



# Surveillance épidémiologique : une responsabilité du médecin de famille

Rev Med Suisse 2011 ; 7: 1084-8

**L. Herzig  
C. Dvořák  
P. A. Bovier**

Drs Lilli Herzig et Charles Dvořák  
Institut universitaire de médecine  
générale  
1011 Lausanne  
Lilli.Herzig@hin.ch  
ch.dvorak@bluewin.ch

Dr Patrick A. Bovier  
Av. Alexandre-Vinet 32  
1004 Lausanne  
patrick.bovier@post.harvard.edu

## Epidemiological surveillance: family doctors' responsibility

Epidemiological surveillance systems are essential and require efficient collaborations between family doctors and public health services. Such a system has to take into account the increase in the number of health problems to be studied. Information gathered at an individual level should imply decisions at a population level which in turn should impact on the individual patient. Epidemiological surveillance requires a well organized, representative and constantly revised system led by motivated, adequately trained doctors.

Une surveillance épidémiologique de la population est indispensable et nécessite une collaboration efficace entre médecins de famille et service de santé publique. Un tel système doit pouvoir répondre aux enjeux d'un nombre croissant de problèmes sanitaires. La mise en commun d'observations isolées dans un réseau de surveillance épidémiologique peut permettre d'améliorer les connaissances médicales, qui en retour peuvent servir à l'amélioration de la prise en charge individuelle des patients. La surveillance épidémiologique nécessite un système éprouvé, constamment réadapté, bien organisé, répondant à des critères de représentativité, faisant appel à des médecins motivés, bien formés à cette discipline.

## INTRODUCTION

Les médecins de famille, avec les pédiatres, sont les premiers interlocuteurs des patients et ce sont eux qui détectent l'émergence précoce d'épidémies comme la grippe ou la rougeole. Or, les maladies transmissibles affectent des individus qu'il s'agit de traiter individuellement, approche classique de tout médecin de terrain.

Inversement, la responsabilité de tout gouvernement est de mettre en place un système de détection précoce visant notamment à restreindre l'extension des épidémies par des mesures sanitaires relevant d'une connaissance précise du terrain. La collaboration, à cette fin, entre le Service de santé publique (SP) et les médecins de famille est essentielle. Leur vigilance et leur expertise ainsi qu'un échange fiable et systématique de leurs observations sont incontournables. Hormis les maladies infectieuses, d'autres problèmes relevant de la santé nécessitent également une approche individuelle et populationnelle, que ce soit dans une perspective thérapeutique ou préventive.

Cet article a pour but de passer en revue les conditions et l'état actuel de la collaboration entre médecins de famille et SP avec cette double préoccupation portant simultanément sur l'individu et la population et de dessiner quelques perspectives futures.

## COLLABORATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ENTRE MÉDECINS DE FAMILLE ET SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE

### Vaccin Triviraten: pourquoi fût-il retiré?

En Suisse, deux épidémies d'oreillons sont survenues en 1998, malgré une couverture vaccinale infantile proche de 80%, censée être suffisante pour conférer une immunité de population contre le virus ourlien.

L'interrogation suscitée par cette propagation malgré des mesures vaccinales considérées efficaces a porté, entre autres, sur l'efficacité des vaccins employés. Un protocole d'étude s'est intéressé à tester rétrospectivement le degré de protection conféré par les vaccins utilisés entre janvier 1999 et mai 2000. Il a

impliqué, sur mandat de la SP, le réseau de surveillance Sentinella.

Les résultats obtenus ont relevé l'inefficacité d'une des souches vaccinales utilisées (Rubini), constituant d'un vaccin jusqu'alors largement utilisé (Triviraten). La dynamique populationnelle de l'épidémie, ainsi mieux comprise, a conduit à des mesures adaptées - abandon du vaccin incriminé – définissant une nouvelle action, se rapportant en retour à l'individu.<sup>1</sup>

Cet exemple détaille les étapes de la collaboration entre SP et médecins de famille. Un cas isolé de maladie transmissible diagnostiqué par un médecin ne poserait évidemment aucun problème. Par contre, la survenue de plusieurs situations analogues, dans une région et un temps donnés, annoncées simultanément par différents médecins, fait apparaître toute la dimension du problème. Encore faut-il que les praticiens déclarants soient représentatifs selon des critères démographiques et géographiques.

Les informations obtenues, transmises à un organisme reconnu, mandaté pour en faire l'analyse scientifique, peuvent conduire à des mesures adéquates par les autorités sanitaires.

En résumé, il s'agit d'une transmission circulaire d'informations affectant au départ un ou plusieurs individus, alertant les médecins attentifs à la dimension communautaire puis le SP. Ce dernier initie une interrogation critique des événements parallèles au sein de la communauté et cherche une réponse globale adaptée en termes de santé publique dont l'individu bénéficiera en retour (figure 1).

## HISTORIQUE

C'est pour répondre aux interrogations épidémiologiques fréquentes en médecine de famille, qu'un système de veille sanitaire ambulatoire a été mis en place en Suisse et que Sentinella a été fondé en 1984.

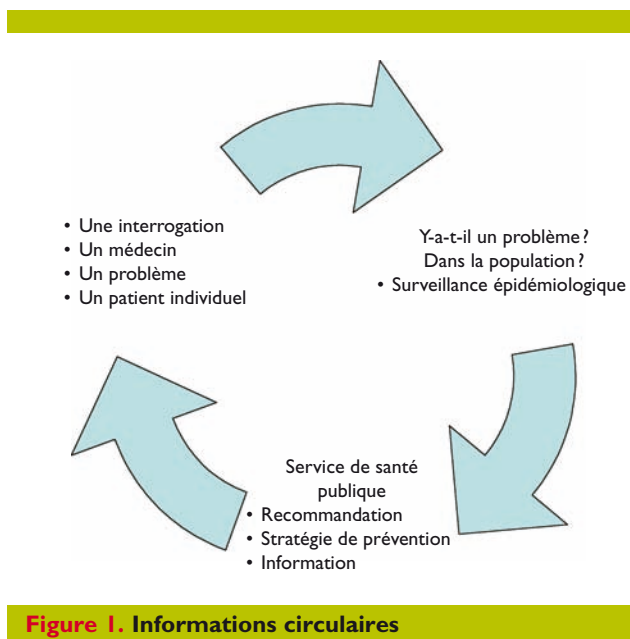


Figure 1. Informations circulaires

Depuis sa création, entre 150 et 200 médecins ont participé chaque année, annonçant de manière hebdomadaire tout patient présentant certaines maladies transmissibles ne relevant pas du régime des déclarations obligatoires. L'OFSP (Office fédéral de la santé publique) collecte les données et les publie régulièrement. Initialement, seules les maladies transmissibles furent concernées. Puis, à l'initiative des médecins eux-mêmes, mais également d'autres structures comme l'OBSAN (Observatoire de la santé) ou les Instituts de médecine générale, d'autres thèmes ont pu être abordés, élargissant le cadre initial (tableau 1). Le choix des thèmes relève de la Commission des programmes (CdP), organe décisionnel de Sentinella, qui chaque année les réactualise. La particularité de toutes ces études est de reposer sur la même circularité d'informations dans le but d'améliorer la qualité des soins.

Tableau 1. Quelques thèmes abordés par Sentinella

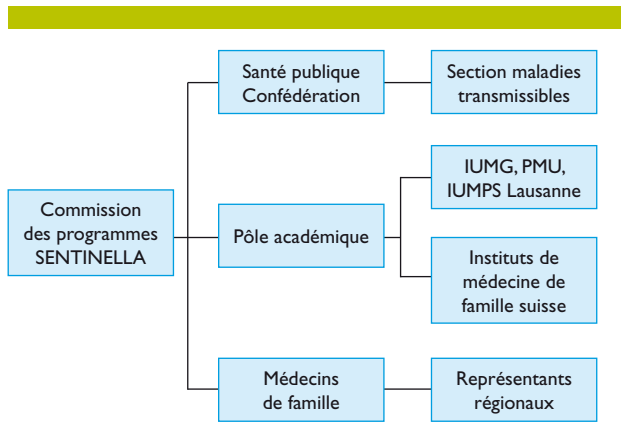
Liste non exhaustive.

Références à disposition sur le site de l'Office fédéral de la santé publique.

Maladies infectieuses	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influenza</li> <li>• Vaccin de la grippe</li> <li>• Rougeole</li> <li>• Oreillons</li> <li>• Norovirus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morsure de tiques et maladie de Lyme</li> <li>• Résistances aux pneumocoques</li> </ul>
Autres thèmes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentamen</li> <li>• Dépression</li> <li>• Asthme</li> <li>• Syndrome du tunnel carpien</li> <li>• Effets indésirables des anti-inflammatoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morsures et griffures</li> <li>• Consultations pour fumeurs</li> <li>• Lombalgies aiguës</li> <li>• Arrêts de travail</li> <li>• Boulimie et anorexie</li> <li>• Prescription d'antibiotiques</li> </ul>

## SENTINELLA: UN SYSTÈME ÉPIDÉMIOLOGIQUE, SON FONCTIONNEMENT

A ce jour, Sentinella est le seul système de surveillance épidémiologique ambulatoire, couvrant l'ensemble du territoire suisse. La participation des médecins de famille se fait sur une base volontaire. Ils sont recrutés dans un souci de représentativité géographique (villes-campagnes) et démographique de l'ensemble de la Suisse. Si Sentinella a été créé à l'origine par l'OFSP, il a depuis évolué et repose désormais sur trois piliers d'importance égale (figure 2). Le premier est celui des médecins de famille représentés à la CdP par six responsables régionaux. Le deuxième est celui de l'OFSP, représentant les autorités sanitaires, par sa section des maladies transmissibles et mettant à disposition son infrastructure et son expérience acquise depuis 25 ans. Un troisième pilier a été récemment adjoint afin de répondre aux exigences scientifiques de plus en plus complexes, celui d'un pôle académique. Son rôle est de garantir la qualité scientifique des projets choisis par la CdP et de promouvoir leurs diffusions au sein de la communauté scientifique internationale. Ce pôle est assumé par des collaborateurs de trois instituts universitaires lausannois : à savoir un médecin praticien chargé de recherche, cadre de l'IUMG (Institut universitaire de médecine générale), de médecins re-



**Figure 2. Organigramme Sentinella**

IUMG: Institut universitaire de médecine générale; PMU: Polyclinique médicale universitaire; IUMPS: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

présentants de l'IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive) et de la PMU (Polyclinique médicale universitaire). Sentinella est donc basé sur un concept permettant de reconnaître l'expérience et les interrogations cliniques des praticiens, l'expertise du pôle académique et les besoins de la santé publique.

Depuis deux ans, l'important travail fourni par les médecins de famille a enfin été reconnu et est désormais correctement dédommagé. Ce financement devrait aussi permettre d'offrir une formation minimale en recherche pour ces médecins, tout en influençant favorablement la qualité de la récolte des données. Au-delà de l'aspect financier, c'est aussi une reconnaissance du médecin de famille en tant que partenaire indispensable au système de surveillance qui a été obtenue.

## Dépression en médecine de famille

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression est la quatrième cause d'invalidité mondiale et sera la deuxième en 2020! Les patients atteints de dépression sont donc un défi important en termes de santé publique. Très fréquentes en médecine de famille, les données épidémiologiques précises permettant de les évaluer sont pourtant rares.<sup>2</sup>

En 2008, le système Sentinella a recensé sur une base hebdomadaire, tout patient présentant une symptomatologie dépressive, recensant son degré de gravité, des données sociodémographiques, la présence de comorbidités et l'attitude thérapeutique (abstention, soutien ou psychothérapie par le médecin de famille, traitement médicamenteux, référence au spécialiste). Il s'avéra, que la majorité des patients souffrant d'état dépressif, consultaient leur médecin de famille à ce titre et que 80% d'entre eux présentaient des comorbidités. Les prises en charge furent également majoritairement faites par les médecins de famille. L'étude a démontré également une prévalence de dépressions plus importante en Suisse romande par rapport à la région alémanique.<sup>3</sup>

La publication de ce rapport a trouvé un large écho

dans la presse également non spécialisée et a lancé une polémique quant à l'adéquation de la prise en charge des patients dépressifs par les médecins de famille, tant en ce qui concerne leurs pertinences diagnostiques que thérapeutiques.

Ce second exemple illustre la diversité des sujets traités en termes de politique sanitaire mais également les répercussions que ces observations peuvent avoir sur la prise en charge individuelle des patients. Celles-ci influencent déjà les programmes de formation de la relève médicale.

Par extension, il apparaît légitime de prétendre qu'un grand nombre de nos questions cliniques, celles auxquelles nous sommes confrontés tous les jours, peuvent être abordées sous l'angle représentatif d'un système de veille épidémiologique comme le démontre le troisième exemple.

## Morsures de tiques et pathogènes

Certaines morsures de tiques donnent lieu à des tableaux cliniques particuliers ne correspondant pas aux seuls pathogènes traditionnellement incriminés (*Borrelia* ou virus de l'encéphalite à tiques). D'autres agents sont-ils impliqués? Une étude actuellement en cours, extension d'une première observation liant temporellement les morsures de cet arthropode aux pathogènes connus (figure 3), tentera de le démontrer.

## PERSPECTIVES D'AVENIR DES DIVERS SYSTÈMES DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le système Sentinella suisse a une tradition de plus de vingt ans et a été créé avant l'introduction des technologies informatiques et du dossier patient informatisé. Le système répond encore de façon satisfaisante aux besoins des différents intervenants. Cependant, devant la pénurie annoncée des médecins de famille, d'autres pistes de surveillance épidémiologique doivent être explorées.

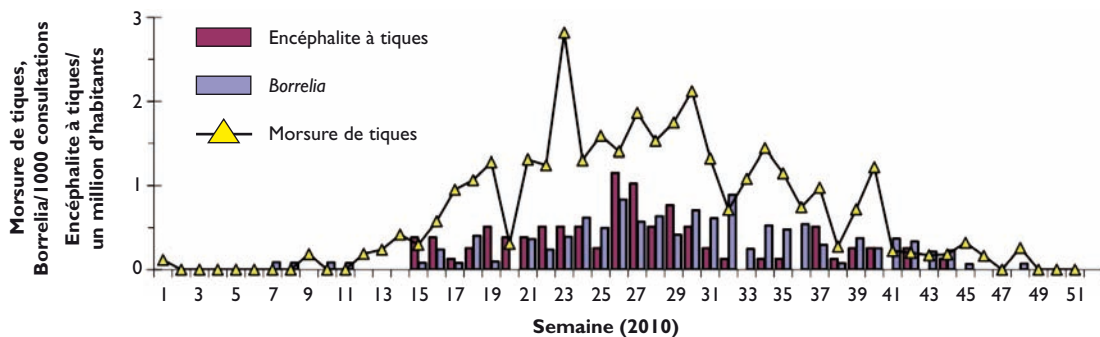
Aucune population ne peut faire l'économie d'une surveillance épidémiologique fiable et chaque pays s'est organisé à sa manière, avec comme points communs la collaboration entre médecin de famille et SP et le souci de répondre aux aspects individuels et populationnels de santé.

Au Royaume-Uni, le système mis en place est particulièrement performant, en raison de la place primordiale que la médecine de famille y occupe combinée avec l'utilisation systématique d'un dossier médical informatisé, standardisé, permettant une transmission des données nettement plus rapide et aisée.

Le projet «FIRE»<sup>4</sup> est un projet élaboré en Suisse allemande sur l'initiative de praticiens utilisant un dossier informatique et devrait par analogie, à terme, permettre une même facilité de déclarations homogènes. La surveillance épidémiologique et les mesures sanitaires qui en découlent devraient s'en trouver renforcées.

Le progrès des technologies d'information remet toutefois le rôle du médecin de famille en même temps en question.

Ainsi, en 2010, le géant informatique Google a proposé de suivre l'extension de la pandémie de grippe AH1N1 en



**Figure 3. Morsure de tiques, *Borrelia* (système de déclaration Sentinella) et encéphalite à tiques (déclaration obligatoire, Office fédéral de la santé publique)**

traçant les mots clés comme «fièvre» introduits par les internautes sur les moteurs de recherche. Avec semble-t-il un certain succès tout en soulevant de nombreuses questions, celles d'abord de son apparente pertinence. Il est en effet nettement plus simple de reconnaître (ou présumer!) d'emblée l'origine grippale vraie d'un état fébrile au cœur d'une épidémie déjà démontrée, que d'en débusquer les signes avant-coureurs de son installation, stade où la fonction de veille est la plus utile. De même, suivre simplement les interrogations de la population sur un moteur de recherche n'amène que peu d'informations pertinentes si l'objectif suivi en est les mesures préventives.

Le questionnement clinique du médecin ne pourra certainement jamais être remplacé et les hypothèses formulées devront toujours passer par l'épreuve scientifique avant toute intervention.

Mais les questions soulevées par les changements technologiques dans nos procédures diagnostiques risquent d'être tout autres. Les données médicales doivent rester confidentielles et ne peuvent être utilisées que dans le but de soigner l'individu et répondre aux questions sanitaires d'une population! Jusqu'à présent, ce souci a été respecté par les différents intervenants. Cependant, la facilité apportée par la communication informatisée ouvre aussi la porte à une utilisation non médicale, à des fins de contrôles, de marketing ou d'économie, abusive. Afin d'empêcher des dérives inacceptables, il est de la responsabilité commune des médecins, des représentants sanitaires et des patients de réfléchir à la protection et à l'utilisation des données confidentielles.

## CONCLUSIONS

La surveillance épidémiologique de la population suisse par les médecins de famille reste indispensable pour continuer à répondre aux enjeux d'un nombre croissant de problèmes sanitaires. Les informations médicales collectées auprès du patient peuvent servir à la définition d'objectifs thérapeutiques ou de prévention. En retour, les renseignements obtenus dans le cadre d'un réseau de veille sanitaire doivent servir individuellement chaque patient. Si l'informatique peut dorénavant faciliter la transmission et le traitement des données et participer à la définition de nouvelles stratégies, elle ne peut en aucun cas remplacer

les interrogations et les décisions médicales qui relèvent d'un cadre éthique plus large. La surveillance épidémiologique nécessite un système éprouvé, constamment réadapté, bien organisé, répondant à des critères de représentativité, faisant appel à des médecins motivés, bien formés à cette discipline et à une protection des données confidentielle efficace. Elle permet de surcroît d'élargir le domaine de la recherche médicale ambulatoire avec un gain qualitatif évident.

## Implications pratiques

- > Un système de surveillance épidémiologique est nécessaire dans chaque population et relève de la compétence de différents acteurs (médecin de famille, santé publique)
- > Des interrogations individuelles amènent à une analyse populationnelle pour servir à nouveau l'individu
- > Pour être efficaces, les informations fiables doivent circuler dans les deux sens entre le terrain et l'office de santé publique
- > La transmission de données par les moyens informatiques va certainement faciliter les échanges d'informations tout en soulevant une série de questions
- > Les interrogations des praticiens ou du service de la santé publique et l'élaboration de questions de recherche pertinentes nécessitent un renforcement des compétences académiques comme cela a été proposé dans le système Sentinella suisse

## Bibliographie

- 1 \* Richard JL, Zwahlen M, Feuz M, Matter HC. Comparison of the effectiveness of two mumps vaccines during an outbreak in Switzerland in 1999 and 2000: A case-cohort study. *Eur J Epidemiol* 2003;18:569-77.
- 2 Anseau M, Dierick M, Buntinx F, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004;78:49-55.
- 3 Santé mentale de la population. *OBSAN Bulletin* 1/2010.
- 4 Chmiel C, Bhend H, Senn O, Zoller M, Rosemann T. The FIRE project: A milestone for research in primary care in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2011; 140:w13142.

\* à lire  
\*\* à lire absolument