

Participaient à cet atelier : Dominique Pateron, Société française de médecine d'urgence, Christophe Leroy, Service des urgences, Hôpital Louis Mourier, AP-HP Paris, participant à Oscour, Loïc Josseran, InVS-CCA, Philippe Magne, Direction générale de la santé – Département des urgences sanitaires.

Cet atelier était animé par Jean-Claude Desenclos, InVS, DMI.

JEAN-CLAUDE DESENCLOS

La veille est basée sur une surveillance spécifique et une surveillance non spécifique qui ont pour objectif, d'une part, de dégager des signaux d'alerte permettant d'identifier les dangers potentiels pour la santé publique et, d'autre part, de mettre en œuvre des mesures de prévention et de contrôle.

Sur la base des exposés de ce matin mais aussi de l'expérience des participants à la table ronde, nous allons essayer de répondre aux questions suivantes :

- Quel a été l'apport du réseau Oscour ?
- Quelles en sont les forces ?
- Après 3 ans de fonctionnement, répond-il à vos attentes ?
- Quelles évolutions souhaitez-vous ?

DOMINIQUE PATERON

La veille constitue une mission essentielle de l'urgence, maillon d'un système complexe. Les urgentistes rencontrent toutefois des difficultés pour s'approprier l'outil, dans un contexte de polyvalence durant les premières heures. Le recueil d'informations à partir des services d'urgences s'avère actuellement insuffisant puisque le taux de couverture du réseau Oscour atteint 18 % au niveau national. Il existe en outre une grande hétérogénéité selon les régions et l'information traitée. Des interrogations demeurent donc sur l'information et sur le mode d'informatisation des services d'urgences. Le niveau régional est essentiel pour aborder de manière pertinente ces questions.

Un travail doit être mené sur les thésaurus utilisés dans les services d'urgences et la codification de données afin que l'ensemble des urgentistes dispose d'un socle commun et homogène. Enfin le retour d'information, service par service, est souhaité par les urgentistes. Ce procédé les motivera en outre à entrer les informations requises.

CHRISTOPHE LEROY

En effet, les codages et les thésaurus s'avèrent actuellement très imparfaits et traduisent mal la réalité rencontrée dans les services d'urgence. Il s'avère donc fondamental d'améliorer la qualité de codage pour que les urgences puissent mieux remplir leur rôle de veille.

Le retour des informations, en plus d'être spécifique à chaque établissement doit prendre en compte le niveau régional. Des bulletins régionaux doivent être adressés régulièrement aux

urgentistes. Ceci n'est pas suffisant à l'heure actuelle, mais on est au départ de la constitution d'un système.

Loïc JOSSERAN

Le retour d'information constitue effectivement un réel point de faiblesse pour nous. Des contacts humains doivent être noués entre les urgences, l'InVS et les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) pour que l'information remonte plus rapidement. Ce lien humain constitue la solution la plus efficace pour faire remonter des signaux d'alerte des services d'urgences vers les structures de veille sanitaire.

CHRISTOPHE LEROY

L'aspect humain et relationnel est effectivement fondamental au sein du réseau.

JEAN-CLAUDE DESENCLOS

Un réseau de surveillance permet aux personnes de se rencontrer et de faire ensuite circuler plus facilement les informations.

PHILIPPE MAGNE

L'instauration de ce réseau était souhaitée par la DGS : les signalements spécifiques existaient auparavant pour les maladies à déclaration obligatoire mais pas pour les autres pathologies en dehors de situations très particulières. L'été 2003 et la canicule ont prouvé les limites de ce système. L'instauration du réseau Oscour fin 2003 a rassuré les partenaires ; il apporte déjà des éléments de surveillance et permet de détecter des phénomènes anormaux. Le déploiement s'avère toutefois encore partiel. La détection requiert l'association du système automatisé et informatique et de l'expertise des cliniciens. Le travail en réseau permet par ailleurs de minorer les différences de culture entre urgences et santé publique. Des retours d'informations s'avèrent nécessaires pour les déclarants initiaux qui ont en outre besoin d'une formation, d'une information, d'un encadrement ou d'un accompagnement aux fonctions de codage, chronophages et délicates.

L'extension au Samu centre 15 de ce système permettrait en outre de combler le déficit dans le milieu rural et d'établir une vision plus globale, ajoutée à l'apport des urgences et de SOS médecins.

DOMINIQUE PATERON

Le codage doit être simple et rapide. Un travail en amont doit donc être mené sur le thésaurus pour définir les objectifs et mettre en place un outil facilement utilisable par l'urgentiste.

CHRISTOPHE LEROY

Les logiciels métiers ont eu des difficultés à s'implanter : la transmission de données doit être transparente et simple pour faciliter les tâches des personnes qui saisissent à la source.

DOMINIQUE BRUN-NEY – DANS LA SALLE

La saisie des informations doit effectivement être simple. Les retours d'informations ne s'avèrent toutefois pas évidents car les masses d'informations n'apporteraient pas un réel intérêt pour les praticiens si elles étaient transmises à l'état brut. Il est en revanche envisageable d'envoyer un bulletin hebdomadaire contenant des données retravaillées au chef de service et aux tutelles. Il serait également possible de créer un site internet permettant de rechercher l'information.

DOMINIQUE PATERON

Il existe par exemple un outil, développé pour l'Ile de France pour les personnes de terrain : une carte de l'ensemble des hôpitaux donne le nombre de passages et de personnes en attente sur chaque site. Cet outil permet ainsi à chaque hôpital de constater si son problème est isolé ou généralisé.

DANIÈLE ILEF – DANS LA SALLE

Les données recueillies peuvent servir de multiples acteurs et objectifs. L'objectif de l'InVS est la veille sanitaire ; l'hôpital est pour nous un lieu d'observation de ce qui se passe plus largement dans la communauté. Les ARH, elles, surveillent, grâce à ces données, la tension dans les hôpitaux.

UN PARTICIPANT, MÉDECIN URGENTISTE – DANS LA SALLE

Le déploiement d'un système d'information ne peut se faire uniquement pour un mode de veille sanitaire : les renseignements saisis pour la veille sanitaire doivent donc être extraits des données rentrées pour prendre en charge le malade. Une adaptation des thésaurus est donc nécessaire. Par ailleurs, il doit y avoir un contrôle de la cohérence des données. Enfin, l'outil conçu pour la veille sanitaire n'est peut-être pas approprié au pilotage et à l'hôpital en tension : il s'avère donc nécessaire de vérifier la pertinence de cet outil.

DOMINIQUE PATERON

Le retour des données doit être réalisé par service mais il faut aussi développer les études et la recherche. Les données doivent effectivement mener à des publications et à des travaux de recherche associant les différents acteurs.

Loïc JOSSERAN

Les publications s'avèrent effectivement importantes. La base constituée à l'InVS peut être partagée grâce à un comité scientifique qui valide les demandes d'utilisation de celle-ci.

GILLES VIUDES – DANS LA SALLE

Les envois de RPU vers l'InVS ou les structures régionales se heurtent aux médecins de DIM qui ne sont pas convaincus de l'intérêt de ces données non structurées par les DIM. Ces médecins s'interrogent donc sur la pertinence de ces systèmes et la place des DIM dans ce recueil d'informations.

Loïc JOSSERAN

Les DIM sont parfois réticents à participer au système qui relève toutefois d'une logique de santé publique. L'InVS a conscience du fait que les données sont imparfaites mais elles font pourtant référence.

YVES LANNEHOA – DANS LA SALLE

Le RPU n'est pas le PMSI : il ne relève donc pas des DIM.

CHRISTINE RAFFY – DANS LA SALLE

Les médecins DIM ont contribué à monter la structure en Midi-Pyrénées. La mise en place de l'observatoire des urgences (ORU) a montré les réticences des DIM. L'Orumip laisse donc la possibilité de remonter directement les données depuis les services d'urgences ou de fournir des données consolidées par des DIM.

UN PARTICIPANT – DANS LA SALLE

Le taux de remplissage atteint 80 % en Languedoc-Roussillon. Les systèmes doivent être régionaux. La mise en place d'un système national doit être accompagnée d'une analyse de base sur les flux et des travaux en région. Par ailleurs, le thésaurus devrait être ciblé sur le métier d'urgence, en raisonnant en termes de symptômes pour mieux classer les cas rencontrés.

PHILIPPE MAGNE

L'outil Oscour ne permet toutefois pas d'indiquer si l'hôpital est sous tension : il s'agit d'un outil épidémiologique qui ne traduit pas tout l'aspect organisationnel.

JEAN-CLAUDE DESENCLOS

Le codage et le thésaurus concernent tous les systèmes génériques. L'aspect régional apparaît comme le nœud d'organisation, de fédération et d'animation sur une base partagée au niveau national. Des interactions doivent être mises en place entre les cliniciens, les urgentistes, les statisticiens, la société, les malades et les politiques publiques. Cette table ronde met en évidence que le retour d'information est enfin demandé avec insistance par tous les participants au réseau. C'est probablement un des enjeux actuels du système.