

Participaient à cet atelier : Pierre-Yves Bello, Médecin inspecteur de santé publique, Ddass de l'Eure-et-Loir, Philippe Malfait, InVS-Cire Sud, Jacques Fogelman, Fédération des collèges régionaux des urgences, Thierry Blanchon, Réseau Sentinelles, Yves Jouchoux, GIP télémédecine-Picardie.

Cet atelier était animé par Christian Bailly, InVS-Cire Ouest.

CHRISTIAN BAILLY

Nous allons cet après-midi partager la réflexion des différents acteurs du système au niveau régional, des producteurs de données, aux bénéficiaires du système, en passant par l'animation au niveau régional.

PIERRE-YVES BELLO

Les Ddass ont toujours été impliquées dans les dispositifs de veille sanitaire. Les médecins départementaux sont devenus médecins d'hygiène depuis 1936. Les maladies à déclaration obligatoire constituaient alors un axe essentiel de la veille sanitaire jusqu'en 1984. Les préfets de département sont ensuite devenus responsables de la sécurité sanitaire pour les départements.

Le médecin inspecteur de santé publique assure plusieurs missions au niveau départemental. Il effectue des visites de conformité, anime les réseaux de santé publique dans son département, effectue des activités administratives et il est en charge de la veille sanitaire. Il reçoit les signalements, analyse le signal et le transmet à l'InVS, si besoin, est enfin il gère les crises quand elles surviennent. L'animation du réseau local s'avère nécessaire pour le fonctionnement de la veille sanitaire, de même que l'analyse des données de manière à réaliser un retour de l'information à destination de tous les partenaires.

Le champ de la veille sanitaire est relativement structuré. La Ddass manque toutefois de moyens humains adaptés pour mener à bien cette activité chronophage. Les effectifs de médecins inspecteurs sont restreints. L'activité de veille sanitaire et de gestion d'événements représente environ 10 % de leur activité.

Une circulaire d'avril 2007 demande l'expérimentation, pour toutes les régions, de la mutualisation des fonctions médicales au niveau de la région. Un médecin pourrait alors être spécialisé en veille sanitaire et couvrir plusieurs départements.

JACQUES FOGELMAN

Je me félicite de la reconnaissance du niveau régional comme niveau incontournable. Les régions françaises connaissent toutefois une grande hétérogénéité dans le domaine de la veille sanitaire. Des interrogations persistent sur le niveau de transmission, régional ou national à partir des services des urgences ainsi que sur les modalités des retours aux urgentistes. Ces retours sont nécessaires pour les faire adhérer et participer au projet : il faut effectivement inculquer cette culture de la veille sanitaire aux

urgentistes et les convaincre de l'intérêt de l'alimentation de ces données pour leur quotidien professionnel.

THIERRY BLANCHON

Le réseau Sentinelles, réseau national de médecine générale, se place dans le cadre d'une surveillance globale. Cette plateforme a été créée en 1984 ; elle a pour objectif de réaliser de la surveillance et de la recherche à partir de la médecine générale française. Ce réseau compte 1 240 médecins généralistes. Il travaille avec les Cire.

Le réseau a trois axes de travail :

- l'épidémiologie continue – avec le recueil et l'analyse des données issues de l'activité des médecins généralistes libéraux en temps réel ;
- l'épidémiologie de terrain par des enquêtes ponctuelles ;
- et l'épidémiologie théorique pour les recherches.

14 indicateurs de santé sont surveillés chaque semaine dont 11 indicateurs infectieux et 3 indicateurs sur le recours à l'hospitalisation. La transmission des données s'effectue exclusivement par un site internet sécurisé.

Le réseau Sentinelles s'est interrogé sur la pertinence de relais régionaux afin de disposer d'un animateur local plus proche des médecins et de mieux régulariser la participation des médecins. L'intérêt pourrait aussi de permettre de suivre des pathologies locales. L'idée était d'utiliser des structures locales telles que l'URML, la Cire, la Drass, l'Urcam et les associations. Quatre régions ont amorcé une réflexion et mis en place un projet.

YVES JOUCHOUX

En septembre 2003, l'ARH Picardie a souhaité créer un serveur de veille et d'alerte et constituer une cellule régionale de vigilance avec quelques urgentistes. Ce système a été opérationnel en décembre 2003. L'ARH a diffusé un courrier en janvier 2004 à l'ensemble des 84 établissements de la région pour leur indiquer qu'ils avaient désormais obligation de saisir les données relatives à la disponibilité en lits, les mouvements, l'activité des SAU, des Smur et des Samu.

Le veilleur peut visualiser immédiatement sur un tableau les dysfonctionnements et les établissements ayant saisi les données. Les urgentistes peuvent extraire librement les données exportées par ailleurs vers l'ARH, la DHOS et l'InVS. La participation s'avère

satisfaisante mais peut être difficile pour les petits établissements qui ne sont toujours pas automatisés. Les saisies des données sont manuelles pour ce qui concerne les données agrégées de la plateforme ARH. L'expatriation des données automatiques ne peut être réalisée dans tous les établissements faute de moyens.

Par ailleurs, pour les urgences, il convient de s'interroger sur la qualité des données cliniques saisies en CIM 10 qui n'est pas du tout adaptée.

L'architecture du système existe depuis maintenant 4 ans, mais des questions persistent sur l'utilisation de ces données. En effet, les acteurs veillant et gérant les crises, en d'autres termes, ceux qui sont responsables de l'analyse des données et de l'alerte, ne sont pas clairement identifiés.

PHILIPPE MALFAIT

La Cire Sud assure une activité de veille quotidienne à travers le recueil et l'analyse des données de mortalité, collectées auprès des états civils et des hôpitaux de la région, et de morbidité, obtenues par les services d'urgence hospitaliers, les Samu, SOS médecins Marseille et les services de pompiers des Bouches-du-Rhône. Ces données sont collectées grâce à l'InVS, mais aussi au serveur de veille de l'ARH PACA. Les données des services d'urgence restent limitées aux activités, dans la mesure où en PACA un seul établissement participe au réseau Oscour.

Les perspectives sont riches avec un renforcement du dispositif de veille tant qualitatif que quantitatif avec l'introduction de nouvelles données relatives aux résumés de passages aux urgences, aux causes de décès, aux motifs d'interventions des Samu, etc., mais aussi de part l'élargissement des partenaires fournisseurs de données, services d'incendie et de secours, médecine libérale, voire à l'avenir la médecine scolaire ou du travail.

Tout ceci amène deux réflexions :

- L'intérêt du niveau régional réside en sa capacité d'analyse et de réponse maintenue à proximité des niveaux d'intervention plus périphériques. En effet, l'animation des partenaires peut être menée à partir d'un niveau régional et l'analyse et l'interprétation de certaines données y sont certainement pertinentes.
- Ce niveau régional ne permet toutefois pas de tout réaliser, les acteurs de terrain demeurant un élément essentiel de la surveillance. La veille en région doit d'une part s'appuyer sur un réseau de surveillance délocalisé et doit d'autre part rester très proche de l'action et la décision.

Le niveau régional peut ainsi s'avérer opportun pour la veille sanitaire, mais on se doit d'analyser la pertinence de ce niveau dans les dispositifs de veille, en incluant les conséquences humaines et budgétaires de la régionalisation.

JACQUES FOGELMAN

Des observatoires sont créés au niveau régional sans toutefois que les financements nécessaires soient assurés, notamment pour les personnels. Ces organisations doivent pourtant être pérennes et fonctionnelles dans chaque région.

DANIÈLE ILEF – DANS LA SALLE

La pérennité doit effectivement être assurée. L'InVS tente ainsi de réaliser des montages financiers avec les ARH et les Drass pour que ces données, utiles tant à la veille sanitaire qu'au pilotage des systèmes de soin ou du plan de santé publique, soient « supportées » par ces différents acteurs. L'intérêt pour ces questions et la motivation diffèrent selon les régions.

LAURENT THOMAS – DANS LA SALLE

Les décrets du 22 mai 2007 indiquent clairement que les services d'urgence doivent s'organiser en réseaux pour réaliser la veille épidémiologique et se doter de systèmes informatiques interopérables. Le Ministère doit donc, pour ce faire, attribuer des moyens aux urgences. En Martinique, le choix d'un système informatique unique a été effectué pour l'ensemble des établissements.

JACQUES FOGELMAN

Les régions connaissent de grandes disparités en termes de moyens : le retard accumulé par certaines régions risque ainsi de nuire à la veille sanitaire. Je souhaite donc l'adoption d'une charte et de recommandations sur les besoins minima des services d'urgences.

YVES JOUCHOUX

Les urgentistes manquent en outre de temps et ne peuvent effectuer de la veille sanitaire au détriment du patient c'est pour cette raison que l'automatisation doit être de mise.

LAURENT SIMON – DANS LA SALLE

La région PACA dispose d'une dotation de 200 000 euros pour l'informatisation de 55 services d'urgences.

DANIÈLE ILEF – DANS LA SALLE

Quelle est l'organisation régionale pertinente à mettre en place pour transmettre des informations utiles au décideur et donc donner du sens aux données, au-delà des systèmes informatiques, en tenant donc compte de l'interprétation humaine et intellectuelle des données ? Il s'avère nécessaire de consolider le système pour fournir des informations fiables au décideur.

JACQUES FOGELMAN

Les urgentistes doivent pouvoir s'adresser à un décideur, interlocuteur régional qui ait connaissance des informations.

PIERRE-YVES BELLO

La notion de décideur est pertinente au niveau national, capable de réaliser les analyses.

DANIÈLE ILEF – DANS LA SALLE

Le niveau local n'est sans doute pas pertinent du fait du manque de recul. Le niveau régional reste probablement le plus pertinent.

JÉRÔME POUHEY – DANS LA SALLE

Le niveau régional, par le biais des Cire assure actuellement la description de l'activité des services d'urgences. Cependant, si le système doit être tourné vers la détection d'alertes, la charge de travail va s'accroître et les Cire ne sont pas actuellement en capacité d'absorber cette charge de travail.

CHRISTIAN BAILLY

Les Cire analysent les données de veille sanitaire pour les transmettre aux décideurs. Elles craignent en effet, de ne pas être en mesure d'absorber des missions supplémentaires.

DANIÈLE ILEF – DANS LA SALLE

La régionalisation permet de travailler en partenariat avec des organisations plus spécifiques, comme le réseau Sentinelles, et d'approfondir les questions.

JACQUES FOGELMAN

Le rôle du veilleur s'avère primordial pour les urgences. La collaboration de l'ensemble des structures concernées est nécessaire à la mise en place d'une bonne pratique professionnelle au sein de la région.

CHRISTIAN BAILLY

Bien que nous n'ayons pas vraiment cerné ce que régionalisation de la Veille sanitaire veut dire, il nous faut conclure cette table ronde. Je retiendrai, pour le niveau régional, l'intérêt d'un partage d'informations et de la connaissance mutuelle entre veilleurs institutionnels et urgentistes. Ce niveau reste à consolider, probablement en faisant des efforts de rétro-information régionale.

Nous n'avons pas, non plus parlé des plans régionaux d'alerte dans lesquels cette veille syndromique doit aussi être intégrée.