

Journée Oscour

11 décembre 2007

Actes de la journée

Surveiller, alerter, prévenir



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Sommaire

Programme	Page 3
Ouverture du séminaire Oscour	Page 4
Présentation générale de la surveillance syndromique à l'InVS	Page 6
La surveillance au travers de l'activité de SOS médecins	Page 7
La certification électronique des décès en France	Page 8
Principes et organisation du réseau Oscour	Page 9
Table ronde : la veille sanitaire au travers des structures d'urgences : intérêt et limites	Page 10
Codage, thesaurus spécifiques : des outils indispensables pour une veille sanitaire efficace des services d'urgence	Page 12
L'organisation des données à l'InVS	Page 13
Table ronde : le niveau régional comme niveau d'intégration des différents systèmes de surveillance	Page 14
Clôture	Page 17

Programme

09h30 ACCUEIL CAFÉ

10h00 OUVERTURE

Françoise Weber, Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire (InVS)

10h15 PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE DE L'INVS EN MATIÈRE DE SURVEILLANCE SYNDROMIQUE

Danièle Ilef, InVS, Cellule de coordination des alertes (CCA)

10h30 PRÉSENTATION DE LA SURVEILLANCE AU TRAVERS DE L'ACTIVITÉ DES ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS

Patrick Guérin, Pascal Chansard, SOS médecins France

10h45 PRÉSENTATION DE LA CERTIFICATION ÉLECTRONIQUE DES DÉCÈS ET DE SON INTÉRÊT POUR LA VEILLE SANITAIRE

Eric Jougla, Gérard Pavillon, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC)

11h00 PRÉSENTATION DU RÉSEAU OSCOUR : ARCHITECTURE, FONCTIONNEMENT, RÉSULTATS

Loïc Josseran, InVS, CCA

11h30 TABLE RONDE LA VEILLE SANITAIRE AU TRAVERS DES STRUCTURES D'URGENCES : INTÉRÊT, LIMITES

Animateur : Jean-Claude Desenclos, InVS, Département des maladies infectieuses (DMI)

Participants : 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)

12h45 DÉJEUNER LIBRE

14h00 CODAGE, THESAURUS SPÉCIFIQUES : DES OUTILS INDISPENSABLES POUR UNE VEILLE SANITAIRE EFFICACE DES SERVICES D'URGENCE

Dominique Pateron, Société française de médecine d'urgence (SFMU)

14h15 L'ORGANISATION DES DONNÉES À L'INVS

François Le Né, InVS, chargé de mission des systèmes d'information

14h30 TABLE RONDE LE NIVEAU RÉGIONAL COMME NIVEAU D'INTÉGRATION DES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE SURVEILLANCE

Animateur : Christian Bailly, InVS-Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Ouest

Participants : Pierre-Yves Bello (Médecin inspecteur de santé publique, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de l'Eure-et-Loir), Philippe Malfait (Cire Sud), Jacques Fogelman (Fédération des collèges régionaux des urgences), Thierry Blanchon (réseau Sentinelles), Yves Jouchoux (GIP télémédecine-Picardie)

16h15 CLÔTURE

Stéphane Veyrat, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction générale de la santé (DGS), Département des urgences sanitaires

Dr. Françoise Weber
Directrice générale de l'InVS

Mesdames, messieurs, chers amis et confrères urgentistes et généralistes,

LE CHEMIN PARCOURU

En ouvrant ce séminaire, je ne peux m'empêcher de mesurer le chemin parcouru depuis quatre ans.

Cette année 2003 avait été une prise de conscience dramatique du fait que la menace, en matière sanitaire comme dans d'autres domaines, et l'histoire le montre en permanence, ne vient jamais de là où on l'attend.

Nous pouvions multiplier les systèmes de surveillance par pathologie, nous avons compris que seule une infime proportion des menaces possibles pourrait ainsi être détectée à temps pour prendre les mesures susceptibles de les limiter.

Il nous fallait savoir détecter le plus rapidement possible les toutes premières manifestations d'un phénomène nouveau susceptible d'altérer l'état de santé de la population, quel que soit ce phénomène.

Il nous fallait aussi être en mesure de mesurer et suivre l'impact des événements déjà détectés, du point de vue quantitatif mais aussi qualitatif.

C'est ainsi qu'est née, très vite après le traumatisme de la canicule, la surveillance syndromique ou non spécifique.

LES OBJECTIFS ET LA GENÈSE

Il nous fallait, pour détecter au tout début une atteinte inattendue de la population, être capable d'observer, en temps réel, les principales entrées dans le système de santé, c'est-à-dire les avant-postes qui verront émerger les toutes premières manifestations d'un phénomène.

Manifestations qui, individuellement peuvent paraître banales, rappelons nous les déshydratations de la canicule, mais qui surveillées et réunies comme autant de points d'une image, peuvent ensemble faire se dessiner très vite le profil d'une menace nouvelle.

Ceci fut mis en route très rapidement avec vous, les services d'urgence hospitaliers, avec les urgentistes de ville, et au travers de la surveillance des certificats de décès, d'abord en nombre puis en fonction des causes de décès. Ces trois sources sont aujourd'hui réunies par le système Sursaud (Surveillance sanitaire des urgences et des décès).

La collaboration avec les médecins urgentistes a été efficace depuis le début, et je saisis cette occasion pour remercier tout particulièrement la Société française de médecine d'urgence, qui a dès ce moment été très engagée dans la mise en place du système.

Ainsi, dès 2004, grâce au soutien très actif de la DHOS et des ARH, et au dynamisme des établissements, le réseau Oscour a pu mettre en place : 2 services (le Mans et Cochin) ont ouvert la voie dès mai 2004. En juillet 2004 vous étiez 31 et vous êtes maintenant plus de 120, dans plus de 6 régions, y compris les DOM.

LE RÉSEAU DEVIENT UNE RÉALITÉ : VOUS ENTREZ DANS LA SÉCURITÉ SANITAIRE

Cette surveillance sanitaire réactive et étendue, au plus près de la population, qui devrait permettre de détecter au plus tôt les prochaines crises sanitaires, de les suivre, de les quantifier, d'apprécier en temps réel l'efficacité des mesures prises, est donc en train de devenir une réalité.

Vous entrez ainsi, avec vos établissements, de plain pied dans la sécurité sanitaire.

Bien sûr, vous êtes, nous sommes tous avant tout les médecins du colloque singulier avec notre patient. Mais en entrant dans ce réseau de la sécurité sanitaire, en nouant ce lien, en réunissant en temps réel vos observations à l'échelle d'une population, c'est à l'échelle collective et à l'échelle de son environnement, et avant que la menace ne l'atteigne, que vous protégez votre patient.

NOUS N'ALLONS PAS NOUS ARRÊTER LÀ

Nous n'allons cependant pas nous arrêter là. Il nous faut d'abord étendre et renforcer ce réseau, pour nous permettre de couvrir l'ensemble du territoire, sur lequel nous avons besoin d'une complète visibilité. Il nous faut aussi boucler la boucle avec vous ; en effet, vous nous fournissez sans délai une information d'importance majeure. Si nous voulons qu'elle soit pleinement exploitée, il faut que cette information ne soit pas seulement traitée et analysée au niveau national. Elle doit aussi être regardée et mise en perspective au niveau régional.

Elle doit surtout vous revenir sans délai. Ce séminaire est déjà l'occasion d'un premier retour d'information. Mais un séminaire, plusieurs séminaires, ne suffisent pas. Le retour direct et régulier d'information vers les urgentistes dans les régions sera, avec l'extension du maillage territorial la prochaine étape importante du développement du réseau Oscour.

La mise en place d'un nouveau système d'information en 2008 devrait permettre un accès des Cire aux données régionales, et un réel retour d'information vers vous et vos services. Je note d'ailleurs que certaines Cire n'ont cependant pas attendu notre organisation pour vous faire des retours, cela témoigne de leur vitalité.

MAIS AVANT D'ALLER PLUS LOIN, IL EST NÉCESSAIRE DE FAIRE LE POINT

Notre détermination ne faiblit pas, et nous allons, je l'espère, et grâce à vous, disposer rapidement d'un réseau probablement unique en Europe.

Mais avant de reprendre ce chemin, vous êtes réunis aujourd'hui pour faire le point sur le réseau et son fonctionnement, mieux connaître aussi les autres sources de surveillance (SOS médecins et les certificats de décès), discuter l'optimisation du fonctionnement du réseau et le développement du niveau régional.

Je vais vous laisser à vos travaux en vous souhaitant qu'ils soient le plus fructueux possible, et en vous redisant combien l'InVS est engagé dans ce projet, qui est au centre de ses missions, mais que nous ne réussirons qu'ensemble.

Je voudrais que vous le sachiez, cette réussite est un immense encouragement dans le combat et, parfois la course contre la montre que nous menons contre toutes menaces sanitaires, les grandes comme les moins grandes, les graves comme les moins graves, qu'elles surviennent à l'échelle du pays, d'une région ou d'un département.

Je vous laisse aux mains des organisateurs de ce séminaire, qui sont de ceux qui n'ont jamais compté leur énergie au service de la sécurité sanitaire, et vous souhaite une excellente journée.

Danièle Ilef

InVS - CCA

L'Institut de veille sanitaire (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 spécifique *ciblée sur des pathologies* et les systèmes de surveillance non spécifique *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) ;
- ... 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 cellules interrégionales ;
- 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 spécifique 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 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. Actuellement, 40 associations sur 60 transmettent leurs données.

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. 1 042 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 électroniquement par le médecin constatant le décès depuis le décret du 27 juillet 2006. Ces certificats électroniques 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, DC) 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.

Patrick Guérin, Pascal Chansard

Fédération SOS médecins France

QUEL INTÉRÊT DANS LA PARTICIPATION DE SOS MÉDECINS À LA VEILLE SANITAIRE ?

SOS médecins France (SMF) comprend 61 associations réparties sur le territoire français traitant 4 millions d'appels par an et 2,5 millions d'actes médicaux. Les zones géographiques couvertes correspondent aux grands centres urbains et leurs périphéries, soient environ 60 % de la population française. Les centres d'appels étant tous informatisés, SMF a mis en place, avec le soutien de InVS, un système automatisé de centralisation des données de chaque association au niveau national. Ces données sont une source d'information potentiellement utile à la mission de surveillance de l'InVS et peuvent constituer des indicateurs pour le déclenchement d'alertes sanitaires. Dans ce contexte, SMF et l'InVS ont signé un accord cadre de partenariat en décembre 2005.

COMMENT FONCTIONNE LE DISPOSITIF ?

Pour participer au système, chaque association doit adhérer au réseau épidémiologique SOS médecins. Ses données sont alors centralisées sur le serveur national SMF puis transmises de manière automatique et quotidienne à l'InVS qui réalise l'interprétation épidémiologique et la rétro-information auprès des associations.

Les données recueillies comprennent les caractéristiques du patient (sexe, âge), de l'appel (date et heure d'appel, 3 motifs d'appel, lieu d'appel, provenance de l'appel) et de la visite (diagnostic établi par le médecin, orientation ou non vers un hôpital).

L'analyse des données faite par l'InVS comprend une analyse globale de l'activité des associations (nombre de visites effectuées), une analyse par classes d'âges (moins de 2 ans, 2-14 ans, 15-74 ans, 75 ans et plus), une analyse des décès constatés (tous âges confondus, 75 ans et plus) et une analyse par regroupement de motifs d'appels adaptés aux saisons (bronchiolite, syndromes grippaux et gastro-entérites pour cet hiver par exemple).

Une rétro-information hebdomadaire est ensuite réalisée par l'InVS. Celle-ci devient quotidienne en cas d'alerte.

Au niveau régional, ces éléments sont intégrés dans les bulletins de rétro-information réalisés par les Cire en complément d'autres sources de données régionales.

Afin d'assurer un suivi de ce système de surveillance et d'améliorer la qualité des données un comité scientifique a été mis en place en janvier 2007. Il est composé de trois représentants de SMF et de trois représentants de l'InVS.

RÉSULTATS ET CONCLUSION

Ce dispositif, opérationnel, a fonctionné dans le cadre de la surveillance estivale de la canicule 2007. Trente-huit associations sont aujourd'hui impliquées, soit environ 1,5 million d'actes médicaux enregistrés. Afin d'améliorer le système, le comité scientifique travaille sur le recueil des diagnostics de fin de visite et l'uniformisation des codages entre les différentes associations.

Gérard Pavillon, Eric Jouglà

CépiDC – Inserm

La base de données sur les causes médicales de décès est constituée à partir des certificats de décès remplis par les médecins pour chaque décès survenu en France. Ces données confidentielles sont transmises uniquement à l'Inserm, aux Ddass et à l'InVS.

Avec le circuit actuel, le document papier dans lequel sont consignées les causes médicales de décès parvient à ces organismes dans un délai de 4 à 6 semaines. Ce délai ne permet pas de surveiller en temps réel le niveau et les causes de la mortalité en France, ce qui a posé un problème critique lors de la catastrophe de la canicule d'août 2003. Depuis cette date, un projet de transmissions des causes médicales de décès par voie électronique proposé par l'Inserm a été mis au point en collaboration avec la Direction générale de la santé.

L'application de transmission électronique des certificats de décès a été expérimentée en 2007 auprès de 20 établissements de santé publics et privés. 120 médecins ont transmis plus de 1 000 certificats de décès lors de cette expérimentation.

Les délais de transmissions sont réduits à quelques minutes ce qui permettra d'inclure les données de mortalité dans les systèmes d'alerte et de surveillance sanitaires.

La qualité des données sur les causes médicales de décès fournies par les médecins est excellente et la participation active des établissements et des médecins a permis de tester et d'améliorer l'application.

Actuellement, un premier déploiement au niveau national est en cours et concerne, d'une part, 250 établissements de santé, sentinelles correspondants de l'InVS et, d'autre part, un échantillon de médecins libéraux (les médecins libéraux signent 30 % des certificats de décès).

L'espace public de l'application est accessible sur www.certdc.inserm.fr.

Loïc Josseran

InVS – CCA

Depuis juillet 2004, l'InVS organise une surveillance sanitaire fondée sur les services d'urgences. Il s'agit en effet des structures qui offrent un contact très précoce à la population dans le recours aux soins. La canicule de 2003 a montré l'importance de ce recours aux urgences en cas de menace sanitaire pour la population. De plus, suite à cet événement, plusieurs régions ont lancé des projets d'informatisation des services et de création de plateformes régionales qui rendent possible et facile l'accès aux données. Il s'agit d'un point essentiel car cette surveillance par les services d'urgences ne peut se faire que dans un contexte d'automatisation maximale du recueil de données et de leurs envois vers l'InVS. C'est pour cette raison qu'il a été décidé de ne travailler qu'avec des services d'urgences informatisés avec un logiciel métier qui permet la constitution du dossier médical en temps réel lors du passage aux urgences. Certaines informations saisies sont ensuite envoyées à l'InVS par Internet. Cet envoi est quotidien.

Actuellement, les données suivantes sont enregistrées pour chaque passage dans un service d'urgences :

- date de passage ;
- date de naissance ;
- mode d'arrivée ;
- motif de recours ;
- diagnostic codé en CIM 10 ;
- indice de gravité codé en CCMU ;
- orientation à l'issue du passage.

Ce système de surveillance ne couvre pas l'ensemble du territoire national. Six régions sont couvertes en partie ou totalement (Ile-de-France, Picardie, Limousin, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon). Elles envoient les données des établissements par le biais des serveurs régionaux. Par ailleurs, une dizaine de services d'urgences adressent des données directement à l'InVS. Enfin, deux services d'urgences situés dans les DOM participent à cette surveillance (CH de St-Denis à La Réunion et le CH du Lamentin en Martinique).

Actuellement près de 8 500 passages adultes et 2 000 passages pédiatriques sont pris en compte soient près de 20 % de l'activité quotidienne des urgences en France.

Les informations issues de ces enregistrements sont utilisées au sein de l'InVS de différentes façons. Elles peuvent compléter des surveillances spécifiques (gastro-entérites, grippe, bronchiolites par exemple), permettre l'organisation de surveillances nouvelles (surveillance de l'impact du froid, de la chaleur, des intoxications au CO...), permettre la détection d'un événement ou être utilisées pour la mise en place de surveillance ad hoc en cas de besoins spécifiques.

Enfin, dans un futur proche, ces données seront enrichies grâce à la généralisation du format d'extraction RPU qui prend en compte les diagnostics associés et les actes pratiqués. Une autre évolution importante pour ce réseau sera son extension géographique avec la mise en place d'une régionalisation de l'analyse et de la rétro-information.

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 thesaurus 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 thesaurus 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 thesaurus 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 classifier 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.

Dominique Pateron

Société française de médecine d'urgence (SFMU)

La médecine d'urgence concerne uniquement la prise en charge lors des premières heures ; elle est caractérisée par la polyvalence des équipes. Les services d'urgence se retrouvent en pré-hospitalier et en intra-hospitalier.

L'objectif de veille sanitaire en médecine d'urgence est de participer au dispositif de veille d'une part et d'autre part d'adapter et de prévoir l'offre de soins. Ceci est possible car les urgences constituent un observatoire privilégié de l'état de santé de la population. Elles permettent d'effectuer le suivi de pathologies habituelles mais aussi de détecter les phénomènes inhabituels grâce au recueil en temps réel des données.

Toutefois, cette mission ne peut être convenablement menée à bien que si au niveau des urgences les données ne sont pas convenablement renseignées. Ainsi le motif de recours est quasiment toujours renseigné mais pas toujours selon des thesaurus existants ou de manière standardisée. Quant au diagnostic il n'est codé en CIM10 que pour 60 % des passages.

Les services d'urgences rencontrent des difficultés à coder, faute de temps le plus souvent. Il convient donc d'intégrer ce codage dans le système de recueil de données et d'extraire, pour renseigner la veille sanitaire, les données de la prise en charge des malades. La CIM 10 par code s'avère trop dispersée avec ses 16 000 codes et de ce fait difficilement utilisable. Un thesaurus de la SFMU a été conçu pour le PMSI par les urgentistes mais n'est pas adapté à la veille : il a toutefois été adapté localement, notamment à Bichat ou à Poissy, et peut correspondre alors à des objectifs de veille sanitaire à partir des urgences.

Un thesaurus idéal inclurait le codage des diagnostics adapté aux urgences, une liste de motifs de recours pertinents, les circonstances, les pathologies et des groupes cohérents de codes, selon les pathologies et les besoins. Ce thesaurus spécifique devrait être validé pour le codage des diagnostics et porter sur des motifs de recours cohérents, exploitables simultanément pour les Samu et les services d'urgence intra-hospitaliers. Ce travail est en cours à la SFMU et devrait être prêt pour le printemps 2008.

François Le Né

InVS, chargé de mission des systèmes d'information

L'organisation des données de surveillance syndromique est en cours d'évolution. Une nouvelle application doit être développée selon les prescriptions suivantes.

Les trois grandes phases concernent d'une part, le recueil et le contrôle des données, d'autre part, le traitement de ces données, et enfin, la restitution des informations ainsi créés.

LE RECUEIL ET LE CONTRÔLE DES DONNÉES

Les données recueillies proviendront dans un premier temps des Services d'accueil aux urgences (au format RPU) et des associations SOS médecins. Ces données seront dans un deuxième temps complétées par les données de mortalité de l'Insee et de l'Inserm. Dans un troisième temps d'autres sources pourraient enrichir les données recueillies.

Le contrôle de la qualité des données repose sur une définition préalable des valeurs acceptées et des corrections à apporter en cas d'erreurs constatées. La qualité des données est primordiale. Il est donc nécessaire, d'une part, de sensibiliser les producteurs de données sur l'importance de la qualité des saisies, et d'autre part, d'outiller les acteurs du dispositif pour leur permettre de piloter la qualité des données collectées.

LE TRAITEMENT INFORMATIQUE DES DONNÉES

Il s'agit à partir des données recueillies de produire de l'information épidémiologique. Les indicateurs ainsi produits seront circonscrits suivant des axes de surveillance et répartis selon des critères de comparaison.

LA RESTITUTION DES INFORMATIONS

Le futur outil devra être le plus ouvert possible. Il se doit de restituer de manière quasi-automatique les informations sous forme de bulletins, de graphiques, de tableaux ou de cartes. Ces informations validées et analysées pourraient être mises à disposition via une interface web. L'accès à ces informations serait naturellement sécurisé et fonction des différents droits.

L'outil informatique devrait ainsi permettre de répondre aux attentes des producteurs de données en terme de retour d'information et aux besoins des acteurs du dispositif de surveillance syndromique. Il est fondé sur un cahier des charges élaboré avec les Cire et la CCA.

Cet outil devrait être disponible fin 2008.

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.

Stéphane Veyrat

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – DGS
Département des urgences sanitaires

En trois ans, un important travail a été réalisé pour la veille sanitaire grâce au travail conjoint des différents partenaires. Le dispositif de surveillance est désormais une mosaïque, complexe composée d'éléments complémentaires. Les informations enregistrées grâce à Sursaud qui intègre les données d'Oscour, de SOS médecins et des déclarations de décès en est un bon exemple. La DGS encourage cette agrégation, avec notamment la prise en compte des données des Samu centre 15, tous informatisés, ou des serveurs des ARH. Ces extractions doivent effectivement être automatiques, à partir des outils métiers des urgences. L'autre partie du dispositif de surveillance concerne les autres surveillances et vigilances sanitaires plus spécifiques qui permettent de mieux détecter et suivre les événements.

Une fois le travail d'analyse de ces signaux réalisé, ces outils aident le gestionnaire de crise dans sa prise de décision quelque soit le niveau auquel il se trouve (local, régional et national).

Il est essentiel que le niveau local soit tenu informé du suivi des informations qu'il envoie ou d'une situation : la rétro information

doit être réalisée de manière réactive et rapide à destination de l'ensemble des acteurs concernés. Ceci doit permettre une meilleure appréhension et compréhension des situations et permettre une gestion adaptée grâce à un réseau d'acteurs qui détectent précocement les signaux conduisant à l'alerte.

Enfin, il semble fondamental d'identifier les bons interlocuteurs à qui s'adresser en cas d'alerte, de résoudre les difficultés liées aux effectifs et au remodelage des dispositifs par une éventuelle mutualisation et de repréciser les responsabilités des acteurs de terrain pour la répartition des rôles en amont des crises. L'organisation des ARH et des services de l'État chargés des affaires sanitaires et sociales est actuellement repensée et une réflexion est simultanément menée sur l'application en France du nouveau règlement sanitaire international (RSI). Ces nouveaux éléments doivent être pris en compte dans l'organisation de la veille sanitaire et de la gestion des alertes.

Maladies infectieuses

Systemes de surveillance
Santé de l'enfant
Systemes de surveillance, investigations épidémiologiques

Populations vulnérables

Systemes de surveillance, investigations épidémiologiques

Maladies infectieuses

Santé de l'enfant

Systemes de surveillance, investigations épidémiologiques

Maladies infectieuses

Maladies infectieuses

Santé de l'enfant

Traumatismes, intoxications

Santé de l'enfant

Systemes de surveillance, investigations épidémiologiques

Populations vulnérables

Santé de l'enfant

Maladies infectieuses

Maladies chroniques

Systemes de surveillance, investigations épidémiologiques

Document rédigé avec la participation de la société Ubiquis
Tél. : 33 (0)1 44 14 15 16 – www.ubiquis.fr – infofrance@ubiquis.com

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val d'Osne - 94 415 Saint-Maurice Cedex France
Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00 - Fax : 33 (0)1 41 79 67 67
www.invs.sante.fr

ISBN-NET : 978-2-11-0971357
Réalisé par DIADEIS-Paris
Dépôt légal : mars 2008