

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

Vanina Bousquet, Céline Caserio-Schönemann et les membres du comité de pilotage OSCOUR®

Département de coordination des alertes et des régions (Dcar), Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice

## LE SYSTEME DE SURVEILLANCE SURSAUD®

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 – structures d'urgence surchargées, surmortalité de près 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 et l'InVS ont alors décidé 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 ou proche du réel (transmission quotidienne).

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'évènements connus et attendus (épidémies saisonnières) ou inattendus (catastrophe industrielle, phénomène climatique extrême...).

Ce système repose sur une collaboration étroite entre épidémiologistes de l'InVS et professionnels de santé sur le terrain. Il est un des outils qui permettent à l'Institut d'assurer quotidiennement, au niveau national et dans les régions, ses missions de veille, de surveillance et d'alerte sanitaires.

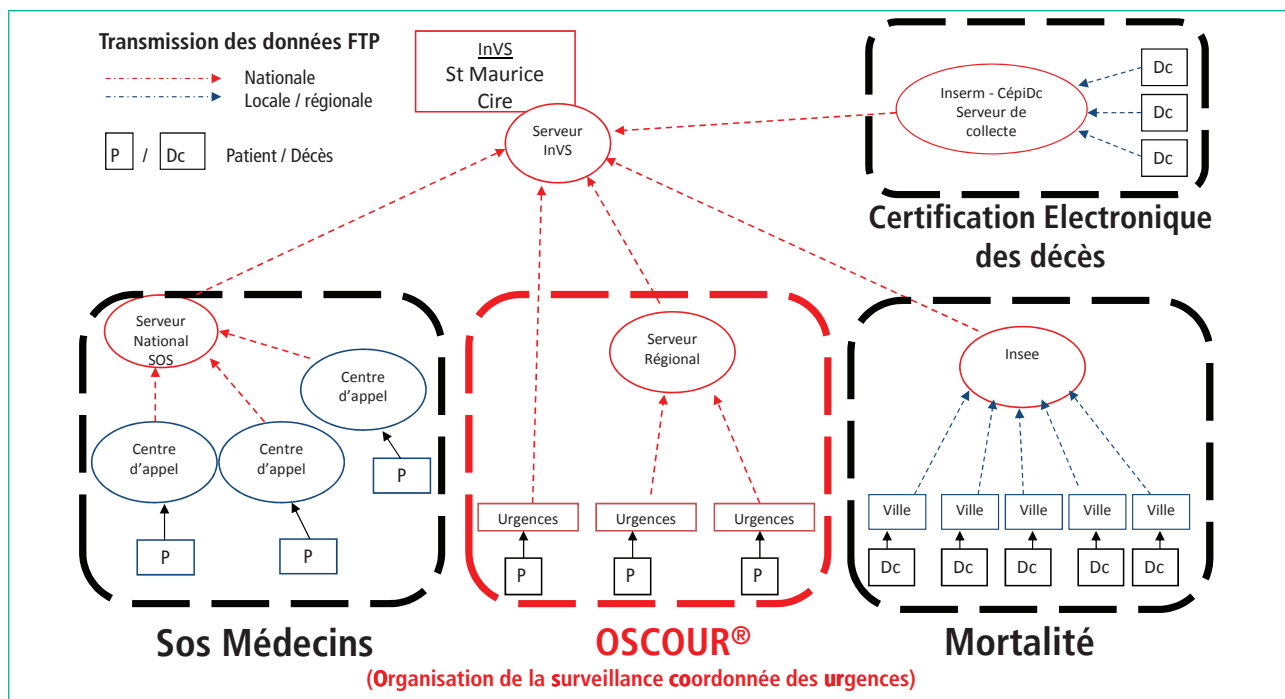
Quatre sources d'information pertinentes, réactives et capables de fournir au jour le jour des informations sur l'état de santé de la population, et non plus uniquement sur des pathologies identifiées *a priori*, alimentent le système SurSaUD® (figure 1) :

- les structures d'urgence (SU) hospitalières du réseau OSCOUR®;
- les associations SOS Médecins ;
- les données de mortalité transmises par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ;
- la certification électronique de décès transmise par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Ces différentes sources couvrent l'ensemble du territoire français, y compris les départements d'Outre-Mer (Martinique, Guyane, Guadeloupe, La Réunion et Mayotte).

FIGURE 1

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



## LE RÉSEAU OSCOUR®

Le réseau OSCOUR® a été mis en place dès juillet 2004, grâce au soutien de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et des partenaires régionaux (notamment les Observatoires régionaux des urgences – ORU). L'élaboration conjointe du « résumé de passage aux urgences » (RPU) et l'informatisation préexistante ou en cours des structures d'urgence hospitalières ont permis une mise en œuvre rapide du réseau.

Le recueil des données du RPU dans les structures d'urgence et leur transfert à l'InVS sont effectués quotidiennement, sans que cela n'entraîne de 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® réunit, autour des épidémiologistes de l'InVS, des médecins urgentistes participant au réseau ainsi que des représentants de la SFMU, des ORU et des partenaires régionaux, des collègues de médecine d'urgence et des Agences régionales de santé (ARS). Ces réunions permettent l'indispensable échange d'expertise entre les partenaires autour de l'interprétation des données et des analyses, grâce à l'articulation et à la complémentarité des approches clinique et épidémiologique. Ces échanges

apportent une réelle dynamique dans le travail de surveillance de l'InVS et permettent de développer la culture du signalement chez les partenaires cliniciens.

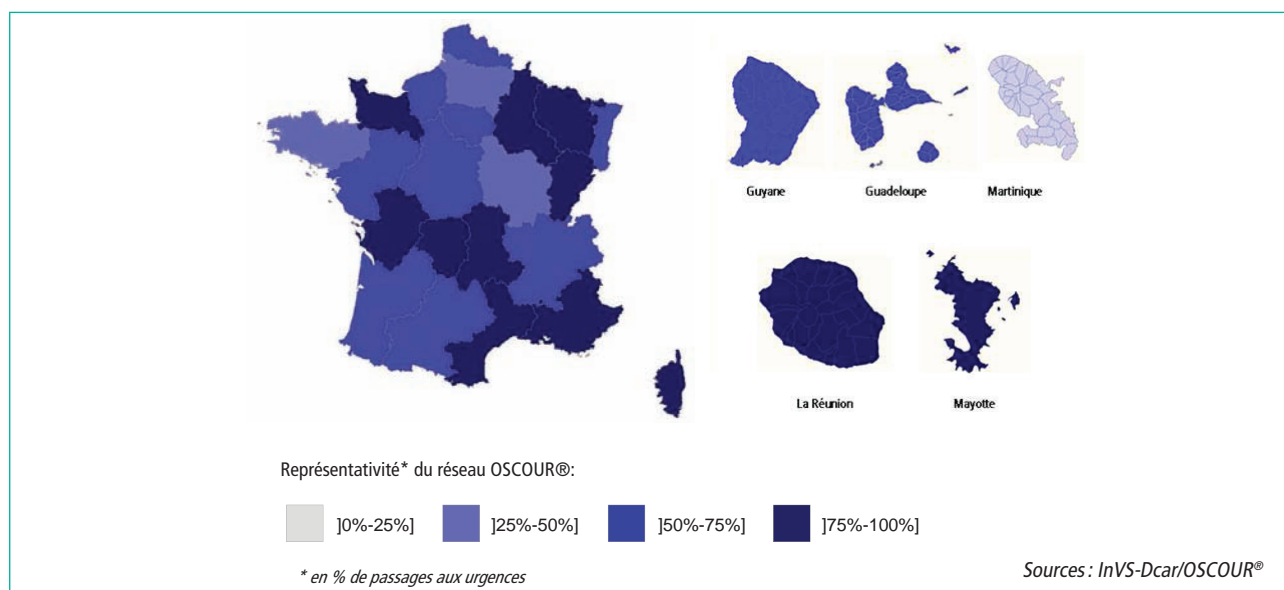
### 1. DONNÉES COLLECTÉES ET ARCHITECTURE DU RÉSEAU OSCOUR®

Lors de sa création en 2004, 23 établissements adhéraient au réseau qui s'est ensuite développé progressivement : 42 structures en janvier 2007, 138 en janvier 2009, 241 en janvier 2010 et 312 en janvier 2011. Au 1<sup>er</sup> avril 2013, 414 structures d'urgence participaient au réseau de surveillance, couvrant ainsi près de 65 % des passages aux urgences en France (figure 2).

On compte au moins une structure d'urgence dans le réseau OSCOUR® pour l'ensemble des régions françaises, y compris ultramarines. La couverture est exhaustive pour les régions Limousin, Franche-Comté, Lorraine, La Réunion/Mayotte et supérieure à 75 % pour les régions Basse Normandie, Poitou-Charentes, Paca, Champagne-Ardenne, Auvergne, Languedoc-Roussillon et la Corse.

I FIGURE 2 I

#### Répartition géographique des établissements participant au réseau OSCOUR® au 1<sup>er</sup> avril 2013



Les données des structures participant au réseau OSCOUR® sont enregistrées en routine à partir du dossier médical du patient et du RPU (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>.

Chaque matin avant 4 heures, ces données sont envoyées de la structure d'urgence à l'InVS, directement ou par le biais de serveurs régionaux hébergés par les ARS ou les partenaires régionaux sous délégation de l'ARS, comme les ORU (figure 1).

<sup>1</sup> CIM10 : Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision.

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

## I TABLEAU 1 I

### Liste des principales variables enregistrées et transmises à l'InVS par les structures d'urgence

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
Diagnosics associés
Gravité
Motif du recours aux urgences
Orientation (hospitalisation, décès, retour domicile...)

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 qui travaillent sur les données d'urgences, y compris ceux basés en région, d'automatiser des traitements et d'analyser rapidement les données. Cette application est accessible sur demande par les ORU et les structures d'urgence adhérant au réseau.

## 2. MÉTHODOLOGIE DE L'ANALYSE DES DONNÉES OSCOUR®

L'activité globale des structures 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 un ou 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 selon un pas de temps 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.

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

## I TABLEAU 2 I

### Pathologies suivies en routine et lors d'évènements exceptionnels

Indicateurs syndromiques 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, malaise, fièvre, allergie	Été-printemps-automne
Suivi de différentes pathologies : cardiaques, pulmonaires, neurologiques, traumatiques, urologiques, psychiatriques...	Toute l'année
<b>Évènements sanitaires</b>	
Impact des températures extrêmes	Octobre-mars (froid)/Juin-août (chaleur)
Intoxication au monoxyde de carbone	Toute l'année
Impact d'évènements exceptionnels (tempête, inondations...)	Dès la survenue de l'évènement, durée variable
<b>Autres évènements spécifiques</b>	
Impact d'un accident industriel (suivi des pathologies respiratoires...)	
Grands rassemblements de personnes (suivi de pathologies à potentiel épidémique ou pouvant évoquer une exposition à un agent non-conventionnel de type NRBC...)	Dès la survenue de l'évènement, durée variable

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

Début avril 2013, le dispositif enregistrait quotidiennement entre 19 000 et 22 000 passages adultes et entre 6 000 et 7 500 passages pédiatriques dans l'ensemble des 414 établissements participant au réseau OSCOUR®.

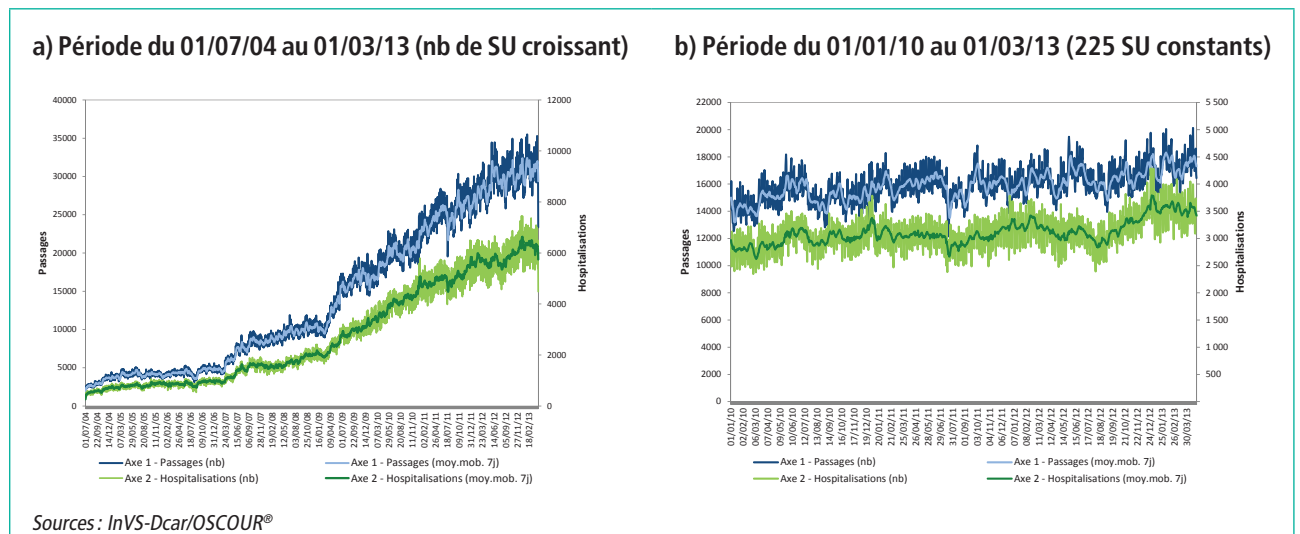
L'intégration progressive et dynamique des services dans le réseau depuis son démarrage entraîne une hausse du nombre de passages aux urgences collectés dans le système de surveillance et rend difficile l'interprétation des variations observées lorsque l'on prend en compte l'ensemble des établissements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

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

La fréquentation des urgences est marquée par les épidémies saisonnières ou la survenue d'événements particuliers alors que, généralement, les fluctuations du nombre d'hospitalisations sont moins visibles. Il est possible d'observer une baisse de la fréquentation des urgences pendant certaines périodes, en particulier au cours de l'été (figure 3b).

#### I FIGURES 3 I

#### Nombre quotidien de passages et d'hospitalisations enregistrés dans les structures d'urgence participant à OSCOUR®



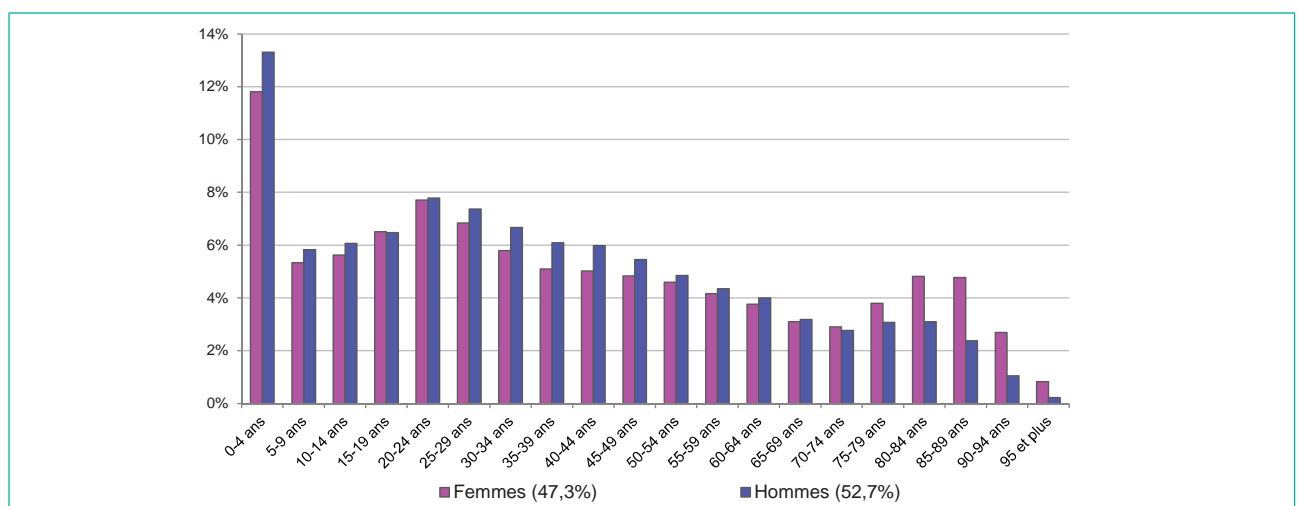
### 4. DESCRIPTION DE LA POPULATION AYANT RECOURS AUX URGENCES HOSPITALIÈRES EN 2012 – RÉSEAU OSCOUR®

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 13 %. Les adultes jeunes (15-54 ans) constituent la classe d'âge qui a le plus souvent recours aux structures d'urgence.

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.

#### I FIGURE 4 I

#### Répartition des patients par classe d'âge et par sexe en 2012 dans les structures d'urgence OSCOUR®, 361 établissements



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

En 2012, la traumatologie (traumatisme, lésion, accident, chute...) est, de loin, la première cause de recours aux urgences avec plus de 31 % des diagnostics codés 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, les pathologies neurologiques, les douleurs thoraciques et les pneumopathies.

## 6. EXEMPLES D'UTILISATION DES DONNÉES DU RÉSEAU OSCOUR® LORS D'ÉVÈNEMENTS SANITAIRES SURVENUS EN 2012

### 6.1 Surveillance épidémiologique au cours de l'hiver 2011-2012 : une approche complémentaire à l'analyse des tensions hospitalières

Début février 2012, la France a connu une situation particulière avec la survenue concomitante de plusieurs phénomènes : 1/ une vague de froid intense qui a touché l'ensemble du pays pendant 13 jours consécutifs, 2/ le début simultané de plusieurs épidémies saisonnières, dont la grippe, 3/ une augmentation de la mortalité toutes causes chez les personnes de plus de 85 ans, observée au travers de l'analyse des données transmises par l'Insee et 4/ des situations de tensions hospitalières signalées par les établissements de plusieurs régions. Cette situation climatique et épidémique était proche de celle rencontrée en mars 2005 et en janvier 2009, périodes au cours desquelles un excès de mortalité avait été observé chez les personnes âgées.

L'InVS a conduit une analyse de la situation sanitaire afin d'apporter l'éclairage des indicateurs de surveillance et ainsi de mieux comprendre l'origine des tensions hospitalières et d'évaluer l'impact des différents phénomènes sur la santé de la population. Outre l'analyse des données transmises quotidiennement par les structures d'urgence participant à OSCOUR®, l'InVS a mobilisé ses partenaires du réseau (médecins urgentistes des SU et ORU, membres du comité de pilotage du réseau...) afin de bénéficier de leur expertise.

Les analyses ont montré que l'excès de mortalité observé au cours des premières semaines de 2012 (13 % de décès en excès) ainsi que la saturation de certaines structures d'urgence pouvaient, au moins en partie, résulter de la conjonction :

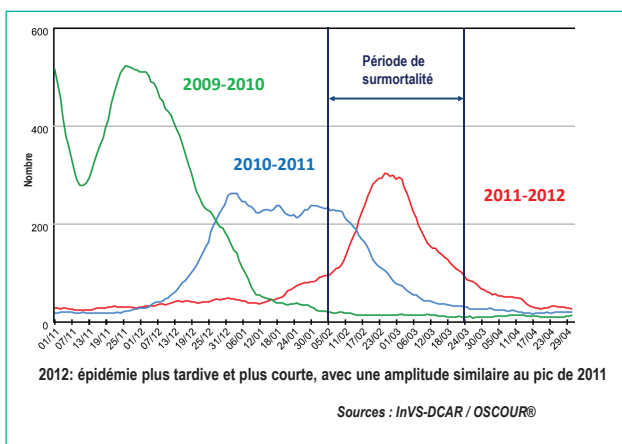
- **de facteurs épidémiques** : simultanéité des épidémies hivernales, épidémie de grippe tardive à virus A(H3N2) prédominant (touchant particulièrement les personnes âgées), de survenue tardive dans la saison ;
- **de facteurs climatiques** : effets directs du froid et de l'enneigement, effets indirects du confinement induisant une fragilisation des personnes les plus âgées (déshydratation, décompensation de pathologies sous-jacentes).

Une autre conséquence indirecte de ces facteurs est l'arrivée tardive en consultation avec des tableaux plus évolués et potentiellement plus sévères.

Les graphes des figures 5a, 5b et 6 permettent d'illustrer, de façon non exhaustive, la multiplicité des pathologies qui ont évolué simultanément au cours de cette période, ce qui rend complexe l'identification des causes de l'excès de mortalité qui a été observé. La part respective de chacun de ces facteurs reste donc à déterminer dans le cadre d'analyses plus approfondies.

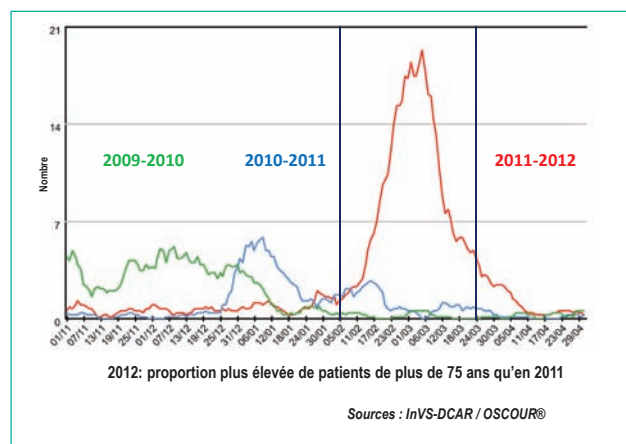
I FIGURE 5A I

#### Passages aux urgences pour grippe et syndromes grippaux (moy mob 7j) sur 3 saisons, tous âges, France métropolitaine



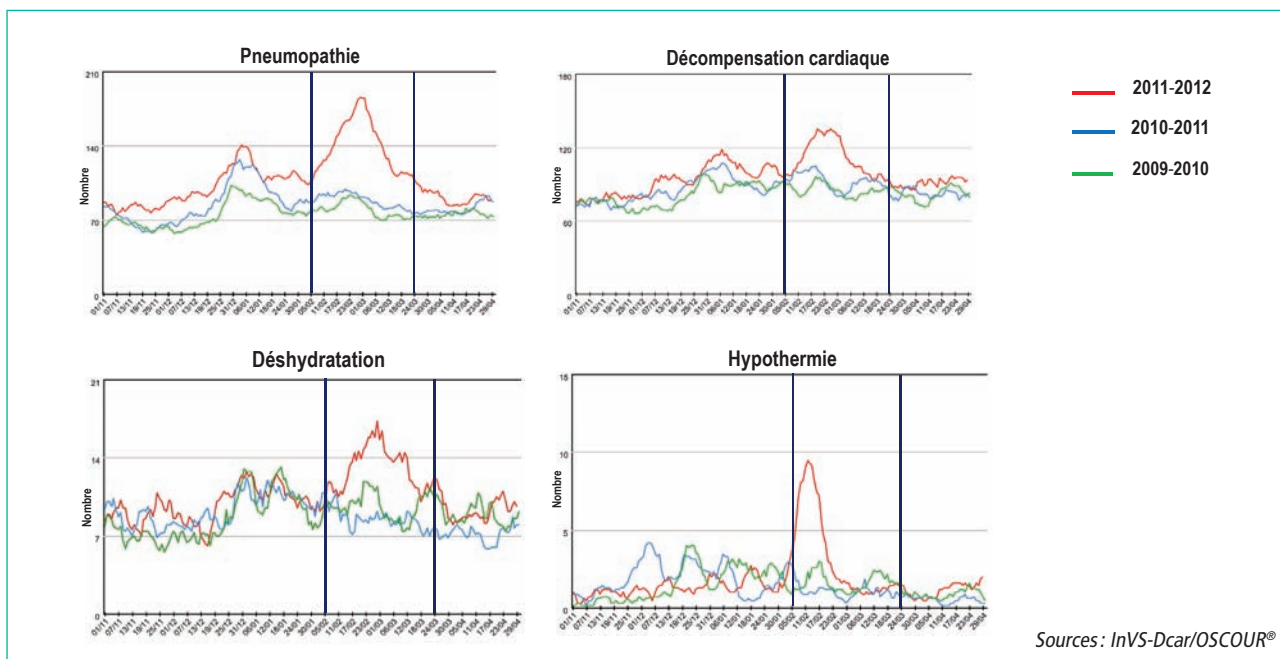
I FIGURE 5B I

#### Passages aux urgences pour grippe et syndromes grippaux (moy mob 7j) sur 3 saisons, 75 ans et plus, France métropolitaine



I FIGURE 6 I

**Passages aux urgences pour différents tableaux cliniques (moy mob 7j) sur 3 saisons, 75 ans et plus, France métropolitaine**



Cet épisode a montré l'intérêt d'articuler les analyses épidémiologiques (issues des dispositifs de veille, de surveillance et d'alerte sanitaires de l'InVS) et les analyses d'activité en médecine d'urgence, au niveau national mais aussi et surtout au niveau régional.

Cette démarche coordonnée devrait permettre, via une transmission rapide des informations aux ARS, de contribuer à l'adaptation de l'offre de soins, voire à l'anticipation des situations de tensions hospitalières.

**6.2 Évaluation de l'impact de la vague de chaleur d'août 2012**

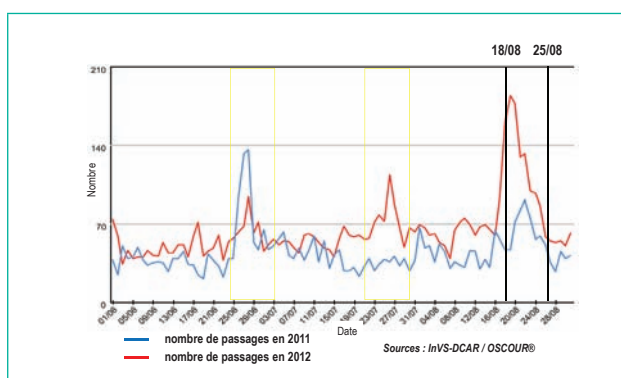
Les données du réseau OSCOUR® ont également été utilisées pour documenter l'impact sur le recours aux soins d'urgence des fortes chaleurs ayant touché jusqu'à 33 départements métropolitains pendant la période du 15 au 22 août 2012. L'analyse des passages aux urgences toutes causes n'a pas montré de hausse d'activité globale, que ce soit pour les passages ou les hospitalisations, pour la période du 18 au 25 août dans les SU du réseau. En revanche, il a été observé, au cours de cette période, une évolution nette des passages pour pathologies directement en lien avec

la chaleur (déshydratation, hyperthermie/coup de chaleur et hyponatrémie) (figure 7a, tableau 3), qui n'a toutefois pas excédé 0,5 % de l'ensemble des passages.

L'analyse des données OSCOUR® a également permis de mettre en évidence une augmentation des recours pour pathologies liées à la chaleur au cours de deux autres périodes dans l'été (fin juin et fin juillet, cf zones en jaune figure 7a), au cours desquelles les seuils de température n'avaient pas été dépassés.

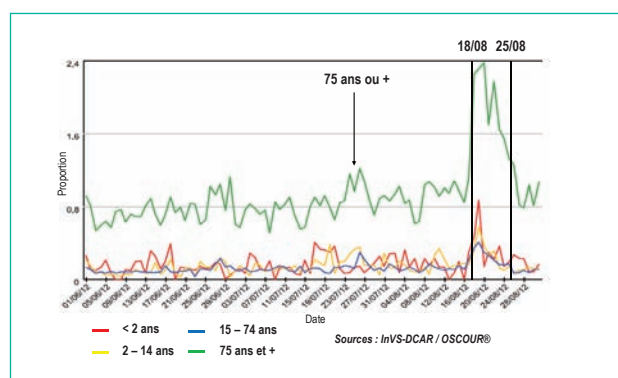
I FIGURE 7A I

**Passages aux urgences pour des pathologies liées à la chaleur, tous âges pendant les étés 2011 et 2012**



I FIGURE 7B I

**Proportion de passages liés à la chaleur rapportés à l'activité globale, par classes d'âge pendant l'été 2012**



Cette élévation des passages pour des pathologies liées à la chaleur a été observée dans toutes les classes d'âge (figure 7b). L'élévation était cependant plus marquée chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, chez lesquelles la proportion de passages pour des pathologies liées à la chaleur a été multipliée par trois, passant de 0,8 % à plus de 2,5 % de l'activité totale pour cette classe d'âge.

La description des tableaux cliniques composant l'indicateur chaleur montre que le principal diagnostic codé était la déshydratation et ce, quel que soit l'âge. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, on notait également une proportion importante de diagnostics d'hyponatrémie (30,5 %), reflétant l'impact des mesures de prévention (tableau 3).

I TABLEAU 3 I

### Nombre de passages liés à la chaleur et détail des pathologies

	Nombre de passages liés à la chaleur *		Détail des nombres observés de passages liés à la chaleur **		
	Nombre observé	Nombre attendu	Hyperthermie Coup de chaleur	Déshydratation	Hyponatrémie
<b>Tous âges</b>	972	392	244 (24,4 %)	519 (51,9 %)	237 (23,7 %)
<b>75 ans ou plus</b>	520	208	49 (9,2 %)	324 (60,3 %)	164 (30,5 %)

\* Nombre moyen des passages aux urgences liés à la chaleur calculés sur la moyenne du mois d'août 2011, rapporté à une période de 8 jours ;

\*\* certains patients peuvent présenter simultanément plusieurs diagnostics liés à la chaleur (le nombre total de passages liés à la chaleur n'est pas égal à la somme des passages pour les trois indicateurs).

Ces effets de la chaleur sur la morbidité ont été observés dans de nombreuses régions, dont certaines n'étaient pas en alerte. Les autres pathologies pouvant être liées à la chaleur,

notamment rénales, n'ont pas montré d'augmentation nette pour la période concernée par la vague de chaleur.

## 7. CONCLUSION ET REMERCIEMENTS

Depuis 2004, le réseau OSCOUR® s'est considérablement développé avec une montée en charge dynamique portant le nombre de structures d'urgence à 414 en avril 2013. Toutes les régions, y compris ultramarines, sont désormais représentées, avec cependant une couverture départementale variable. L'exhaustivité du réseau, actuellement de 65 % du total des passages aux urgences, doit encore progresser afin d'améliorer la performance du réseau, qui a déjà prouvé son utilité dans de nombreuses situations sanitaires depuis sa création.

En effet, la transmission des données en temps quasi réel en fait un système de surveillance réactif, permettant la détection précoce, le suivi et l'évaluation d'impact de différents événements sanitaires, saisonniers ou inhabituels.

À la suite de la dernière journée d'échanges du réseau OSCOUR® en décembre 2012 (co-organisée avec la SFMU), qui a rassemblé les différents acteurs et partenaires du réseau,

des axes prioritaires de développement ont été identifiés autour des problématiques techniques suivantes : l'amélioration de la qualité du codage des diagnostics, la mise en place et l'utilisation de thésaurus métiers produits par la SFMU, les précautions d'utilisation de la CCMU, ainsi que l'intégration de nouveaux partenaires comme les SAMU.

Au-delà des problématiques techniques, un des objectifs prioritaires est de développer des travaux scientifiques en lien avec les urgentistes et la SFMU, basés sur une procédure formalisée d'accès aux données et de partage d'expertise.

Enfin, la mise en œuvre et l'adaptation de la rétro-information aux besoins et attentes des partenaires reste un enjeu majeur de l'évolution du réseau et de son appropriation par les partenaires.

***L'Institut de veille sanitaire remercie la SFMU, l'ensemble des structures d'urgence ainsi que tous les partenaires régionaux et nationaux qui participent activement au développement et au bon fonctionnement du réseau OSCOUR®.***

#### Composition du comité de pilotage du réseau OSCOUR®

Christophe Leroy (Hôpital Louis Mourier, Colombes), Olivier Azéma (ORU-MIP), Christine Vallejo (CHU Limoges), André De Caffarelli (CH Bastia), Pierre-Bernard Petitcolin (ORULIM), Bruno Maire (ORULOR), Dominique Brun-Ney (Cerveau), Maurice Raphaël (SFMU, CHU du Kremlin-Bicêtre), Joao Simoes (ARS Océan Indien), Jean-Baptiste Meynard (Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées), Damien Mouly (InVS – Cire Midi-Pyrénées), Arnaud Mathieu (InVS – Cire Normandie), Agnès Lefranc et Philippe Pirard (InVS – Département santé environnement), Didier Che (InVS – Département des maladies infectieuses), Christine Chan-Chee (InVS – Département des maladies chroniques et traumatismes), Gilles Viudes (ORU PACA), Philippe Malfait (InVS – Cire Sud), Bertrand Renaud (Hôpital Henri Mondor, Créteil), Claude Zamour (CH Valence), Lionel Lachenaud (BMPM, Marseille), Sylvie Haeghebaert (InVS – Cire Nord), Thierry Cardoso, Vanina Bousquet et Céline Caserio-Schönemann (InVS – Département de coordination des alertes et des régions).

## LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS AU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2013 (414 SERVICES D'URGENCES, COUVRANT ENVIRON 65 % DES PASSAGES AUX URGENCES DE FRANCE)

### Alsace

CH de Mulhouse  
CH de Selestat  
CHU de Strasbourg – hôpital civil  
CH de Wissembourg  
CH de Colmar  
CH de Vittel  
Clinique Sainte-Odile – Strasbourg  
Centre Hospitalier de Haguenau  
Polyclinique des Trois Frontières  
Clinique Saint Sauveur – Mulhouse  
CH du Hasenrain  
CH de Guebwiller

### 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 Saint-Étienne & Pays Basque  
Polyclinique Sokorri  
CH d'Orthez  
Polyclinique Aguilera  
Polyclinique Côte Basque Sud  
HIA de Bordeaux – Robert Picqué  
Polyclinique Côte Basque Sud  
CH d'Oloron  
CH d'Agen  
CH de Sarlat  
CH de Libourne

### 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  
Polyclinique Saint-François Saint-Antoine  
CH de Thiers  
CH de Riom  
CH d'Issoire  
Pôle Santé République – Clermont-Ferrand  
CH de Mauriac

### 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  
CH de Mortagne au Perche  
CH de Coutances  
CH de l'Aigle

### 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  
CHU de Dijon  
Hôpital le Bocage  
Clinique médico-chirurgicale de Chenove

### 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)  
CH de Vannes  
CH d'Auray

### 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  
CHIC Amboise-Château-Renault  
CH de Gien

### Champagne-Ardenne

CH de Sedan  
CH de Troyes  
CH de Reims  
CH de Charleville-Mézières  
CH de Romilly-sur-Seine



CHU de Reims – Hôpital Robert Debré  
CH de Chalons  
Polyclinique de Courlancy – Reims  
Polyclinique Saint-André  
CH d'Épernay  
CH de Vitry-le-François  
CH de Saint-Dizier  
CH de Chaumont

#### **Corse**

CH d'Ajaccio  
CH de Bastia  
Clinique du Sud de la Corse – Porto Vecchio

#### **Franche-Comté**

CHU de Besançon – site Jean Minjot  
CHU de Besançon – site Saint 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  
Hôpital privé de l'Estuaire – Le Havre  
CH d'Elbeuf  
CH de Dieppe

#### **Ile-de-France**

AP-HP – Hôpital de Cochin  
AP-HP – Hôpital Hôtel-Dieu  
AP-HP – Hôpital Saint-Antoine  
AP-HP – GIH 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 Montereau  
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 Bécclère  
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  
Service de santé des armées – Paris

#### **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-Ceze  
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 Saint-Louis  
CH de Sète – Bassin de Thau  
CHU Montpellier – Hôpital Lapeyronie  
Clinique du Parc – Castelnau-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  
Clinique Beau Soleil – Montpellier  
CH de Castelnaudary

### **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-Junier  
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  
CH de Vittel  
CH de Bar-le-Duc

### **Martinique**

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 Lavaur  
Polyclinique du Sidobre  
CH de Montauban  
CH de Moissac  
CH de Millau

### **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 Châtelleraut  
CHU Poitiers  
CH de Rochefort  
CH de Niort

### **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 Saint George Nice  
Hôpital Lenal  
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  
CH La Casamance – Aubagne  
CH de la Ciotat  
Polyclinique St Jean  
HIA Sainte-Anne Toulon

### **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 Montélimar  
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 Lemans Valserine  
Polyclinique de Savoie  
Hôpitaux du Lemans – Thonon  
Hôpital Privé Médipôle de Savoie  
Polyclinique de Rillieux

**Mots clés** : surveillance syndromique, structures d'urgence, OSCOUR®, réactivité, culture du signalement

Citation suggérée :

Bousquet V, Caserio-Schönemann C. 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>