

## ● La mise en chantier de la surveillance d'événements non spécifiques à partir des services d'urgence et de la veille sur les données de mortalité transmises par l'Insee

### La surveillance d'événements non spécifiques à partir des services d'urgence

L'ampleur de la mortalité observée lors de la crise de l'été 2003, sur une très courte durée et de façon complètement inattendue, a fait émerger la nécessité d'un système d'alerte capable de gérer des signaux issus des intervenants sanitaires les plus précoces (services d'urgence), et de réagir dans un délai très bref pour mobiliser et optimiser les moyens sanitaires existants. L'InVS est chargé de mettre en place un tel système à courte échéance. Imaginer un tel système d'alerte apparaît comme

une démarche originale non seulement au sein de l'InVS mais dans la pratique de santé publique des pays développés. Il est important de souligner que jusqu'à présent aucun pays développé n'a mis en place un dispositif centralisé d'alerte sanitaire basé sur l'activité des urgences, en dehors de situations de crises ou de catastrophes naturelles. De ce fait, les références internationales manquent. Et on peut penser que les difficultés pratiques dans la mise en place d'un tel système ont limité sa mise en œuvre.

### Le contexte actuel des urgences

A l'évidence, le dispositif sanitaire des urgences connaît depuis une dizaine d'années des changements structurels profonds. La fréquentation ou l'appel aux urgences préhospitalières et hospitalières progressent régulièrement dans notre pays. Cette progression tient en partie à la redistribution de l'offre de soins – diminution de la part de la médecine ambulatoire au profit de la médecine hospitalière – et à une extension des motifs de recours aux urgences pour de nombreux états de santé. Dans le même temps, les phénomènes morbides émergents en population

– desquels on peut rapprocher la canicule – vont entraîner un recours aux urgences de première intention, donnant ainsi à celles-ci une position d'observatoire de la santé des populations. Il en est de même pour les autres intervenants sanitaires, comme les pompiers et la médecine de ville. L'importance des urgences préhospitalières et hospitalières est aujourd'hui considérable. Il y a près de 600 unités d'urgence qui assurent 13 millions de passages annuels soit 35 000 passages par jour en moyenne, avec des fluctuations dans le temps.

### Le travail sur les données d'activité des urgences

Les données sanitaires issues du système des urgences sont en partie mal connues et peu étudiées dans une optique de santé publique. Leur analyse est aujourd'hui inexistante.

Elles sont cependant susceptibles de permettre une analyse épidémiologique descriptive des recours aux urgences et de fournir des signaux d'alerte, par l'analyse des variations d'activité.

La mise en place d'un système de surveillance et d'alerte à partir des données d'activité des urgences nécessite donc des étapes préalables :

- standardisation et validation des données recueillies, automatisation de leur transfert, afin de constituer une base de données représentant l'activité des services et des intervenants de l'urgence ;
- identification des signaux sanitaires pertinents et

disponibles en temps réel, analyse de ces signaux selon des critères scientifiques ;  
– détermination de seuils critiques dont le franchissement pourra se traduire en terme de pré-alerte ou d'alerte, puis validation...

Ces données doivent pouvoir être mises à jour quotidiennement et corrélées aux données antérieures de référence pour permettre des comparaisons d'activité ; elles doivent pouvoir faire

l'objet d'un retour d'informations sous forme synthétique... La réactivité de l'organisation sanitaire en retour apparaît comme un point clé du dispositif.

Il est important de noter que les données ainsi recueillies et analysées pourraient également contribuer à une meilleure gestion des capacités de fonctionnement des urgences, en les couplant à une analyse prévisionnelle des besoins de soins, à partir des données disponibles à l'InVS.

## La constitution d'un réseau pilote de surveillance

Le projet initial prévoyait une surveillance à partir des établissements de référence des zones de défense. Mais une enquête menée par l'InVS sur l'informatisation des urgences hospitalières a montré que tous ces établissements ne sont pas informatisés de façon satisfaisante pour envisager rapidement un tel recueil de données.

Il a donc été décidé, en accord avec la DHOS, de débiter le réseau sur la base d'établissements informatisés avec un des deux systèmes suivants : Urqual ou RésUrgences. Les éditeurs de ces deux logiciels, contactés par la DHOS et l'InVS, ont préparé un programme permettant l'extraction des données. Après les tests effectués avec deux hôpitaux (Le Mans et Cochin), la validation des informations qu'ils ont transmis de façon automatique a permis d'autoriser l'installation

progressive du logiciel d'extraction dans les autres établissements participant à ce réseau dans sa phase expérimentale. En juin 2004, l'ensemble des établissements pilotes (10 en région parisienne, 10 en province) doivent être opérationnels et transmettre quotidiennement des données à l'InVS.

Dans ces établissements, le projet est conduit en lien avec la DHOS. Ce réseau, qui aura vocation à s'étendre à d'autres établissements après une phase d'évaluation, inclut également certains Samu et Smur, des Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et des associations comme SOS Médecins.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) a rendu un avis positif à la demande qui lui a été faite sur ce projet.

## Le dispositif de messagerie permanente de l'InVS à la disposition des urgentistes

Compte tenu de la complexité de mise en place d'un système pérenne d'alerte à partir de l'activité des urgences, il a été décidé, en accord avec les urgentistes, de mettre en place une messagerie permanente 7 jours sur 7, 24 h sur 24, dédiée aux urgentistes, opérationnelle dès le mois d'octobre 2003 :

– **messagerie alerte** : [alerte@invs.sante.fr](mailto:alerte@invs.sante.fr)

– **fax dédié à l'alerte** : 01 43 75 88 36

– **et un numéro de téléphone dédié à l'alerte déjà existant et actif 24/24h** : 01 41 79 67 15

**La messagerie et le fax sont également relevés le week-end.**

Ces informations ont été transmises aux urgentistes, de façon à être visible de façon permanente au sein de tous les services d'urgence.

## Projet de système de veille à partir des données de mortalité transmises par l'Insee

L'InVS est également chargé, à la suite des événements de l'été 2003, de la mise en place d'un système de veille sanitaire basé sur le recueil quotidien de la mortalité, à partir des données transmises par l'Insee. Des systèmes opérationnels de surveillance hebdomadaire de la mortalité

existent à l'étranger (Angleterre-Pays de Galles, USA). En France, ce système doit s'intégrer notamment au Plan national canicule pour permettre de détecter précocement une modification significative de la mortalité et générer éventuellement une alerte.

## Schéma du dispositif retenu

Le recueil des données de mortalité se fera à partir des communes informatisées (842 dont 801 en métropole), ce qui représente 2,3 % des communes et environ 63 % des décès. Les communes informatisées utilisant le mode de transmission télématique sont celles qui transmettent leurs données à l'Insee le plus rapidement (70 % des avis 7 bis sont transmis dans un délai de un à huit jours). En 2004, l'Insee a comme objectif de poursuivre la démarche d'informatisation des communes pour l'état civil, principalement pour celles déclarant plus de 1 000 décès par an ; en fin d'année, ce gain d'informatisation permettrait une couverture de plus de 70 % des décès.

Après opération de contrôle et de codage de certaines variables, l'Insee transmettra quotidiennement les données nécessaires à l'InVS : sexe, date de naissance, commune de domicile, date de décès, lieu géographique du décès (département et commune), lieu physique du décès (domicile, structure médicale publique ou privée, établissement pour personnes âgées, voie publique, autres), profession.

Les données seront analysées par l'InVS sur une base hebdomadaire systématique, avec possibilité d'analyse quotidienne si nécessaire.

## Etude de faisabilité

Sur la base de la liste transmise par l'Insee, 147 communes informatisées ont été choisies par l'InVS pour participer dans un premier temps à la phase pilote du système en 2004. Compte tenu du caractère non spécifique de l'indicateur mortalité, ce choix a été guidé par la nécessité de coupler les systèmes de veille de la mortalité, d'information sur l'activité des services d'urgence et d'alerte canicule. Les communes choisies sont donc celles :

- pour lesquelles le centre hospitalier participe au système d'information sur l'activité des urgences ;

- ou pour lesquelles un recueil de données de mortalité sera initié directement et de façon journalière par les Cire en cas d'activation du niveau 2 du Plan national canicule.

La convention avec l'Insee, la constitution du groupe de travail InVS-Insee, de même que la procédure auprès de la Cnil sont en cours.