

## Séminaire AMISP<sup>1</sup>-CMG<sup>2</sup> des 23 et 24 mai 2012

### Atelier "Veille et Alerte"

Ce séminaire et, notamment, cet atelier a été l'occasion de poser les questions issues des changements majeurs du système de veille et d'alerte en santé survenus au cours de la dernière décennie, de faire le point sur la situation actuelle et de présenter des actions d'amélioration préparées et/ou réalisées par des acteurs de terrain représentant des professionnels de santé libéraux et de l'état, et impliquant les professionnels de santé de premier recours dont les médecins généralistes. Les constats et ces actions d'amélioration ont été partagés et débattus. Des propositions d'avenir ont été construites par l'ensemble des membres de l'atelier.

Qu'elles soient entendues par les décideurs concernés: tel est le souhait des membres de cet atelier national.

## Contexte

Le professionnel de santé aspire depuis toujours à prodiguer le meilleur soin au patient qui le consulte.

Cependant le contexte de sa prestation évolue fortement au gré des progrès de la science et des connaissances, de l'apparition de nouvelles techniques de diagnostic et de soins de plus en plus pointues, du développement des techniques de l'information donnant notamment accès à tous à l'information médicale et invitant la santé publique dans le champ médiatique.

L'exercice de son art se complexifie aussi du fait de l'apparition de crises sanitaires depuis les années 90 mais aussi l'émergence de nouvelles maladies ou de maladies mieux détectées, et l'utilisation possible de thérapeutiques plus efficaces mais aussi plus génératrices de risques. La population devient dès lors de plus en plus exigeante à l'encontre des professionnels de santé: il faut conjuguer sa demande du tout sécuritaire (risque 0) avec son aspiration légitime à vouloir bénéficier des progrès de la science qui permettent chaque jour de gagner des temps de vie supplémentaires sans incapacité.

Le professionnel de santé est donc tiraillé entre une demande de soin de plus en plus pointue et exigeante et la nécessité, pour y répondre bien, de s'évaluer, de se former plus fréquemment, et de faire évoluer son organisation et ses actes de soins et de prévention en conséquence.

Il est ainsi invité à développer des stratégies pour mieux détecter et traiter les événements de santé non désirés afin de réduire leur impact et leur risque de reproduction tout en maîtrisant le temps à leur consacrer. Il s'agit pour lui de maîtriser leurs "coûts" humains pour le patient mais aussi pour lui (en temps perdu, en fatigue) lorsqu'il n'est pas préparé ou ne sait pas trouver l'aide nécessaire ou passer le relais.

---

<sup>1</sup> Association des Médecins Inspecteurs de Santé Publique: AMISP

<sup>2</sup> Collège de Médecine Générale: CMG

### *Dans quel système le professionnel de santé exerce son art ?*

L'environnement d'exercice du professionnel de santé évolue aussi. La gestion de son activité est passée en peu de temps, selon les dynamiques régionales, d'une gestion très individuelle à une gestion plus partagée. De nombreux réseaux de santé ou réseaux professionnels se sont mis en place. Et depuis plus récemment les maisons et pôles de santé, les centres de santé et les maisons médicales de garde prolifèrent. Tous ces nouveaux modes d'exercice sont certainement aidants mais peuvent aussi apporter d'autres exigences et d'autres risques.

---

**Les institutions du système de santé publique** ont, elles aussi, évolué pour faire face aux événements majeurs de sécurité sanitaire qui ont été révélés ces dernières années et à d'autres qui sont susceptibles de survenir chaque jour.

Les structures nationales et services centraux ont été les premiers à être réformés depuis notamment la loi de 1998, puis celle de 2002. S'en sont suivies, à des rythmes divers, et en fonction des dynamiques et priorités régionales validées par les acteurs régionaux, des évolutions sensibles des politiques de santé publique régionales et notamment du dispositif de veille, d'alerte et de gestion des événements de santé.

Ces dix dernières années celui-ci s'est développé, structuré et a expérimenté de nouvelles modalités d'actions plus exigeantes et impliquant de plus en plus les acteurs de santé de proximité. Il en est ainsi de l'hémovigilance qui s'est structurée autour de correspondants locaux, de comités idoines, puis de l'infectiovigilance qui s'est organisée d'abord autour d'un comité interrégional et des équipes locales d'hygiène dans les établissements de santé, puis plus récemment au niveau régional. Si ces deux systèmes de vigilance se sont mis en place dans les établissements de santé, le service régional de pharmacovigilance a quant à lui la particularité de devoir développer son cadre d'action auprès des professionnels de santé tant hospitaliers qu'ambulatoires.

Au tout début des années 2000 des équipes décentralisées de l'InVS, les Cire, sont apparues progressivement dans toutes les inter-régions et sont positionnées dans les services déconcentrés du ministère de la santé, les Drass. Ce n'est que récemment, en 2008, qu'ont été créées des antennes régionales de Cire en Franche-Comté puis en Alsace.

Au début des années 2000 ont aussi été créées dans ces mêmes services déconcentrés régionaux du ministère de la santé des équipes dites "biotox" (médecin inspecteur et ingénieur sanitaire) chargées des risques exceptionnels et coordonnées par la Drass de leur zone de défense.

C'est donc seulement depuis quelques années que les politiques régionales de veille, d'alerte, et de gestion d'événements sanitaires se sont développées, à des vitesses différentes selon les volontés et les choix débattus et opérés dans chaque région.

En 2009 la loi HPST rassemble dans une même agence, l'ARS, les services de l'état et de l'assurance maladie chargés de conduire les politiques de la santé dans le cadre des établissements de soins et des soins ambulatoires, ainsi que dans le médico-social. Les politiques de veille, d'alerte et de gestion des événements de santé lancées par le niveau national ont eu tendance à radicaliser (formater) les systèmes régionaux de veille et d'alerte qui reposaient auparavant sur le développement d'une culture commune de tous les acteurs.

Ces systèmes se sont en quelque sorte « professionnalisés », ce qui a pu susciter un désinvestissement progressif des autres acteurs, éloignés des instances de pilotage et de décision, et seulement sollicités, en tant que de besoin, pour les urgences ou la permanence des actions (astreintes). Ces dispositifs régionaux sont maintenant complètement identifiés et opérationnels et fonctionnent en lien direct avec la direction des ARS et les préfets.

D'une affaire de tous, la structuration actuelle court le risque de faire des questions de veille et d'alerte sanitaires l'affaire d'un seul service et de quelques professionnels hyperspécialisés et qui pourraient progressivement perdre la vision d'ensemble de santé publique et la capacité de mobiliser, en cas de nécessité, l'ensemble des acteurs pourtant indispensables en période de crise.

*Où en est-on actuellement de la structuration des systèmes de veille et alerte au plan régional et national ? Quels sont les liens entre les services dédiés des ARS et le monde de la santé en général, en particulier les professionnels de santé d'exercice libéral ? Que sont devenues les tentatives de « culture partagée » de la veille et de la gestion des risques amorcées dans certaines régions ?*

*Quelle gestion existante et possible des événements et risques prévisibles évitables en médecine libérale ?*

*Comment les praticiens libéraux sont-ils actuellement formés, organisés, soutenus pour affronter les nouveaux risques qui affectent la santé publique en général, ou qui sont issus de leur propre pratique ?*

## L'atelier

---

### **Sujet:**

Veille et Alerte sanitaire: une interface nécessaire entre les acteurs de santé de proximité et les acteurs de santé de l'état garants de la protection et de la bienveillance des populations. Parmi eux les médecins libéraux d'une part et les médecins de santé publique de l'état d'autre part se préoccupent de ce sujet et souhaitent formuler des recommandations communes aux décideurs / politiques.

### **Objet:**

Comment mieux s'articuler, mieux travailler ensemble pour un soin de qualité lors de la survenue d'évènements sanitaires "indésirés" perturbant le processus de soin ou de prévention.

### **Finalités de l'atelier:**

1. relater des projets et expériences d'implication des médecins généralistes dans une pratique de santé publique en collaboration avec les médecins de l'administration de la santé,
2. dégager les enseignements, les plus-values mais aussi les freins et éléments de facilitation,

3. suggérer des pistes d'amélioration, des préconisations de la pratique et de l'organisation pour la médecine générale comme pour l'administration de la santé.

**14 professionnels ont participé à cet atelier :**

Dr T.Blanchon (Réseau sentinelle-INSERM)  
Dr C.Bertin-Belot (URPS-med Franche-Comté)  
Dr JS.Cadwalader (Chef de clinique CHU TOURS)  
Dr T.Cartier (Chef de clinique Rouen)  
Dr JM Cohen (Coordonnateur national GROG)  
Dr JP.Ferry (MG Montbéliard- Réseau sentinelles-Unaformec-Coor Ehpad)  
Dr P.Guillaumot (ARS Bretagne)  
Dr A. Haeringer-Cholet (RéQua)  
Dr Jean de Breuillac (Chef de Clinique Poitiers)  
Dr C.Lassalle (ARS Martinique)  
Dr J.Petite (MG-Bart, ex correspondant en région HAS)  
Olivier Retel (InVS-Cire Bourgogne-Franche-Comté)  
Dr M.Shuers (Chef de Clinique)  
Pr DA.Vuitton (UFR médecine Besançon)  
Dr C.Jestin (IMPES)

**Le débat était ouvert tout au long des 4h d'atelier et construit autour des interventions réalisées par des intervenants médecins d'administrations de l'état d'une part et médecins généralistes d'autre part.**

Les intervenants du côté administration exercent dans les institutions suivantes:

- InVS (Cire)
- ARS
- Réseau qualité
- Université

Les intervenants du côté médecine ambulatoire agissent dans le cadre de la médecine générale dans les structures suivantes:

- Cabinets médicaux
- Maisons de santé

et concomitamment :

- URPS-médecins
- Réseaux de surveillances (grog-sentinelles)
- Organismes de formation
- Ehpad
- HAS

## Les interventions, facilitant le débat ont été les suivantes:

- Contexte, acteurs, les attentes des libéraux / les attentes de l'état, et illustration par l'ex projet Collectif de professionnels de santé Libéraux et de l'Etat en Franche-Comté : CLEFc

Extraits :

---

*C'est important que le professionnel libéral se reconnaisse et qu'il soit reconnu comme acteur à part entière du système de veille et d'alerte sanitaires et de gestion des évènements de santé au bénéfice de chaque patient*

*Et c'est la fonction régaliennne des autorités sanitaires de mettre en place des dispositifs facilitateurs pour entretenir des liens permanents avec le professionnel libéral :*

*échanger des informations = anticiper*

*consolider les réseaux = veiller-détecter*

*développer une culture commune = signaler-analyser-corriger*

*agir en partenariat = investiguer et gérer*

---

- Implications des organisations professionnelles nationales et régionales

Extraits :

---

***Les priorités pour augmenter l'implication des médecins libéraux dans la Veille/Alerte :***

*1-Disposer pour l'InVS ou autre structure de l'état d'un outil informatif et informatique performant permettant deux actions essentielles pour les médecins :*

*1-1 Trouver immédiatement l'information dont ils ont besoin en cas d'alerte sanitaire avec des préconisations cohérentes et immédiates de conduite à tenir*

*1-2 Accéder à un formulaire unique de déclaration en ligne à remplir pour tout évènement sanitaire indésirable ou maladie à déclaration obligatoire.*

*2- Former tous les médecins et pas seulement les généralistes à la Veille/Alerte en utilisant la voie du DPC qui présente l'avantage d'être destiné à l'ensemble des professionnels y compris hospitaliers.*

*3- Prévoir une rémunération pour toute déclaration par un médecin libéral par le biais d'un acte spécifique plutôt que dans le cadre des NMR qui ne s'adressent qu'à une petite partie d'entre eux et décourage définitivement les autres de s'impliquer !*

---

- Un levier d'action possible: les travaux de l'InVS/CireBgFC sur la faisabilité d'un système de veille et d'alerte utilisant les données informatiques des cabinets médicaux

Extraits :

---

*Vérifier la faisabilité d'une surveillance non spécifique (extraction des données de logiciels de consultation libérale de maisons de santé au format «SOS Médecins»)*

*Identifier les besoins des maisons de santé en termes d'analyse statistique et de rétro-information*

**Variables**

Informations patient

1. classe d'âge (dizaine d'année de naissance ou d'âge)
2. sexe
3. commune de résidence (code postal)

Appel du patient

4. date d'appel de la secrétaire / agenda (jj/mm/aaaa)
5. motif d'appel / de consultation MECA

Consultation

6. date de consultation (jj/mm/aaaa)
7. diagnostic principal (primo-diagnostic)
8. diagnostics secondaires ?

Orientation

9. action (hospitalisation, orientation vers un spécialiste)
- 

- Formation (initiale, continue), Recherche clinique, Développement professionnel continu

Extraits :

---

**Un outil depuis 2 ans : le DU Vasco Veille et Alerte en Santé COmmunautaire :**

*Un DU « tous publics » : médecins, pharmaciens, vétérinaires, chirurgiens-dentistes, infirmiers, ingénieurs sanitaires, préparateurs en pharmacie, administratifs de la santé...*

*Des enseignants de formation et provenance variées:*

*Universitaires de médecine, pharmacie, mais aussi de médecine vétérinaire, écologie, toxicologie, sociologie, anthropologie, linguistique, management...*

*Professionnels de santé publique, épidémiologistes, MISP, administration hospitalière, médecins/pompiers, ingénieurs en environnement, en qualité, en microbiologie, directeurs de registres, WHO officers...*

*Ce DU de portée nationale semble pour l'instant répondre tout à fait aux demandes des professionnels.*

---

- Site  
partagé  
Extraits

---

*Présentation d'un exemple de cahier des charges (projet) conçu par ??? et des médecins généralistes d'un site partagé répondant aux besoins d'échanges d'information et de formation des deux parties ; projet non repris actuellement par l'ARS initialement concernée...*



- Essai de définition d'une mission veille et sécurité sanitaire VSS en maisons de santé: projet d'un module VSS dans le cadre des nouvelles modalités de rémunération NMR

Extraits :

---

*Un projet conçu avec les médecins généralistes à disposition des décideurs nationaux (sans réponse actuellement), auquel est associé un guide. Objectifs développés à choisir par la MS:*  
*Assurer la réception des alertes sanitaires et l'information des professionnels de la structure.*  
*Assurer la détection de certaines pathologies ainsi que des événements indésirables graves liés aux soins.*  
*Participer à la surveillance sanitaire régionale.*  
*Améliorer la procédure de signalement.*  
*Participer à la gestion d'événements et de crises.*  
*Participer à la recherche et à la formation.*  
*Inscrire la VSS dans l'évaluation des pratiques et dans une démarche qualité.*

---

- Vers une optimisation de la surveillance sanitaire à partir des réseaux existants en milieu libéral

Extraits :

---

*Organisation de la veille multi-réseaux, « réseau unifié » = dilemme diversité/cohérence*

---

- Etat actuel de la surveillance non spécifique et spécifique illustrant les apports de la médecine libérale

Extraits :

---

*Création du réseau de surveillance des maladies transmises par les tiques, Cire BFC, 2010\_2012*  
*292 médecins participants au 1er avril 2010*  
*Répartition par spécialité et par département :*  
*75% sont généralistes libéraux ; 18% sont spécialistes ; 15% sont praticiens hospitaliers*

---

- Apport de structures d'appui: gestion des événements indésirables [EI] et lien avec le DPC

Extraits :

---

*Pour construire, développer des actions qui répondent aux besoins, avec les structures représentatives (URPS, CROM, ...) les enseignants, les autres structures d'appui locales...*  
*Pour participer à des actions de formations, sensibilisation*  
*Pour accompagner des mémoires, thèses...*  
*Pour aider à mettre en place des groupes de pairs, d'analyses, CREX.... Exemple d'analyse d'EIG*

---

### **La veille et l'alerte sanitaires doivent être assurées par tout professionnel de santé**

Le professionnel de santé n'a pas ou peu de maîtrise du moment de survenue d'un événement ; aussi l'acte de veille et d'alerte devrait/doit-il nécessairement être assuré de façon continue.

Du temps doit être libéré et articulé au temps clinique.

L'activité de veille et d'alerte étant considérée comme indispensable, la question porte sur la manière selon laquelle le professionnel de santé peut gagner du temps pour la mettre effectivement en œuvre. En dehors du problème de la détection d'un événement sanitaire qui ne se révèle pas forcément de manière évidente, qui n'est pas faite si elle n'est pas volontaire, et donc qui ne mobilise pas de temps du professionnel non volontaire, les événements de santé « visibles » mobilisent son temps de manière incontournable. Si la formation, ou l'information, ou l'organisation du professionnel ne sont pas optimales ce temps-là est mal dépensé (trop important ou peu efficace).

Des gains de temps peuvent ainsi être trouvés dans une meilleure organisation, une meilleure connaissance des circuits, des procédures, des ressources extérieures.

Et pour cela les administrations doivent venir en appui et mettre en place des outils facilitateurs.

### **La veille sanitaire est une mission de santé publique qui concerne tous les acteurs de santé**

La veille sanitaire ne s'improvise pas. Il est nécessaire de porter son attention sur des signaux sanitaires susceptibles de survenir en milieu ambulatoire (qui nous intéresse ici) et, pour ce faire, d'établir une liste des possibles : les signaux sanitaires liés à l'environnement et ceux associés aux soins liés ou non aux produits de santé. L'attention est orientée en fonction de leur fréquence de survenue, leur gravité et leur impact possible sur la santé des populations. Les méthodes de détection à mettre en place en découlent.

C'est par un travail commun entre l'administration et l'ambulatoire que cette veille peut être construite de manière opérationnelle.

### **L'alerte sanitaire qui découle de cette veille est aussi une mission de santé publique qui concerne tous les acteurs de santé**

Le système d'alerte n'est pas à sens unique. Tous, administrations et professionnels, y contribuent. Les circuits de l'alerte sont ascendants, du terrain vers l'administration pour l'informer. Mais ils sont aussi descendants de l'administration vers les acteurs de terrains.

Il faut donc que cet ensemble soit organisé et que les missions des uns et des autres soient bien connues. L'alerte sanitaire n'est pas une fin en soi. Elle n'a de sens que si une gestion adéquate et coordonnée en découle.

### **La gestion d'un événement de santé est aussi l'affaire de tous les acteurs de santé en fonction de leurs missions respectives**

Si l'administration organise et réalise les investigations, l'expertise, la validation, la gestion de l'alerte, elle doit le faire en coordination avec tous les acteurs concernés.



La protection de la population non touchée par l'évènement mais qui pourrait l'être dans un futur proche et le traitement en vue d'une récupération rapide et de qualité des personnes concernées par l'évènement doivent faire l'objet de mesures immédiates dont le type et les modalités sont définies par l'administration. Elles seront d'autant plus efficaces que la détection en sera plus précoce, et que les actions seront lancées en concertation avec les professionnels de terrain.

L'articulation entre l'administration et les professionnels de terrain est donc fondamentale. Elle doit être préparée en amont pour être opérationnelle en temps réel.

La gestion c'est aussi réaliser des retours d'expériences afin d'identifier des mesures de prévention à mettre en place, si l'évènement est qualifié d'évitable, pour éviter sa reproduction ou la limiter.

Chacun doit mieux connaître les évènements qui pourraient se produire dans le cadre de son activité pour mieux les détecter. Un travail concerté pour établir une cartographie des risques possibles (fréquence-évitabilité-gravité) est nécessaire pour définir les moyens de détection et de prévention possibles.

La mise en œuvre des mesures de prévention ne sera effective que si les informations voire formations des acteurs sont organisées.

**Pour que chacun puisse prendre la mesure de ses missions de veille, d'alerte et de gestion des évènements de santé ayant un impact sur la santé des populations il est possible d'actionner des leviers et de consolider ou créer des outils facilitateurs.**

Les leviers mobilisables sont légion.

- Formation initiale
- Formation continue
- Développement professionnel continu DPC (évaluations des pratiques professionnelles EPP, groupes de pairs, revue de morbi-mortalité RMM, comité de retour d'expérience CREX...)
- Nouveaux modes de reconnaissance et de rémunération des missions de santé publique des professionnels de santé libéraux: forfaits, DPC, recherches cliniques, réductions de cotisations...
- Des modes d'exercices permettant les mutualisations pour les missions de santé publique
- L'informatisation des cabinets, des pharmacies, des dossiers
- Des structures d'appui régionales [SRA] qui peuvent aussi toucher les libéraux à leur demande si elles sont mandatées pour : DPC, appui et formation pour la mise en place de leur gestion des risques
- Recherche et évaluation : une université proposant des sujets de mémoires, de thèse ou de doctorat

# Propositions

---

et un slogan des membres de l'atelier:

**"Réveiller l'alerte, la veille alerte !"**

**CES PROPOSITIONS PEUVENT CONSTITUER LA BASE DU CAHIER DES CHARGES DES ARS POUR PRENDRE EN COMPTE, A SON JUSTE NIVEAU, ET CONDUIRE UNE POLITIQUE SUR LA THEMATIQUE " LES MEDECINS GENERALISTES ET LA VEILLE SANITAIRE".**

- 1. Organiser: faire se côtoyer les professionnels du soin et les médecins des institutions de l'alerte !!!**
  - Créer un lieu d'échange systématique et formalisé avec les professionnels de santé libéraux au sein de toutes les ARS permettant de travailler en amont de l'alerte et de gérer les événements indésirables ou les crises
  
- 2. Former : développer une Culture commune sur le sujet**
  - Revisiter les formations initiales et compléter les programmes
  - Promouvoir et faciliter la formation continue partagée entre tous les professionnels de santé. Promouvoir le DU Vasco tout public
  - Organiser des formations communes sur l'incertitude scientifique et la gestion du doute
  - Promouvoir la définition européenne de la MG (WONCA)
  
- 3. Valoriser: considérer le médecin généraliste comme partenaire à part entière**
  - Valoriser l'activité de veille et d'alerte pour les professionnels généralistes
  - Reconnaître cette mission pour tous les professionnels de santé
  - Forfait VSS pour les maisons de santé: exemple présenté
  - Valoriser le MG et l'impliquer en amont dans des projets de recherche
  - L'intégrer dans les circuits d'information
  - Considérer les collèges de médecine générale comme partenaires incontournables notamment grâce à une dynamique de projets très constructive portée par les chefs de clinique
  - Favoriser l'implication des internes sur ces sujets dans les maisons médicales

#### **4. Reconnaître aussi d'autres professionnels de santé de terrain comme partenaires**

- Impliquer davantage le pharmacien dans la veille et l'alerte
- Travailler avec les infirmiers
- Ne pas négliger non plus les autres professionnels : chirurgiens dentistes, kinésithérapeutes, vétérinaires (essentiels dans les alertes « zoonoses »)...

#### **5. Développer des outils plus performants**

- Organiser un accès simplissime aux informations
- Développer un système d'information partagé, animé par les professionnels de terrain: l'information doit circuler dans les deux sens
- Créer et/ou mettre à jour un répertoire opérationnel avec les professionnels de terrain pour que l'administration puisse communiquer rapidement vers eux
- Et pour ce faire, utiliser des systèmes d'information multicanaux pour informer rapidement en fonction du degré d'urgence
- Développer des dispositifs de veille à partir des logiciels des médecins (=Sursaud)

#### **6. Coupler la veille et la recherche**

- Mutualiser les différents réseaux producteurs de bases de données
- Réfléchir au sauvetage de l'observatoire de la médecine générale
- Favoriser les partenariats avec l'université, les départements universitaires de médecine générale, pour faciliter le développement de la culture commune
- Développer les évaluations de pratiques professionnelles sur ces sujets
- Organiser l'appui aux professionnels de santé pour développer les compétences et les actions de détection, signalement, analyse des causes profondes, mise en place d'actions correctives
- Positionner les structures d'appui régionales comme partenaires du DPC des libéraux

## **7. Associer le patient, l'utilisateur, les aidants**

- Mieux informer/former le citoyen et le patient sur les risques sanitaires et environnementaux dont ceux associés aux soins et à la prévention
- Considérer le patient comme acteur de sa santé et de sa sécurité (exemple de l'identitovigilance...de la gestion des événements indésirables...)
- Former les professionnels à reconnaître le patient comme acteur et à aménager des espaces pour susciter son expression et l'écouter
- Développer la culture de veille aussi dans la communauté, les compétences d'alerteur, la mise à disposition d'outils simples d'alerte
- Former, dès les formations initiales, les professionnels de santé à informer et communiquer avec les patients et aidants

## **8. Organiser la communication à tous niveaux, dans toutes les directions (de façon ascendante, transversale et descendante) et selon des modes adaptés aux situations**

- Mieux communiquer aux professionnels de santé de terrain les circuits de l'alerte
- Simplifier/unifier le dispositif d'alerte (trop de systèmes, trop de différents circuits)
- Simplifier la remontée de l'information: un seul clic intégré dans leurs logiciels
- Définir une langue commune, avec des définitions partagées, des instructions simples, des procédures structurées, utilisables aussi bien pour les transferts d'informations/signalement que pour la gestion de crise (logiciels partagés d'aide à l'écriture...).