il existe des inégalités marquées et similaires du taux de prématurité et du taux de mortalité néonatale selon les caractéristiques des communes de résidence. Le taux de prématurité était de 6,3 % dans le quintile maximal du chômage et de 4,5 % dans le quintile le plus faible, OR : 1,41 [IC à 95 % : 1,17–1,69]. La mortalité néonatale était respectivement de 2,0 et 2,9 pour 1000 (OR : 1,42). Les risques étaient également plus élevés dans les communes avec plus de locataires, de ménages sans voiture et de familles monoparentales. Il n'y avait pas d'association significative avec la proportion d'habitants sans baccalauréat ou d'ouvriers. Un faible revenu était modérément associé à la mortalité néonatale, et de façon non linéaire avec la prématurité.

**Discussion et conclusion.**– Il existe des inégalités marquées de santé périnatale selon les indicateurs socioéconomiques contextuels. Cependant certains indicateurs usuels pour étudier le contexte socioéconomique (ouvriers, niveau d'études) semblent moins pertinents.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.083

## Session C1 – Utilisation de l'information médicale pour la prévision et l'analyse de l'activité

### C1-1

#### Utilisation du Programme de médicalisation de systèmes d'information (PMSI) pour évaluer le fardeau en santé publique des hépatites chroniques dues au virus B et au virus C, France

A. Gautier, J. Nicolau, C. Brouard, C. Larsen, J.-C. Desenclos  
Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

**Mots clés :** PMSI ; VHC ; VHB

**Introduction.**– Les hépatites chroniques (HC) B et C ont un impact important sur la morbidité et la mortalité. Si les groupes à risque sont connus, leur fardeau est plus difficile à appréhender. Nous avons, pour la première fois en France, utilisé les données du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) pour évaluer leur importance.

**Méthodes.**– Tout patient hospitalisé avec un diagnostic principal d'HC B ou C entre 2004 et 2009 a été inclus après chaînage de l'ensemble de ses séjours. L'analyse a porté sur les caractéristiques sociodémographiques, le décès, les diagnostics de complication (cirrhose, carcinome hépatocellulaire), les troubles psychiatriques, et les facteurs de risque de gravité (co-infection par le VIH, dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives). Une analyse de la mortalité par le modèle de Cox chez les patients mono-infectés (par VHB ou VHC) a identifié les facteurs associés au décès lors du suivi jusqu'au 31 décembre 2009.

**Résultats.**– Nous avons identifié 43 592 patients atteints d'HC B ou C. La moitié avait plus d'une hospitalisation après le premier diagnostic d'HC et 1456 décès sont survenus au cours du suivi. En analyse univariée l'infection par le VHC augmentait significativement le risque de décès par rapport au VHB, de même que la résidence hors île-de-France, l'âge supérieur à 30 ans au diagnostic, les complications, les épisodes d'hospitalisation pour troubles psychiatriques ou pour dépendance et la co-infection par le VIH. En analyse multivariée tous ces facteurs demeuraient significativement associés au décès sauf le type d'hépatite.

**Discussion et conclusion.**– Cette analyse a été utile pour évaluer le fardeau lié aux HC. Nos résultats suggèrent que le pronostic vital ne serait pas différent selon le virus après ajustement. Si l'interprétation des résultats doit rester prudente du fait des limites et biais liés au PMSI, cette première tentative ouvre des perspectives pour son utilisation pour la surveillance épidémiologique des HC.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.084

### C1-2

#### Évaluation de l'augmentation de la durée du séjour hospitalier associée à une admission en urgences

M. Pirson, L. Di Pierdomenico, C. Delo, V. Biloque, P. Leclercq  
Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

**Mots clés :** Urgences ; Financement ; Coûts

**Introduction.**– En Belgique, les frais d'exploitation des hôpitaux sont financés par les honoraires médicaux, les produits pharmaceutiques et le budget des moyens financiers, essentiellement déterminé sur base des journées justifiées (durées moyennes nationales) par *Diagnosis Related Groups* (DRG) et par indice de sévérité. Il est essentiel dans ce système de financement de réduire au maximum la durée de séjour par pathologie. L'objectif de cette étude est d'évaluer si l'admission en urgences augmente ou non la durée du séjour hospitalier.

**Méthodes.**– Cette étude a été réalisée dans neuf hôpitaux auprès de 129 184 patients hospitalisés classiques en 2010. La durée de séjour des patients dont l'hospitalisation était planifiée est comparée à la durée de séjour de patients comparables (DRG et indice de sévérité) hospitalisés en urgences.