

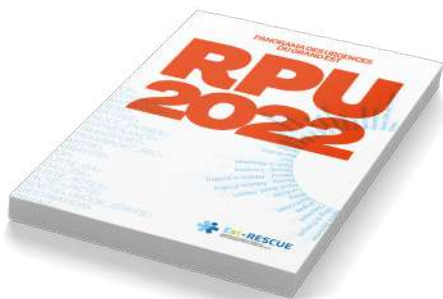
ANALYSES THEMATIQUES

PANORAMA DES URGENCES
DU GRAND EST

2022

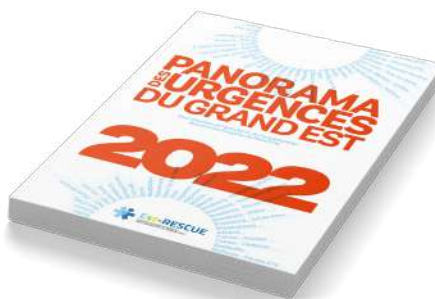
NOS AUTRES PUBLICATIONS

Panorama des Urgences Données RPU 2022



En libre accès sur [notre site](#)

Panorama des Urgences 2022



Disponible **à la rentrée**

Comité de rédaction

Est-Rescue

Céline Giget
Guylaine Foirien-Tolette
Stéven Riot
Dr. Bruno Maire
Dr. Audrey Martial
Dr. Marc Noizet
Dr. Jérôme Schlegel

Santé Publique France

Oriane Broustal

Version mise à jour le 31/08/23



SOMMAIRE

1.01 **Hôpital en tension**
p.5

1.02 **100 000 fiches SMUR-tab**
p.11

1.03 **L'UMH Paramédicalisée**
p.19

1.04 **CPTS & RPU**
p.27

1.05 **Enquête thématique**
p.31

1.06 **Analyse Santé Publique France**
p.35

1.01

Hôpital en tension

HÔPITAL EN TENSION

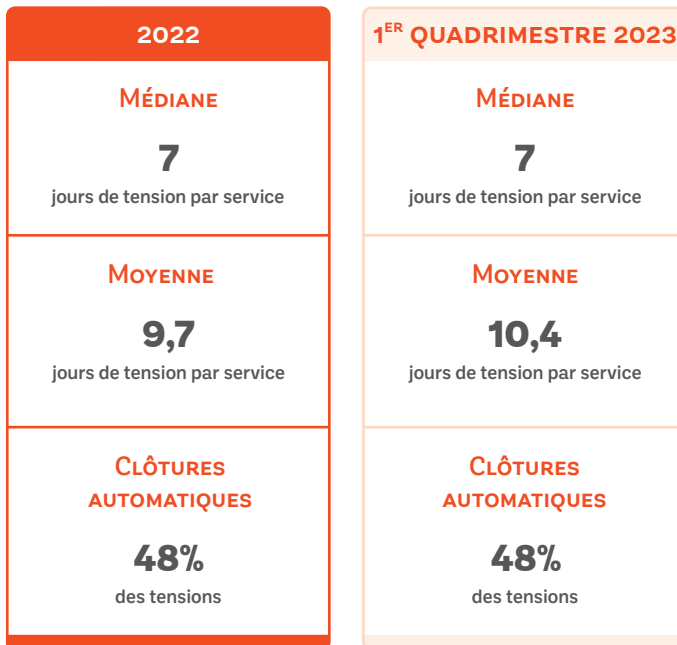
Statistiques régionales de l'activité

Les établissements peuvent se déclarer en tension via le module HET du site internet d'Est-RESCUE. Le suivi d'un épisode de tension se fait sur le site via des formulaires dédiés (suivi établissement ou suivi ARS).

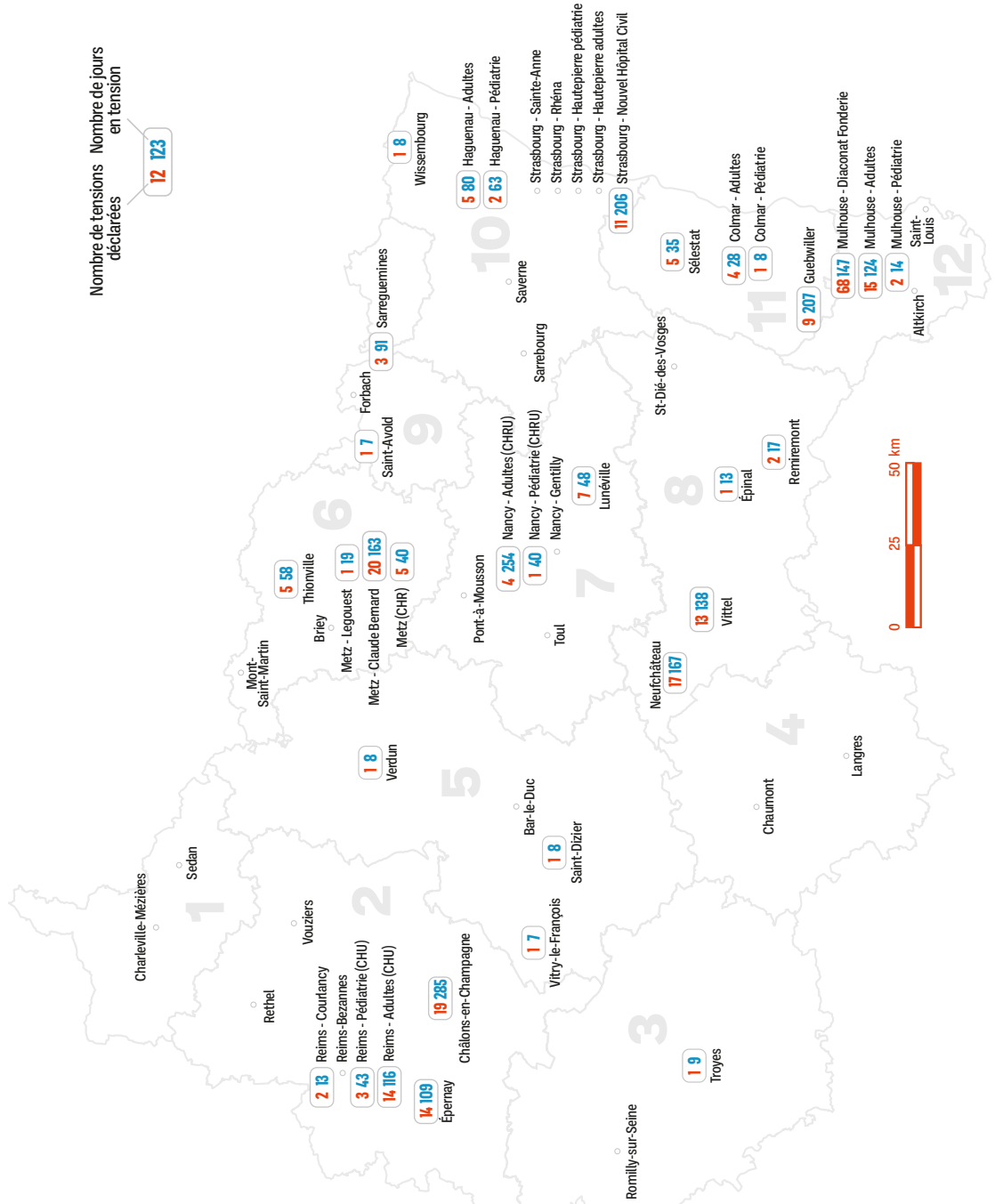
Sans suivi effectué sur le site, les épisodes de tension sont automatiquement clôturés au 6^{ème} jour.

Si un épisode de tension dure en moyenne une semaine, les situations sont très différentes selon les établissements, comme illustré dans la carte et le tableau de ce chapitre. À titre d'exemple, certains établissements déclarent peu d'épisodes de tensions mais leur durée dépasse régulièrement plus d'un mois.

Chiffres clés régionaux



Nombre de déclarations et de jours passés en tension



HÔPITAL EN TENSION

Détail des déclarations par GHT

Chiffres clés des tensions déclarées

		2022			1er quadrimestre 2023			
		Nombre de tensions déclarées	Nombre de jours en tension	Durée moyenne d'une tension	Nombre de tensions déclarées	Nombre de jours en tension	Durée moyenne d'une tension	MOY.
GHT 1	SAU déclarants : 0/3	19	285	15	1	7	7	MOY.
-		-	-	-	-	-	-	
GHT 2	SAU déclarants : 6/8	10	113	11	4	23	7	MOY.
Châlons-en-Champagne		19	285	15	1	7	7	
Reims - Courlancy		2	13	7	0	0	-	
Épernay		14	109	8	5	36	7	
Reims - Adultes		14	116	8	7	44	6	
Reims - Pédiatrie		3	43	14	0	0	-	
Reims - Bezannes		0	0	-	1	5	5	
GHT 3	SAU déclarants : 1/3	1	9	9	0	0	-	MOY.
Troyes		1	9	9	0	0	-	
GHT 4	SAU déclarants : 0/2							MOY.
-		-	-	-	-	-	-	
GHT 5	SAU déclarants : 2/4	1	8	8	-	-	-	MOY.
Vitry-le-François		1	7	7	0	0	-	
Saint-Dizier		1	8	8	0	0	-	
Verdun		1	8	8	0	0	-	
GHT 6	SAU déclarants : 4/6	8	70	8	26	33	11	MOY.
Thionville		5	58	12	2	14	7	
Metz - Legouest		1	19	19	0	0	-	
Metz - Claude Bernard		20	163	7	75	77	12	
Metz (CHR)		5	40	8	1	7	7	

GHT 7	SAU déclarants : 3/6	4	114	33	2	79	44	MOY.
Lunéville		7	48	7	3	68	23	
Nancy - Adultes		4	254	69	1	49	49	
Nancy - Pédiatrie		1	40	40	2	120	60	

GHT 8	SAU déclarants : 4/5	8	84	10	7	57	9	MOY.
Épinal		1	13	13	0	0	-	
Neufchâteau		17	167	10	10	80	8	
Remiremont		2	17	9	0	0	-	
Vittel		13	138	11	3	33	11	

GHT 9	SAU déclarants : 2/3	2	49	25	1	15	15	MOY.
Saint-Avold		1	7	7	0	0	-	
Sarreguemines		3	91	30	1	15	15	

GHT 10	SAU déclarants : 4/10	5	89	19	5	83	18	MOY.
Haguenau - Adultes		5	80	16	6	45	8	
Haguenau - Pédiatrie		2	63	32	0	0	-	
Strasbourg - Nouvel Hôpital Civil		11	206	19	3	120	40	
Wissembourg		1	8	8	0	0	-	

GHT 11	SAU déclarants : 4/4	5	70	9	5	32	6	MOY.
Sélestat		5	35	7	1	7	7	
Colmar - Adultes		4	28	7	0	0	-	
Colmar - Pédiatrie		1	8	8	0	0	-	
Guebwiller		9	207	10	9	56	6	

GHT 12	SAU déclarants : 3/5	28	95	3	14	46	3	MOY.
Mulhouse - Diaconat Fonderie		68	147	2	24	58	2	
Mulhouse - Adultes		15	124	8	4	33	8	
Mulhouse - Pédiatrie		2	14	7	0	0	-	

1.02

100 000 fiches SMUR-tab

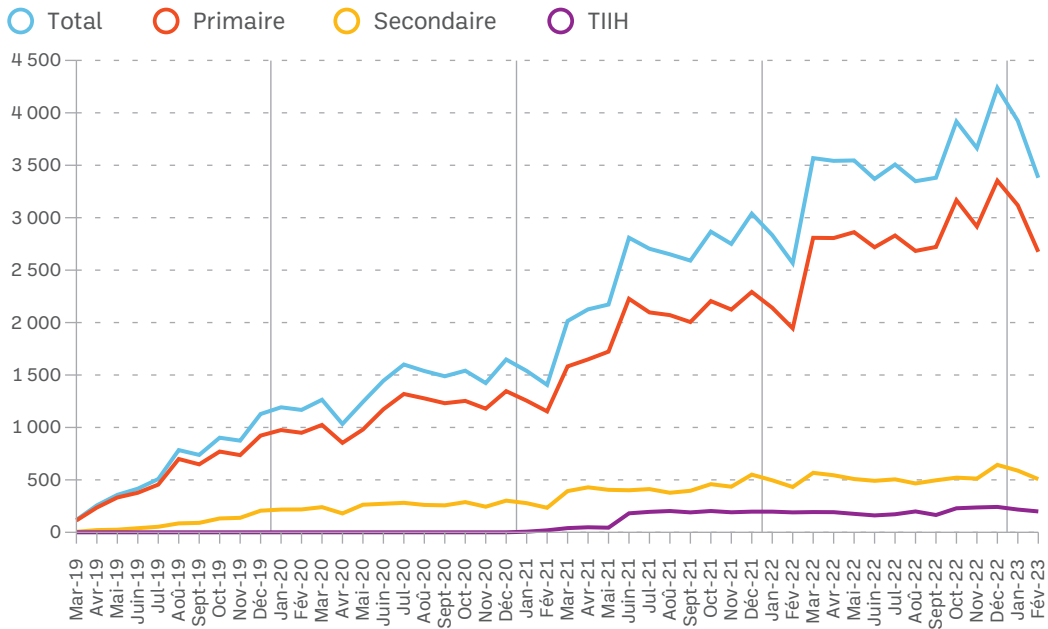
100 000 FICHES SMUR-TAB

Utilisation de l'application

Le projet a été lancé en Janvier 2018 et les premiers SMUR ont démarré en production en Mars 2019.

L'application SMUR-tab a fêté son 100 000ème patient pris en charge en Février 2023 avec 35 SMUR utilisateurs au quotidien et une moyenne de 124 interventions par jour sur la région.

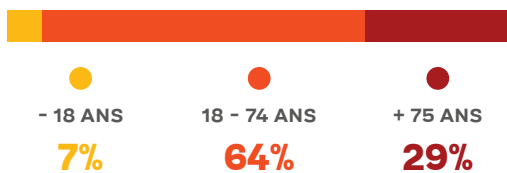
Nombre d'interventions mensuelles depuis le lancement



Focus sur les interventions *primaires*

A l'image des RPU, la base de données régionales SMUR-tab permet d'édiiter des chiffres clés et de faire des reportings à destination des SMUR.

Le patient



ÂGE MOYEN

58

ans

ÂGE MÉDIAN

62

ans

HOMMES

57%

des patients

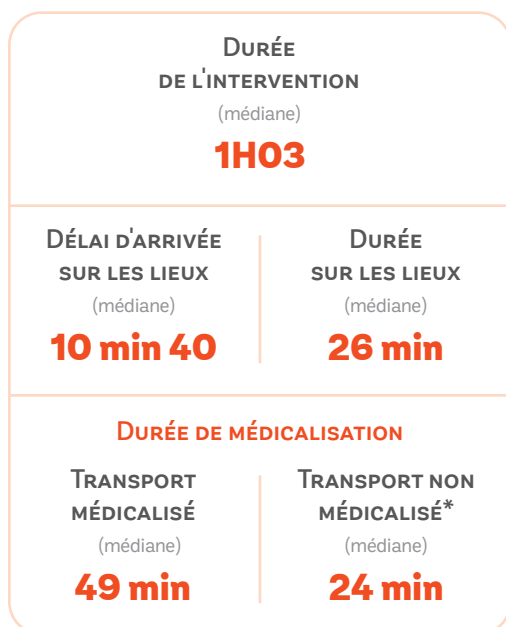


FEMMES

43%

des patients

Durées de l'intervention



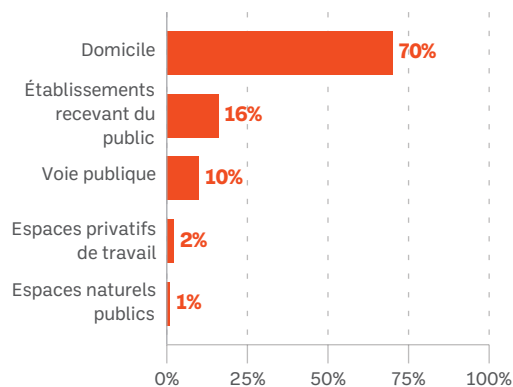
*Patient soigné sur place ou décédé ou hospitalisé sans médicalisation du transport

Utilisation des profils de prise en charge

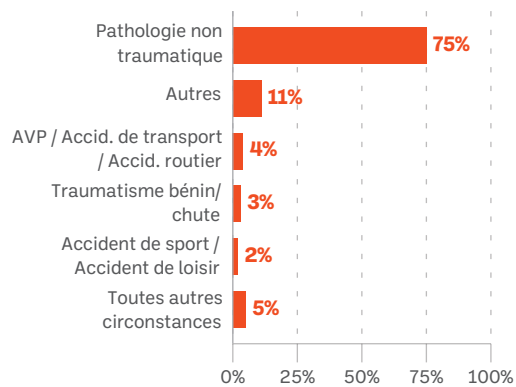
L'application met à disposition des **formulaires spécifiques adaptés au contexte clinique.**

TYPE DE PROFIL	Qté	Part
Aucun profil	64 193	84%
Douleur Thoracique	4 710	6%
Arrêt cardio respiratoire	4 365	6%
Trauma Grave	1 309	2%
Accident Vasculaire Cérébral	831	1%
Accouchement inopiné	482	1%
Brûlé	131	0%
Néo-nat	73	0%
Mort Subite du Nourrisson	29	< 0,1%

Lieu des interventions



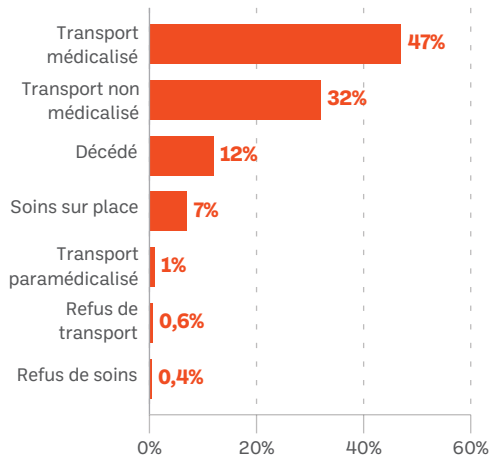
Circonstance des interventions



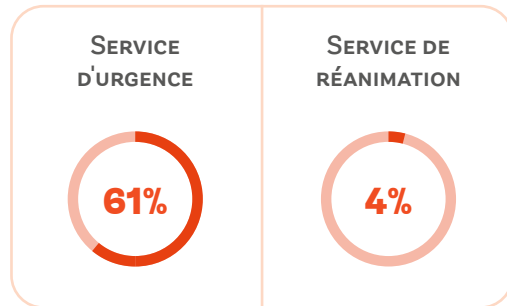
Focus sur les interventions *primaires* (suite)

Orientation

Type d'orientation



Destination des patients transportés



Répartition des types de transport selon l'orientation

Catégorie d'orientation	Type d'orientation	Type de transport	Part
Avec transport associé	Transport médicalisé	VSAV	27,5%
		SMUR UMH	12,6%
		Ambulance privée	5,4%
		HéliSMUR	1,6%
		SMUR Brancard	0,9%
		Ambulance privée bariatrique	0,1%
	Transport non médicalisé	VSAV	24,2%
		Ambulance privée	6,3%
		Ambulance privée bariatrique	0,1%
		Autre véhicule	0,1%
		Moyen personnel	0,1%
		Secouristes	0,1%
		Forces de l'ordre	0%
Hélico	0%		
Sans transport associé	Décédé	-	12,7%
	Soins sur place	-	6,6%
	Refus de transport	-	0,5%
	Refus de soins	-	0,4%

Tops 10

MOTIFS D'INTERVENTIONS

Part

Motif d'intervention	Part
Douleur thoracique / Douleur à la poitrine	26%
Arrêt cardio-respiratoire / Mort imminente / Décès / État de mort apparente	14%
Problème respiratoire / Hémoptysie / Inhalation / Dyspnée	13%
Coma / Inconscient / Trouble de vigilance	8%
Trauma léger / Contusion / Piqûre / Brûlure légère / Plaie / Fracture / Chute	7%
Malaise / Syncope / Lipothymie / Perte de connaissance	6%
Convulsions / Problème neurologique autre	4%
Trauma grave	4%
Problème cardiaque / Trouble du rythme / OAP cardiogénique	3%
Autres	14%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Qté

Part

Diagnostic principal	Qté	Part
Douleur thoracique	9 120	16%
Arrêt cardiaque	6 079	11%
dont "Sans précision"	3 357	55%
dont "Réanimé sans succès"	1 887	31%
dont "Réanimé avec succès"	835	14%
Malaise	2 745	4,9%
dont "Avec perte de connaissance / Syncope / Lipothymie"	1 623	59%
dont "Sans perte de connaissance"	1 122	41%
Dyspnée	2 245	4,0%
Coma, SP	1 024	1,8%
Hypoglycémie, SP	904	1,6%
Décès de cause inconnue	1 415	2,5%
dont "Sans précision"	819	58%
dont "Sans réanimation"	596	42%
Douleurs abdominales, autres, SP	752	1,3%
Détresse respiratoire aiguë	722	1,3%
Traumatisé grave	674	1,2%
Autres	30 079	53%

Focus sur les interventions *secondaires*

Durées de l'intervention

DURÉE
DE L'INTERVENTION
(médiane)
1H39

Le patient



- 18 ANS **4%** 18 - 74 ANS **70%** + 75 ANS **26%**

ÂGE MOYEN
61
ans

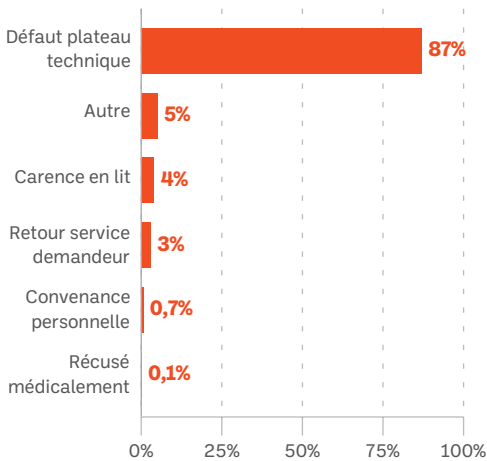
ÂGE MÉDIAN
65
ans

HOMMES
60%
des patients



FEMMES
40%
des patients

Raison du transfert



Tops 10

MOTIFS D'INTERVENTIONS

Part

Douleur thoracique / Douleur à la poitrine	19%
Problème respiratoire / Hémoptysie / Inhalation / Dyspnée	19%
Problème cardiaque / Trouble du rythme / OAP cardiogénique	13%
Autre motif	8%
AVC / Déficit d'un membre	6%
Coma / Inconscient / Trouble de vigilance	5%
Fièvre / Problème infectieux	5%
Gastro / Douleur abdominale / Diarrhée / Vomissement / Problème digestif	4%
Saignement / Hémorragie / Epistaxis	4%
Autres (greffe, psychiatrie, gynécologie, intoxication, etc...)	17%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Qté

Part

SCA non ST+ avec élévation des marqueurs	585	5,2%
dont "PEC en secondaire"	221	2,0%
dont "PEC initiale"	209	1,9%
dont "autre PEC"	155	1,4%
Choc septique	522	4,6%
Dyspnée	450	4,0%
SCA ST+	433	3,8%
dont inférieur et PEC initiale	232	2,1%
dont inférieur et PEC en secondaire	104	0,9%
dont antérieur et PEC initiale	97	0,9%
AVC ischémique / Infarctus cérébral SP	332	3,0%
Détresse respiratoire aiguë	325	2,9%
Syndrome détresse respiratoire adulte	310	2,8%
Douleur thoracique	303	2,7%
Choc hypovolémique / hémorragique	221	2,0%
Coma, SP	214	1,9%
Autre	7 367	65%

1.03 L'UMH Paramédicalisée

L'UMH PARAMÉDICALISÉE

Présentation de l'UMH-P

L'UMH paramédicalisée permet au Médecin Régulateur Urgentiste (MRU) une réponse graduée en médecine d'urgence préhospitalière.

Définitions

	ISP Infirmier Sapeur-Pompier	EPMU¹ Équipe Paramédicale de Médecine d'Urgence	UMH-P Unité Mobile Hospitalière Paramédicalisée
Engagement	Réflexe CTA - CRRA	Par défaut de SMUR	Sur critère
Cadre d'intervention	PISU		Protocollisé et concerté avec MRU
Lien avec MRU	Applique un PISU, rend compte au MRU		Établit un bilan circonstancié, agit sur prescription médicale en complément des PISU
Suite de la prise en charge	Soins dans l'attente de PEC par un médecin	Soins dans l'attente de l'arrivée d'un SMUR distant	Pas de modalité particulière
Formation	Interne SDIS par le SSSM	Non cadré (projet ANCESU)	Dédiée CESU (protocole coopération ²) puis universitaire IPA
Implantation	Décidée par SDIS	En remplacement d'un SMUR	Effecteur supplémentaire au sein des moyens d'un SMUR

¹ Selon recommandations mission flash et arrêté 11 juillet 2022

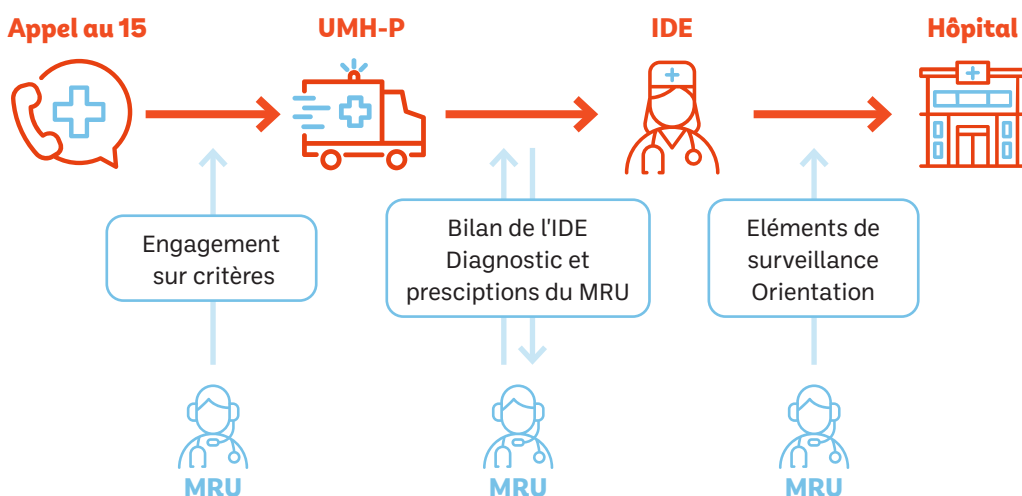
² Art L4011-1 à L4011-2 CSP

Historique

- 1** Mis en place il y a 20 ans sur l'antenne SMUR de Saint-Louis (68) rattachée à Mulhouse.
- 2** Dispositif étendu et encadré en 2019 lors de la crise du service d'urgence de Mulhouse.
- 3** Processus de formation formalisé en 2 niveaux (IDE SMUR - IDE Protocolisée) réalisé par CESU
- 4** Critères d'engagement en régulation
- 5** Évaluation (fiches SMUR-tab)
- 6** Recyclage annuel - Simulation

UMH-P et régulation

- Seul le MRU est habilité à engager une UMH-P
- Il choisit entre une UMH médicalisée (UMH-M) et une UMH Paramédicalisée (UMH-P) selon les critères d'engagement
- Il effectue le suivi de l'intervention, établit l'hypothèse diagnostique, prescrit le traitement et décide de l'orientation
- Il engage un renfort si nécessaire



Circonstances d'engagement

1. Sur un des critères d'engagement
2. Pour une évaluation de la situation clinique (en absence de critère de gravité)
3. Sur une urgence vitale identifiée, dans l'attente d'un moyen médicalisé

Critères d'engagement

- Convulsion Adulte / Enfant
- Dyspnée
- Hémorragie
- Réaction allergique
- Douleur thoracique non traumatique
- Intoxication par fumées
- Douleur
- Brûlure
- Hypoglycémie
- Arrêt cardiaque Adulte / Enfant

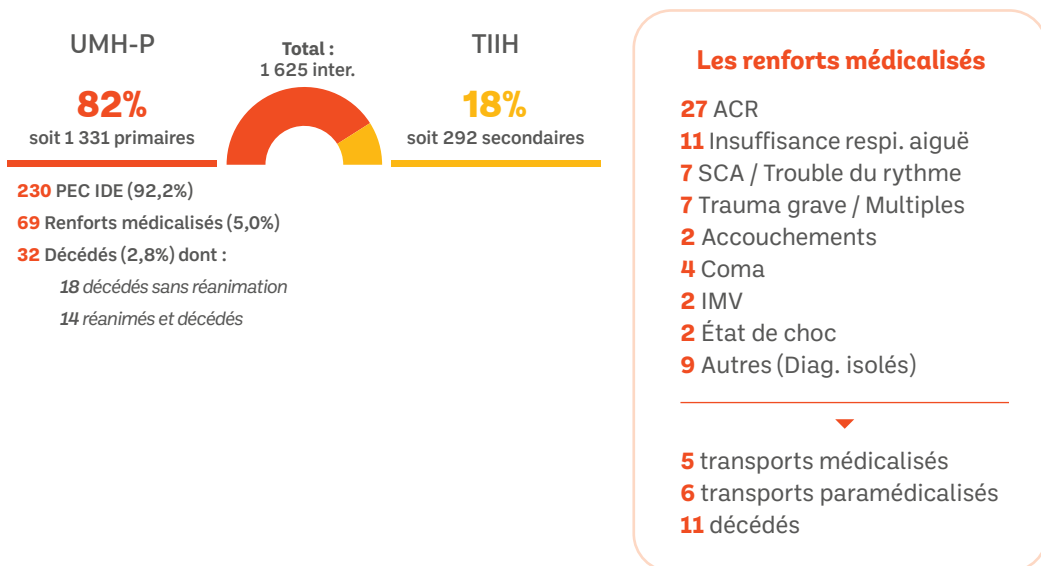
L'UMH PARAMÉDICALISÉE

L'expérience du SMUR de Mulhouse

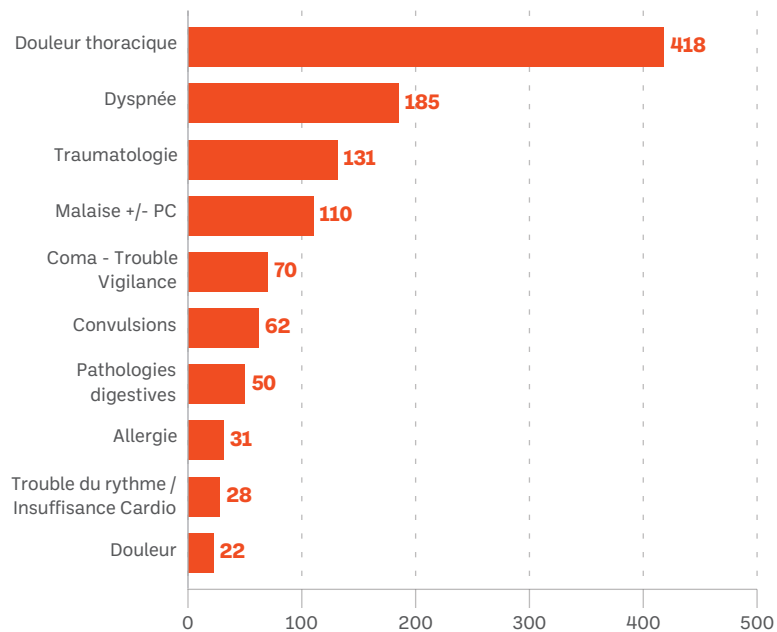
Présentation



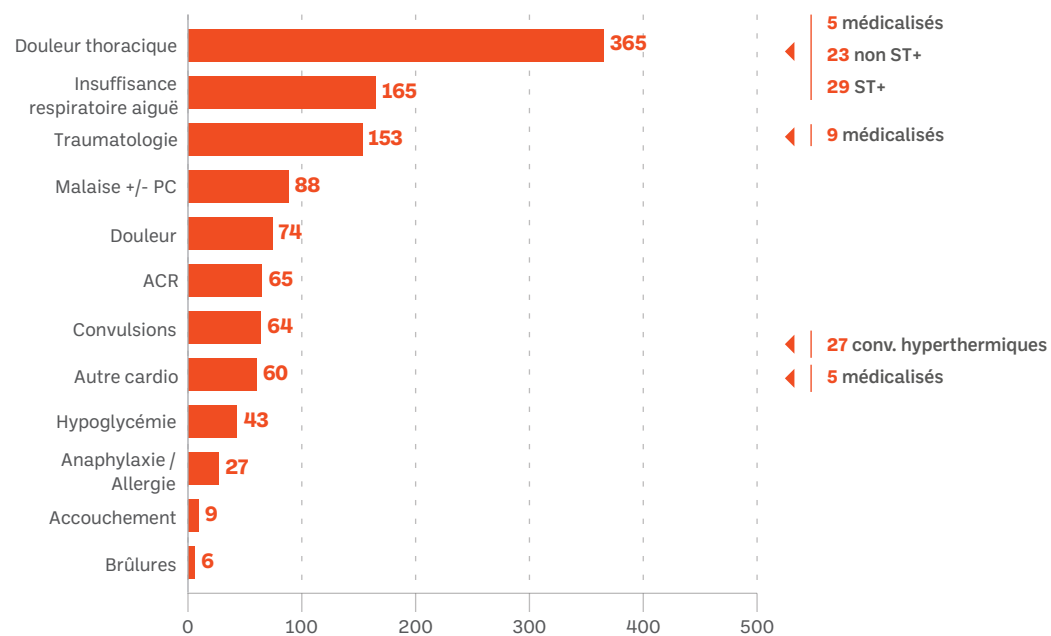
Les interventions



Motifs



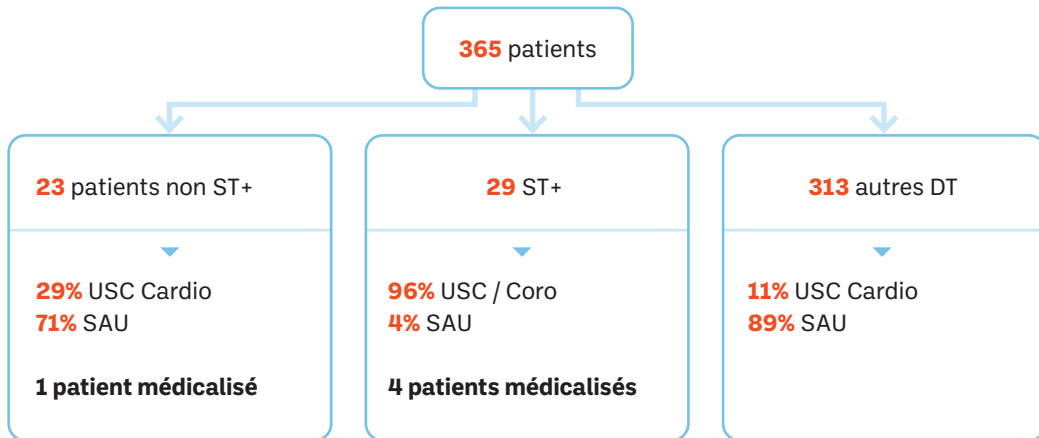
Diagnostics



L'UMH PARAMÉDICALISÉE

L'expérience du SMUR de Mulhouse (suite)

Focus douleurs thoraciques / SCA



Bilan du 68

- Expérience importante
- Pas de plainte, pas d'EIGS
- Pas de concurrence UMH-P / ISP
- Evolution des critères d'engagement

Enjeux & avantages

- Ne dégrade pas l'offre de soins
- Propose une graduation de l'effection préhospitalière de l'AMU
- Missions spécifiques dédiées à ce niveau de soins
- Attractivité pour les IDE SMUR
- Optimise le recours aux ressources médicales

La suite

- Recommandation éditée en Février 2023 par SUDF-CESU-SFMU sur « UMH-P : unité mobile hospitalière paramédicalisée. Un niveau d'intervention complémentaire pour les urgences pré-hospitalières »
- Modifications à venir du code de Santé Publique (art. D6124-13 et R6123-15) : « sur décision du médecin régulateur et dans des indications spécifiques l'équipe SMUR pourra être composée d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier (Unité Mobile Hospitalière Paramédicalisée, UMH-P) »



ANALYSES THÉMATIQUES

1.04 CPTS & RPU

Des passages aux urgences relevant potentiellement de la médecine de ville ?

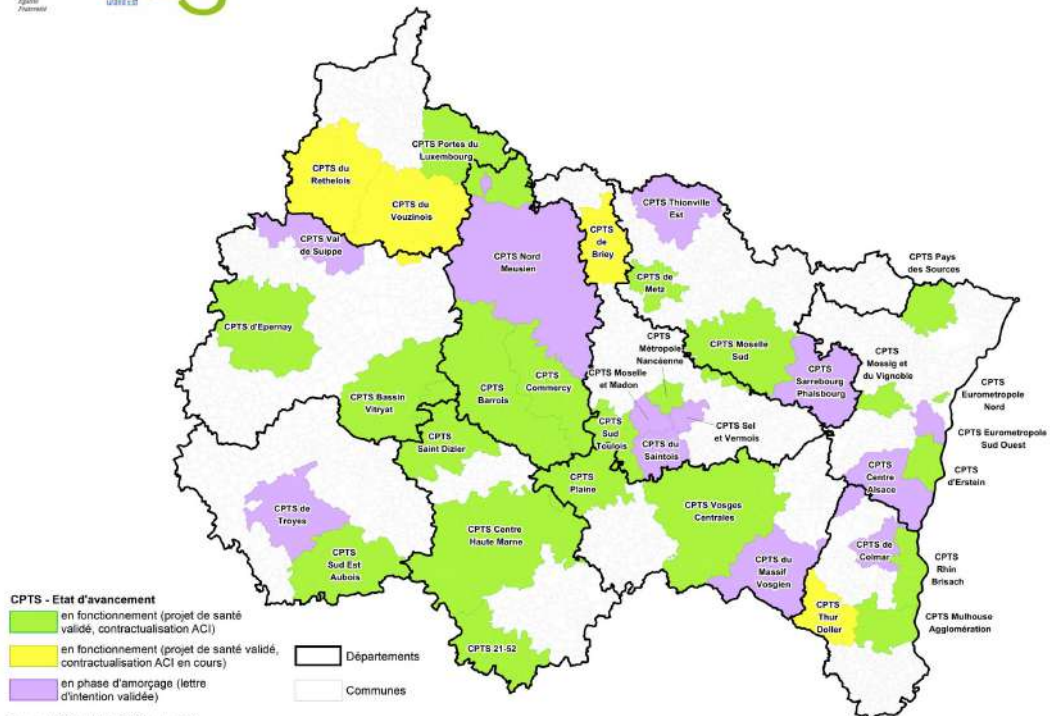
L'ARS, l'URPS et le réseau des urgences du Grand Est, Est-Rescue ont souhaité analyser les caractéristiques des patients ayant consulté dans les services d'accueil des urgences (SAU) et ce, en fonction de leur CPTS assurant la couverture de leur commune de résidence. L'objectif de cette démarche est de fournir aux CPTS des points de repère théoriques en volume des patients relevant potentiellement des soins non programmés de ville et consultant pourtant aux urgences.

A titre d'exemple, il est en effet souvent admis que les patients se présentant aux urgences par leur propre moyen, pour une simple consultation (codé CCMU 1), voire une consultation nécessitant un examen complémentaire de type imagerie ou biologie conventionnelle et rentrant à leur domicile au décours de cette consultation (codé CCMU 2), auraient pu bénéficier d'une prise en charge en ambulatoire.

Une mise à jour de ces données sera effectuée tous les 6 mois. Ainsi, l'observation dynamique de ces données pourront servir aux responsables des différentes CPTS pour évaluer les impacts de certaines actions mises en place au sein du territoire.



Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)



Sources : ARS Grand Est, DSDP - janvier 2022
 Réalisation : ARS Grand Est, DQPI, AES - janvier 2022

Méthodologie

Pour tenter cette approche, la méthodologie a été la suivante :

- Regrouper les communes de la région Grand Est en fonction de leur CPTS d'appartenance,
- Rechercher dans les RPU (Résumés de Passage aux Urgences générés en temps réel lors de chaque passage aux urgences) et pour toutes les communes, les SAU consultés,
- Identifier les 3 SAU majoritairement consultés par ces patients (ce qui représente habituellement plus de 70% des passages).

Pour ces trois SAU majoritaires, analyser les principales caractéristiques de ces populations à savoir : l'âge et le sex ratio, les heures d'arrivée en particulier en horaire de PDSA, le mode de transport à l'admission (véhicules personnels ou vecteurs sanitaires), le niveau de gravité selon la CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) dont les CCMU 1 et 2 correspondant aux consultations sans ou avec examens complémentaires « conventionnelles », le diagnostic principal via des regroupements diagnostiques, les durées moyennes et médianes de passage et enfin les modes de sortie dont le taux de retour à domicile.

[Voir les données](#)

www.est-rescue.fr/rpu-cpts

1.05

Enquête thématique

Organisation de la filière psychiatrique

ENQUÊTE THÉMATIQUE

Organisation de la filière psychiatrique

Établissements répondants

ÉTABLISSEMENTS
RÉPONDANTS

41

TAUX DE
RÉPONSE

77%

Enquête envoyée au printemps 2023 à tous les SAU de la région pour récolter des informations sur l'organisation de leur filière psychiatrique.

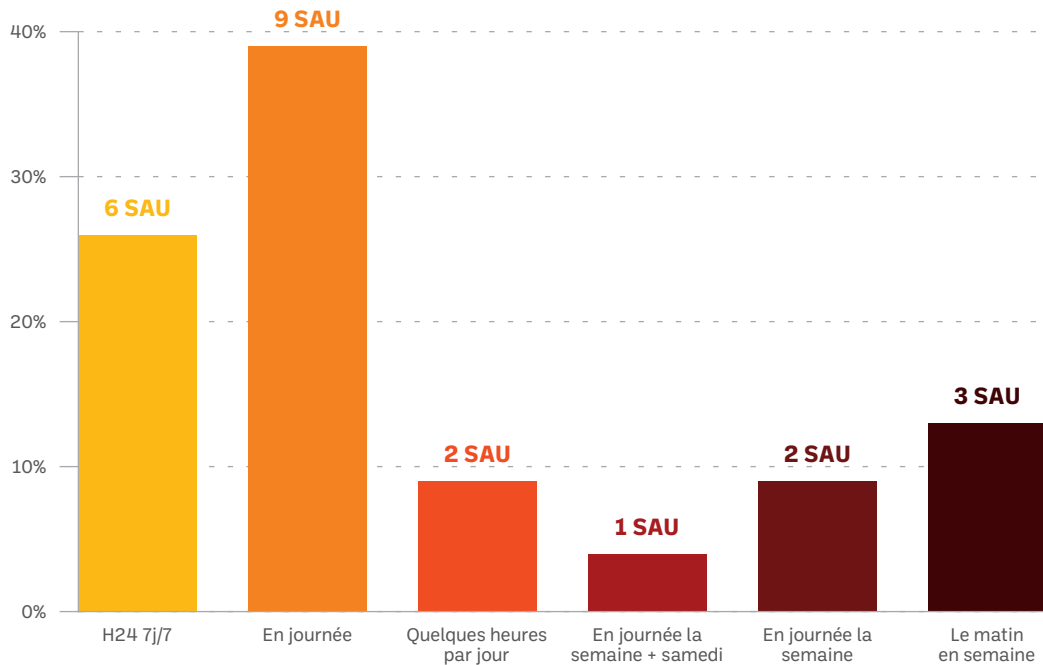
IDE de psychiatrie

Présence dans le service ?

Pour recevoir directement les patients sans problème somatique*

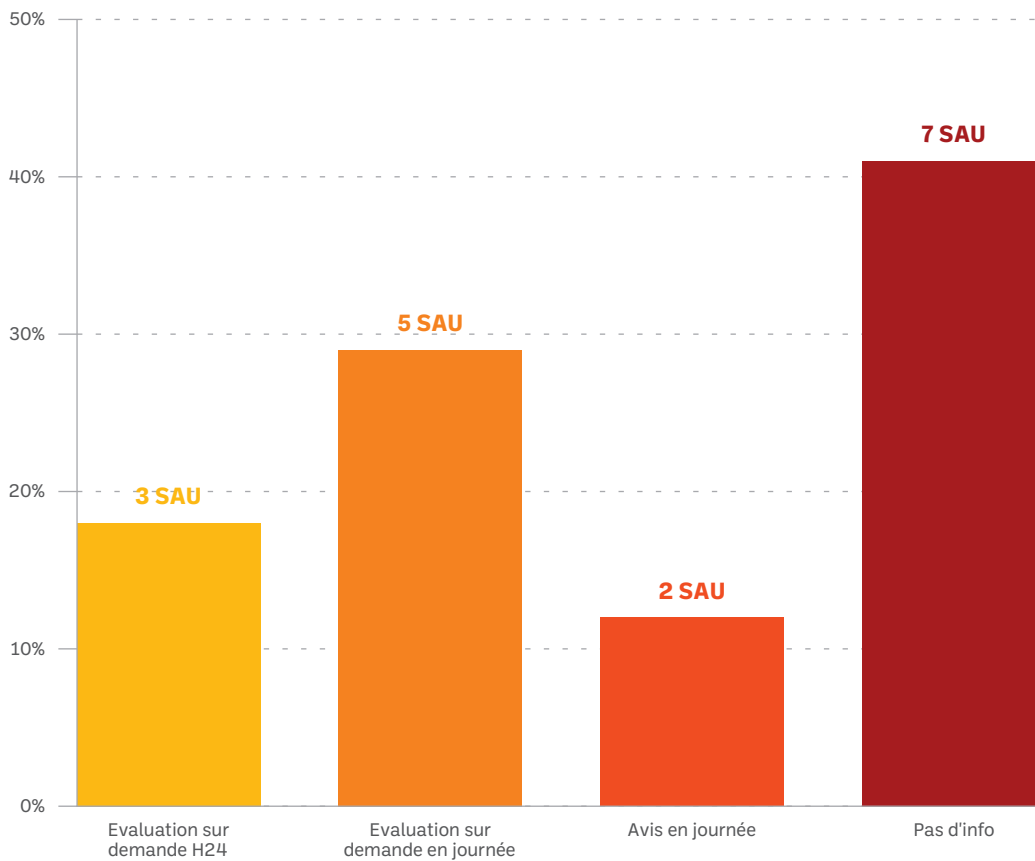


Si oui, sur quels horaires ?



*La questions portait sur les patients sans problème somatique, mais les IDE psychiatrie évaluent en majorité des patients ayant eu un examen somatique.

Si pas de présence dans le service, quelle alternative ?



ENQUÊTE THÉMATIQUE

Organisation de la filière psychiatrique

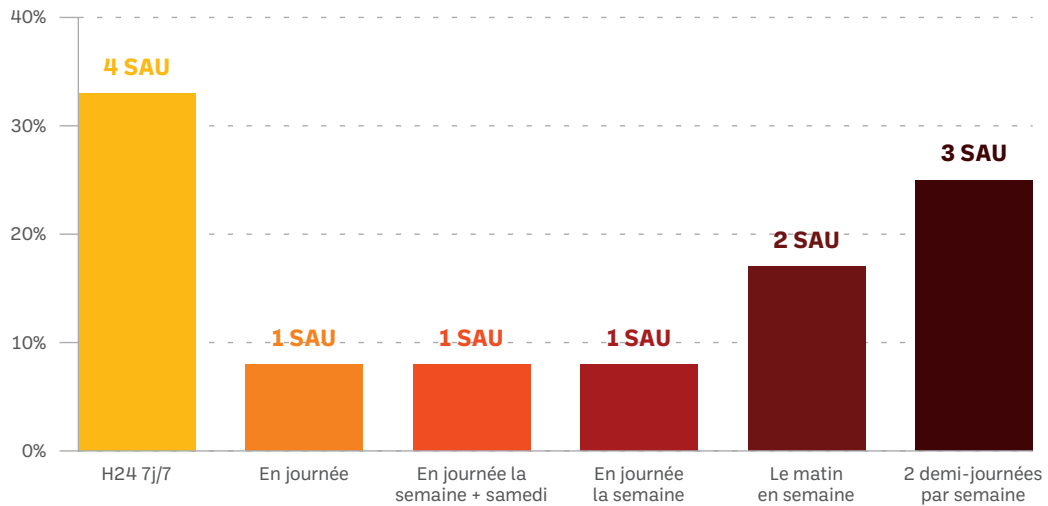
Médecin psychiatre

Présence dans le service ?

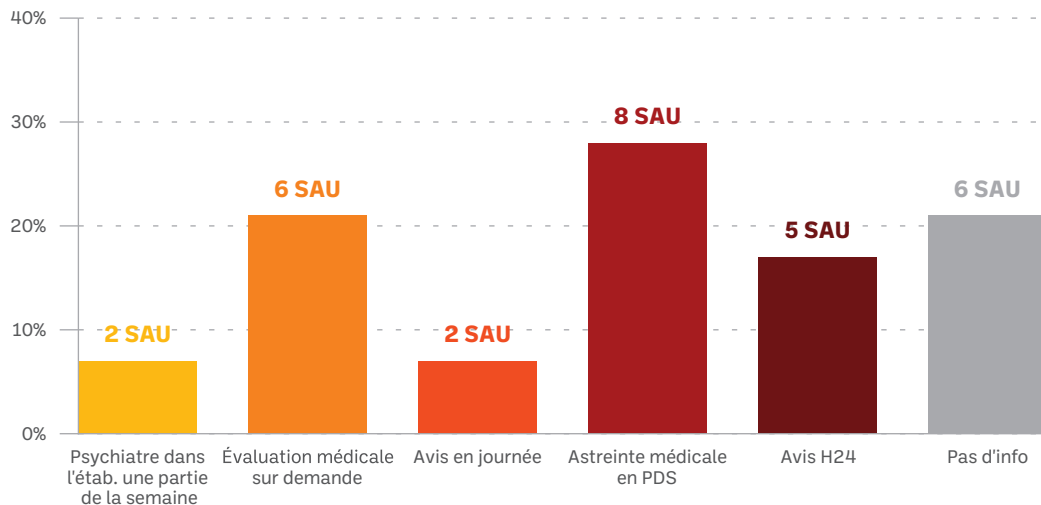
Pour recevoir directement les patients sans problème somatique*



Si oui, sur quels horaires ?

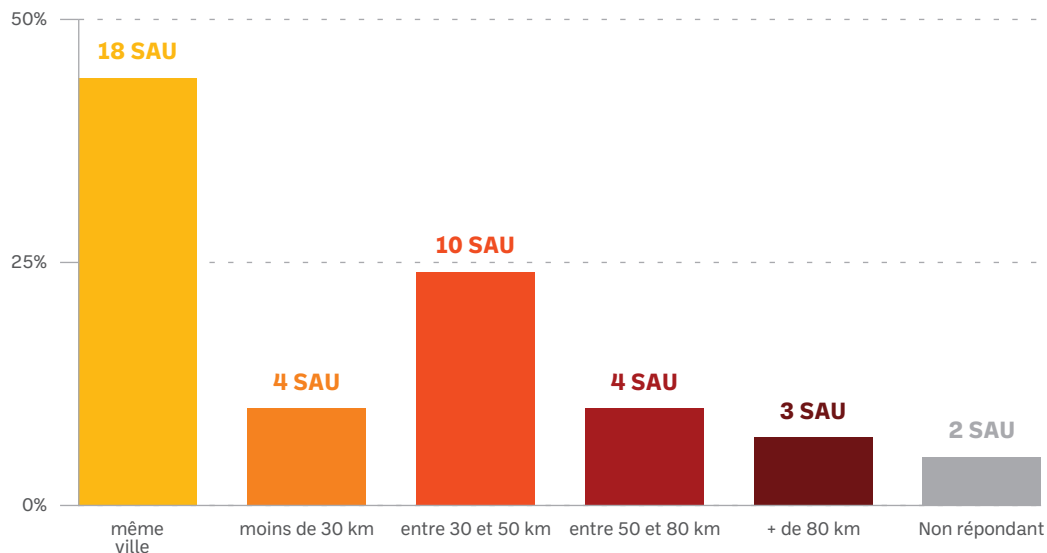


Si pas de présence dans le service, quelle alternative ?



*La question portait sur les patients sans problème somatique, mais les médecins psychiatres évaluent en majorité des patients ayant eu un examen somatique.

Distance avec le service de Psychiatrie dont dépend le SAU



Plusieurs services rapportent une augmentation marquée de ces types de prises en charge. Certains rencontrent des difficultés pour obtenir des avis médicaux la nuit et disposent parfois de locaux non adaptés, notamment aux états d'agitation.

Lorsqu'une organisation est en place, elle est parfois variable au cours de la semaine selon la disponibilité du personnel.

De nombreux services sont contraints de garder les patients dans leurs locaux afin d'avoir un avis psychiatrique, notamment en horaire de PDS. Avoir un avis engendre parfois dans certains services un transfert systématique.

Enfin la filière pédopsychiatrique est de plus en plus compliquée avec parfois des psychiatres qui refusent d'évaluer les mineurs.

1.06

Analyse Santé Publique France

*L'utilisation des données OSCOUR® pour
l'observation de l'état de santé de la population*



L'utilisation des données OSCOUR® pour l'observation de l'état de santé de la population

Pour assurer ses missions opérationnelles dans les champs de la veille sanitaire, de la surveillance épidémiologique, de l'alerte et de la conception et l'évaluation d'intervention en prévention et en promotion de la santé, Santé publique France (l'agence nationale de santé publique) s'appuie sur plusieurs systèmes de surveillance épidémiologique complémentaires¹, dont les réseaux des associations SOS Médecins (la région en compte 5) et OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

Dans ce présent rapport, l'utilisation des données de passages aux urgences pour une connaissance réactive de l'état de santé de la population, notamment pour orienter la réponse apportée notamment en termes d'actions de prévention, est illustrée au travers de 2 exemples : un bilan de la circulation des pathologies hivernales durant la saison 2022-2023, et l'utilisation des données de SurSaUD® dans la surveillance des noyades en 2023. D'autres exemples sont disponibles sur le site de Santé publique France, notamment l'activité des services d'urgence en lien avec l'usage de cocaïne².

Quelles reprises pour les épidémies hivernales durant la saison 2022-2023 ?

Avant l'épidémie de Covid-19, l'activité des services d'urgence était rythmée par les épidémies saisonnières comme la grippe, les gastro-entérites aiguës (GEA) et la bronchiolite chez les enfants, particulièrement chez les moins de 2 ans. Dans le contexte de pandémie de Covid-19 et de la mise en place de mesures sanitaires contraignantes, la dynamique de ces épidémies a été profondément modifiée au cours des saisons hivernales 2020-2021 et 2021-2022. Durant l'hiver 2022-2023, la question de la dynamique de ces épidémies et de l'impact de la circulation du SARS-Cov2 sur l'activité des services d'urgence suite à la fin des mesures barrières imposées dans le cadre de la crise sanitaire lié à la Covid-19 étaient donc particulièrement d'actualité. Dans ce contexte et conformément aux recommandations de l'*European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*, Santé publique France a fait évoluer le dispositif de surveillance de la Covid-19 vers une surveillance intégrée des infections respiratoires aiguës (IRA).

¹ Les données des différents systèmes de surveillance sont disponibles sur le site [Géodes](#) et une information est faite régulièrement à l'ensemble des acteurs de santé de la région, via le Point épidémiologique de Santé publique France Grand Est.

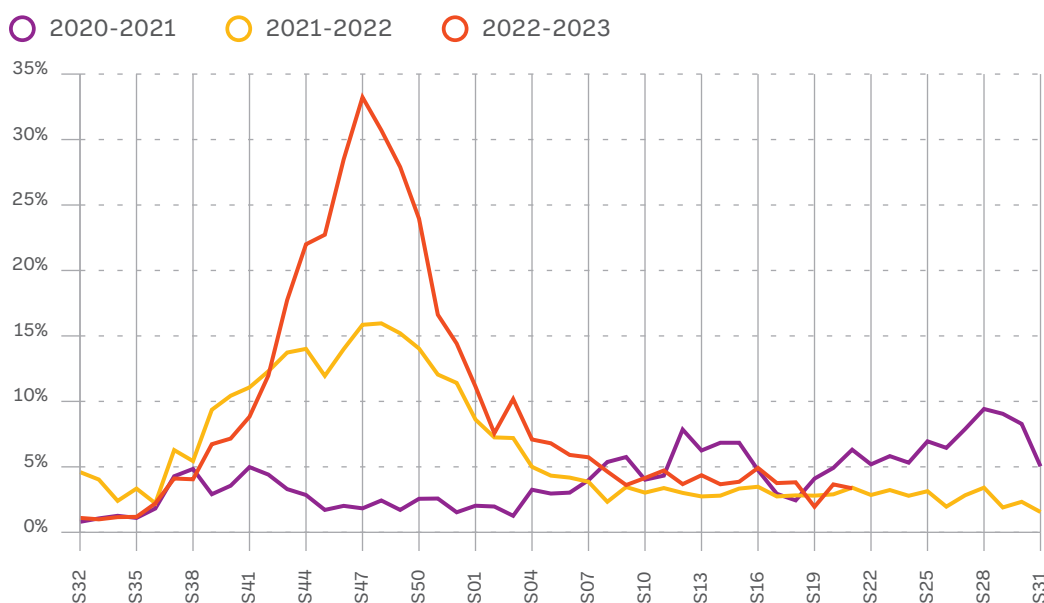
² [Cocaïne : consommation et passages aux urgences en hausse](#)

a. Bronchiolite : une épidémie forte et précoce

Aucune épidémie hivernale n'avait été observée au cours de l'hiver 2020-2021 mais une hausse de la part d'activité pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans avait néanmoins eu lieu en décalé au printemps et début d'été 2021, avec des niveaux d'activité tout à fait inhabituels pour la saison (figure 1). Durant la saison hivernale 2021-2022, l'épidémie avait été plus précoce qu'attendu. Avant la pandémie de Covid-19, l'épidémie de bronchiolite démarrait habituellement après les vacances de la Toussaint (vers la fin novembre), tandis que lors de la saison 2021-2022, une hausse des passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans avait été observée dès la semaine 37-2021 (juste après la rentrée scolaire) et le pic avait été atteint fin novembre (semaines 47 et 48-2021).

Lors de la saison hivernale 2022-2023, la précocité de l'épidémie de bronchiolite a été observée à nouveau. Les passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans ont augmenté à partir de la fin septembre et Santé publique France a classé la région Grand Est en niveau épidémique à partir de la semaine 41-2022 (mi-octobre). La part d'activité pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans dans les services d'urgence de la région était alors de 9 % (soit 152 passages hebdomadaires). Le pic a été atteint en semaine 47-2022 (du 21 au 27 novembre) avec 1/3 des passages aux urgences chez les enfants de moins de 2 ans liés à cette pathologie (soit 822 passages pour bronchiolite cette semaine-là). Suite au pic, l'activité liée aux bronchiolites chez les enfants de moins de 2 ans a baissé lentement ; la région restant en phase épidémique jusqu'en février 2023, avec une part d'activité liée à cette pathologie encore de 4 à 5 %.

Figure 1 : Taux hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, dans les établissements de santé de la région Grand Est, en saison 2020-2021, 2021-2022 et 2022-2023.



Champ : Structures d'urgence participant au réseau OSCOUR®.
Source : OSCOUR® (Santé publique France).

L'utilisation des données OSCOUR® pour l'observation de l'état de santé de la population

Au moment du pic d'activité, les hospitalisations d'enfants de moins de 2 ans avec diagnostic de bronchiolite représentaient la moitié des hospitalisations de la région dans cette classe d'âge (54 % en semaine 47 et 48-2022, soit respectivement 322 et 304 hospitalisations) avec de fortes tensions en aval des urgences. Le 9 novembre 2022, le caractère inhabituel de l'épidémie de bronchiolite a conduit le ministère de la santé et de la prévention à déclencher le plan ORSAN EPI-CLIM, afin de structurer la réponse du système de santé et de fluidifier les prises en charge pédiatriques. Santé publique France a contribué à différentes actions de sensibilisation, notamment de la population générale, sur la prévention et la prise en charge des bronchiolites³.

L'impact de l'épidémie de bronchiolite de la saison 2022-2023 a été très important sur les services d'urgence de la région. D'après les données historiques disponibles depuis 2011, il s'agit de l'année ayant enregistré le plus de passages aux urgences chez les moins de 2 ans pour cette pathologie et ayant une part des hospitalisations chez les moins de 2 ans après passage aux urgences pour bronchiolite parmi le total des hospitalisations après passages aux urgences dans cette classe d'âge plus élevée que ce qui est observé habituellement (plus de 50 % au moment du pic contre maximum 35 % habituellement).



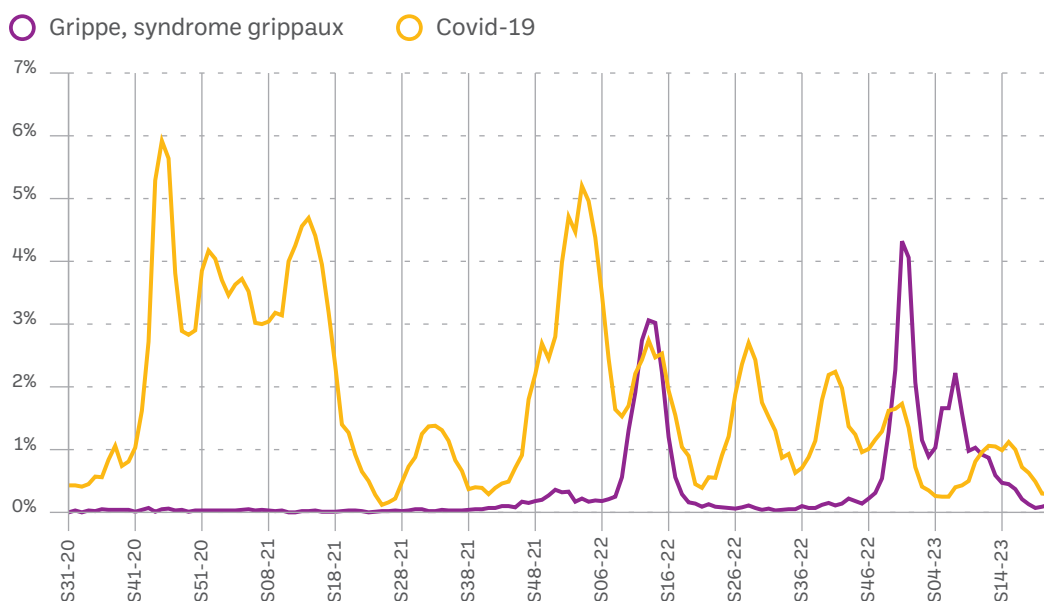
b. Grippe et Covid-19

Grippe : une épidémie précoce et longue

Suite à l'hiver 2020-2021, où aucune épidémie de grippe n'avait été observée⁴, l'épidémie de grippe de l'hiver 2021-2022 était arrivée tardivement, seulement après les vacances scolaires d'hiver (soit à partir de mars 2022) et avait été d'intensité modérée⁵ (Figure 2).

Lors de l'hiver 2022-2023, une augmentation du taux de passage aux urgences pour grippe et syndrome grippal en région Grand Est a été observée dès la fin novembre 2022 (semaine 47-2022). Cette augmentation a tout de suite été très marquée avec un premier pic épidémique (> 4 %) atteint fin décembre (soit 1 173 passages en semaines 51 et 1 050 en semaine 52-2022). Une diminution a ensuite été observée sur les 3 premières semaines de janvier avant la survenue d'un second pic d'activité mi-février, caractérisé par un taux de passage aux urgences pour grippe et syndrome grippal d'un peu plus de 2 % (soit 557 passages en semaine 07-2023). Le taux de passage lié à ces pathologies a ensuite diminué progressivement jusqu'à début avril 2023.

Figure 2 : Taux de passages aux urgences pour grippe et syndrome grippaux et pour Covid-19, tous âges, dans les établissements de santé de la région Grand Est, de la semaine 31-2020 à la semaine 21-2023



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®.
Source : Oscour® (Santé publique France).

⁴ - ⁵ [Bilan épidémiologique préliminaire de la surveillance de grippe, hiver 2020-2021.](#)

L'utilisation des données OSCOUR® pour l'observation de l'état de santé de la population

La saison 2022-2023 a été marquée par une épidémie exceptionnellement précoce et longue sur tous les territoires métropolitains⁶. La région Grand Est a été classée en alerte épidémique pendant 17 semaines, de la semaine 48-2022 à la semaine 12-2023. Deux vagues épidémiques successives ont été observées, dues d'abord à la circulation du virus de type A(H3N2) puis du virus de type B/Victoria. De plus, le pic épidémique a été particulièrement marqué. D'après les données historiques de la région, c'est la première fois qu'une part d'activité aussi élevée est observée en lien avec la grippe.

L'épidémie de grippe 2022-2023 a aussi été particulièrement sévère. Dans la région, la part des hospitalisations après passages aux urgences pour grippe a atteint 4,8 % de l'ensemble des hospitalisations après passages aux urgences en semaine 52-2023. Cette sévérité est la plus élevée depuis 2011.

Covid-19 : une menace toujours présente

Après les vagues épidémiques de l'hiver 2020-2021, puis de la vague associée à l'arrivée du variant Omicron durant l'hiver 2021-2022 (pic épidémique en semaine 03-2022 avec un taux de passages aux urgences pour Covid-19 de 5 %), les vagues épidémiques suivantes ont été de plus faible ampleur (Figure 2).

Au cours de l'année 2022, 4 pics épidémiques ont été observés, en plus du pic de la semaine 03-2022 lié à l'arrivée du variant Omicron du SARS-CoV-2. Un premier pic a été observé en semaine 13-2022 (du 28 mars au 3 avril 2022) où la Covid-19 a représenté 3 % de l'activité des services d'urgence de la région, soit 782 passages cette semaine-là ; le deuxième pic a été observé mi-juillet (semaine 28-2022), avec une part d'activité de 3 % ; le troisième pic a été atteint en semaine 41-2022 (du 10 au 16 octobre) avec une part d'activité d'un peu plus de 2 % (soit 594 passages dans la semaine) ; et le quatrième pic a été atteint fin décembre (semaine 51-2022) avec une part d'activité de moins de 2 % (soit 468 passages).

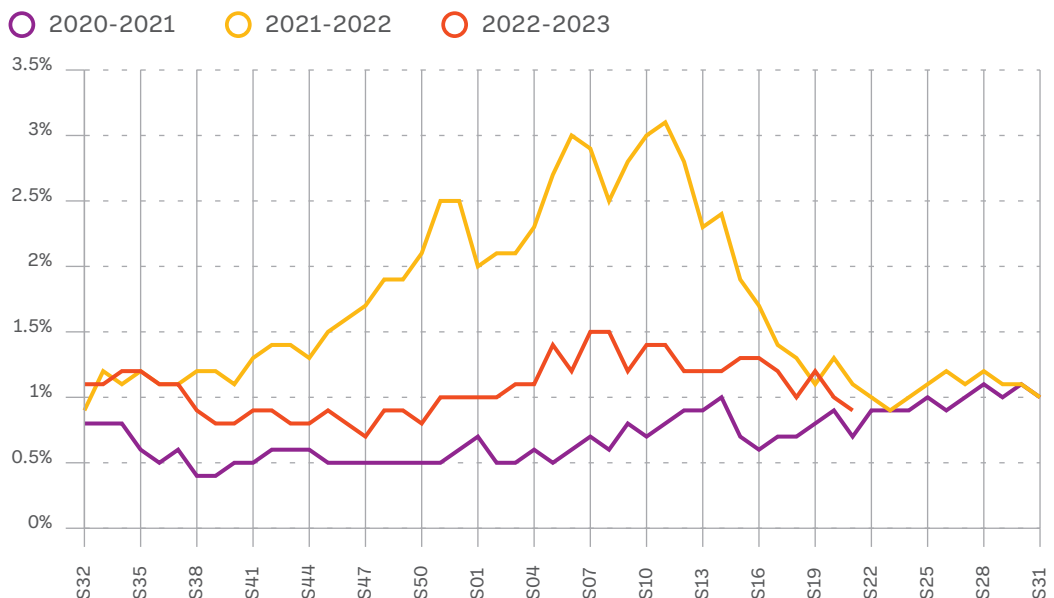
Après ce dernier pic fin décembre 2022, la part d'activité liée à la Covid-19 dans les services d'urgence de la région a diminué à moins de 0,5 % mais une nouvelle augmentation a été observée au printemps 2023 avec 5 semaines de part d'activité autour des 1 % pour cette pathologie entre la fin mars et la fin avril. Cependant, même sur cette dernière vague de plus faible intensité, un patient sur deux vus aux urgences était ensuite hospitalisé et la part des hospitalisations liées à la Covid-19 parmi toutes les hospitalisations étaient de près de 3 %.

c. Gastro-entérite aigüe (GEA) : une saison 2022-2023 plutôt calme

Comme pour la grippe, aucune épidémie de GEA n'a été observée durant l'hiver 2020-2021, mais une légère augmentation des passages est survenue à partir du printemps 2021 pour atteindre, à l'été, des taux de passages aux urgences habituels pour la saison (autour de 1 %) (Figure 3). La saison 2021-2022 a été marquée par une forte activité liée aux GEA avec des maximums atteints en février et mars (plus de 3 % de part d'activité tous âges confondus), une part importante d'enfants de moins de 5 ans en raison d'une circulation active de rotavirus, et une part des hospitalisations après passages aux urgences pour GEA parmi le total des hospitalisations après passages aux urgences plus élevée que ce qui était observé habituellement (plus de 3 % certaines semaines de 2022 contre moins de 2 % habituellement).

A l'inverse, la saison 2022-2023 a été plus calme en matière de GEA avec une augmentation de l'activité qui a démarré en fin d'année 2022 et a représenté au maximum 1,5 % de l'activité des services d'urgence durant le mois de février 2023. De même, la part des hospitalisations après passages aux urgences pour GEA parmi le total des hospitalisations après passages aux urgences n'a pas dépassé les 1 % durant l'hiver 2022-2023.

Figure 3 : Taux de passages aux urgences pour gastro-entérite, tous âges, dans les établissements de santé de la région Grand Est, en saison 2020-2021, 2021-2022 et 2022-2023.



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®.
Source : Oscour® (Santé publique France).

L'utilisation des données OSCOUR® pour l'observation de l'état de santé de la population

Utilisation des données de SurSaUD® dans la surveillance des noyades en France

En France, les noyades accidentelles sont responsables chaque année d'environ 1 000 décès, dont environ la moitié pendant la période estivale. Elles représentent la principale cause de décès par accidents de la vie courante chez les moins de 25 ans. Ces noyades sont pourtant pour la plupart évitables. Les ministères chargés de la Santé et des Sports se mobilisent pour lutter contre ce fléau, qui touche notamment les jeunes enfants et les personnes âgées.

Santé publique France mène depuis 2002, tous les trois ans pendant l'été, des enquêtes permettant de décrire les circonstances des noyades. A la demande du ministre de la Santé et de la Prévention et de la ministre des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, **un nouveau dispositif de surveillance épidémiologique des noyades est mis en place** à partir de l'été 2023. Auparavant triennale, la nouvelle surveillance évolue vers un suivi annuel avec l'objectif de produire des **indicateurs de pilotage pour une prévention adaptée durant la saison estivale**. Ce nouveau dispositif est déployé par Santé Publique France et le « Système National d'Observation de la Sécurité des Activités Nautiques » (SNOSAN) rattaché à l'École Nationale de Voile et des Sports Nautiques (ENVSAN).

Cette surveillance est réalisée du 1er juin au 30 septembre, sur l'ensemble du territoire métropolitain et dans les DROM, et repose sur deux sources :

- les données de noyades suivies de décès collectées par le Système National d'Observation de la Sécurité des Activités Nautiques (SNOSAN) à partir des données des Centres régionaux opérationnels de surveillance et de sauvetage (CROSS), des bulletins de la Cellule ministérielle de veille opérationnelle et d'alerte (CMVOA) du ministère de la Transition écologique et de la cohésion des territoires et d'une veille presse ;
- les données de passages aux urgences pour cause de noyades (du réseau Oscour®).

Deux indicateurs seront ainsi produits à plusieurs reprises pendant la saison estivale : le nombre de noyades accidentelles totales et le nombre de noyades accidentelles suivies de décès. Lorsque l'information sera disponible, ils seront présentés par sexe, âge, région, lieu de noyades et activité pratiquée lors de la noyade.

Santé publique France publiera 4 points épidémiologiques tout au long de l'été et un bilan de la saison fin octobre 2023. Le premier point épidémiologique devrait être publié le 7 juillet 2023, à la veille des congés scolaires estivaux.

Afin de sensibiliser le public au risque de noyade des enfants, les ministères chargés de la Santé et des Sports en partenariat avec l'Institut national de la consommation (INC) lancent une campagne de prévention sous le slogan « Vous tenez à eux, ne les quittez pas des yeux ! ».⁷



Discussion : des données utiles nécessitant une bonne exhaustivité et une bonne qualité

En conclusion, les données des consultations des associations SOS Médecins et des services d'urgence sont indispensables, en complément d'autres données (déclarations obligatoires, hospitalisations, surveillance virologique, données de consommation de soins de l'assurance maladie, etc.) pour améliorer les connaissances sur l'état de santé de la population générale, détecter précocement certaines menaces sanitaires, saisonnières (épidémies, vagues de chaleur), à l'occasion de grands rassemblements (Armada de Rouen, Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024, etc.) ou d'événements sanitaires exceptionnels (feux de forêt, accidents industriels, épisodes de pollution, etc.), piloter la réponse à ces menaces, notamment en termes de prévention, et évaluer certaines politiques locales de santé publique (implémentation du dispositif Vigilans de prévention de la récurrence suicidaire). Dans tous les cas, l'exhaustivité et la qualité des données collectées, notamment en termes de codage des diagnostics, constituent des enjeux quotidiens pour garantir la performance du dispositif d'observation.

⁷ [Se baigner en toute sécurité - Prévention des noyades](#) et [Prévention des noyades : le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques se mobilisent à l'approche de la saison des baignades](#) - Ministère de la Santé et de la Prévention

ANALYSES THEMATIQUES

PANORAMA DES URGENCES
DU GRAND EST

2022

www.est-rescue.fr

09.64.41.51.89
oru@est-rescue.fr

64 Chaussée Saint-Martin - 51100 Reims



Est-RESCUE

OBSERVATOIRE & RÉSEAU
DES URGENCES DU GRAND-EST