

L'activité des urgences hospitalières constitue un ensemble de données pertinentes pour l'observation de l'état de santé de la population. L'InVS a par conséquent développé un système d'information automatisé à partir des données informatisées d'un réseau de structures d'urgences hospitalières (SU) : le réseau OSCOUR® (organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

Les données des SU participant au réseau OSCOUR® sont enregistrées en routine et sur un pas de temps quotidien à partir de résumés de passages aux urgences (RPU), basés sur le dossier médical du patient. Ces RPU informent sur des variables démographiques (sexe, âge), administratives et médicales (motif de recours aux urgences, diagnostic principal, diagnostics associés, degré de gravité, mode de transport). Les diagnostics médicaux sont codés selon la CIM10 et constituent un critère indispensable pour l'exploitation des données à des fins épidémiologiques.

Ce réseau de surveillance repose sur le suivi de regroupements syndromiques par classes d'âge et selon différents niveaux géographiques. Les regroupements syndromiques sont des indicateurs regroupant plusieurs codes CIM10 (diagnostics principal et associés). Ils sont construits par l'InVS pour des besoins de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique et sont suivis en routine.

Utilisations des données du réseau OSCOUR®

En routine, la Cire assure les fonctions de surveillance épidémiologique, de veille sanitaire et d'alerte. Pour assurer cette mission, la Cire s'appuie sur l'analyse des données issues des SU (données OSCOUR®), mais également d'autres données provenant du système de surveillance des urgences et des décès (SurSaUD®), à savoir les données des associations SOS Médecins et les données de mortalité (données toutes causes transmises par l'Insee à l'InVS) (figure 14). Par ailleurs, les données issues d'autres systèmes de surveillance sanitaire plus spécifiques (surveillance des maladies à déclaration obligatoire, données des laboratoires de virologie, des réseaux unifiés des médecins sentinelles et Grog...) sont utilisées en complément.

L'activité globale des SU de la région est suivie par la Cire sur un pas de temps quotidien pour différentes classes d'âge, différents regroupements syndromiques et selon plusieurs niveaux géographiques pouvant aller de l'établissement au niveau national.

Pour permettre l'analyse et le partage des données transmises, l'InVS a mis en place une application informatique permettant à la Cire d'automatiser des traitements et d'analyser rapidement les données.

Les données du réseau OSCOUR® sont ainsi utilisées par la Cire dans le but d'identifier et d'objectiver tout événement sanitaire inhabituel pouvant constituer une menace pour la santé publique, en complément des systèmes de surveillance existants :

- pour la description d'un événement (détection et validation d'une entrée en phase épidémique, d'un pic épidémique, de la fin d'une épidémie ; mesure de l'amplitude de l'épidémie ; réalisation d'une comparaison spatio-temporelle des données) ;
- pour l'estimation ou le suivi de l'impact d'un événement identifié dans le domaine environnemental ou infectieux, qu'il soit attendu (ex : surveillance des épidémies hivernales) ou inattendu (ex : système d'alerte canicule et santé (Sacs)) ;
- en cas de survenue d'événement particulier (catastrophe naturelle, accident industriel, grand rassemblement de personnes...). Une surveillance spécifique est alors immédiatement mise en place sur la base de regroupements syndromiques pertinents.

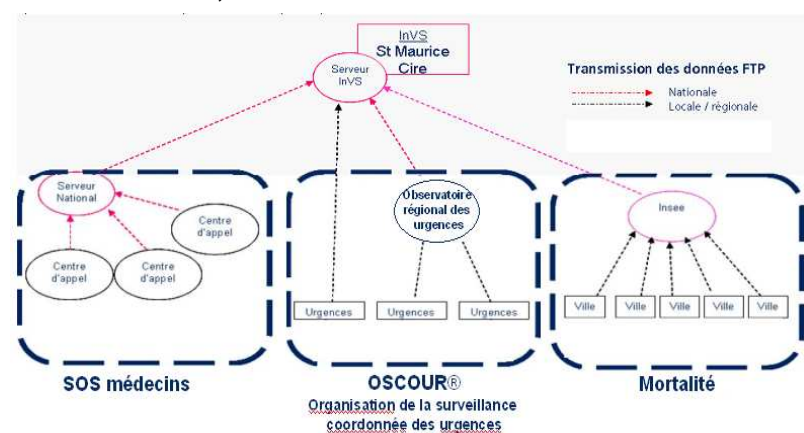
Enfin, cette surveillance est utilisée par les décideurs en complément d'autres informations afin de mettre en place une réponse pour la protection de la santé publique.

Etat des lieux des données des structures d'urgences disponibles en Haute-Normandie

Actuellement, la majorité des établissements de Haute-Normandie sont équipés ou sont en train de s'équiper de logiciels permettant la génération et l'envoi de RPU à l'InVS. Aujourd'hui, près de 56% des passages totaux dans les SU de la région sont transmis via l'envoi de RPU (13 / 22 SU haut-normands adhérant au réseau OSCOUR®, dont 9 en Seine-Maritime et 4 dans l'Eure) (encadré 1). Parmi ces 13 établissements, les diagnostics principaux sont renseignés pour 10 d'entre eux (6 en Seine-Maritime et 4 dans l'Eure). Près de 40% des passages totaux pris en charge par les SU sur l'ensemble de la région sont ainsi exploitables à des fins épidémiologiques par la Cire aujourd'hui, contre 6% début 2012. Des tests de transmission sont par ailleurs en cours ou à venir pour plusieurs établissements de la région.

Malgré la bonne dynamique actuelle du réseau, ces données sont pour le moment difficilement extrapolables sur l'ensemble des établissements de la région ou d'un département. Par conséquent, la Cire complète les données du réseau par les données d'activité globales des SU via le serveur régional de veille et d'alerte (SRVA) qui permettent uniquement un suivi quantitatif de l'activité des SU concernés et ne permettent donc pas de qualifier les motifs de recours à ces SU (voir pages 2 et 3).

Figure 14: Architecture de la transmission d'informations du système de surveillance SurSaUD®, InVS



Perspectives

Le retour d'expérience de différents événements survenus en 2013 en Haute-Normandie ont confirmé l'intérêt d'une surveillance sanitaire basée sur la remontée du RPU. La surveillance sanitaire mise en place suite à la dispersion dans l'atmosphère de gaz odorants (mercaptans) à Rouen en janvier 2013 a montré l'intérêt de disposer d'un dispositif automatisé pour permettre une remontée qualifiée et analysable quotidiennement de l'impact d'un tel événement. Les discussions ont permis de souligner que si la situation avait été durable voire plus inconfortable, les SU auraient pu être plus sollicités sans qu'aucune évaluation qualitative de la situation n'ait pu être mise en place rapidement. La surveillance de l'Armada en juin 2013 a également souligné l'intérêt de pouvoir utiliser un même code circonstanciel spécifique couplé au diagnostic dans chaque SU, utilisable par tous les urgentistes, afin de permettre une analyse homogène de la situation dans les différents services.

Les efforts entrepris par les différents SU de la région ont permis au réseau OSCOUR® haut-normand de se consolider depuis 2012 et les données du réseau ont été utiles dans diverses circonstances. L'informatisation des SU (préalable indispensable à toute surveillance sanitaire) et la participation des SU encore non-adhérant au réseau nous permettront d'accéder sans aucun doute à des analyses plus fines au niveau régional et à de nouvelles perspectives dans la surveillance sanitaire.

Encadré 1: Etablissements haut-normands transmettant des RPU à l'InVS (au 1^{er} septembre 2013) :

- 9 SU pour la Seine-Maritime : GH du Havre-Monod - SU pédiatriques, GH du Havre-Monod - SU adultes, CH de l'Estuaire - Le Havre, CHI du Pays des Hautes Falaises Fécamp, CH d'Elbeuf, Clinique du Cèdre - Rouen, CH de Dieppe*, CH de Lillebonne*, Clinique de l'Europe - Rouen* ;

- 4 SU pour l'Eure: Clinique chirurgicale Pasteur d'Evreux, CH de Verneuil-sur-Avre, CH de Bernay, CH de Louviers.

Les établissements marqués d'une * transmettent des RPU pour lesquels le diagnostic principal n'est pas renseigné.

VEILLE INFO



Cire Normandie

Cellule de l'InVS en régions Haute et Basse Normandie

Veille Info n°30 - Septembre 2013

Suivi des indicateurs d'activité des structures d'urgences et des Samu en Haute-Normandie

Période du 01/06/13 au 31/08/13

Source de données SRVA

Les données présentées dans ce document (pages 1 à 3) sont issues du serveur régional de veille et d'alerte (SRVA), alimenté par l'ensemble des structures d'urgences de la région. La Cire Normandie exploite uniquement les données relatives au nombre de passages totaux et par classe d'âge (< 1 an et > 75 ans) et au nombre d'hospitalisations suite à des passages dans les structures d'urgences (tab 1). Ces données permettent uniquement un suivi quantitatif de l'activité des structures d'urgence concernés et ne permettent pas de qualifier les motifs de recours aux structures d'urgences.

| Complétude des données et activité déclarée par les services sur la période du 01/06/13 au 31/08/13 |

Le niveau de complétude des données transmises par les structures d'urgences pour la période du 01/06/13 au 31/08/13 était de 93,8%. Sur cette même période, la complétude était comprise entre 63% et 100% selon les établissements (fig 1).

Fig 1. Carte de complétude des données transmises par les structures d'urgences de Haute-Normandie, période du 01/06/13 au 31/08/13 (source : SRVA de Haute-Normandie).



Tab 1. Activité déclarée par les structures d'urgences de Haute-Normandie, période du 01/06/13 au 31/08/13 (source : SRVA de Haute-Normandie).

Etablissements	Primo passage	< 1 an	> 75 ans	Hospit
CH DIEPPE	8 799	220	1 247	3 082
CHEU	4 572	84	247	399
Total Territoire de Dieppe	13 371	304	1 494	3 481
CH BERNAY	5 025	18	746	1 223
CH EVREUX - CHI EURE-SEINE	10 637	540	883	1 694
CH GISORS	4 388	36	498	944
CH VERNEUIL-SUR-AVRE	3 682	33	311	461
CH VERNON - CHI EURE-SEINE	5 297	37	589	1 102
CL CHIRURGICALE PASTEUR - EVREUX	4 547	6	261	533
Total Territoire Evreux - Vernon	33 576	670	3 288	5 957
CH LILLEBONNE	3 116	39	355	543
CH PONT-AUDEMER	3 100	25	297	372
CL LES ORMEAUX-VAUBAN - LE HAVRE	5 447	20	343	487
H PRIVE DE L'ESTUAIRE - LE HAVRE	5 618	38	584	1 252
H JACQUES MONOD POSU - CH LE HAVRE	6 415	917	0	1 056
H JACQUES MONOD SAU - CH LE HAVRE	9 134	0	1 569	3 432
Total Territoire Le Havre	32 830	1 039	3 148	7 142
CH LES FEUGRAIS - CHI ELBEUF	13 070	519	1 421	3 273
CH LOUVIERS - CHI ELBEUF	3 649	41	257	264
CL DU CEDRE - BOIS-GUILLAUME	3 727	0	382	378
H CHARLES NICOLLE POSU - CHU ROUEN	8 145	1 293	0	1 336
H CHARLES NICOLLE SAU - CHU ROUEN	23 756	0	4 302	11 366
POLYCLINIQUE DE L'EUROPE - ROUEN	6 551	15	459	380
Total Territoire Rouen - Elbeuf	58 898	1 868	6 821	16 997
Total Haute-Normandie	138 675	3 881	14 751	33 577

Suivi du nombre de primo-passages et d'hospitalisations dans les structures d'urgence, période du 01/06/13 au 31/08/13

Fig 2. Nombre de primo-passages quotidiens et d'hospitalisations dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2011 à 2013, période du 01/06 au 31/08).

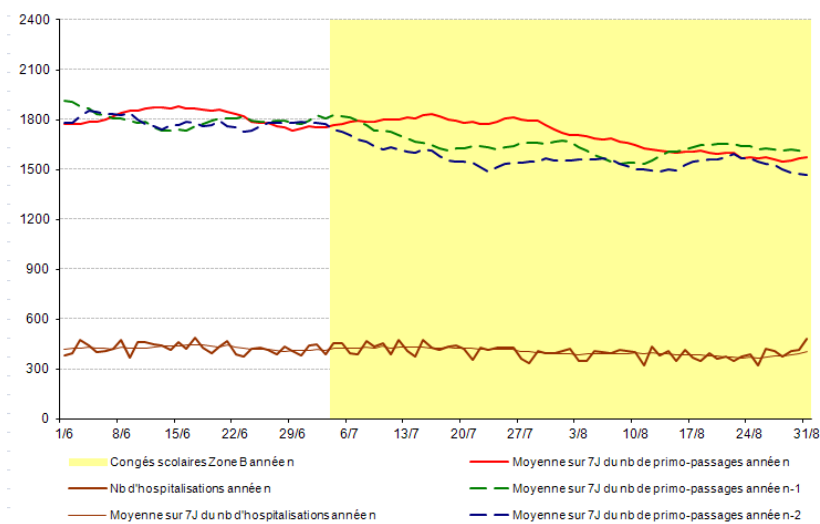


Fig 3. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2012 et 2013, période du 01/06 au 31/08.

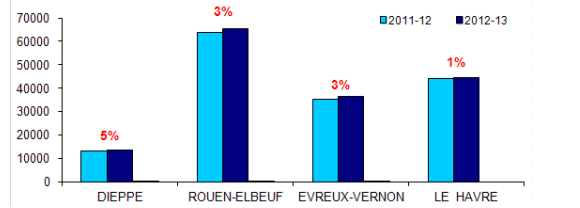
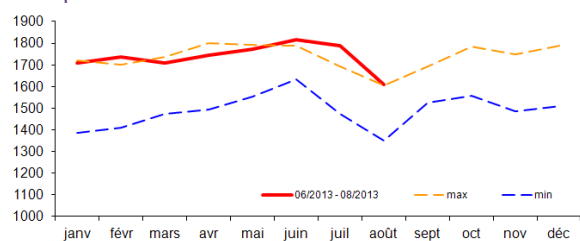


Fig 4. Nombre quotidien moyen de primo-passages par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2012.



Suivi du nombre de primo-passages concernant les moins de 1 an, période du 01/06/13 au 31/08/13

Fig 8. Evolution du nombre de primo-passages quotidiens des moins de 1 an dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2011 à 2013, période du 01/06 au 31/08).

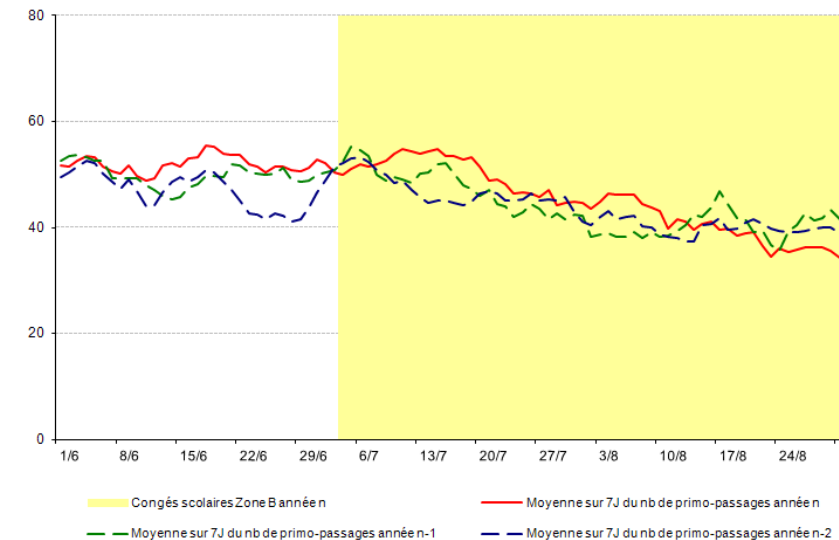


Fig 9. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2012 et 2013, période du 01/06 au 31/08.

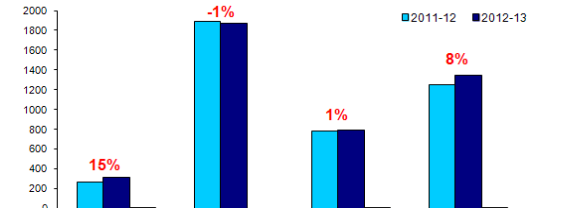
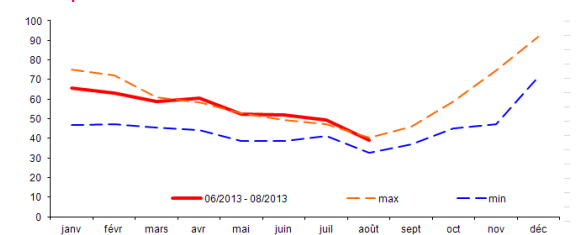


Fig 10. Nombre quotidien moyen de primo-passages par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2012.



Sur la période du 01/06/13 au 31/08/13, le nombre de primo-passages quotidiens enregistrés par les structures d'urgences de Haute-Normandie a été globalement équivalent en pourcentage à celui observé en 2012 et en 2011 (+3% sur la totalité de la période) mais supérieur en nombre de 3930 passages. Sur cette même période, le nombre d'hospitalisations suite à un passage aux urgences est resté constant sur la période d'observation et par rapport à l'an dernier (fig 2). Le nombre moyen d'affaires traitées quotidiennement se situait à hauteur des valeurs maximales observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2012 pour les mois de juin et août et a dépassé les *maxima* observés pour le mois de juillet (fig 4). L'activité des structures d'urgences des quatre territoires de santé (Dieppe, Rouen-Elbeuf, Evreux-Vernon et Le Havre) est restée globalement stable en pourcentage (+1% à +5%) par rapport à celle observée en 2012 sur la même période. Les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et d'Evreux-Vernon sont ceux qui ont présenté les augmentations en nombre les plus importantes (respectivement 1780 et 1110 passages de plus par rapport à la même période en 2012). (fig 3).

Sur la période du 01/06/13 au 31/08/13, le nombre de primo-passages quotidiens chez les moins de 1 an a été légèrement supérieur à ceux enregistrés sur la même période en 2012 et en 2011 (respectivement 130 et 230 passages de plus) (fig 8). Sur cette même période, l'activité s'est située au niveau des valeurs maximales observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2012 (fig 10). Considérant l'activité des structures d'urgences par territoires de santé, les territoires de Dieppe et Le Havre ont présenté une augmentation en pourcentage de l'activité des structures d'urgences (respectivement +15% et +8% par rapport à l'activité observée en 2012 sur la même période). Le territoire de santé du Havre est celui qui a présenté l'augmentation en nombre la plus importante (95 passages de plus par rapport à la même période en 2012). L'activité des structures d'urgences des territoires de santé de Rouen-Elbeuf et d'Evreux-Vernon est restée globalement stable en pourcentage par rapport à celle observée en 2012 à mois équivalents (fig 9).

Suivi du nombre de primo-passages concernant les plus de 75 ans, période du 01/06/13 au 31/08/13

Fig 5. Nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2011 à 2013, période du 01/06 au 31/08).

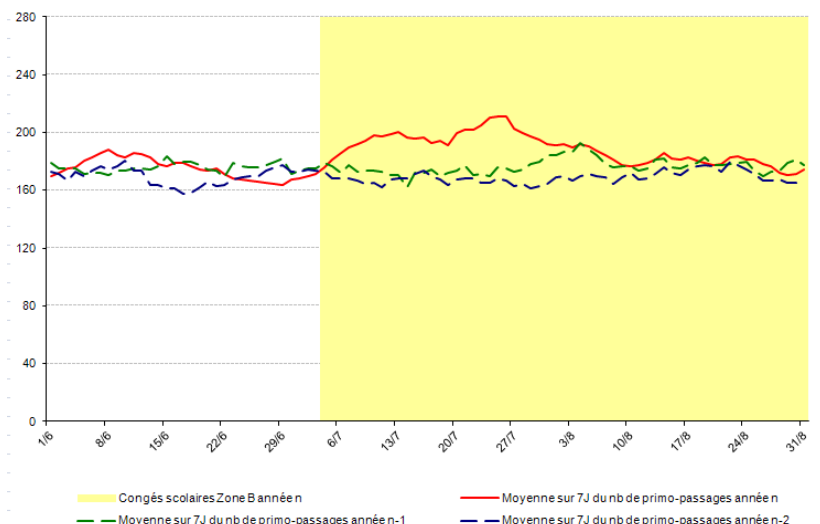


Fig 6. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2012 et 2013, période du 01/06 au 31/08.

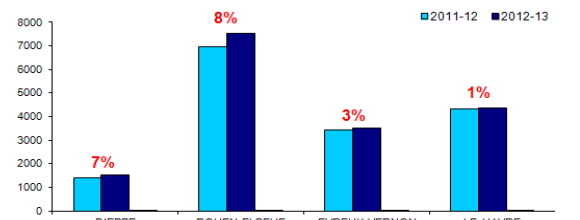
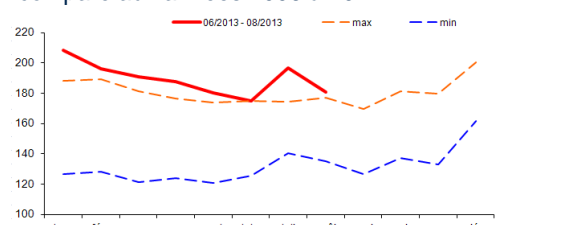


Fig 7. Nombre quotidien moyen de primo-passages par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2012.



Sur la période du 01/06/13 au 31/08/13, le nombre de primo-passages quotidiens chez les plus de 75 ans a été supérieur à ceux observés en 2012 et en 2011 (respectivement 800 et 1380 passages de plus) sur la même période, principalement au cours du mois de juillet (fig 5). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens a été supérieur aux *maxima* observés à la même période au cours des années 2006 à 2012 pour le mois de juillet et se situait à hauteur des valeurs maximales observées pour juin et août (fig 7). L'activité des structures d'urgences des territoires de santé de Rouen-Elbeuf et de Dieppe a été supérieure en pourcentage (+8% et +7%) à celle observée en 2012 à mois équivalents (augmentations de 567 et 93 passages respectivement). Pour les territoires de santé d'Evreux-Vernon et du Havre, l'activité des structures d'urgences est restée globalement stable en pourcentage par rapport à l'activité observée en 2012 sur la même période. Le territoire de santé d'Evreux-Vernon a cependant présenté une augmentation du nombre de passages par rapport à la même période en 2012 (110 passages supplémentaires) (fig 6).

Suivi de l'activité des Samu, période du 01/06/13 au 31/08/13

Fig 11. Nombre d'affaires traitées par les Samu de Haute-Normandie (saisons 2011 à 2013, période du 01/06 au 31/08).

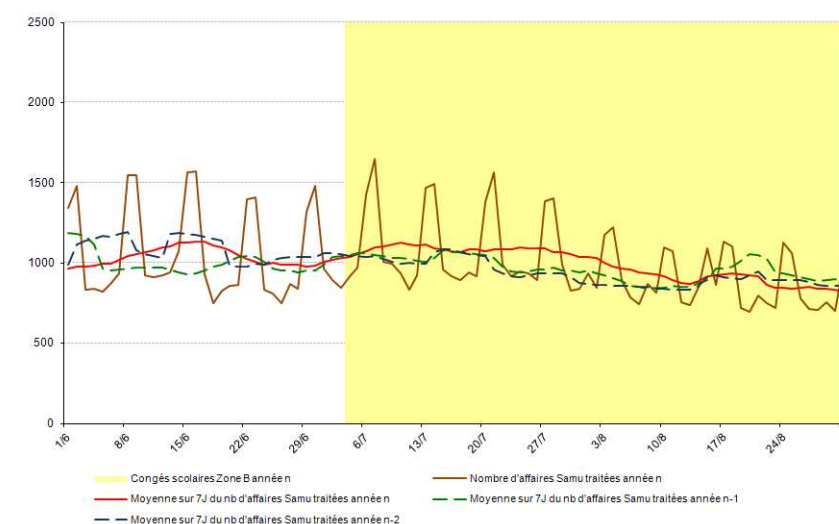


Fig 12. Variation (en %) de l'activité Samu entre 2012 et 2013, période du 01/06 au 31/08.

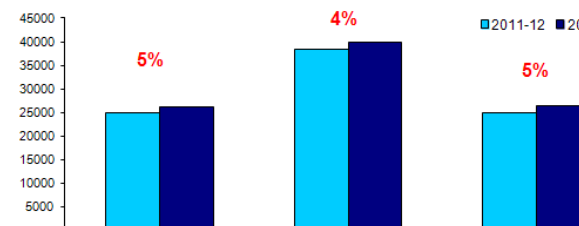
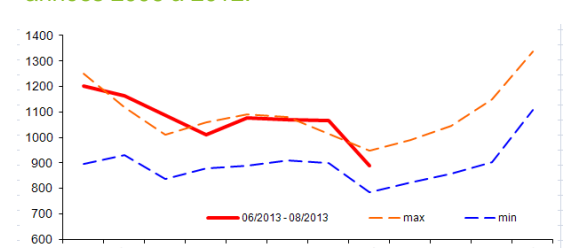


Fig 13. Nombre quotidien moyen d'affaires traitées par mois par les trois Samu de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2012.



Considérant l'ensemble de la période du 01/06/13 au 31/08/13, le nombre total quotidien d'affaires traitées par les 3 Samu de Haute-Normandie a été supérieur à ceux enregistrés sur la même période en 2012 et en 2011 (respectivement 4100 et 2440 passages de plus). Ce nombre est néanmoins resté globalement équivalent en pourcentage à celui de 2012 (+5% sur la totalité de la période) (fig 11). Les Samu d'Evreux, de Rouen et du Havre ont tous 3 enregistré une augmentation d'activité en pourcentage comprise entre 4% et 5% par rapport à celle observée à mois équivalents en 2012, correspondant à une augmentation en nombre de 1250 à 1540 cas selon les Samu (fig 12). Le nombre moyen d'affaires traitées quotidiennement se situait à hauteur des valeurs maximales observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2012 pour le mois de juillet (fig 13).

Définition des termes utilisés

Complétude : nombre de jours où les indicateurs sont renseignés sur le serveur de l'ARH rapporté au nombre de jours de la période. **Données corrigées** : dans les graphiques ci-contre, les données manquantes pour certains hôpitaux sont remplacées par la moyenne des quatre jours identiques précédents (exemple : 4 mercredis). Ceci permet d'éliminer les artéfacts liés aux données manquantes. **Hospitalisation** : la somme des hospitalisations, transferts et passages en UHCD en provenance des structures d'urgences. **Taux d'hospitalisation** : le taux d'hospitalisation est le rapport de la somme des hospitalisations, transferts et passages en UHCD sur le nombre de passages aux urgences. **UHCD** : Unité d'hospitalisation de courte durée.