

Le réseau OSCOUR® : état des lieux en 2012

Dr Céline Caserio-Schönemann, Vanina Bousquet
Coordination du système SurSaUD® et du réseau OSCOUR®
Département de coordination des alertes et des régions (InVS)

Dr Christophe Leroy,
Membre du Copil OSCOUR® depuis 2004
Service des urgences, hôpital Louis Mourier (HUPNVS, AP-HP)

Delphine Casamatta pour l'ensemble des référents régionaux
Référente régionale du système SurSaUD®, Cire Rhône-Alpes (InVS)



Journée d'échanges du réseau OSCOUR®, 12/12/12





Le contexte

- Canicule d'août 2003
- Impossibilité des autorités sanitaires de comprendre la situation en temps réel
- D'où la nécessité pour l'InVS de développer :
 - une veille sanitaire en temps quasi réel
 - une coopération avec les professionnels de l'urgence
 - un dispositif permettant de s'adapter à des situations variées (environnementales, infectieuses...)



La commande

Courrier JF. Mattéi le 15 septembre 2003

« <...> C'est pourquoi je demande à l'Institut:
<...> d'élaborer et de mettre en œuvre,
<...>

un système d'alerte sanitaire fondé sur la **mortalité** et la **morbidité**,

ainsi que l'activité des **services d'urgence**, des **Samu**, des sapeurs-pompiers, des urgentistes libéraux et, de façon générale, de tout organisme dont l'activité le place en situation pertinente du point de vue du repérage des événements anormaux.... »



La réponse : mise en œuvre d'un système de surveillance non spécifique

Pour répondre à la demande, le Directeur général de l'InVS décide de la création

- d'un **système d'information** à partir d'une remontée de données des **services d'urgence hospitaliers**
- une phase pilote est lancée à partir de 23 établissements hospitaliers volontaires en juin 2004 (11 en Ile-de-France et 12 hors Ile-de-France)

=> **création du réseau OSCOUR®**

(organisation de la surveillance coordonnée des urgences)



Pourquoi s'appuyer sur les urgences ?

- Une répartition nationale
- Une informatisation métier en développement
 - possibilité d'obtenir rapidement des données structurées
- Une position particulière vis-à-vis de la population
 - important recours aux soins
 - 14 millions de passages par an, soit 40 000 passages par jour (source : Drees 2006)
 - permanence des soins
 - ➔ Observatoire réactif de la santé de la population



Conditions nécessaires pour atteindre les objectifs

- Couverture géographique nationale
- Transmission automatisée
- Données réactives (transmission en temps réel ou proche du réel)
- Données collectées sans nécessité de travail supplémentaire
- Données individuelles de bonne qualité
- Données structurées (plusieurs variables)
- Données anonymes
- Coopération avec les intervenants d'urgences et contact « humain »

➔ en lien avec les urgentistes, les épidémiologistes de l'InVS peuvent identifier rapidement des événements inattendus et en informer les autorités de santé

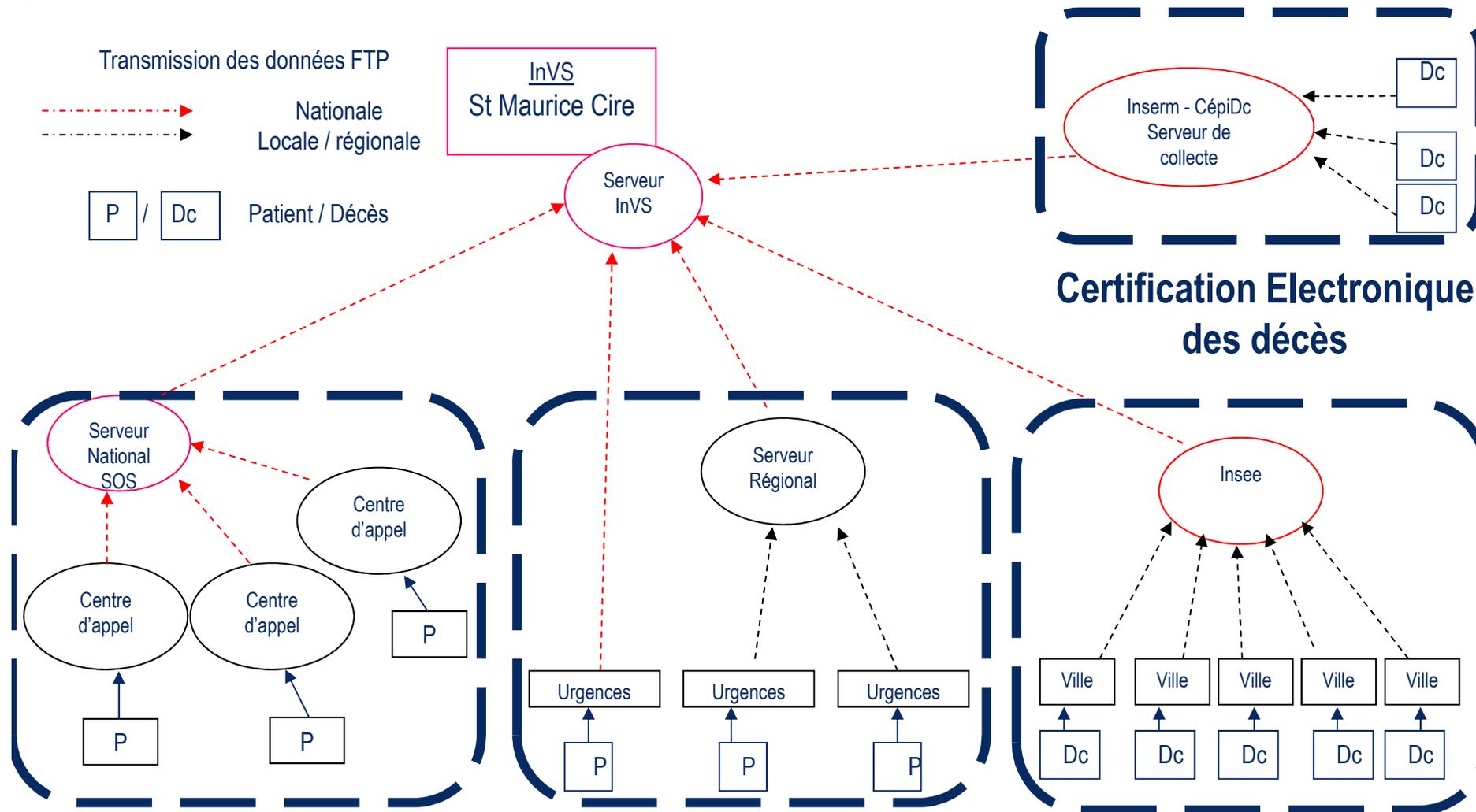


Le système national de surveillance sanitaire des urgences et des décès SurSaUD®

- Il intègre progressivement trois autres sources en complément du réseau OSCOUR® :
 - Les associations SOS Médecins
 - Les données de décès des services d'état civil
 - Les données de la certification électronique des décès
- **Objectifs du système**
 - Détecter tout type d'événement sanitaire, attendu / inattendu
 - Suivre et évaluer leur(s) impact(s) sur la santé publique
 - Coopérer avec les intervenants et développer la culture du signalement
 - Communiquer / Réassurer



Le système SurSaUD[®] : 4 sources de données



Sos Médecins

OSCOUR[®]

(Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)

Mortalité

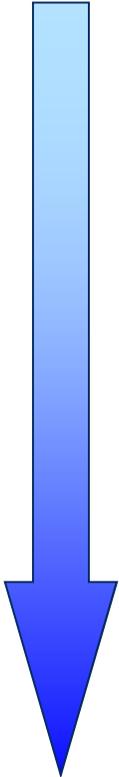
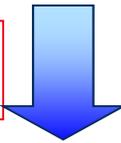




Évolution du nombre de services / établissements

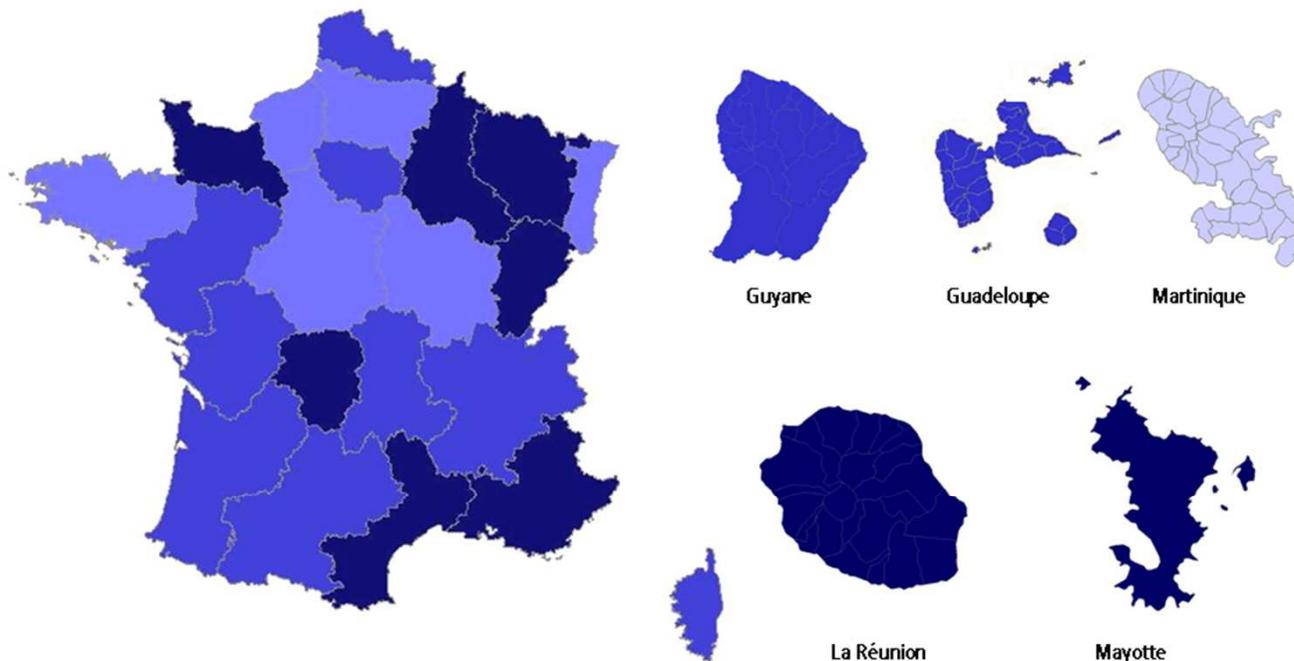
- Été 2004 : 11 établissements IdF et 12 hors IdF = 23
- Janvier 2005 = 35
- Janvier 2006 = 40
- Janvier 2007 = 42
- Janvier 2008 = 109
- Janvier 2009 = 138
- Janvier 2010 = 241
- Janvier 2011 = 312
- Novembre 2012 = 414

Grippe A(H1N1)2009



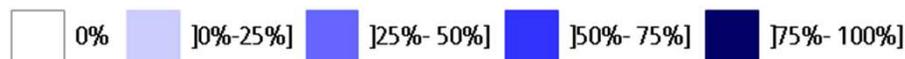


Couverture du réseau OSCOUR[®], nov. 2012



**Représentativité
globale**
~ 64% des passages

Représentativité* du réseau OSCOUR[®] :



* en % de passages aux urgences

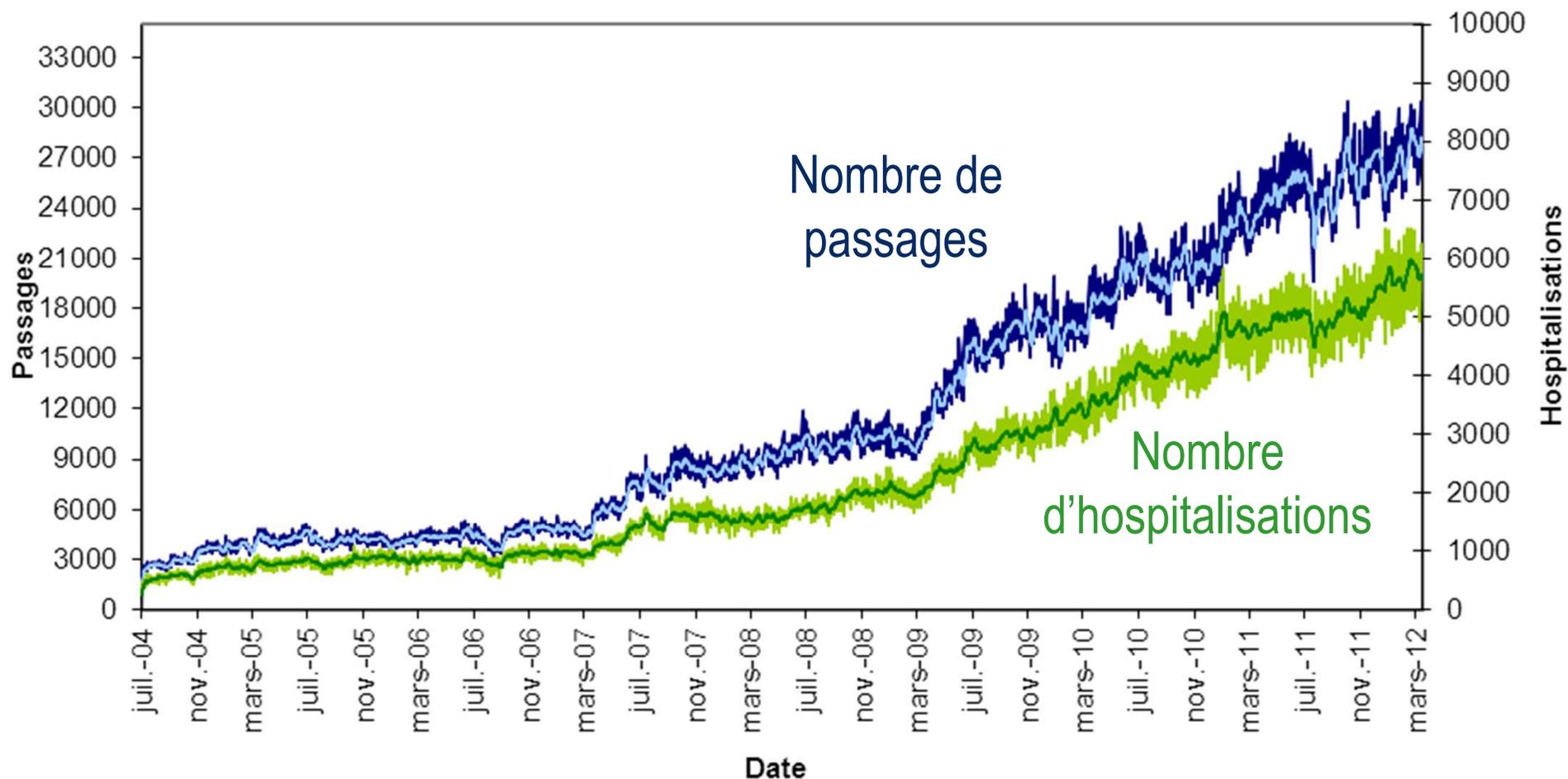
Sources : InVS-DCAR / OSCOUR[®]

En moyenne :

- Entre 21 000 et 23 000 passages adultes / j
- Entre 7 000 et 8 000 passages d'enfants / j



Evolution du nombre de passages





Les principaux partenaires du réseau OSCOUR®



- La Société française de médecine d'urgence
- Les 414 services d'urgences qui transmettent les données
- Les Observatoires régionaux des urgences (ORU) et apparentés (plateformes régionales)
- Les Collèges de médecine d'urgence, les réseaux d'urgentistes
- Les Agences régionales de santé
- Le Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées

=> Tous représentés au comité de pilotage du réseau





L'adhésion des services d'urgences au réseau

- Adhésion basée sur le volontariat
- Deux modes de transferts de données possibles :
 - du SU vers les partenaires régionaux qui récupèrent les données de l'ensemble des SU et les transfèrent à l'InVS
 - directement du SU vers l'InVS si absence de dispositif régional
- Deux conditions nécessaires pour adhérer au réseau :
 - être informatisé (transmission automatique)
 - utiliser le format Résumé de Passage aux Urgences (RPU)

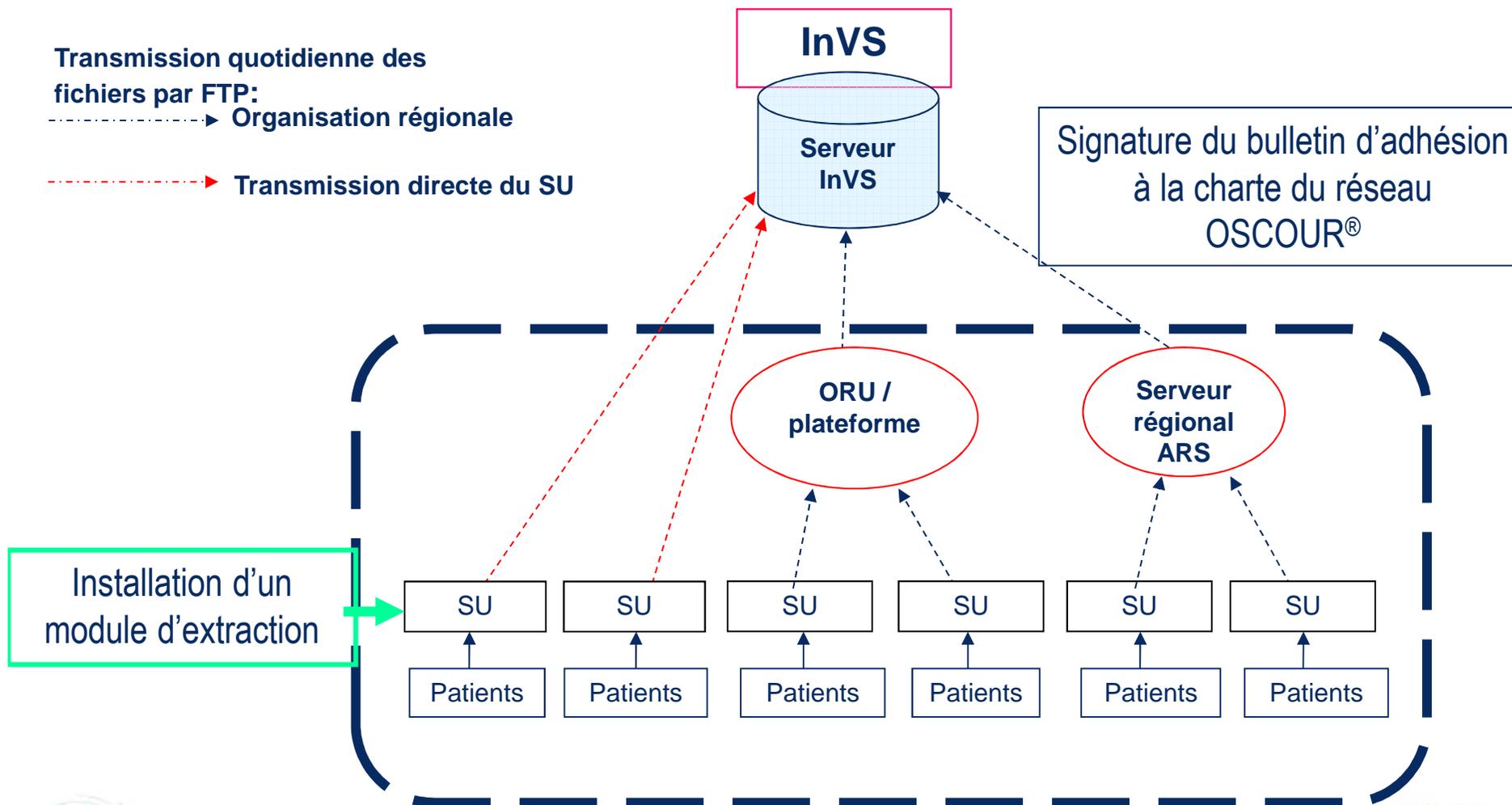


Le dispositif contractuel du partenariat

- La charte du réseau OSCOUR® : définit l'organisation et les conditions générales du fonctionnement du réseau OSCOUR® et doit être signée :
 - entre la structure régionale qui centralise les données des SU et l'InVS
 - entre le service d'urgence et l'InVS
- Autorisation pour l'utilisation des données et les analyses épidémiologiques
 - par la CNIL (n°1363151 du 17/12/2009)
 - patients informés par une affiche à apposer dans les services participants
- Constitution d'un Comité de pilotage :
 - Incluant des urgentistes, des épidémiologistes, un représentant d'ARS, une personnalité externe (service de santé des armées)
 - Objectifs : discuter des aspects techniques et scientifiques et des perspectives
 - Deux réunions par an



Architecture du réseau OSCOUR[®] et transmission des données





Données OSCOUR[®] - format Résumé de Passage aux Urgences : variables prises en compte

- **Données administratives**

- numéro Finess géographique de l'établissement
- date et heure d'entrée
- date et heure de sortie
- mode d'entrée / provenance
- mode de transport et prise en charge

- **Données démographiques**

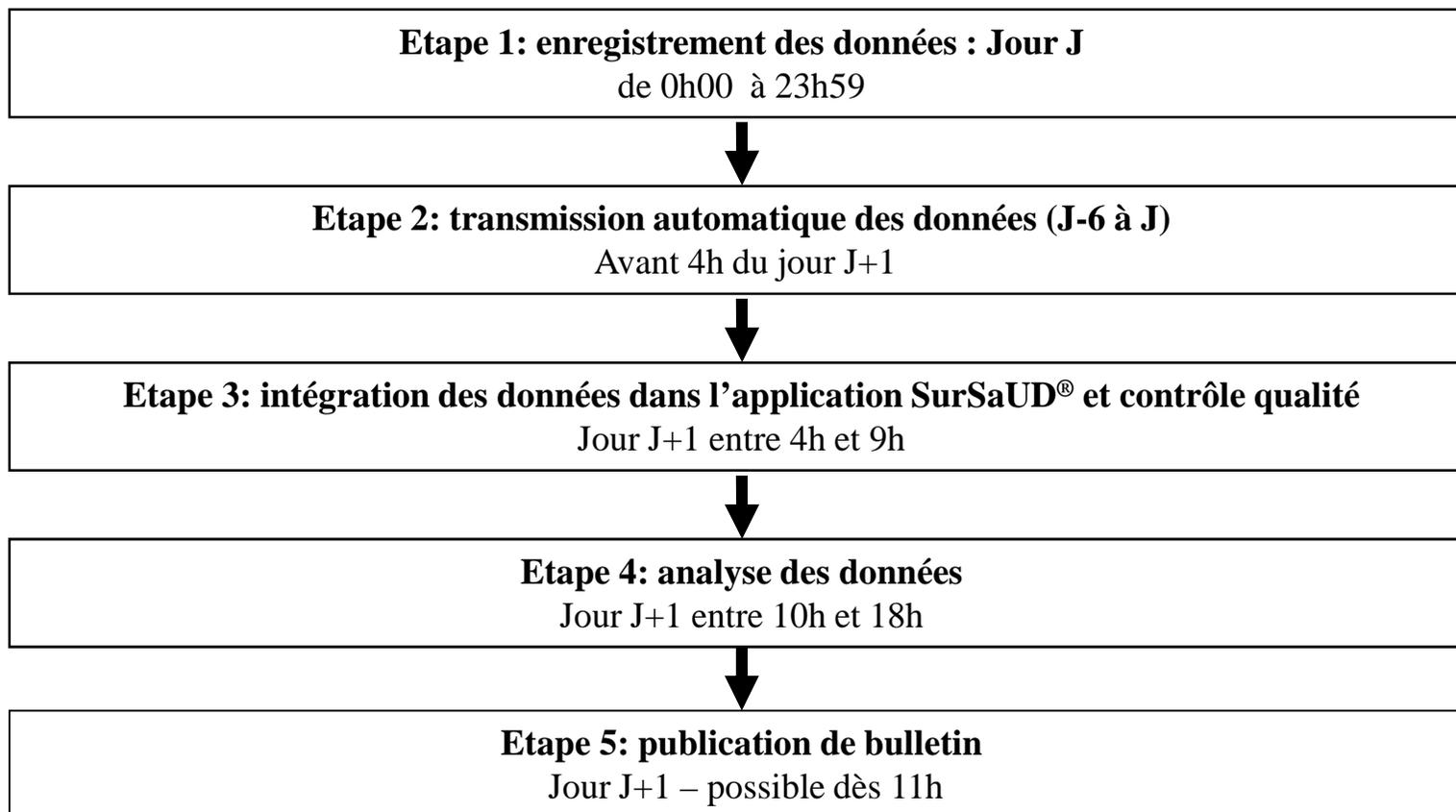
- date de naissance
- sexe
- nom de la commune de résidence
- code postal de résidence du patient

- **Données médicales**

- diagnostic principal (CIM-10)
- liste des diagnostics associés (CIM-10)
- motif du recours aux urgences
- gravité : classification CCMU
- liste des actes réalisés aux urgences (CCAM)
- mode de sortie / destination / orientation



Délais entre enregistrement et analyses



➔ Réactivité du système



Les données : de la source à l'analyse

- A la source :
 - Un diagnostic médical de terrain avec une codification précise
 - => Stabilité dans le temps, reproductibilité, standardisation
- A l'analyse :
 - Sensibilité privilégiée par rapport à la spécificité
 - Construction de regroupements de codes
 - Une stratégie construite sur des besoins de santé publique (problématique (ré)émergente, existence de mesures de contrôle/de prévention, population vulnérable, impact sociétal...)



Perspectives au niveau national

- Elargir la couverture du réseau
- Renforcer les partenariats
- Adapter la rétro-information aux besoins des partenaires
=> l'accès à l'application InVS pourrait-il être une des modalités à envisager ?
- Valoriser les données en lien avec les partenaires
- Etudier l'inclusion de nouvelles sources dans le système SurSaUD® (SAMU)
- Evaluer le système



Un positionnement international fort

- **Un système de surveillance unique en Europe**
 - Une position de leader dans le champ de la surveillance non spécifique
 - Une expertise valorisée dans le cadre du pilotage d'un projet européen (Triple S, 2010-2013)
- **Des collaborations internationales à développer**
 - Royaume-Uni : système analogue à OSCOUR® mis en place dans le cadre des JO de Londres
 - Valorisation possible au travers de l'International Society for Disease Surveillance (ISDS)



Quelques références

- Caillère N, Fouillet A, Henry V, Vilain P, Mathieu A, Raphaël M, Leroy C, Caserio-Schönemann C et les membres du réseau OSCOUR®.
La surveillance des urgences par le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 12 p.
- Caillère N, Fouillet A, Henry V, Vilain P, Mathieu A, Maire B, Viudes G, Chansard P, Merlen R, Pavillon G, Caserio-Schönemann C.
Le système français de Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®). Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 12 p.
- Caillère N, Caserio-Schönemann C, Fournet N, Fouillet A, Pateron D, Leroy C, Josseran L.
Surveillance des urgences – Réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) – Résultats nationaux 2004/2011. Saint-Maurice :Institut de veille sanitaire ; 2011. 12 p.
- Josseran L, Fouillet A, Caillère N, Brun-Ney D, Illef D, Brucker G, Medeiros H, Astagneau P.
Assessment of a syndromic surveillance system based on morbidity data: results from the Oscour network during a heat wave. PLoS One 2010;5(8):e11984
- Josseran L, Caillère N, Brun-Ney D, Rottner J, Filleul L, Brucker G, Astagneau P.
Syndromic surveillance and heat wave morbidity: a pilot study based on emergency departments in France. BMC Med Inform Decis Mak 2009;9:14 <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/9/14>

Merci de votre attention

