

Le circuit des certificats de décès

Le constat d'un décès par un médecin fait l'objet d'un certificat initial, réalisé soit sous forme papier, soit sous forme électronique. Quel que soit le mode de rédaction, il contient deux volets :

- un premier volet contenant les informations démographiques et administratives de la personne décédée (aucune information sur les causes médicales) et est transmis à l'Insee par les communes disposant d'un bureau d'état civil informatisé ;
- un second volet, médical et anonyme, contient les causes médicales de décès.

Ce second volet est confidentiel et clos par le médecin. Les informations disponibles dans le certificat initial sont brutes, ni validées ni codées. Les causes médicales de décès se présentent sous forme de texte libre.

Dans le cadre d'un certificat « papier », le certificat est envoyé à l'Agence régionale de santé (ARS), puis transmis au centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui se charge de sa numérisation et du codage des causes du décès durant les semaines ou mois qui suivent, avec notamment :

- attribution d'un code de la classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM-10) ;
- identification de la cause initiale du décès, en cohérence avec les règles internationales établies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Parallèlement, le CépiDc compare les décès qu'il a reçus avec ceux reçus par l'Insee pour garantir l'exhaustivité. La réception de l'information brute au CépiDc prend au minimum 4 mois et la finalisation de la base de données pour une année N est disponible en juin de l'année N+2.

Depuis 2007, tous les médecins ont la possibilité de rédiger directement un certificat de décès sur un poste informatique relié à Internet à travers une application Web sécurisée déployée par le CépiDc.

Par ce moyen, dès la validation du certificat électronique par le médecin, les informations contenues dans le volet médical sont envoyées directement par voie électronique sur un serveur du CépiDc et sont mises à disposition de l'InVS et des ARS de façon brute (non codées) dans l'heure qui suit la validation du certificat par le médecin.

Le volet administratif du certificat doit être imprimé et transmis à la mairie du lieu de décès ce qui limite son utilisation lors d'un décès au domicile. Les étapes de codage et de vérification d'exhaustivité sont toujours exécutées par le CépiDc et la base de données finale de l'année N est disponible dans le même délai que pour les certificats papiers (année N+2).

Déploiement et état des lieux de la certification électronique des décès

Depuis le déploiement du dispositif de certification électronique des décès au cours de l'année 2007, environ 170 établissements de France l'ont utilisée au moins une fois. Lors de la pandémie grippale H1N1 en 2009, une accélération du recrutement a été observée avec la participation de 53 nouveaux établissements « sentinelles » de l'InVS. Toutefois, dès la fin de la pandémie grippale, la participation de nouveaux établissements s'est ralentie, avec seulement une vingtaine de nouveaux établissements participants au cours de l'année 2010, une dizaine en 2011 et une vingtaine en 2012.

Il est difficile de connaître avec précision la part de décès certifiés par voie électronique de l'année en cours car un délai de plusieurs mois est nécessaire au CépiDc pour la récupération de l'ensemble des certificats (papiers et électroniques). Actuellement, environ 5 % de la mortalité nationale est collectée par la certification électronique, avec une forte hétérogénéité selon les régions.

En 2011, la Haute-Normandie enregistrait 1,1% de la mortalité de la région par voie électronique. Cette année là, trois établissements de la région ont utilisé la certification électronique des décès. Un total d'un peu plus de 200 décès ont été certifiés par ce moyen.

L'instruction du juillet 2013

Les Agences régionales de santé ont reçu au mois de juillet une instruction concernant la certification électronique des décès¹. Cette instruction diffusée conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), rappelle l'existence d'une application pour la transmission électronique des certificats de décès.

L'instruction précise le taux régional de certification électronique à atteindre dans les deux prochaines années. La cible est une couverture minimum à 20% de décès enregistrés par certification électronique dans 2 ans dans l'ensemble des régions. Cette valeur cible régionale a été fixée pour permettre de détecter un signal d'alerte en terme de mortalité.

Conclusion

Le faible pourcentage actuel de décès certifiés par voie électronique ne permet pas pour le moment à l'InVS de conduire une analyse épidémiologique fiable sur les décès certifiés, notamment en vue de l'exploitation des causes médicales de décès à des fins de surveillance et d'alerte sanitaires. Une étude de l'Inserm et de l'InVS a par ailleurs montré qu'outre son intérêt pour l'alerte sanitaire, la certification électronique apporte une augmentation significative de la qualité et de la précision des informations des certificats de décès². Seule une forte participation des établissements de santé au système, permettra l'utilisation des données pour l'évaluation et la compréhension d'une surmortalité en cas de survenue d'un nouvel événement sanitaire. Les objectifs fixés par l'instruction ministérielle de juillet 2013 font figure de première étape dans le développement de la certification électronique des décès.

Encart 1 : La certification électronique des décès vue par I. Bonnèlie (CépiDc)

Mis en place suite à la canicule de 2003 pour disposer d'un indicateur de veille et d'alerte sanitaire plus réactif et plus spécifique (causes médicales et non seulement informations à caractère démographique), le système de certification électronique des décès (CertDc) est opérationnel même s'il reste encore peu utilisé.

Essentiel pour la veille et l'alerte sanitaire aux différents niveaux géographiques, il présente différents avantages logistiques pour l'ARS et les établissements (moins de certificats papier à distribuer et à récupérer) et des avantages pratiques pour les professionnels de santé. Il offre aujourd'hui une possibilité de gestion de tous les certificats par les professionnels d'une même équipe, une possibilité de génération de documents pré-remplis connexes au décès et une aide au choix des opérations funéraires selon les réglementations en vigueur. Ses premiers utilisateurs veillent à son amélioration constante.

Pour le découvrir : <https://sic.certdc.inserm.fr/> (cliquer sur le lien "Découvrir CertDc pour la 1ère fois"). Outre un kit de présentation et une fiche technique (CertDc demande très peu de pré-requis à sa mise en œuvre), vous aurez la possibilité de le tester (rédaction de certificats de décès fictifs).

¹ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37310.pdf

² Delphine Lefeuvre et al. Evaluation de la qualité des certificats de décès en France : l'apport de la certification électronique ; Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 7 du 5 mars 2013

Remerciements : Anne Fouillet (InVS-Dcar) et Isabelle Bonnèlie (CépiDc)

Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire : Dr Françoise WEBER
 Rédacteur en chef : Arnaud MATHIEU - Responsable de la Cire Normandie
 Rédacteur : Benjamin LARRAS - Chargé d'études
 Cire Normandie : Tél. 02 32 18 31 64 - Fax 02 32 18 26 50
 31, rue Malouet 76000 Rouen
<http://www.invs.sante.fr>

VEILLE INFO



Cire Normandie

Cellule de l'InVS en régions Haute et Basse Normandie

Veille Info n°32 - Mars 2014

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

Période du 01/12/13 au 28/02/14

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'urgence 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'urgence (tab 1). Ces données permettent uniquement un suivi quantitatif de l'activité des structures d'urgence concernées et ne permettent pas de qualifier les motifs de recours aux structures d'urgence.

| Complétude des données et activité déclarée par les structures sur la période du 01/12/13 au 28/02/14 |

Le niveau de complétude des données transmises par les structures d'urgence pour la période du 01/12/13 au 28/02/14 était de 92,1%. Sur cette même période, la complétude était comprise entre 62% et 100% selon les établissements.

Fig 1. Carte de complétude des données transmises par les structures d'urgence de Haute-Normandie, période du 01/12/13 au 28/02/14 (source : SRVA de Haute-Normandie).

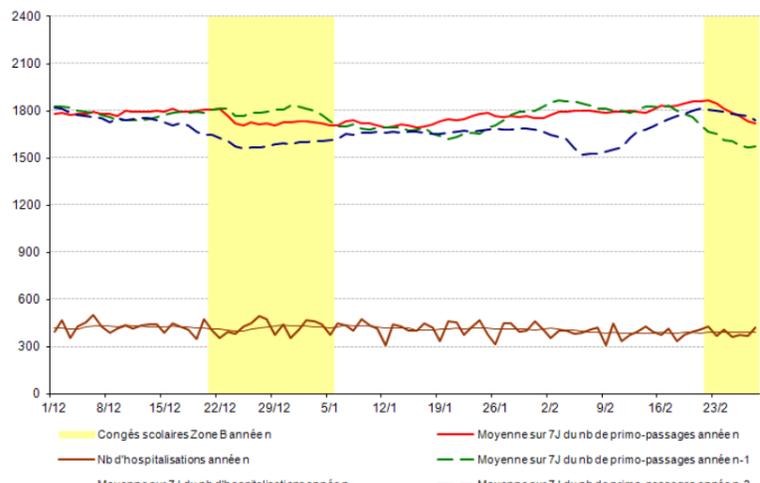


Tab 1. Activité déclarée par les structures d'urgence de Haute-Normandie, période du 01/12/13 au 28/02/14 (source : SRVA de Haute-Normandie).

Etablissements	Primo passage	< 1 an	> 75 ans	Hospit
CH DIEPPE	8 417	309	1 419	2 973
CHEU	3 696	121	246	330
Total Territoire de Dieppe	12 113	430	1 665	3 303
CH BERNAY	4 285	27	632	1 162
CH EVREUX - CHI EURE-SEINE	14 006	1 019	1 233	2 141
CH GISORS	4 130	42	503	959
CH VERNEUIL-SUR-AVRE	2 968	26	277	392
CH VERNON - CHI EURE-SEINE	5 437	66	707	1 212
CL CHIRURGICALE PASTEUR - EVREUX	4 336	6	250	502
Total Territoire Evreux - Vernon	35 162	1 186	3 602	6 368
CH FECAMP	4 816	129	716	1 342
CH LILLEBONNE	4 532	54	596	777
CH POINT-AUDEMER	2 807	26	307	289
CL LES ORMEAUX-VAUBAN - LE HAVRE	5 409	37	323	518
H PRIVE DE L'ESTUAIRE - LE HAVRE	5 672	38	785	1 367
H JACQUES MONOD POSU - CH LE HAVRE	8 388	1 453	0	1 106
H JACQUES MONOD SAU - CH LE HAVRE	9 662	0	2 019	3 829
Total Territoire Le Havre	41 286	1 737	4 746	9 228
CH LES FEUGRAIS - CHI ELBEUF	13 796	881	1 571	3 216
CH LOUVIERS - CHI ELBEUF	3 397	66	225	250
CL DU CEDRE - BOIS-GUILAUME	3 486	1	269	315
H CHARLES NICOLLE POSU - CHU ROUEN	9 773	2 126	0	1 718
H CHARLES NICOLLE SAU - CHU ROUEN - SAINT JULIEN	23 132	0	4 515	11 480
POLYCLINIQUE DE L'EUROPE - ROUEN	7 435	7	391	392
Total Territoire Rouen - Elbeuf	61 019	3 081	6 971	17 371
Total Haute-Normandie	149 580	6 434	16 984	36 270

| Suivi du nombre de primo-passages et d'hospitalisations dans les structures d'urgence, période du 01/12/13 au 28/02/14 |

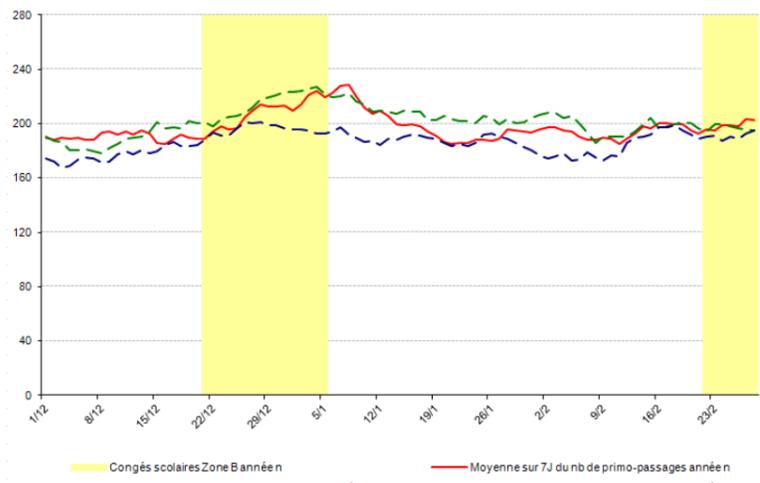
Fig. 2. Nombre de primo-passages quotidiens et d'hospitalisations dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2011/12 à 2013/14, période du 01/12 au 28/02).



Sur la période du 01/12/13 au 28/02/14, le nombre de primo-passages quotidiens enregistrés par les structures d'urgence de Haute-Normandie a été globalement équivalent en pourcentage (+2% sur la totalité de la période), mais supérieur en nombre de 2340 passages. Ce nombre de primo-passages était supérieur à celui enregistré en 2011/12 à mois équivalents. 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 la même période en 2012/13 (fig 2). Le nombre moyen d'affaires traitées quotidiennement se situait à hauteur des valeurs maximales observées à mois équivalent au cours des années 2006 à 2012/13, dépassant même les *maxima* observés pour le mois de février (fig 4). L'activité des structures d'urgence des quatre territoires de santé est restée globalement stable en pourcentage par rapport à celle observée en 2012/13 sur la même période. Les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et d'Evreux-Vernon sont ceux qui ont présenté les augmentations d'activité en nombre les plus importantes (respectivement 1790 et 1135 passages de plus par rapport à la même période en 2012/13) (fig 3).

| Suivi du nombre de primo-passages concernant les plus de 75 ans dans les structures d'urgence, période du 01/12/13 au 28/02/14 |

Fig. 5. Nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2011/12 à 2013/14, période du 01/12 au 28/02).



Considérant l'ensemble de la période du 01/12/13 au 28/02/14, le nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans a été supérieur à celui observé en 2011/12 sur la même période mais équivalent à celui enregistré en 2012/13 à mois équivalents (fig 5). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens est resté au niveau des valeurs maximales observées à la même période au cours des années 2006 à 2012/13 pour les mois de décembre 2013 à février 2014 (fig. 7). Considérant l'activité des structures d'urgence par territoires de santé, le territoire du Havre est celui qui a présenté l'augmentation de l'activité des structures d'urgences la plus importante en pourcentage (+6%) et en nombre (289 passages supplémentaires) par rapport à celle observée en 2012/13 à mois équivalents. Pour les territoires de santé de Rouen-Elbeuf, de Dieppe et d'Evreux-Vernon, l'activité des structures d'urgence est restée stable en pourcentage par rapport à l'activité observée en 2012/13 sur la même période. Le territoire de santé de Rouen-Elbeuf est celui qui a présenté la diminution de l'activité des structures d'urgences en nombre la plus importante (298 passages en moins) (fig. 6).

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.

Fig. 3. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2012/13 et 2013/14, période du 01/12 au 28/02.

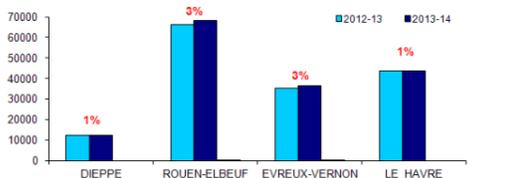


Fig. 4. Nombre quotidien moyen de primo-passages par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2012/13.

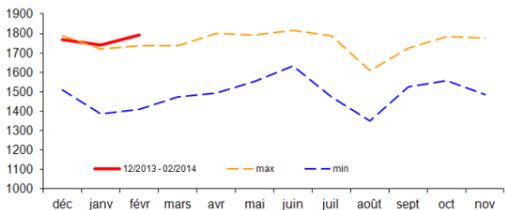


Fig. 6. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2012/13 et 2013/14, période du 01/12 au 28/02.

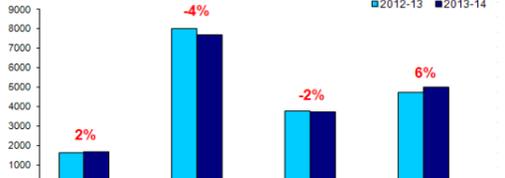
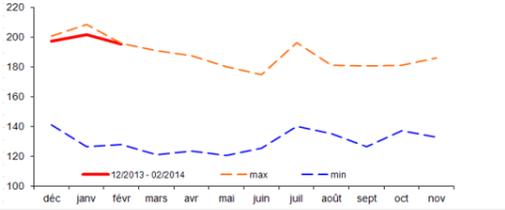
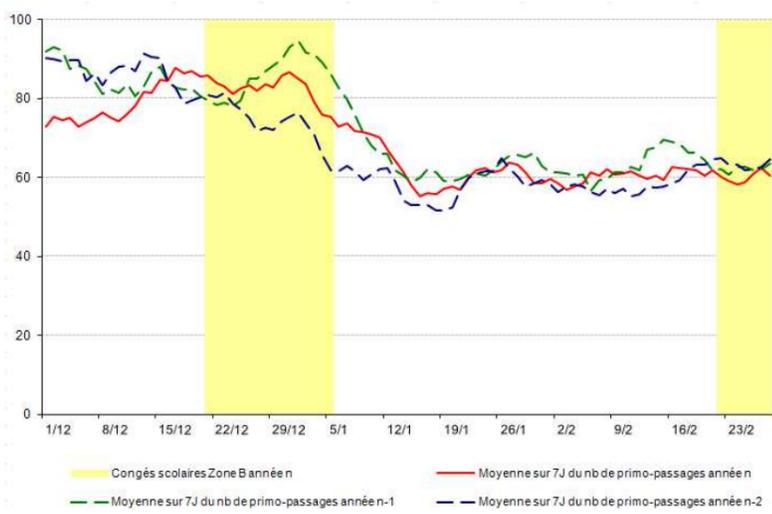


Fig. 7. Nombre quotidien moyen de primo-passages par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2012/13.



| Suivi du nombre de primo-passages concernant les moins de 1 an dans les structures d'urgence, période du 01/12/13 au 28/02/14 |

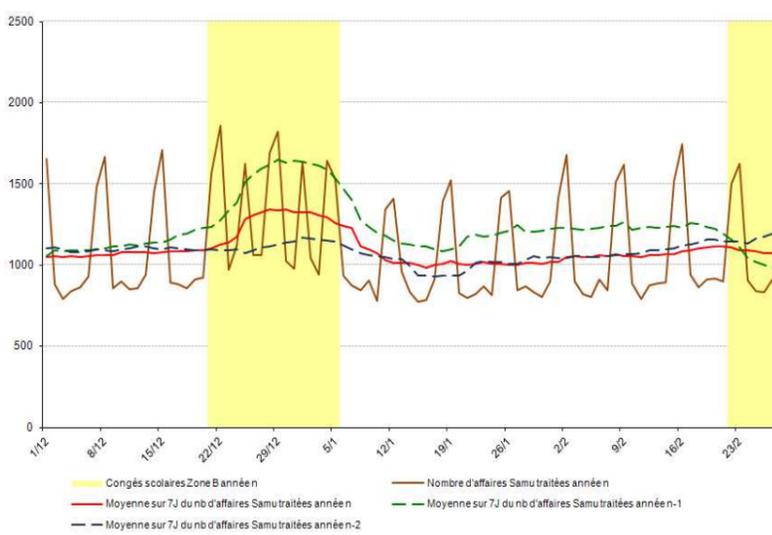
Fig. 8. Evolution du nombre de primo-passages quotidiens des moins de 1 an dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2011/12 à 2013/14, période du 01/12 au 28/02).



Comme chaque année sur cette période, une diminution du nombre de primo-passages quotidiens concernant les moins de 1 an a été observée sur la période du 1^{er} au 15 janvier 2014 (fig 8). Sur la période du 01/12/13 au 28/02/14, l'activité s'est située dans l'intervalle des valeurs observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2012/13 (fig 10). Considérant l'activité par territoires de santé, le territoire d'Evreux-Vernon est le seul à avoir présenté une augmentation en pourcentage et en nombre de l'activité de ses structures d'urgence concernant les moins de 1 an (+10% par rapport à 2013 à mois équivalents). L'activité des structures d'urgence des territoires de santé de Dieppe, de Rouen-Elbeuf et du Havre est restée globalement stable en pourcentage par rapport à celle observée en 2012/13 au cours de la même période (fig. 9).

| Suivi de l'activité des Samu, période du 01/12/13 au 28/02/14 |

Fig. 11. Nombre d'affaires traitées par les Samu de Haute-Normandie (saisons 2011/12 à 2013/14, période du 01/12 au 28/02).



Sur la période du 01/12/13 au 28/02/14, le nombre total quotidien d'affaires traitées par les 3 Samu de Haute-Normandie a été supérieur à celui enregistré sur la même période en 2011/12 mais inférieur à celui enregistré en 2012/13 à mois équivalents. Une augmentation du nombre d'affaires a été observée pendant la période des congés scolaires de Noël (fig 11). Les Samu d'Evreux, du Havre et de Rouen ont tous les trois enregistré une diminution de leur activité en nombre (de 2460 à 5920 cas) et en pourcentage (de -8% à -19%) par rapport à celle observée à mois équivalents en 2012/13 (fig 12). Pour les mois de décembre 2013 à février 2014, le nombre moyen d'affaires traitées quotidiennement était situé dans l'intervalle des valeurs observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2012/13 (fig 13).

Fig. 9. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2012/13 et 2013/14, période du 01/12 au 28/02.

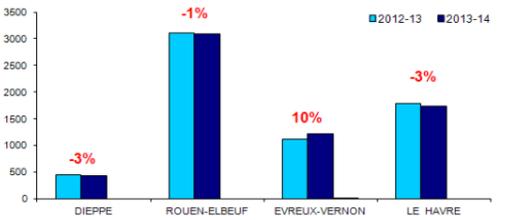


Fig. 10. Nombre quotidien moyen de primo-passages par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2012/13.

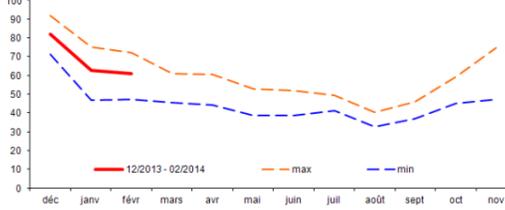


Fig. 12. Variation (en %) de l'activité Samu entre 2012/13 et 2013/14, période du 01/12 au 28/02.

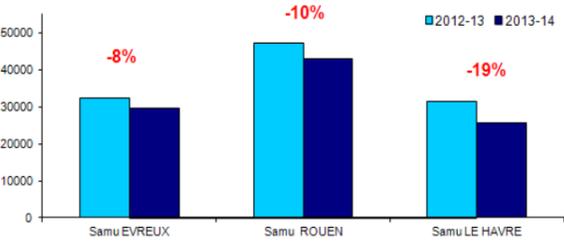


Fig. 13. Nombre quotidien moyen d'affaires traitées par mois par les trois Samu de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2012/13.

