

## La surveillance des urgences par le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)

Nadège Caillère<sup>1</sup>, Anne Fouillet<sup>1</sup>, Valérie Henry<sup>1</sup>, Pascal Vilain<sup>2</sup>, Arnaud Mathieu<sup>3</sup>, Maurice Raphaël<sup>4</sup>, Christophe Leroy<sup>5</sup>, Céline Caserio-Schönemann<sup>1</sup> et les membres du réseau OSCOUR®

1/ Département de coordination des alertes et des régions, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ; 2/ Cire océan Indien, Institut de veille sanitaire, Saint-Denis de La Réunion ; 3/ Cire Normandie, Institut de veille sanitaire, Rouen ; 4/ Société française de médecine d'urgence, Paris ; 5/ Service des urgences, Hôpital Louis Mourier, HUPNVS, Assistante publique – Hôpitaux de Paris

Le système de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) a été créé en 2004 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) suite à la canicule de l'été 2003. Cet événement climatique extrême, lourd de conséquences – services d'urgence surchargés, surmortalité de plus de 15 000 décès – a montré que les systèmes de surveillance disponibles à l'époque ne permettaient ni de détecter un tel phénomène, ni d'évaluer rapidement son impact sur la population.

Le ministère chargé de la Santé a alors demandé à l'InVS de mettre en place un système de surveillance à la fois non spécifique (non fondé sur des pathologies identifiées *a priori*) et réactif, avec une remontée des données en temps réel.

Le dispositif SurSaUD® a ainsi été développé dans le but de détecter de nouvelles menaces pour la santé publique (d'origine infectieuse ou environnementale, naturelle ou malveillante) mais également de suivre et d'évaluer l'impact, sur la santé de la population, d'événements connus et attendus (épidémies saisonnières) ou inattendus (catastrophe industrielle, phénomène climatique extrême...).

Ce système, qui repose sur une collaboration étroite entre épidémiologistes de l'InVS et les professionnels de santé sur le terrain, permet à l'Institut d'assurer quotidiennement, au niveau national et dans les régions, les missions de veille, de surveillance et d'alerte sanitaire qui lui ont été confiées.

Quatre sources d'information pertinentes, réactives, et capables de fournir au jour le jour des informations sur l'état de santé de la population, et non plus uniquement sur des pathologies identifiées *a priori*, alimentent le système SurSaUD® :

- les services des urgences hospitalières (SU) du réseau OSCOUR®;
- les associations d'urgentistes de ville SOS Médecins ;
- les données de mortalité transmises par l'Insee ;
- la certification électronique de décès.

Ces différentes sources couvrent l'ensemble du territoire français, y compris les Départements d'outre-mer (Martinique, Guyane, Guadeloupe, La Réunion, Mayotte).

L'informatisation préexistante de certains SU a permis une mise en œuvre rapide, dès 2004, du réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

Le recueil des données individuelles des services d'urgences et leur transfert à l'InVS est effectué quotidiennement, sans que cela n'entraîne une surcharge de travail pour les professionnels de santé dès lors qu'ils disposent d'un logiciel métier permettant l'extraction automatique des données.

Un comité de pilotage du réseau OSCOUR® a été mis en place. Il apporte une dynamique dans le travail de surveillance de l'InVS par une collaboration étroite et des contacts réguliers entre les urgentistes et les épidémiologistes de l'InVS. L'articulation et la complémentarité des approches cliniques et épidémiologiques dans le champ de la santé publique permettent une utilisation et une interprétation plus pertinente des données et le développement de la culture du signalement.

En 2011, le système SurSaUD® a poursuivi sa dynamique d'extension nationale. Il a contribué à assurer la surveillance des épidémies saisonnières (grippe, bronchiolite...), à suivre au jour le jour la progression de l'épidémie de rougeole sur le territoire ou à documenter les deux épidémies de syndrome hémolytique et urémique liées à la consommation de steaks hachés (Nord Pas-de-Calais) et de graines germées (Aquitaine) en juin 2011. Le système SurSaUD® a également été utilisé pour la surveillance d'événements exceptionnels/grands rassemblements de personnes, en particulier lors des sommets du G8/G20 qui se sont tenus en mai à Deauville puis en novembre à Cannes. Plus récemment, début février 2012, l'analyse des données du système SurSaUD® a permis de détecter une augmentation de la mortalité au niveau national, en particulier chez les personnes âgées de plus de 85 ans, en relation avec une situation associant vague de froid pendant 13 jours consécutifs et épidémie de grippe à virus A(H3N2).

### 1. DONNÉES COLLECTÉES ET ARCHITECTURE DU RÉSEAU OSCOUR®

Grâce au soutien de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), à une collaboration étroite avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU), à certaines Agences régionales de santé (ARS) et au dynamisme des établissements, le réseau OSCOUR® a pu voir le jour en juillet 2004. À cette date, 23 établissements adhéraient au réseau.

Le réseau s'est développé progressivement : 42 services en janvier 2007, 138 en janvier 2009 et 241 en janvier 2010. Au 20 mars 2012, 378 services d'urgences participent



au réseau de surveillance, couvrant ainsi 60 % des passages aux urgences en France (figure 2). On compte au moins un service d'urgence adhérant au réseau OSCOUR® pour l'ensemble des régions françaises. La couverture est exhaustive pour les régions suivantes : Limousin, Franche-Comté et La Réunion.

Les services d'urgence (SU) des hôpitaux accueillent les patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge immédiate. Les données des services participant au réseau OSCOUR® sont enregistrées en routine à partir du dossier médical du patient (tableau 1) : variables démographiques (sexe, âge), administratives et médicales (diagnostic principal, diagnostics associés, degré de gravité, mode de transport...). Les diagnostics médicaux sont codés selon la CIM10<sup>1</sup> et le degré de gravité est mesuré selon la classification CCMU<sup>2</sup>, constituée de scores allant de 1 (faible gravité) à 5 (gravité forte) et de deux codes particuliers : D (décès) et P (patient présentant un problème psychiatrique).

Chaque matin, ces données sont envoyées du SU à l'InVS, directement ou par le biais de serveurs régionaux (figure 1).

Afin que ces données puissent être partagées et analysées par les épidémiologistes de l'InVS, une application informatique a été développée en 2010. Cette application permet à tous les épidémiologistes de l'InVS, y compris ceux qui sont basés en région, d'automatiser des traitements et d'analyser rapidement les données.

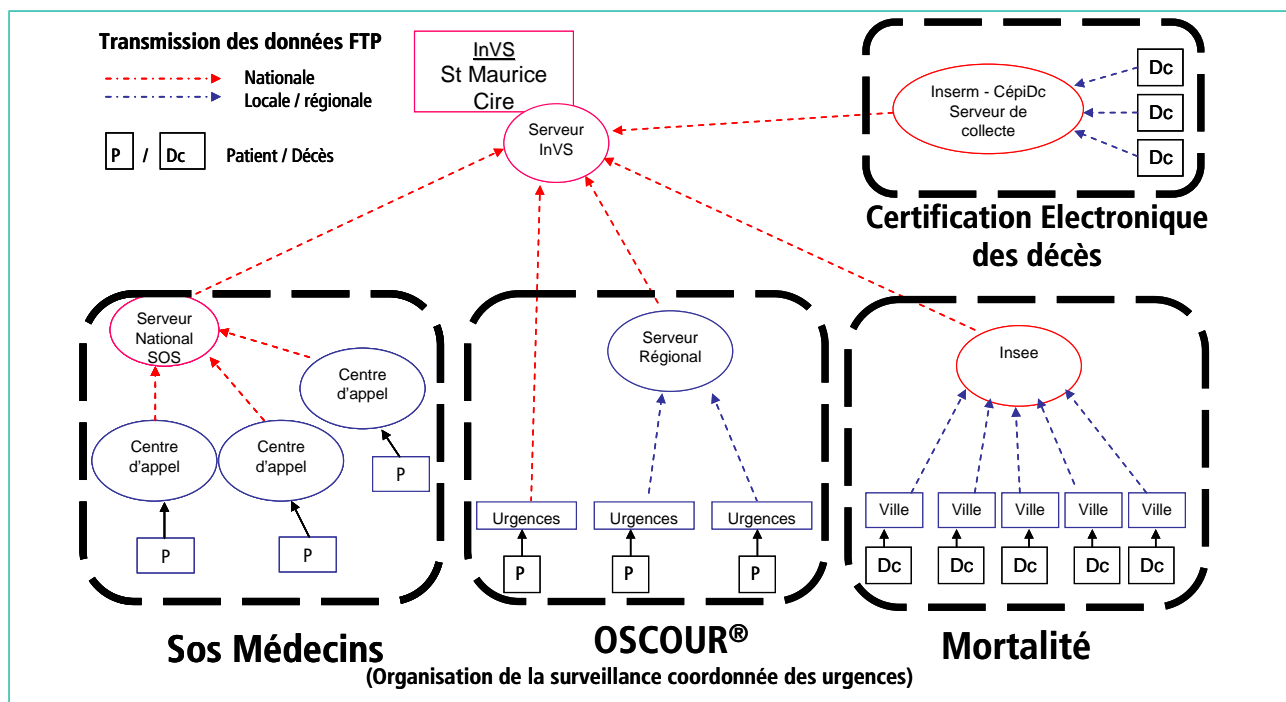
I TABLEAU 1 I

**Liste des principales variables enregistrées et transmises à l'InVS par les services d'urgences**

Variables OSCOUR®
Numéro Finess de l'établissement
Date et heure d'entrée
Date et heure de sortie
Sexe
Date de naissance
Code postal de résidence
Nom de la commune de résidence
Diagnostic principal
Diagnostics associés
Gravité
Motif du recours aux urgences
Orientation (hospitalisation, décès, retour domicile...)

I FIGURE 1 I

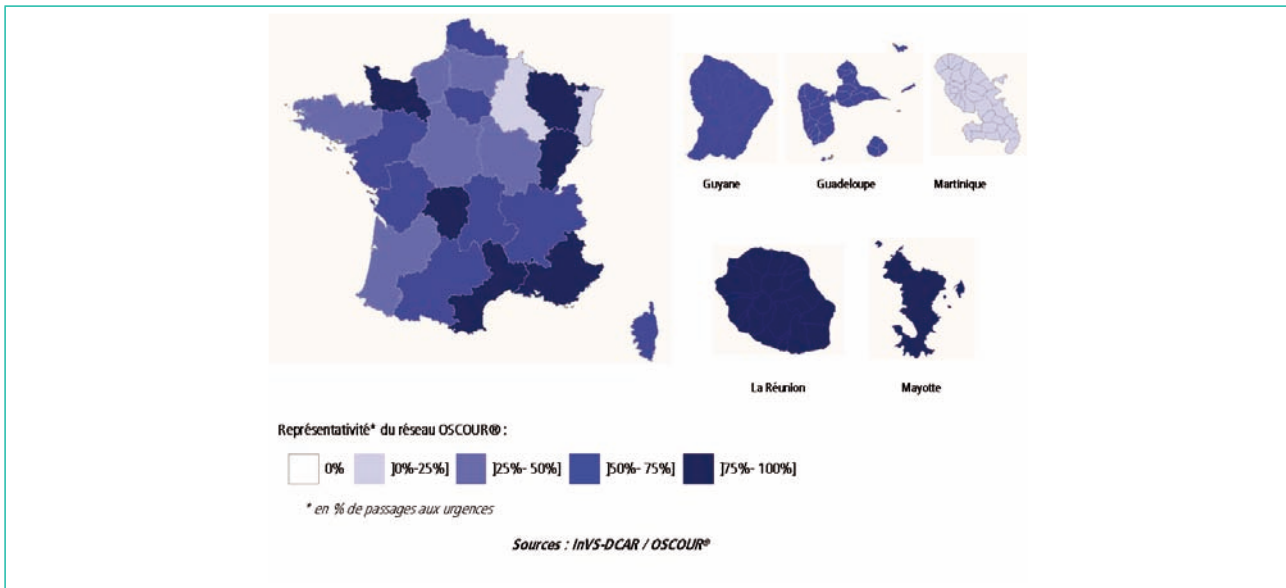
**Architecture de la transmission d'informations du système de surveillance SurSaUD®, InVS**



<sup>1</sup> CIM 10 : Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision.

<sup>2</sup> CCMU : Classification clinique des malades aux urgences.

Répartition géographique des établissements (OSCOUR®)



2. MÉTHODOLOGIE DE L'ANALYSE DES DONNÉES OSCOUR®

L'activité globale des services d'urgence est suivie pour différentes classes d'âge, différents regroupements syndromiques et selon plusieurs niveaux géographiques pouvant aller de l'établissement au niveau national.

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 à un pas quotidien ou hebdomadaire dans le but de détecter des variations inattendues.

Les indicateurs syndromiques varient selon la saison et certaines conditions météorologiques identifiées (canicule, période de grand froid par exemple) (tableau 2). En cas de survenue d'évènement particulier (catastrophe naturelle, accident industriel, grand rassemblement...), une surveillance spécifique est immédiatement mise en place sur des regroupements syndromiques pertinents (tableau 2).

Les données sont exploitées au niveau national par les épidémiologistes de Saint-Maurice et au niveau régional par les Cellules de l'InVS en région (Cire). Des tableaux de bord quotidiens et des bulletins de surveillance hebdomadaires nationaux et régionaux sont réalisés et diffusés aux partenaires des réseaux.

Pathologies suivies en routine et lors d'évènements exceptionnels, SurSaUD®, InVS

Syndromes suivis en routine	Périodicité
<b>Décès</b>	
Suivi de la mortalité	Toute l'année
<b>Maladies infectieuses</b>	
Grippe, syndromes grippaux, bronchiolite, méningite virale	Octobre-mars
Gastro-entérite, rougeole	Toute l'année
<b>Autres pathologies</b>	
Asthme, malaises, fièvres, allergies	Été-printemps-automne
Suivi de différentes pathologies cardiologiques, neurologiques, infectieuses, gastro-entérologiques, traumatologiques, urologiques, psychiatriques et pneumologique	Toute l'année
<b>Évènements sanitaires</b>	
Impact des grands froids	Octobre-mars
Impact des canicules	Juin-août
Intoxication au monoxyde de carbone	Toute l'année
Impact d'évènements exceptionnelles (tempête, inondations...)	Dès la survenue de l'évènement, durée variable en fonction de l'importance de l'évènement
<b>Autres évènements spécifiques</b>	
Impact d'un accident industriel (suivi des pathologies respiratoires...)	Dès la survenue de l'évènement, durée variable en fonction de l'importance de l'évènement
Grands rassemblements de personnes	Dès la survenue de l'évènement, durée variable en fonction de l'importance de l'évènement

### 3. DESCRIPTION DE LA FRÉQUENTATION DES URGENCES – RÉSEAU OSCOUR®

Fin mars 2012, le dispositif enregistre entre 18 000 et 20 000 passages adultes par jour et entre 6 000 et 7 000 passages pédiatriques dans l'ensemble des 378 établissements participant au réseau OSCOUR®.

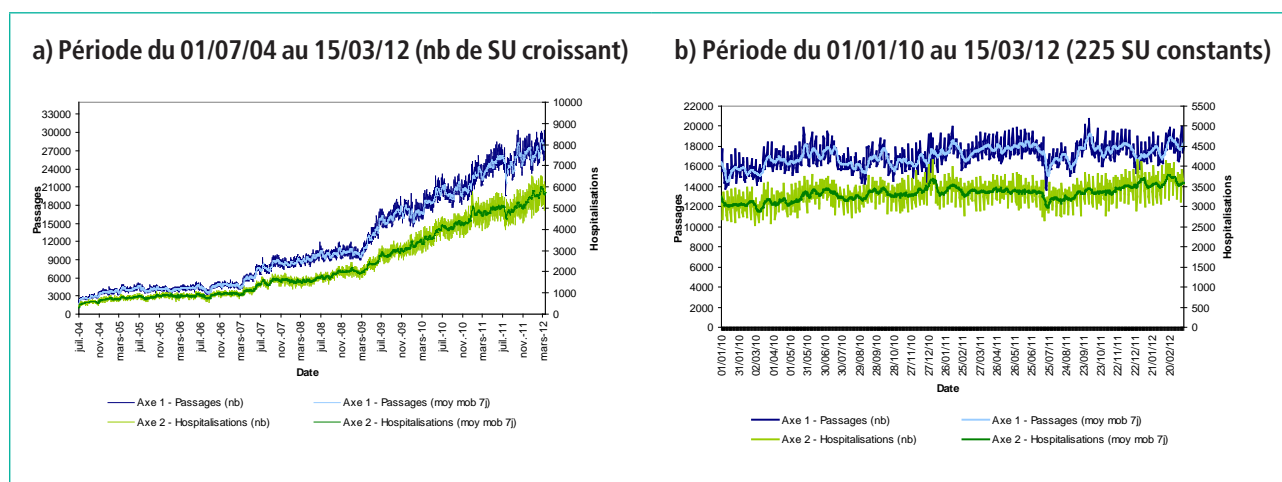
L'intégration progressive des services dans le réseau depuis son démarrage entraîne une hausse du nombre de passages aux urgences collectés dans le système de surveillance et rend difficile l'interprétation des variations observées lorsque l'on prend en compte l'ensemble des établissements (figure 3.a).

Une analyse limitée aux établissements participant au réseau depuis janvier 2010 permet de s'affranchir de cet effet (figure 3. b).

La fréquentation des urgences est marquée par les épidémies saisonnières ou la survenue d'événements majeurs. Les hospitalisations sont plus stables. Il est possible d'observer une fréquentation en diminution sur certaines périodes, en particulier aux cours des saisons estivales (figure 3.b).

FIGURE 3 I

#### Nombre quotidien de passages et d'hospitalisations enregistrés dans les services d'urgences participant à OSCOUR®, InVS



Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®.

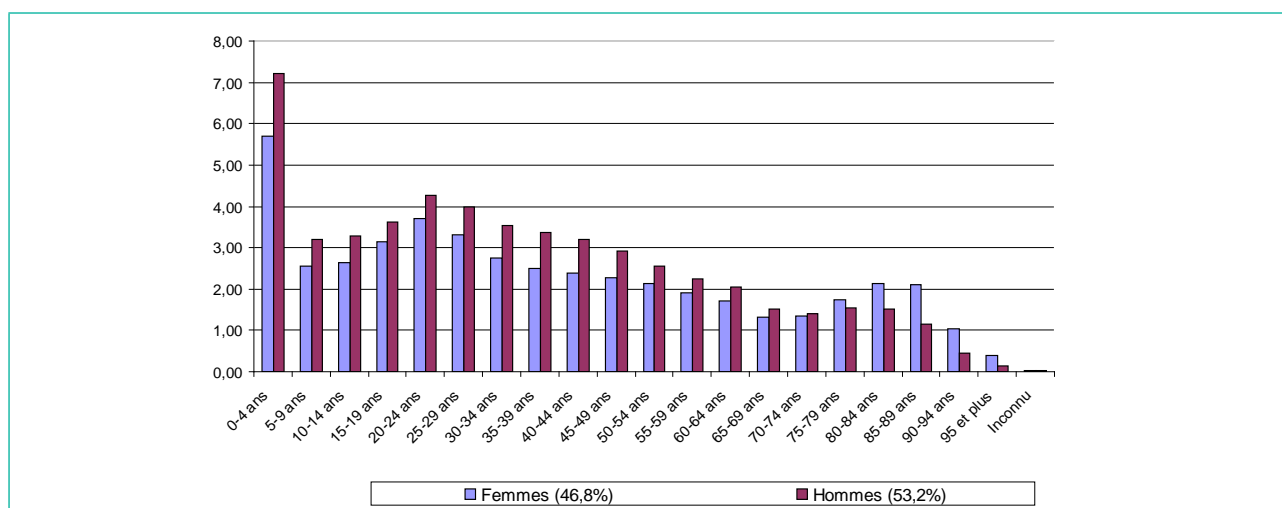
### 4. DESCRIPTION DE LA POPULATION AYANT RECOURS AUX URGENCES HOSPITALIÈRES EN 2011 (RÉSEAU OSCOUR®)

Au niveau national, la pédiatrie (enfants de moins de 15 ans) représente un quart des passages et les patients de plus de 75 ans un peu plus de 12 %. Les adultes jeunes (15-54 ans) constituent la classe d'âge qui a le plus souvent recours aux services d'urgences.

Le recours aux urgences est à prédominance masculine (53 % des passages). La structure par classe d'âge diffère selon le sexe, avec une plus forte fréquentation des urgences par les hommes pour les classes d'âges inférieures à 75 ans. Au-delà de 75 ans, les femmes sont plus nombreuses à avoir recours aux urgences.

FIGURE 4 I

#### Répartition des patients par classe d'âge en 2011 dans les services d'urgence OSCOUR®, 312 établissements



## 5. LES 10 DIAGNOSTICS LES PLUS FRÉQUENTS AUX URGENCES HOSPITALIÈRES (RÉSEAU OSCOUR®)

En 2011, la traumatologie (traumatisme, lésion, accident, chute...) est, de loin, la première cause de recours aux urgences avec plus de 31 % des diagnostics recueillis pour les adultes et près de 36 % chez les enfants.

Chez les enfants de moins de 15 ans, les causes médicales d'origine infectieuse sont les plus fréquentes après les traumatismes. Les infections ORL représentent notamment 11 %

des passages aux urgences pédiatriques. Les autres principales pathologies observées chez les enfants sont variables selon les saisons.

Chez les adultes, on compte parmi les principales pathologies observées : les malaises, les douleurs abdominales spécifiques ou non spécifiques, les pathologies neurologiques, les douleurs thoraciques, les pneumopathies.

## 6. EXEMPLES D'UTILISATION DES DONNÉES DU RÉSEAU OSCOUR® LORS D'ÉVÉNEMENTS SANITAIRES SURVENUS EN 2011

### 6.1 Suivi de l'épidémie de grippe de 2012 par les données du réseau OSCOUR®

Un suivi des épidémies de grippe peut être effectué par les données du réseau OSCOUR® en complément des systèmes de surveillance spécifiques existants.

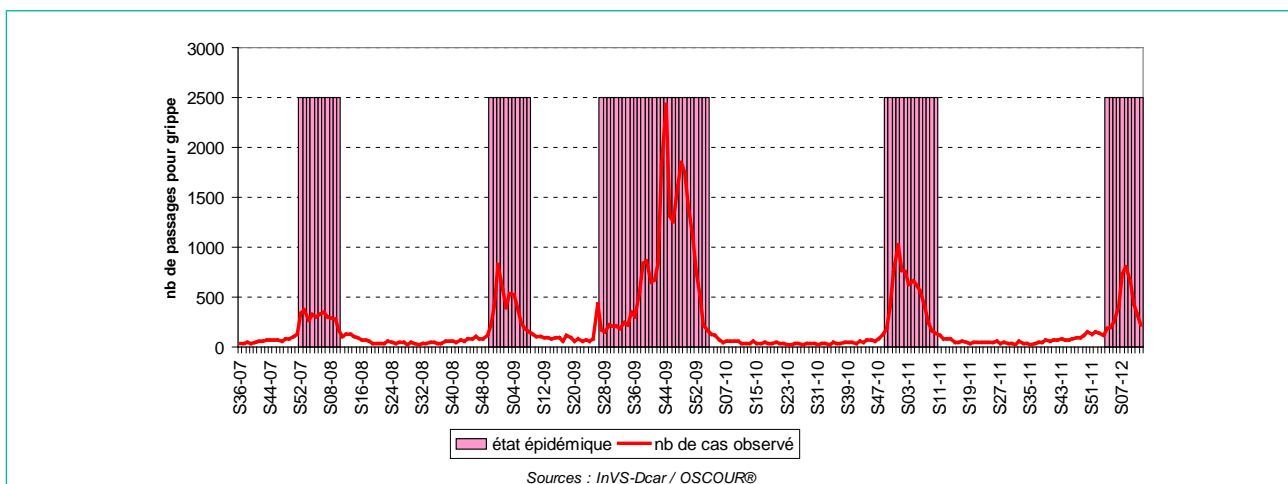
L'indicateur suivi correspond au nombre de passages aux urgences pour diagnostic de syndrome grippal.

En appliquant des méthodes statistiques appropriées, il est possible de détecter le début de l'épidémie à partir des séries temporelles de cet indicateur.

Une étude a permis de montrer que, pour les données des urgences, les chaînes de Markov cachées constituaient une méthode pertinente pour la détection des épidémies de grippe. Cette méthode se base sur un modèle bayésien. La figure 5 illustre l'utilisation d'un tel modèle sur les données des passages aux urgences pour syndrome grippal. En 2012, un état épidémique est détecté à partir de la semaine 3. Sur cette même figure, la forte fréquentation due à la pandémie A(H1N1)2009 est visible.

FIGURE 5

Évolution hebdomadaire du nombre observé de passages aux urgences pour syndrome grippal et des périodes épidémiques établies à partir de la méthode des chaînes de Markov cachées, France métropolitaine, 94 établissements



## 6.2 Validation d'un signalement d'augmentation de méningites virales par les données OSCOUR®, La Réunion, janvier 2012

Le 18 janvier 2012, un médecin du service de pédiatrie du Centre hospitalier Gabriel Martin (CHGM) a signalé à la Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire de l'ARS océan Indien la survenue d'un nombre anormalement élevé d'hospitalisations pour méningite virale au cours de la période du 15/11/2011 au 15/01/2012. Le signalement a été transmis à la Cire océan Indien pour validation à partir des données du réseau OSCOUR®.

La Réunion compte six services d'urgences, tous participants au réseau OSCOUR®. À partir de ces données, les séries temporelles des deux indicateurs suivants ont été construites :

- le nombre hebdomadaire de passages pour méningite virale<sup>3</sup> sur l'ensemble des services d'urgences hospitaliers de l'île ;
- le nombre hebdomadaire de passages pour méningite virale dans le service d'urgences CHGM.

Une carte de contrôle de type Cumulative Sum (CUSUM) modifiée a été appliquée à ces deux séries. Par ailleurs, la

série quotidienne des nombres de passages par communes de résidence a également été construite, et une analyse spatio-temporelle a été réalisée.

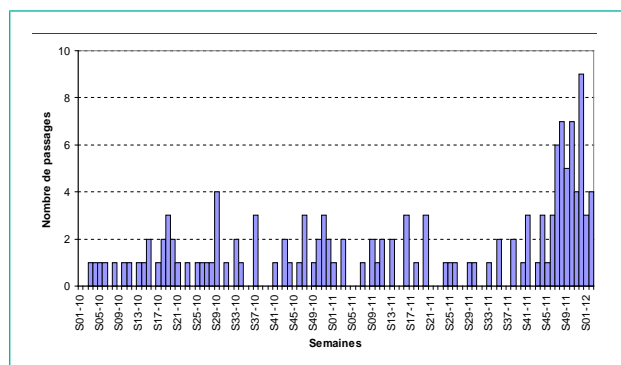
Cette surveillance a permis de confirmer une augmentation anormale du nombre de passages pour méningites virales sur l'ensemble des services d'urgences de l'île (figure 6.a) et plus précisément sur les urgences du CHGM (figure 6. b) sur la période du 28/11/2011 (semaine 48) au 15/01/2012 (semaine 02). Au total, 18 passages pour méningites virales ont été recensés sur cette période au CHGM, dont 13 concernaient des enfants de moins de 15 ans. Parmi eux la moyenne d'âge était de 6 ans [2-10] et le sex-ratio H/F de 1,6.

Par ailleurs, l'analyse spatio-temporelle des données a permis d'identifier un cluster sur la commune de La Possession ( $p < 0,002$ ).

En conclusion, les données des services d'urgences du réseau OSCOUR® de l'île ont permis de valider l'augmentation du nombre d'hospitalisations pour méningite virale signalée par le médecin du CHGM. Suite à cela, une investigation épidémiologique a été conduite, afin d'identifier la souche responsable de cette épidémie.

FIGURE 6A I

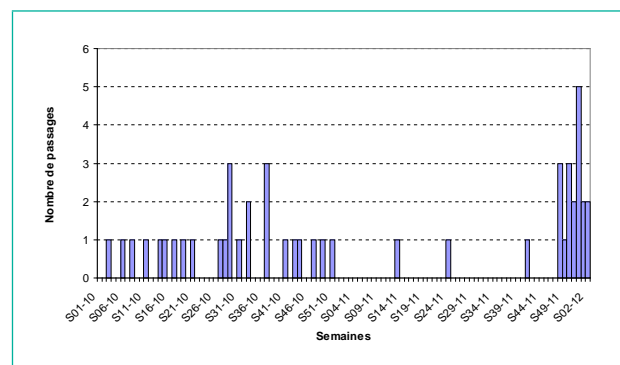
**Nombres de passages hebdomadaires pour méningite virale sur l'ensemble des services d'urgences de la Réunion, janvier 2010 - janvier 2012**



Sources : InVS-Cire océan Indien/OSCOUR®

FIGURE 6B I

**Nombres de passages hebdomadaires pour méningite virale dans le service d'urgences du Centre hospitalier Gabriel Martin, janvier 2010 - janvier 2012**



<sup>3</sup> Le regroupement syndromique "méningites virales" est constitué des codes CIM10 suivants : A83 (Encéphalite virale transmise par des moustiques), A84 (Encéphalite virale transmise par des tiques), A85 (Autres encéphalites virales, non classées ailleurs), A86 (Encéphalite virale, sans précision), A87 (Méningite virale), A88 (Autres infections virales du système nerveux central, non classées ailleurs), A89 (Infection virale du système nerveux central, sans précision) et leurs dérivés.

### 6.3 Mise en place d'un suivi des intoxications par ingestion de champignons par les données OSCOUR®

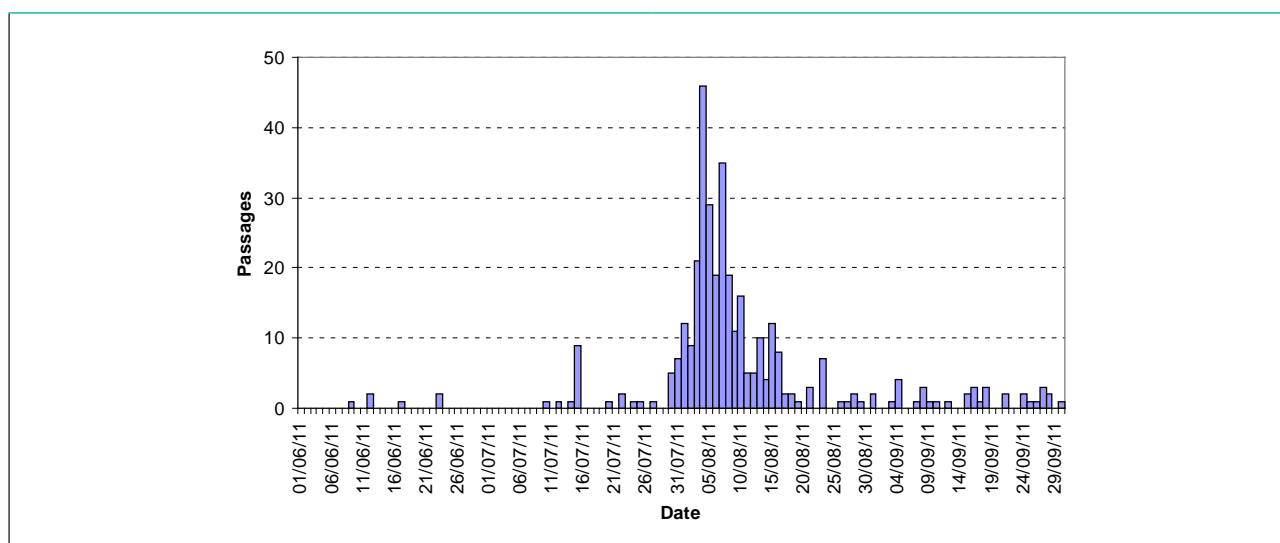
Au cours de l'été 2011, l'InVS a mis en place une surveillance des cas d'intoxications par ingestion de champignons en France métropolitaine, dans un contexte de conditions favorables à la pousse des champignons dans différentes régions de France. Cette surveillance était principalement basée sur les cas d'intoxication

signalés aux Centres antipoison et de toxicovigilance et comportait en complément le suivi quotidien des passages aux urgences pour ce diagnostic (code CIM10 : T62.0). La figure 7 montre une recrudescence des passages aux urgences pour ce diagnostic sur le mois d'août 2011, en France métropolitaine. Parmi les régions les plus concernées, on comptait l'Aquitaine, le Limousin et Poitou-Charentes.

Dans ce contexte, les différentes mesures de précaution ont été rappelées au grand public.

I FIGURE 7 I

#### Nombre de passages aux urgences pour intoxications par ingestion de champignons, tous âges confondus, France métropolitaine (318 services d'urgences)



Sources : InVS-Dcar-DSE/OSCOUR®

### 6.4 Surveillance mise en place lors des G8-G20

La France a assuré en 2011 la présidence du G8/G20. La surveillance sanitaire du sommet du G8 à Deauville les 26 et 27 mai 2011 a été organisée par la Cire Normandie dans le cadre de la mission de surveillance des grands rassemblements de personnes (GR) confiée à l'InVS. Pendant toute la durée de l'évènement (soit une semaine avant l'organisation du contre-sommet sur un site du Havre le week-end précédent le G8, jusqu'à une semaine après la clôture du sommet), la Cire a produit un bulletin quotidien basé sur l'analyse des données du système SurSaUD®. Ce bulletin était basé sur la surveillance de regroupements syndromiques ciblés

permettant de faciliter la détection précoce : 1/ d'épidémies ; 2/ d'autres évènements sanitaires liés au GR (ex. : utilisation et abus d'alcool ou de drogue, traumatismes...) ; 3/ de tout autre évènement inhabituel ou inattendu (parmi lesquels la dissémination volontaire d'agents d'origine radio-nucléaire, biologique ou chimique dans un but malveillant). Le protocole mis en place a permis la détection, puis l'investigation d'un épisode d'augmentation ponctuelle des diagnostics de brûlures vus dans différents établissements de la région et notamment au CHU de Caen (cf. *infra*).

Un protocole similaire a été mis en place par la Cire Sud pour la surveillance sanitaire du sommet du G20 qui a eu lieu à Cannes les 3 et 4 novembre 2011.

**Bulletin quotidien de surveillance sanitaire**  
dans un contexte de grand rassemblement de personnes

G8 des 26-27 mai 2011 à Deauville (14)

Cire Normandie  
Cellule de l'InVS en régions Haute et Basse Normandie  
Bulletin n° 07 du 25 mai 2011

**La journée du 24 mai 2011 a été caractérisée par une stabilité des indicateurs surveillés dans les régions de Haute et Basse Normandie.**  
La surveillance de la situation sanitaire de la population et des pathologies à potentiel épidémique, au regard des syndromes observés, ne conduit pas à des commentaires particuliers. Les regroupements complémentaires étudiés ne montrent pas d'évolution particulière pour les syndromes surveillés.

**SOURCES DE DONNEES**

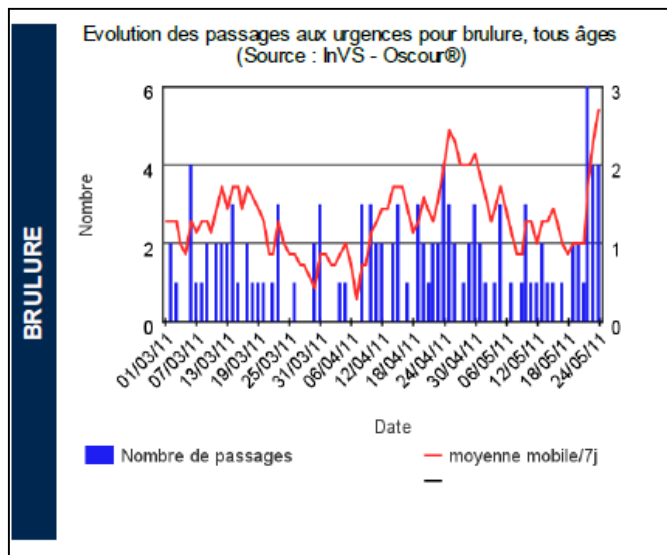
- Réseau Oscour® (InVS)**  
Réseau de surveillance permettant le recueil automatique et quotidien des résumés de passages aux urgences (RPU) enregistrés par les services d'urgences (SU) adhérents.  
Les données présentées ci-dessous concernent les services d'urgences des départements du Calvados (14), de l' Eure (27) et de l' Eure-Normandie (76) participant au réseau Oscour® dont la transmission est effective sur la période d'analyse et dont le taux de codage est supérieur à 70% : CHRU de Caen - urgences adultes (14), CHRU de Caen - urgences pédiatriques (14), CH de Falaise (14), CH de Lisieux (14), CHP St Martin de Caen (14), Clinique chirurgicale d'Evreux (27), CH de Hève-Ménil - urgences pédiatriques (76), CH de Pays des Hautes Falaises - Fécamp (76).
- Associations SOS médecins :**  
Dans le cadre de cette surveillance, les données SOS médecins prises en compte sont celles transmises par l'association de Caen (14).
- Sursaut (InVS)**  
Les données Oscour® et SOS médecins ont été extraites via l'application Sursaut®.

**INDICATEURS SUIVIS DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE G8**

- 1. Description, situation sanitaire de la population (gestion/prévention) :** activité totale de réchauffement des 0-50, traumatisme, brûlure liés à la consommation d'alcool, accident, chute, stress\*, brûlure anormale\*, coupure/taie\*, brûlure\*, morsure\*, noyade, déshydratation, hypothermie, décès.
- 2. Syndromes/pathologies à potentiel épidémique ou en lien avec les conditions environnementales :** fièvre isolée, fièvre et éruption cutanée, fièvre hémorragique\*, pneumopathie\*, rougeole, gastro-entérite\*, tox-infection alimentaire collective, dermatite aigüe.
- 3. Regroupements complémentaires pouvant orienter vers une exposition à un agent de type NRBC (en plus des regroupements marqués d'une \*) :** neurologie - dyspnée, insuffisance respiratoire - grippe, syndrome grippal - hypotension, choc.

Pour certains des regroupements syndromiques sus-cités, il n'existe pas d'équivalent entre les codes utilisés par les services d'urgences du réseau Oscour® (code CIM10) et ceux utilisés par les associations SOS médecins.

Page 11 | 25 mai 2011 | Cire Normandie



Augmentation des brûlures dans les services d'urgence participant à OSCOUR®, constatée dans le bulletin du 25 mai 2011.

Une analyse des données individuelles extraites de la base SurSaUD® a été réalisée ; elle mettait en évidence :

- 11 passages pour brûlure au CHU de Caen (1 le 15/05, 1 le 17/05, 3 le 22/05, 3 le 23/05 et 3 le 24/05) ;
- parmi les 9 brûlures diagnostiquées depuis le 22/05, 5 correspondaient à des brûlures situées plutôt au niveau des membres inférieurs (codes CIM10 en T241, T242, T251 et T252), ce qui semblait assez inhabituel. Par ailleurs, un des patients du CHU de Caen s'était à nouveau présenté le lendemain au CH de Lisieux pour le même motif.

Le médecin répartiteur aux urgences du CHU de Caen a été contacté par la Cire afin d'obtenir des informations sur les cas. Il s'avérait qu'il ne leur était pas possible de retourner au dossier patient après 48h de délai. Cependant pour les patients vus les 23 et 24/ mai, il s'agissait d'accidents domestiques, survenus en extérieur compte tenu du temps exceptionnellement beau pour la saison. Le médecin n'avait pas relevé d'évènement de santé particulier, ni noté de présentation inhabituelle ou anormale des brûlures.

## 7. CONCLUSION ET REMERCIEMENTS

Depuis sa mise en place en juin 2004, le réseau OSCOUR® s'est considérablement développé, avec une importante montée en charge portant à 380 services d'urgences participants en avril 2012, répartis en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Cette représentativité doit continuer à croître, afin d'améliorer la performance de ce système de surveillance, qui a déjà prouvé son utilité pour plusieurs objectifs de veille sanitaire. L'implication des urgentistes et la qualité des données transmises sont également un élément majeur dans la performance du système. En effet, la transmission des données en temps quasi réel en font un système de surveillance réactif, qualité nécessaire pour la détection précoce et le suivi d'évènements sanitaires prédéfinis ou inattendus. Par ailleurs,

ce système s'est aussi avéré utile pour la mesure d'impact de phénomènes environnementaux, et pour la surveillance de pathologies en dehors de tout évènement.

Enfin, le développement du réseau OSCOUR® permet d'établir des liens humains entre les épidémiologistes de l'InVS, situés au Département de coordination des alertes et des régions et dans les Cire, et les acteurs des services d'urgences, privilégiant ainsi la culture du signalement qui reste primordiale pour un système à visée d'alerte.

L'InVS remercie l'ensemble des services d'urgences ainsi que tous les partenaires institutionnels régionaux participant activement au développement et au bon fonctionnement du système de surveillance OSCOUR®.



## LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS AU 20 MARS 2012 (378 SERVICES D'URGENCES, COUVRANT ENVIRON 60 % DES PASSAGES AUX URGENCES DE FRANCE)

### Alsace

CH de Mulhouse

### Aquitaine

Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine

Polyclinique Bordeaux Rive Droite

CHU de Bordeaux – Haut-Lévêque

CHU de Bordeaux – Saint-André

CHU de Bordeaux – Pellegrin

CH d'Arcachon

CH de Mont-de-Marsan

CH de Dax

CH de Marmande

CH de Villeneuve-sur-Lot

Clinique St-Étienne & Pays Basque

Polyclinique Sokorri

CH d'Orthez

Polyclinique Aguilera

Polyclinique Côte Basque Sud

### Auvergne

CH de Vichy

CH de Montluçon

CH d'Aurillac

CH de Saint-Flour

CH de Brioude

CH du Puy

CH d'Ambert

CHU de Clermont-Ferrand – Gabriel Montpied

CHU de Clermont-Ferrand – Hôtel Dieu

### Basse-Normandie

CH de Lisieux

CHU de Caen

Clinique Miséricorde – Caen

CH de Falaise

CH Privé Saint Martin

CH d'Avranches-Granville – site d'Avranches

CH d'Avranches-Granville – site de Granville

CH de Cherbourg

CH de Valognes

CH de Saint-Lô

CH de Flers

CH d'Argentan

CHIC des Andaines

CHIC Alençon - Mamers

### Bourgogne

Hôtel Dieu du Creusot

CH de Montceau-les-Mines (SIH)

CH de Chalon-sur-Saône

CH d'Autun

CH d'Auxerre

CH de Sens

### Bretagne

CHIC Quimper

CH de Concarneau

CHU de Brest – Hôpital de la Cavale Blanche

CHU de Brest – Hôpital Morvan

CHRU de Rennes – Hôpital Sud

CHRU de Rennes – Hôpital Pontchaillou

CH Privé Saint Grégoire

Hôpital du Scorff

CH de Lorient (CHBS)

### Centre

CH de Bourges

Clinique Saint-François les Grandes Ruelles

CH de Chateaudun

CH du Blanc

CH d'Issoudun

CH de Loches

CHU de Tours

CH de Romorantin-Lanthenay

CH de Blois

CH de Vendôme

CHR d'Orléans

### Champagne-Ardenne

CH de Sedan

CH de Troyes

### Corse

CH d'Ajaccio

CH de Bastia

### Franche-Comté

CHU de Besançon – site Jean Minjot

CHU de Besançon – site St Jacques

CH de Pontarlier

CH de Montbéliard

CH de Lons

CH de Dole

CH de Saint-Claude

CH de Champagnole

CH de Morez

CH de Vesoul

CH de Val de Saône P. Vitter Gray

CHI Site Luxeuil

CHI Site Lure

CH de Belfort

### Guadeloupe

CH de Basse-Terre

HL de Bruyn

CHU de Pointe-à-Pitre

### Guyane

CH de Cayenne

### Haute-Normandie

CH de Bernay

CH de Verneuil-sur-Avre

Clinique Chirurgicale Pasteur Évreux

CHU du Havre – Monod

CHI du Pays des Hautes Falaises Fécamp

CH de Lillebonne

Polyclinique de l'Europe - Rouen

## **Ile-de-France**

AP-HP – Hôpital de Cochin  
AP-HP – Hôpital Hôtel-Dieu  
AP-HP – Hôpital Saint-Antoine  
AP-HP – GH Bichat / Claude Bernard  
AP-HP – Hôpital Tenon  
AP-HP – Hôpital Robert Debré  
AP-HP – Hôpital Lariboisière  
AP-HP – Hôpital Necker enfants malades  
AP-HP – Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière  
AP-HP – Hôpital Trousseau  
Hôpital de la Croix Saint-Simon  
CH de Coulommiers  
CH de Melun  
CH de Lagny Marne-la-Vallée  
CH de Montreuil  
CH de Provins  
CH de Meaux  
CH de Fontainebleau  
CHI de Poissy/Saint-Germain – site de Poissy  
CHI de Poissy/Saint-Germain – site de Saint-Germain  
Hôpital privé de l'ouest parisien Trappes  
Clinique des Franciscaines  
CHI de Meulan-les-Mureaux  
Centre Médico-chirurgical de Parly II  
CH de Versailles  
CH de Rambouillet  
CH Sud Francilien – Site de Corbeil  
CH Sud Francilien – Site d'Évry  
CH d'Étampes  
CH de Juvisy  
CMCO d'Évry – clinique du Mousseau  
AP-HP – Hôpital Louis Mourier  
AP-HP – Hôpital Ambroise Paré  
AP-HP – Hôpital Beaujon  
AP-HP – Hôpital Antoine Bécère  
Hôpital Max Fourestier Nanterre  
Hôpital Privé d'Antony  
Hôpital Foch Suresnes  
CH de Courbevoie – Neuilly-sur-Seine  
AP-HP – Hôpital Jean Verdier  
AP-HP – Hôpital Avicenne  
CH de Saint-Denis  
CHI d'Aulnay-sous-Bois  
Hôpital privé de Seine-Saint-Denis Blanc-Mesnil  
Hôpital Européen de Paris Roseraie  
AP-HP – Hôpital de Bicêtre  
AP-HP – Hôpital Henri Mondor  
CHI de Créteil  
CH d'Argenteuil  
CH de Gonesse  
CH Eaubonne/Montmorency – site d'Eaubonne  
CH Eaubonne/Montmorency – site de Montmorency

## **La Réunion - Mayotte**

CH Félix Guyon  
GH Est Réunion  
GH Sud Réunion  
CH Gabriel Martin  
CH de Mayotte (Mamoudzou)

## **Languedoc-Roussillon**

CH de Carcassonne  
CH de Narbonne  
Clinique Montréal – Carcassonne  
Polyclinique – Le Languedoc  
CH de Bagnols-sur-Cèze  
Les cliniques chirurgicales les Franciscaines  
Polyclinique Grand-Sud Nîmes  
CHU de Nîmes  
CH d'Ales  
Clinique Bonnefon – Ales  
CH de Béziers  
Polyclinique Saint-Privat  
Polyclinique Saint-Jean Montpellier  
Polyclinique Saint-Roch Montpellier  
Languedoc Mutualité Clinique St-Louis  
CH de Sète – Bassin de Thau  
CHU Montpellier – Hôpital Lapeyronie  
Clinique du Parc – Castelnaud-le-Lez  
Polyclinique des Trois Vallées  
Clinique du Millénaire - Montpellier  
CH de Mende  
CH de Perpignan  
Clinique Saint-Michel – Prades  
Clinique Saint-Pierre Perpignan  
Polyclinique Saint-Roch – site Medipole

## **Limousin**

CH d'Ussel  
CH de Brive  
CH de Tulle  
CH de Guéret  
Clinique de la croix Blanche Moutier  
CHU de Limoges – Dupuytren  
CH de Saint-Yrieix  
CH de Saint-Junien  
CHU de Limoges – Hôpital mère / enfant  
Clinique Chenieux

## **Lorraine**

CHU de Nancy – Hôpital Central  
CHU Nancy Brabois Hôpital pédiatrique  
AHBL Centre Hospitalier  
CH de Toul  
CH de Pont-A-Mousson  
Polyclinique de Gentilly  
CH de Luneville  
CH de Maillot Briey  
CH de Verdun  
CHR de Metz – Hôpital Bon Secours  
CHR Thionville – Hôpital Bel-Air  
CH de Sarrebourg  
CH de Forbach  
Clinique Claude Bernard  
CH de Saint-Avold  
CH de Sarreguemines  
HIA Legouest (Metz armées)  
CH d'Épinal  
CH de Remiremont  
CH de Saint-Die  
CH de Neufchâteau

**Midi-Pyrénées**

CH du Lamentin

**Midi-Pyrénées**

CHI du Val d'Ariège

CH de Saint-Girons

CHU de Toulouse – Hôpital de Purpan

CHU de Toulouse – Hôpital des enfants Purpan

CHU de Toulouse – Hôpital de Rangueil

Hôpital Joseph Ducuing

CH de Saint-Gaudens

CH de Cahors

CH de Gourdon

CH de Lourdes

CH de Bagnères de Bigorre

CH de Bigorre – Tarbes

CH de Lannemezan

CH d'Albi

CH de Castres

Centre MCO Claude Bernard

CH de Lavour

Polyclinique du Sidobre

CH de Montauban

CH de Moissac

**Nord-Pas-de-Calais**

CHU de Lille

CH de Valenciennes

CH de Dunkerque

CH de Douai

ES Saint-Vincent – Saint-Antoine Lille

ES Saint-Philibert Lomme

Clinique Saint-Ame

CH de Tourcoing

CH de Denain

CH de Lens

CH d'Arras

CH de Boulogne-sur-Mer

CH de Calais

**Pays-de-la-Loire**

CH de Saint-Nazaire – Le Moulin du Pé

CHU de Nantes

CHU d'Angers

CH de Saumur

CH du Mans

CH Sarthe-et-Loir (Bailleul)

CH de Montaigu

CH de Luçon

CH de la Roche-Sur-Yon

**Picardie**

CH de Laon

CH de Saint-Quentin

CH de Château-Thierry

CH de Beauvais

CH de Creil

CHU d'Amiens – Hôpital Nord

CH d'Abbeville

**Poitou-Charentes**

CH d'Angoulême

CH de Ruffec

CH de Barbezieux

CH de Confolens

CH de Cognac

CH de Jonzac

CH de la Rochelle

CH de Saintes

CH de Nord – Deux-Sèvres

CH de Loudun

CH de Montmorillon

CH de Chatelleraut

CHU Poitiers

**Provence-Alpes-Côte-d'Azur**

CH de Digne-les-Bains

CHICAS de Sisteron

CH de Manosque

CH d'Embrun

CHICAS de Gap

CH de Briançon

Clinique St George Nice

Hôpital Lerval

Institut Arnault Tzanck

CH de Cannes

CH de Grasse

CHU de Nice – Hôpital Saint Roch

Polyclinique du Parc Rambot

CH de Martigues

CH d'Arles

Clinique Générale de Marignane

CH de Salon-de-Provence

AP-HM – Hôpital de la Timone enfants

AP-HM – Hôpital de la Timone adultes

AP-HM – Hôpital de la Conception

AP-HM – Hôpital Nord

Hôpital Privé Beauregard - Marseille

CH de Draguignan

CHI de Fréjus-Saint-Raphaël

CH de Saint-Tropez

CH de Hyères

CH de Brignoles

CHITS de Toulon

CHITS de la Seyne

CH de Pertuis

CH d'Orange

CH d'Apt

CH Carpentras – pôle santé de Carpentras

CH d'Avignon

CH de Vaison-la-Romaine

**Rhône-Alpes**

CH de Belley

Clinique Convert – Bourg-en-Bresse

CH d'Oyonnax

Clinique Guilhaud

CH d'Annonay

CH de Privas

CH de Crest

CH de Die

CH de Valence

CH de Montelimar  
CH de Bourgoin-Jallieu  
CH de Voiron  
CHU de Grenoble – Hôpital Sud  
CHU de Grenoble – La Tronche  
CH de La Mure  
CH de Vienne  
GH Mutualiste Grenoble  
Clinique Saint-Charles Roussillon  
Clinique Mutualiste de Saint-Étienne  
Clinique du Parc Saint-Priest  
CHU de Saint-Étienne  
CH de Saint-Chamond  
CH de Montbrison  
CH de Feurs  
CH de Roanne  
CH de Firminy  
CH de Villefranche-sur-Saône  
Clinique Mutualiste La Roseraie – Venissieux  
HCL – Hôpital Édouard Herriot – Urgences chirurgicales

HCL – Hôpital Édouard Herriot – Urgences médicales  
HCL – Lyon Sud MCO et Psy  
HCL – Hôpital de la Croix-Rousse  
CH Saint-Joseph Saint Luc Lyon  
Hôpital privé Jean Mermoz Lyon  
Clinique du Tonkin  
Clinique de la Sauvegarde  
Polyclinique du Beaujolais  
CH de Givors  
CH de Tarare  
CH de Moutiers  
CH de Saint-Jean de Maurienne  
CH de Bourg Saint-Maurice  
CH d'Albertville  
CH d'Aix-les-Bains  
CH de Chambéry  
CH de Sallanches  
Hôpital Intercommunal Sud Leman Valserine  
Polyclinique de Savoie  
Hôpitaux du Leman – Thonon

**Mots clés** : surveillance syndromique, services d'urgences, OSCOUR®, réactivité, culture du signalement

Citation suggérée :

Caillère N, Fouillet A, Henry V, Vilain P, Mathieu A, Raphaël M *et al.* La surveillance des urgences par le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Saint-Maurice: institut de veille sanitaire; 2012. 12 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>