

Présentation de l'InVS et de sa démarche en matière de surveillance syndromique

Danièle Illef, InVS, Cellule de coordination des alertes

L'InVS a été créé en 1998 avec pour mission principale la surveillance de l'état de santé des français et l'alerte. La surveillance s'exerce au travers de différents systèmes : les systèmes de surveillance spécifiques ciblés sur des pathologies et les systèmes de surveillance non spécifiques sans ciblage pathologique *a priori*. Elle peut aussi s'appuyer sur les signalements faits spontanément en dehors d'un système de surveillance.

En cas de signal, l'InVS évalue la menace pour la santé publique et alerte les pouvoirs publics, en particulier la Direction générale de la santé (DGS) via son Département des urgences sanitaires (DUS).

L'InVS est organisé en cinq départements :

- Département des maladies infectieuses (DMI) ;
- Département international et tropical (DIT) ;
- Département santé environnement (DSE) ;
- Département santé travail (DST) ;
- Département des maladies chroniques et traumatismes (DMCT) ;

ainsi que 17 Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) qui assurent, pour l'InVS, la coordination de la veille sanitaire en région ; et une cellule aux missions transversales, la Cellule de coordination des alertes (CCA).

Les missions de la CCA sont :

- la centralisation dans un bulletin quotidien des alertes à destination des pouvoirs publics, des alertes sanitaires émises par les départements ou les Cire ;
- l'organisation de la permanence de l'action de l'InVS en situation habituelle (réception des appels, organisation des astreintes) et en situation exceptionnelle

ou crise (pandémie grippale, acte de malveillance) ;

- la mise en place des systèmes de surveillance adéquats lors des événements nationaux (grands rassemblements, coupe du monde de Rugby...);
- la gestion des systèmes de surveillance sanitaire non spécifiques dont nous parlons aujourd'hui.

La surveillance non spécifique ou surveillance syndromique a pour principes le recueil en routine et l'analyse automatisée de données ayant une relation avec la santé, avant qu'un diagnostic spécifique soit posé (ou confirmé). Les différentes sources potentielles pour exercer cette surveillance peuvent être sanitaires (activité des intervenants d'urgence, vente/prescription de médicaments) ou non sanitaires (absentéisme scolaire).

À l'InVS, ont été retenues pour cette surveillance syndromique les urgences et les décès. Le système a été baptisé SurSaUD : surveillance sanitaire des urgences et des décès.

Sont incluses dans ce système les surveillances suivantes :

- l'activité des intervenants d'urgence : services d'urgence et associations d'urgentistes de ville. L'activité des Services d'aide médicale urgente (Samu) n'est pas incluse à ce jour et doit faire l'objet en 2008 d'une étude de pertinence et de faisabilité ;
- les données de surveillance de la mortalité enregistrée par l'Insee (données quantitatives) et par le CépiDc (données sur les causes médicales de décès).

La surveillance sanitaire des urgences hospitalières peut être faite au travers de deux systèmes :

- les données agrégées saisies quotidiennement par tous les établissements de santé dans les serveurs des Agences régionales d'hospitalisation (ARH). Les indicateurs pouvant être analysés dans ce système sont le nombre de passages aux urgences et le nombre d'hospitalisations, le nombre d'affaires Samu et de transports organisés ;
- les données du système dit "Oscour" qui s'appuie sur les résumés de passage aux urgences (RPU) ; les établissements de santé sont volontaires pour participer au système auquel ils adhèrent individuellement ou *via* la plate-forme ARH.

La surveillance sanitaire des urgences de ville se fait au travers de l'activité des associations SOS Médecins. Comme pour Oscour, les données sont extraites automatiquement des serveurs gérant l'activité.

La surveillance du nombre de décès se fait au travers des données d'état-civil. En effet, tous les décès sont notifiés aux mairies, enregistrés par les bureaux d'état-civil des mairies du lieu de décès et transmises à l'Insee. Dès saisie du bulletin de décès dans les communes informatisées, il y a transfert des données par FTP vers l'InVS avec cryptage. Mille quarante-deux communes informatisées représentant 70 % de la mortalité totale et couvrant tout le territoire national participent à cette surveillance.

Pour chaque décès, sont recueillies l'année de naissance, le sexe, la commune de décès, la date du décès et la date de transmission de la donnée.

La surveillance des causes de décès va pouvoir se faire grâce à l'accès rapide aux causes médicales de décès qui peuvent être certifiées par le médecin constatant le décès depuis le décret du 27 juillet 2006. Ces certificats centralisés par le CépiDc pourront être utilisés pour l'alerte. La montée en charge va être progressive.

Toutes les données recueillies dans ces systèmes sont analysées :

- au niveau national, par la CCA en liaison avec les départements scientifiques de l'InVS ;
- au niveau régional, par les Cire, en liaison avec les ARH, les ORU, les collèges d'urgentistes.

Les analyses peuvent être faites source par source (Oscour, SOS Médecins, décès) ou en croisant les différentes sources à l'échelle d'un territoire (nation, région, département, agglomération).

Au total, les systèmes sont complémentaires et les analyses, parfois complexes, doivent se faire au plus près du terrain.

Un réseau de surveillance informatique automatisé, c'est bien, mais ce réseau automatique est sous-tendu par un réseau humain tout aussi utile à la surveillance.