

# Actes de la journée SOS Médecins – InVS

Saint-Maurice, 20 mai 2008

# Sommaire

|   |    |
|---|----|
| Programme   | 1  |
| Ouverture   | 3  |
| Présentation de l'InVS et de sa démarche en matière de surveillance syndromique                         | 4  |
| Présentation de la certification électronique des décès et son intérêt pour la veille sanitaire         | 6  |
| Principes et organisation du réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)    | 7  |
| Présentation du réseau épidémiologique SOS Médecins : architecture et fonctionnement                    | 8  |
| Bilan des premières années de fonctionnement : résultats, qualité des données, perspectives d'évolution | 10 |
| Atelier "Codage du diagnostic et thésaurus"   | 13 |
| Atelier "De la saisie des appels à la surveillance sanitaire"   | 15 |
| Table ronde "Animation et utilisation régionale du système de surveillance"                             | 18 |
| Clôture   | 21 |

**09h30** ACCUEIL CAFÉ

**10h00** OUVERTURE

Caroline Gardette, directrice générale adjointe de l'InVS  
Patrick Guérin, président de SOS Médecins France

**10h15** PRÉSENTATION DE L'INVS ET DE SA DÉMARCHE EN MATIÈRE  
DE SURVEILLANCE SYNDROMIQUE

Danièle Ilef, InVS, Cellule de coordination des alertes

**10h45** PRÉSENTATION DE LA CERTIFICATION ÉLECTRONIQUE DES DÉCÈS  
ET DE L'IMPORTANCE DE L'ADHÉSION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Gérard Pavillon, Institut national de la santé et de la recherche  
médicale, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

**11h00** PRÉSENTATION DU RÉSEAU DE SURVEILLANCE SYNDROMIQUE DE L'INVS  
BASÉ SUR L'ACTIVITÉ DES URGENCES : OSCOUR

Loïc Josseran, InVS, Cellule de coordination des alertes

**11h15** PRÉSENTATION DU RÉSEAU SOS MÉDECINS : ARCHITECTURE ET  
FONCTIONNEMENT

Pascal Chansard, SOS Médecins France

**11h45** BILAN DES PREMIÈRES ANNÉES DE FONCTIONNEMENT : RÉSULTATS, QUALITÉ  
DES DONNÉES, PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

Cécile Durand, InVS, Cellule de coordination des alertes

**12h15** DÉJEUNER

13h45

## ATELIERS PARALLÈLES

### DE LA SAISIE DES APPELS À LA SURVEILLANCE SANITAIRE

Cet atelier, plus particulièrement destiné aux permanenciers, illustre l'impact de la saisie des appels (caractéristiques démographiques et motif d'appels du patient) sur la surveillance sanitaire

Loïc Josseran, InVS, Cellule de coordination des alertes  
Christine Carpentier, SOS Médecins Paris-Île-de-France

### CODAGE DU DIAGNOSTIC ET THÉSAURUS

Cet atelier, plus particulièrement destiné aux médecins, illustre la plus-value pour la surveillance sanitaire d'un codage du diagnostic systématique et harmonisé

Danièle Ilef, InVS, Cellule de coordination des alertes  
Patrick Guérin, SOS Médecins Nantes  
Bernard Jouvès, SOS Médecins Bordeaux

14h45

## PAUSE

15h00

## TABLE RONDE ANIMATION ET UTILISATION RÉGIONALE DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE

**Animateur :** Laurent Filleul, InVS, Cellule interrégionale d'épidémiologie Aquitaine

**Participants :**

Béatrice Broche, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Gard

Jacques Fogelman, président de la Fédération des collègues régionaux de médecine d'urgence

Gilles Viudes, Agence régionale d'hospitalisation Provence-Alpes-Côte d'Azur/Centre hospitalier de Hyères

Émile Hobeika, SOS Médecins Lyon

Florian Franke, InVS, Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud

16h00

## CLÔTURE

Thierry Gentilhomme, Direction générale de la santé, Département des urgences sanitaires

## Caroline Gardette, directrice générale adjointe de l'InVS

Bonjour, tout d'abord je tiens à vous remercier pour votre présence et je dois excuser Françoise Weber, directrice générale de l'InVS, qui n'a pu être parmi nous aujourd'hui et qui le regrette.

La surveillance non spécifique est un outil de surveillance nouveau à l'InVS. Il est très important pour la veille sanitaire. Il est innovant et nous sommes précurseurs en Europe.

Le partenariat avec SOS a commencé à fonctionner il y a moins de deux ans et demi et déjà 43 de vos 60 associations transmettent leurs données à l'InVS et la collaboration entre vos représentants et nous est particulièrement riche. Elle a permis d'organiser une rétro-information hebdomadaire dès l'été dernier. Grâce à l'application informatique en cours de développement (SurSaUD), cette rétro-information pourra être plus fréquente et se faire à un niveau géographique plus fin.

Cette surveillance non spécifique est complémentaire des surveillances spécifiques (c'est-à-dire par pathologie) qu'effectue également l'InVS. Le croisement des données des différentes sources en médecine ambulatoire, mais aussi en médecine hospitalière, permet d'affiner les analyses.

Il est important de continuer à construire et à accueillir d'autres associations, mais aussi à améliorer la qualité des données pour qu'elles soient plus facilement analysables.

Je n'oublie pas qu'au-delà du système que l'on veut le plus automatisé possible, il y a un réseau d'hommes et de femmes sur qui nous pouvons compter pour nous signaler tout événement anormal.

Le système n'existerait pas sans vous. Merci d'y participer et de contribuer à sa qualité. Je vous souhaite une journée enrichissante.

---

## Patrick Guérin, président de SOS Médecins France

Madame la directrice, mes chers confrères

Merci à vous, merci à la Cellule de coordination des alertes pour le travail de qualité effectué. Merci d'être venus à cette première journée de bilan.

L'aventure a commencé pour nous il y a trois ans. Après les premiers échanges, une première convention, signée le 20 décembre 2005, actait que "SOS Médecins France (SMF) et l'InVS s'associaient pour améliorer la veille sanitaire". Il faut bien considérer qu'il s'agissait là d'une petite révolution. On connaît bien l'indépendance et l'individualisme des médecins libéraux et donner accès à nos données n'était pas évident pour nous.

SOS enregistre des données issues de la gestion de son activité. Cet enregistrement est centré sur le

patient. Montrer que ces données accumulées et analysées pouvaient avoir un intérêt pour la veille sanitaire, c'est ce que vous nous avez apporté. Ce fût une excellente chose pour SOS que cette dimension nationale de la veille sanitaire.

Dès le début, nous avons opté pour une organisation nationale qui respecte la régionalisation : les données des associations SOS sont centralisées sur le serveur de SMF, puis transmises à l'InVS qui les remet à disposition des Cire. Si l'on veut garder une comparabilité des données d'une région à l'autre, d'une association à l'autre, il faut respecter ce modèle ; c'est le gage de l'opérationnalité.

Merci d'être là et bon travail pour cette première journée de bilan.

# 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.

## Présentation de la certification électronique des décès et son intérêt pour la veille sanitaire

Gérard Pavillon, Eric Jouglu, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

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'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales 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. Cent vingt 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, 255 établissements de santé sentinelles correspondant 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](http://www.certdc.inserm.fr)

Loïc Josseran, InVS, Cellule de coordination des alertes

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 plates formes 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 leur envoi 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 ;
- 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

(Île-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 Départements d'outre-mer participent à cette surveillance (Centre hospitalier de Saint-Denis à la Réunion et Centre hospitalier du Lamentin en Martinique).

Actuellement, près de 8 500 passages adultes et 2 000 passages pédiatriques quotidiens sont pris en compte, soit 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. 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.

## Présentation du réseau épidémiologique SOS Médecins : architecture et fonctionnement

Pascal Chansard, SOS Médecins France

SOS Médecins France (SMF) fédère 60 associations de permanence de soins réparties sur tout le territoire français. Ce réseau reçoit et traite 4 millions d'appels par an sur ses centres téléphoniques médicaux. Ses 950 médecins effectuent deux millions et demi d'actes médicaux, dont la grande majorité dans le cadre de la visite au chevet du patient. La couverture géographique comprend la plupart des centres urbains de la métropole et leurs agglomérations. On peut noter l'existence d'associations outre-mer.

La plus ancienne des associations a vu son activité débiter en 1966. SMF constitue le premier réseau libéral de permanence de soins dont les principes d'interventions sont résumés dans une charte. Ce réseau libéral effectue des interventions à la demande directe des patients, des médecins traitants, mais aussi à la demande d'institutions (Samu, hospitalisations à domicile, sociétés d'assistance, maisons de retraite, police, gendarmerie, administration pénitentiaire).

Les appels reçus 24H/24 dans les centres d'appels informatisés de SOS Médecins sont une source de données potentiellement utiles à la mission de surveillance de l'InVS et constituent des indicateurs pour le déclenchement d'alertes sanitaires.

SMF a mis en place avec le soutien de l'InVS un système centralisé et automatisé de recueil des données de chaque association. Une rétro-information est organisée par l'InVS qui procède à la publication de bulletins nationaux. Les Cellules interrégionales d'épidémiologie intègrent les données de SOS Médecins dans les bulletins régionaux destinés à l'information des partenaires institutionnels locaux (Directions régionales

et départementales des affaires sanitaires et sociales, préfetures, mairies, centres hospitaliers).

L'épisode douloureux de la canicule d'août 2003 a démontré la pertinence des chiffres d'activités des associations SOS Médecins dans le cadre de la veille sanitaire. Le partenariat SMF-InVS a été signé en décembre 2005 et l'année 2006 a été consacrée à la définition du cahier des charges, à la mise en place de l'application et à sa montée en charge technique. Des tests de transmissions et la validation du recueil des données ont été effectués pendant l'été 2006.

En janvier 2007, ont commencé les réunions du comité scientifique de SMF et de l'InVS, prévues dans la convention cadre et chargées du suivi du système de recueil.

Un nouvel accord cadre pérennisant le système et simplifiant la gestion administrative du réseau épidémiologique a été signé en septembre 2007. La participation des associations se fait par l'adhésion à ce réseau épidémiologique.

Les données des associations SOS Médecins sont extraites quotidiennement et automatiquement, adressées au concentrateur SMF, hébergé par la société STOCKHO par le biais d'un transfert FTP d'un fichier de type XML. Ces données sont ensuite reroutées après vérification de façon automatique à 6h du matin sur le serveur de l'InVS.

Le fichier comprend les données des trois jours antérieurs.

Les données recueillies comprennent les caractéristiques du patient (sexe et âge), de l'appel (provenance, lieu, date et heure de

l'appel, et trois motifs d'appels), de la visite (trois champs sont réservés au diagnostic établi par le médecin, un champ mentionne l'hospitalisation ou non du patient).

L'analyse des données par l'InVS comprend une analyse globale de l'activité (nombre de visites effectuées), une analyse par classe d'âges (moins de 2 ans, de 2 à 14 ans, de 15 à 74 ans, 65 ans et plus), une analyse des décès (tous âges confondus et au-dessus de 75 ans), une analyse des regroupements de motifs d'appels pour les pathologies en fonction de la saisonnalité :

- hiver (bronchiolite, syndrome grippal, gastro-entérite);
- printemps (allergie, asthme);
- été (malaise, coup de chaleur).

Le comité scientifique prévu par la convention cadre a été mis en place en janvier 2007. Il comprend trois représentants de SMF et trois représentants de l'InVS. Il contribue au suivi continu de la pertinence et de la fiabilité du système de recueil des données et établit un bilan régulier du partenariat. Ses travaux

permettent d'homogénéiser les thésaurus des motifs et des diagnostics.

La rétro-information comporte deux niveaux :

- national : avec un bulletin hebdomadaire en routine édité par l'InVS. En cas de crise, ce bulletin peut devenir quotidien ;
- régional : par les Cire et l'InVS avec agrégation des données de SOS Médecins avec les acteurs de santé locaux.

Le nombre d'associations effectuant une transmission régulière des données est passé de 23 en septembre 2006 à 43 en mai 2008 ; 2 900 000 actes médicaux sont enregistrés dans la base de données de SMF à ce jour.

Ce dispositif pleinement opérationnel met en valeur la place de SOS Médecins dans le dispositif national de surveillance sanitaire. SMF et l'InVS travaillent à l'amélioration du recueil quantitatif et qualitatif des données, à l'amélioration de la rétro-information par la mise à disposition d'analyses plus fines et enfin, par la constitution d'un réseau humain de veille sanitaire au service des patients.

## Bilan des premières années de fonctionnement : résultats, qualité des données, perspectives d'évolution

Cécile Durand, InVS, Cellule de coordination des alertes

Les données transmises par les associations participantes, à SOS Médecins France, puis à l'InVS sont les appels suivis d'un acte médical. Sont exclus les appels finalement annulés où le médecin n'a pas eu à intervenir, ou les appels pour simple conseil téléphonique. Pour chacun de ces appels, sont transmis : l'âge du patient, son sexe, son code postal, son motif d'appel saisi au centre d'appel, le diagnostic et la demande éventuelle d'hospitalisation après la visite du médecin.

Afin d'évaluer la qualité des données transmises, le pourcentage de remplissage des principales variables a été calculé sur l'ensemble de la période de fonctionnement du système (septembre 2006 – mars 2008), puis à deux temps différents (1<sup>er</sup> et dernier trimestre de fonctionnement) afin de voir une potentielle évolution des pratiques de codage. L'âge, le sexe et le motif d'appel sont très souvent remplis. Le diagnostic, en revanche, malgré une évolution depuis septembre 2006, est encore renseigné pour seulement 30 % des actes.

Le motif d'appel représente le ressenti du patient. Selon le système utilisé par l'association, 4 thésaurus sont utilisés, ce qui nécessite de réaliser au niveau de l'InVS des correspondances entre les thésaurus. En revanche, cette information est bien remplie et de manière homogène pour les associations.

Le diagnostic de fin de visite représente le réel diagnostic clinique porté par le médecin. Trois thésaurus sont utilisés. La qualité de cette information n'est pas homogène entre les associations. En effet, le pourcentage de remplissage du diagnostic est nul dans certaines associations et peut atteindre 87 % dans d'autres. En plus du faible remplissage de cette information par les médecins, cette différence s'explique également par le report

du motif d'appel saisi au centre d'appel dans le champ diagnostic, ce qui fait perdre la plus-value du diagnostic médical.

Une fois parvenues à l'InVS, ces données sont utilisées de deux manières différentes :

- pour la surveillance continue de l'état de santé des populations, à travers la surveillance en routine de différents indicateurs épidémiologiques, ce qui est l'objectif premier du système ;
- lors d'études ponctuelles ayant pour but, soit d'améliorer le système de surveillance et ses méthodes en travaillant par exemple sur la construction d'indicateurs, soit d'étudier certains problèmes de santé en particulier.

Concernant la surveillance sanitaire continue, deux acteurs peuvent intervenir au niveau de l'InVS. L'animation et l'analyse nationale de ces données sont réalisées par la Cellule de coordination des alertes (CCA), et l'exploitation régionale par les Cire.

Au niveau national, la CCA prend en compte actuellement 36 associations dans ces analyses. Elle surveille le volume total d'activité des associations ainsi que des indicateurs syndromiques basés sur les motifs d'appels, les diagnostics n'étant pour l'instant pas utilisables partout. Les indicateurs syndromiques surveillés varient selon le moment de l'année. Certaines de ces analyses sont réalisées par classes d'âge. Ces analyses sont hebdomadaires mais la vérification de la bonne transmission des données est quotidienne.

Au niveau des Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), une surveillance peut également être réalisée, mais cela dépend des capacités humaines de chaque Cire, toutes n'étant pas dotées de moyens suffisants

pour réaliser cette surveillance en continu. Lorsqu'elle est réalisée, cette surveillance est alors faite à un niveau plus fin (association ou regroupement d'associations). Comme au niveau national, elle est généralement faite sur les motifs d'appels, mais peut parfois être faite sur les diagnostics lorsque l'association surveillée les code suffisamment. Cette analyse est généralement hebdomadaire.

Quelques exemples de surveillances réalisées au niveau national par la CCA sur 30 associations transmettant leurs données entre le 1<sup>er</sup> mai 2007 et le 1<sup>er</sup> mai 2008 sont présentés. Le nombre quotidien d'appels suivis d'un acte médical connaît d'importantes variations hebdomadaires, les visites étant plus importantes les week-ends et jours fériés que la semaine. L'activité connaît également une importante variation au cours de l'année en augmentant lors des épidémies hivernales. Lorsque cette analyse est réalisée par classe d'âge, on note que le recours à SOS Médecins est différent selon les âges : les adultes suivent la tendance générale, les patients âgés ont un recours qui augmente en été, à l'inverse des enfants dont le recours diminue lors des grandes vacances scolaires.

Concernant la surveillance hivernale, les épidémies hivernales de gastro-entérites (motifs diarrhée, vomissement) et de syndromes grippaux (motifs fièvre, grippe, syndrome grippal, courbature, toux) se dessinent nettement. Cependant, pour les appels évoquant un syndrome grippal, le bruit de fond en période interépidémique reste important. Ceci est dû à la faible spécificité des symptômes motivant l'appel, qui peuvent être dus à de nombreuses autres pathologies virales que la grippe. Pour cette surveillance, le codage des diagnostics permettrait un gain important en spécificité et donc en qualité de la surveillance.

Concernant la surveillance estivale, le nombre d'appels pour insolation, coup de chaleur ou déshydratation s'est densifié un peu au cours

des mois de juillet et août 2007. Cependant, ce nombre est encore faible avec 9 cas en une journée au maximum, l'été 2007 n'ayant pas connu de températures particulièrement élevées.

Enfin, la surveillance des décès certifiés par les médecins des associations est un bon indicateur de l'état de santé d'une population tout au long de l'année. L'augmentation importante de cette activité de certification en fin décembre/début janvier 2008 correspond parfaitement aux vacances de fin d'année. En effet, la diminution de la disponibilité des généralistes en ville pour la certification lors des fêtes de fin d'année entraîne alors un recours plus fréquent à la médecine d'urgence ambulatoire de type SOS Médecins pour la certification.

Toujours dans le cadre de cette surveillance sanitaire continue, une rétro-information est réalisée au niveau national par la CCA à destination de SOS Médecins sous la forme d'un bulletin hebdomadaire comprenant une interprétation épidémiologique de l'activité de la semaine passée, ainsi que la représentation graphique des indicateurs épidémiologiques sur la France entière et sur cinq grandes zones de surveillance. Une rétro-information est également faite dans certaines régions par les Cire. Différents exemples des bulletins réalisés en région sont présentés.

Sur la seconde utilité qui est la réalisation d'études ponctuelles, plusieurs études ont été menées au niveau régional comme au niveau national. Ces études avaient pour objectifs de comprendre et améliorer le système de surveillance ou d'étudier certains problèmes de santé en particulier. Certaines de ces études, dont les posters sont exposés dans le hall, portent, par exemple, sur la description de bases de données historiques de certaines associations, la comparaison des données avec d'autres sources de données comme le réseau Sentinelles Inserm, ou encore sur la relation entre l'activité d'une association avec certains problèmes environnementaux comme

l'impact de la pollution atmosphérique ou d'une vague de chaleur.

Une étude réalisée au niveau national par la CCA, ayant pour objectif d'évaluer la plus-value d'une surveillance basée sur les diagnostics plutôt que sur les motifs d'appels, en prenant comme références les données du réseau Sentinelles Inserm, est présentée. L'étude incluait 11 associations réparties dans 10 régions différentes codant le motif d'appel et le diagnostic. Plusieurs indicateurs ont été construits à partir du motif puis à partir du diagnostic sur différentes pathologies. Concernant les syndromes grippaux, on voit que le diagnostic SOS Médecins a une meilleure corrélation avec les données du réseau Sentinelles que le motif d'appel et permettrait donc de détecter l'épidémie de manière plus fiable. La plus-value du diagnostic est ici très claire mais est beaucoup moins évidente pour des pathologies ayant des symptômes plus évocateurs, comme par exemple la gastro-entérite, pour laquelle le motif d'appel peut également être assez fiable.

Ainsi, pour conclure, en termes de perspectives d'évolutions, plusieurs objectifs sont à poursuivre:

- l'amélioration de la qualité des données :
  - données saisies aux centres d'appels médicaux (motif d'appel, données démographiques) → atelier permanencier,

- le diagnostic: amélioration du remplissage en simplifiant et harmonisant les différents thésaurus → atelier médecin;

- l'extension de la couverture du réseau à l'ensemble des associations SOS Médecins;
- l'animation régionale du réseau en favorisant les échanges associations/ Cire et la rétro-information auprès des associations. Dans ce but, un travail est en cours afin de créer une application Internet sécurisée permettant à tous les partenaires de cette surveillance, y compris les associations SOS, d'accéder plus facilement aux données SurSaUD et aux synthèses réalisées par l'InVS.

Ainsi, cette journée d'échange s'inscrit dans toutes ces perspectives afin de présenter le système et d'en faire le bilan, de rencontrer les acteurs de cette surveillance (associations, Cire, CCA), de sensibiliser les participants à l'importance d'un codage de qualité et de définir vos besoins en terme de rétro-information et d'animation locale de ce système de surveillance.

## 1 PRÉSENTATION "UTILITÉ DU CODAGE DES DIAGNOSTICS"

**Danièle Ilef, InVS, Cellule de coordination des alertes**

La surveillance exercée à l'InVS sert à :

- détecter une situation anormale ;
- mesurer l'impact d'un phénomène ;
- développer le réseau de partenaires et favoriser le signalement ;
- aider à communiquer sur des phénomènes sanitaires.

Des exemples illustrent l'intérêt pour l'InVS d'obtenir les diagnostics dans les données de SOS Médecins :

- le suivi de diagnostics par SOS et la Cire de Bordeaux a permis de détecter une augmentation inhabituelle de syndromes liés à la chaleur en juillet 2006 ;

- toujours à Bordeaux, le suivi des diagnostics a permis de mettre en évidence l'impact de la pollution atmosphérique ;
- au niveau national, l'activité pour syndromes grippaux des associations qui codent le diagnostic est strictement parallèle aux données du réseau Sentinelles.

En effet, les motifs d'appels sont de qualité insuffisante dans le cadre de la surveillance sanitaire. On obtient des résultats plus cohérents avec les diagnostics.

Le suivi des diagnostics est donc d'un grand intérêt pour la veille sanitaire, pour laquelle on a besoin de grandes catégories de diagnostics (syndromes) et de pathologies sous surveillance.

## 2 PRÉSENTATION "PROPOSITIONS D'UN THÉSAURUS SIMPLIFIÉ POUR LE RETOUR DIAGNOSTIC"

**Patrick Guérin, SOS Médecins France**

Le codage des diagnostics présente un intérêt majeur pour :

- le patient ;
- le médecin ;
- l'association ;
- la fédération.

C'est pourquoi, il est proposé de créer un thésaurus simplifié qui serait homogène, exploitable et qui permettrait une saisie rapide.

En effet, actuellement les retours diagnostics sont hétérogènes.

On compte 3 thésaurus différents : Medcall, Epos, Bordeaux-Biarritz-Bayonne-Anglet-Pau.

Pour pouvoir exploiter les données transmises, il faut actuellement établir des correspondances entre les différents thésaurus. Un thésaurus commun rendrait les données plus facilement exploitables et plus cohérentes.

Enfin, afin de favoriser une saisie plus rapide des diagnostics par le médecin ou le permanencier, il est envisagé de n'en conserver qu'une vingtaine par appareil (sachant qu'il y a 15 appareils).

### 3 PRÉSENTATION DES ASPECTS PRATIQUES DU CODAGE

Stéphane Barbary, SOS Médecins

Le diagnostic peut être codé, soit par le médecin, soit par le permanencier, au moyen soit d'un PDA, soit d'un ordinateur.

En effet, en fin de visite, le médecin saisit son diagnostic ou le dicte par radio au centre d'appel.

Sur le PDA :

- le médecin clique sur l'icône de saisie ;
- il remplit les aspects de comptabilité s'il le souhaite ;
- il sélectionne la qualification du diagnostic ;
- il ajoute éventuellement des commentaires.

### 4 DISCUSSION

Après les présentations, la discussion s'engage entre les participants. Certains s'interrogent sur le devenir des "diagnostic 2 et 3" dans la perspective de simplification. Cette possibilité de trois diagnostics est une spécificité du logiciel Epos. Avec le logiciel Medicall, seul le premier diagnostic est codé ; si le médecin veut ajouter une précision ou un deuxième diagnostic, il l'inscrit en texte libre dans les espaces prévus à cet effet.

Pour l'analyse en termes de veille sanitaire, c'est le diagnostic principal, celui qui a motivé la visite, qui est le plus important. Bien sûr, en analysant qu'un des trois diagnostics, on perd de l'info ; c'est fatal quand on transforme de l'information qualitative en information quantitative.

Un participant fait remarquer que les diagnostics tels qu'ils ont été énoncés par Patrick Guérin sont assez souvent des suspicions et non des diagnostics confirmés. Il suggère d'adopter la logique et les définitions du dictionnaire des résultats de consultation édité par l'Observatoire de la médecine générale. Si on ne définit pas les diagnostics, on risque d'avoir des modes de codage différents ; ainsi, devant une toux évoquant une coqueluche, certains coderont "coqueluche" d'autres "syndrome tussif". En pratique ambulatoire, rares sont

les situations où on peut, en pathologie infectieuse, avoir une certitude avant les résultats des examens de laboratoire ; ainsi, certains considèrent que tous les diagnostics énoncés sont des "suspicions de" et qu'il suffit de le dire en préambule. Au total, le groupe penche pour un dictionnaire des codes retenus avec les définitions associées.

Une autre question est abordée, c'est celle des visites multiples. En effet, dans les données reçues à l'InVS, il est parfois noté dans un champ diagnostic : V+C ou V+2C... Cela pose un problème d'analyse car on comprend qu'une fiche correspond à 2 ou 3 patients. Ceci ne devrait pas se voir car les logiciels permettent de créer des fiches "filles" qui, une fois enregistrées, vont générer des lignes d'appel dont le motif sera par défaut "divers". Cependant, ces fiches qui auront mêmes date et heure d'appel, même adresse risquent d'être considérées comme des doublons dans les opérations de contrôle des données... point à vérifier.

En conclusion, les participants à l'atelier sont d'accord pour un thésaurus simplifié pour la veille sanitaire mais suggèrent que des définitions soient élaborées pour chaque diagnostic.

Animation : Christine Carpentier (SOS Médecins Paris), Cécile Durand (InVS, Cellule de coordination des alertes), Loïc Josseran (InVS, Cellule de coordination des alertes)

## INTERVENTION DE CHRISTINE CARPENTIER

Christine Carpentier présente la fiche d'appel utilisée en Île-de-France en détaillant la saisie des données géographiques (commune), des données démographiques (âge, sexe) et des motifs d'appel. Pour chacune de ces informations, les personnes dans la salle réagissent sur le fonctionnement de la saisie dans leur association.

- **Données géographiques :**  
Pour toutes les associations présentes, le choix de la commune se fait par un menu déroulant. Cette information est un champ obligatoire pour l'enregistrement de la fiche et est donc toujours saisie par les permanenciers.
- **Données démographiques :**
  - sexe : dans certaines associations (Paris), la valeur par défaut sur une fiche vierge est "Homme". Dans d'autres (Saint-Étienne), la modalité inappropriée "Enfant" est encore disponible mais est de moins en moins utilisée. Le sexe apparaît être un champ obligatoire pour l'enregistrement de la fiche dans certaines associations ;
  - unité d'âge : dans certaines associations (Paris), la valeur par défaut sur une fiche vierge est "Année". L'âge est saisi en mois jusqu'à 36 mois (Bordeaux) ou jusqu'à 24 mois (Cherbourg) ;
  - âge : le standard de Cherbourg saisit la date de naissance qui est transformée en âge. Pour les autres, les valeurs possibles vont de 0 à 999. Ce champ est obligatoire dans certaines associations mais pas dans d'autres (Cherbourg, Saint-Étienne). Il n'y a pas de valeur par défaut lors de la saisie.

Les permanenciers soulignent l'impossibilité de coder ces informations lorsque la visite est destinée à plusieurs personnes simultanément. Les informations sont alors notées dans les commentaires.

- **Motifs d'appels :**  
Un représentant de l'Essonne (Medicall) explique qu'une recherche par mots clés est mise en place dans son association afin d'aider à la prise d'appel et de donner une fourchette de gravité et d'urgence de la prise en charge. La même chose existe à Bordeaux.

Pour d'autres associations (Epos), c'est le libellé qui est sélectionné à partir d'une liste déroulante. Ce libellé est associé à un code. Un même code peut être associé à plusieurs libellés. Au final, un libellé sera enregistré dans la fiche, pas toujours exactement celui que le permanencier a sélectionné.

Les permanenciers ont entre 2 (Bordeaux) et 3 (Paris, Cherbourg) champs de motifs disponibles + une ou deux zones de commentaires.

Dans certaines associations, ce champ est obligatoire (Paris, Bordeaux, Cherbourg) pour l'enregistrement de la fiche alors que dans d'autres non (Essonne).

Une association souligne la difficulté de devoir obligatoirement remplir ce champ lorsque la demande de visite vient du Samu et que peu d'informations sur le patient sont alors disponibles. L'association de Bordeaux répond que, chez eux, un contre-appel est alors réalisé par le centre d'appel médical directement au patient avant l'intervention afin d'obtenir ces informations.

## INTERVENTION DE CÉCILE DURAND

Cécile Durand présente l'impact de la saisie sur la surveillance et sur la transmission des données à partir du cahier des charges actuel de transmission association/SOS Médecins France (la révision de ce cahier des charges n'étant pas encore effective mais devant être prochainement mise en place).

- **Données géographiques :** lorsque la commune et le code postal sont manquants, la fiche n'est pas transmise à l'InVS. Au vu de ce qui a été dit, cette information étant obligatoire pour l'enregistrement d'une fiche dans toutes les associations présentes, il ne devrait pas y avoir de fiches non transmises en raison de l'absence de cette information.

- **Données démographiques :**
  - unité d'âge : lorsque cette information est vide, elle est transformée en "Année" ;
  - âge : lorsque cette information est vide elle est transformée en "0". Lorsque des caractères spéciaux sont utilisés (<, >, -), la transmission de la fiche peut être bloquée. Ceci est également vrai pour les champs de commentaires, il faut donc éviter l'utilisation de ces signes.

Lorsqu'à la fois l'unité d'âge et l'âge sont manquants, la fiche n'est pas transmise. Ainsi, le codage de l'âge a un impact sur la surveillance :

- lorsque âge=0 : difficulté de savoir si c'est une donnée manquante ou un codage volontaire. D'après les permanenciers, âge=0 n'est jamais volontairement utilisé. Cependant, certains logiciels mettent par défaut la date de naissance égale à la date du jour, ce qui peut entraîner des âges calculés égaux à 0 ;
- lorsque unité d'âge=année, difficulté de savoir si c'est une donnée manquante, ou un codage volontaire ;
- lorsque âge et unité d'âge sont vides ou avec des caractères spéciaux, certaines

fiches peuvent être non comptabilisées dans la surveillance.

- **Motif d'appel :**

Lorsque le motif 1 n'est pas renseigné, la fiche n'est pas transmise. Cette situation doit être rare car ce champ est dans la plupart des associations obligatoires pour l'enregistrement de la fiche. Cependant, l'association de l'Essonne souligne que toutes les consultations faites en cabinet n'ont pas de motif d'appel renseigné. Cette activité peut ainsi ne pas être comptabilisée par l'InVS. Les autres associations présentes ayant une activité de consultation (Bordeaux) expliquent que pour eux un motif est renseigné car le patient téléphone au préalable pour avoir un rendez-vous.

Cécile Durand présente ensuite quelques exemples de surveillance réalisée au niveau de l'InVS et souligne que toutes les informations pouvant bloquer la transmission d'une fiche (commune et code postal, âge, unité d'âge, sexe, motif d'appel) doivent être renseignées pour ne pas perdre des fiches dans la transmission et avoir une surveillance quantitative exacte des interventions réalisées.

## ÉCHANGES

Des échanges sont réalisés sur plusieurs cas pratiques de codage du motif d'appel. Le codage du motif semble être complexe et il n'y a pas toujours de "bonne solution".

SMF et l'InVS s'accordent à dire que le motif doit être plus symptomatique que diagnostique et décrire au mieux les symptômes évoqués par le patient, sans tirer de conclusions, le diagnostic revenant au médecin.

SMF précise que le (ou les) motif(s) d'appel indiqués doivent être ceux détectés comme les plus importants par le permanencier, le plus souvent par degré d'urgence, et qui sont essentiels à l'information du médecin réalisant la visite.

Enfin, l'InVS précise que dans un objectif de surveillance, il est bénéfique de disposer de plusieurs motifs renseignés pour construire des indicateurs de surveillance sanitaires performants.

Le codage de 2 à 3 motifs par appel semble alors être un bon compromis pour concilier les objectifs opérationnels des associations (information du médecin sur les motifs d'appels

essentiels) et les objectifs de surveillance sanitaire (construction d'indicateurs épidémiologiques les plus précis possibles).

L'InVS conclut sur l'importance du rôle des permanenciers dans cette surveillance actuellement basée sur des informations saisies au centre d'appel médical (motifs d'appels et données démographiques).

## Table ronde "Animation et utilisation régionale du système de surveillance"

**Animation :** Laurent Filleul (InVS, Cellule interrégionale d'épidémiologie Aquitaine)

**Participants :** Béatrice Broche (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Gard), Jacques Fogelman (Fédération des collèges régionaux de médecine d'urgence), Gilles Viudes (Agence régionale d'hospitalisation Paca/CH de Hyères), Émile Hobeika (SOS Médecins Lyon), Florian Franke (InVS, Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud)

- Laurent Filleul introduit la table ronde en présentant les participants et rappelle les objectifs de cette table ronde. Il s'agit de faire un tour d'horizon du point de vue des acteurs de terrain (professionnels de santé et décideurs) sur la mise en place de ce système de veille sanitaire, ainsi que sur leurs attentes en termes de besoins de rétro-information, d'organisation et d'amélioration de la culture du signalement.
- Florian Franke présente l'utilisation de la surveillance non spécifique réalisée actuellement par les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), en réponse notamment aux volets alerte des Plans régionaux de santé publique (PRSP) élaborés dans chaque région. Cette surveillance peut être, selon les moyens disponibles dans la Cire, pérenne ou ponctuelle selon les événements (climatiques, autre). Différentes sources de données sont analysées : état-civil, décès hospitaliers, bientôt certificats de décès électroniques, données hospitalières des serveurs ARH et du réseau Oscour lorsqu'elles sont disponibles, données des Samu et enfin, données d'activité des associations SOS Médecins. La Cire, après avoir vérifié la complétude et la qualité des données recueillies, les analyse puis les valorise au travers de bulletins de rétro-information. Ces données sont complémentaires et c'est leur confrontation qui permet à la Cire d'avoir une meilleure vision des événements.
- Émile Hobeika explique que l'analyse de ces données par les Cire peut également répondre à un besoin des associations de mieux comprendre leur activité afin d'améliorer leurs performances. Plusieurs informations intéressantes peuvent ainsi être traitées à partir de ces données comme : le délai de prise en charge des patients, notamment en fonction de la provenance de l'appel, la concordance entre les motifs codés au centre d'appel et les diagnostics médicaux, ou encore le devenir des patients traités. Par exemple, l'impression d'une demande croissante des personnes âgées auprès de SOS Médecins peut ainsi être évaluée à partir des données d'activité.  
Les données analysées rétrospectivement sur l'été 2003 ont montré qu'elles contenaient des éléments précieux pour la veille sanitaire.  
Émile Hobeika rapporte alors l'expérience enrichissante de la collaboration entre la Cire Rhône-Alpes et l'association SOS Médecins à Lyon. Après que l'association ait fourni une base de données historiques depuis 1998, des résultats très intéressants ont été produits par la Cire, certains gratifiants pour l'association, d'autres à améliorer. Tous ces éléments permettaient alors de répondre à de nombreuses questions que se posaient l'association et construisaient une démarche positive d'amélioration des performances.

- Jacques Fogelman intervient au nom des 22 collèges régionaux de médecine d'urgence. Dans des systèmes de surveillance non spécifiques, il est important que l'extraction des données soit faite à partir du logiciel métier afin de ne pas surcharger de travail les médecins. De plus, il est important de donner du sens à ces données en réalisant des retours d'information régionaux aux différents acteurs du système créant une valeur ajoutée sur les pratiques quotidiennes.

Dans les textes de loi de 2006<sup>1</sup>, il est prévu que les médecins de ville soient associés au réseau des urgences.

Il faut structurer les régions et les moyens pour permettre une exploitation des données.

Les collèges régionaux de médecins d'urgence et la fédération des associations SOS ne doivent pas développer des systèmes parallèles et qui ne communiquent pas.

Tous les professionnels de l'urgence et la Cire devraient participer à un observatoire régional de l'urgence dans lequel on partage la culture épidémiologique et les difficultés de terrain.

Pour cela, la Cire est un élément fondamental pour la surveillance et l'alerte au niveau d'une région.

- Gilles Viudes présente les attentes de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) autour de la veille sanitaire en Paca. Deux champs paraissent nécessaires : la veille sanitaire, qui est le domaine de la Cire et pour laquelle la rétro-information est essentielle, d'autre part, l'organisation et la gestion des services d'urgences afin d'améliorer l'offre de soin. Pour assurer la gestion logistique du recueil des données, l'ARH a créé le GIP ORUPACA,

dont la mission est de favoriser l'exhaustivité de la participation des établissements au réseau de veille et l'organisation des réseaux territoriaux d'urgence (y compris la réalisation du répertoire organisationnel des ressources – ROR).

L'intérêt des données SOS Médecins, dans ce cadre, réside dans l'amélioration du flux des patients ville/hôpital et dans l'interface entre le Samu et les professionnels de santé. Les associations doivent être impliquées dans les réseaux territoriaux d'urgence.

- Béatrice Broche présente les missions de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) concernant la veille sanitaire : réception et analyse des signaux sanitaires d'un département, organisation pour la permanence de réception et de traitement de ces signaux, transmission du signal et mise en place des mesures de contrôle sur le terrain. Concernant le réseau SOS Médecins, la Ddass n'a pas de vision sur ce système car il n'arrive pas jusqu'à elle. Cependant, lorsque l'on se penche plus particulièrement sur ce système et que l'on se demande à quoi cela pourrait servir, on se rend compte que c'est le seul système organisé de médecine de ville et que de nombreuses informations pourraient être utiles pour la gestion et la mise en œuvre de mesures correctives. La disponibilité de ces informations aurait ainsi pu économiser du temps et de l'énergie utilisés à construire des systèmes artisanaux lors de situations difficiles. Ce système aujourd'hui en développement a donc un avenir prometteur appuyé sur l'information et sur un réseau d'acteurs.

<sup>1</sup> CSP article R 6123-26. L'établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3<sup>e</sup> de l'article R 6123-1 met en place ou participe à un réseau avec d'autres établissements de santé publics ou privés. Ce réseau contribue à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres, et coordonner leurs actions et leurs moyens.

## DISCUSSION

- Patrick Guérin : quels sont les rapports Cire – Ddass et que peut-on attendre des transmissions des données SOS Médecins vers la Cire et vers la Ddass ?
  - Réponse de Laurent Filleul : certaines Cire font de la rétro-information et diffusent l'information aux services qui en ont besoin, y compris les Ddass. L'objectif étant qu'à terme, cette transmission d'information se généralise.
  - Réponse de Béatrice Broche : la Ddass et la Cire sont très proches, ce qui permet une collaboration.
- Danièle Illef : quelle est la place des acteurs de soin ambulatoire dans le réseau soin urgence ? dans le GIP Paca ?
  - Réponse de Jacques Fogelman : tous les professionnels assurant la permanence des soins sont associés lors de réunions sous l'égide de l'ARH. Leur rôle est très important sur l'offre de soin. Le ROR doit intégrer les structures d'urgence en ville dans l'offre de soins.
  - Réponse de Gilles Viudes : trois exemples de ROR en Rhône-Alpes : réseau RENAU (réseau Nord Alpin d'urgence), établissements de soins de suite et de réadaptation, médecine ambulatoire. Tous ces ROR intègrent la disponibilité médicale en ambulatoire, les systèmes de garde.
- Laurent Filleul : quels sont les priorités, les besoins des associations concernant la réalisation d'études par les Cire ?
  - Réponse de Patrick Guérin : une commission scientifique SOS Médecin existe pour définir ces orientations scientifiques. Des études ont déjà été initiées. Des partenariats sont mis en place et des présentations faites en congrès des urgentistes. Une forte collaboration a été engagée avec les Samu et les hospitaliers, et les médecins SOS participent aux collèges d'urgentistes en région. Le codage des diagnostics serait également un atout essentiel pour la réalisation d'études scientifiques.

Thierry Gentilhomme, Direction générale de la santé,  
Département des urgences sanitaires

Mesdames et Messieurs, bonjour,

À moi revient donc la tâche de conclure cette journée de travail qui, si j'en juge par la table ronde à laquelle je viens d'assister, a été fort riche en échanges.

Je suis responsable au ministère de la Santé du Département des urgences sanitaires – le DUS – structure nichée dans l'administration sanitaire. Ce département est une plate-forme qui, à terme, devrait compter une quarantaine de personnes, des médecins, mais aussi des vétérinaires, des ingénieurs, des pharmaciens, et qui a deux grandes missions.

Tout d'abord, la réception des alertes, leur analyse, leur mise en perspective, puis, si besoin, la mise en œuvre de mesures de gestion, si ces mesures ne peuvent être prises au niveau de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, si la gestion nécessite une coordination sur plusieurs départements ou entre plusieurs ministères.

Sa deuxième grande mission est la préparation des plans, l'anticipation des moyens nécessaires pour la gestion de crise. Cette mission est facilitée par la création récente d'un établissement public chargé de la gestion de la réserve sanitaire, l'Eprus (Établissement de préparation et de réponse aux urgences).

Je suis très content que la médecine ambulatoire participe à la surveillance sanitaire. C'est très utile. Nous savons que l'InVS a des "yeux" et peut surveiller les événements sanitaires en dehors de l'hôpital et, pour nous, c'est fondamental.

Vous savez que, dans le cadre du règlement sanitaire international, nous devons surveiller les événements inhabituels. Plus nous aurons de vigies, de capteurs sur le terrain, plus nous capterons de signaux. Nous comptons sur vous pour signaler à l'InVS ces événements qui vous sembleraient anormaux.

Vous confortez le travail de l'InVS qui est un de nos partenaires les plus proches et cela renforce la pertinence du système de veille sanitaire.

Par ailleurs, la proximité avec la médecine ambulatoire est très importante pour nous quand nous préparons les plans, par exemple le plan pandémie grippale. En effet, dans ces plans, nous avons besoin des acteurs ambulatoires; lorsqu'ils sont organisés en réseau, nous pouvons entrer en contact avec eux plus facilement.

Merci donc de votre engagement pour la veille sanitaire et la santé publique.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE  
12 rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex - France  
Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00 - Fax : 33 (0)1 41 79 67 67  
[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

ISSN : en cours  
ISBN : 978-2-11-097870-7  
Tirage : 170 exemplaires  
Impression : France Reprô –  
Maisons Alfort  
Réalisé par DIADEIS-Paris  
Dépot légal : juillet 2008