



1^{ère} Journée régionale de veille sanitaire en Languedoc-Roussillon

4 décembre 2012, Montpellier

-
- Page 1** | [Première session « La veille sanitaire : de l'émission du signal à sa réception et sa gestion »](#) |
- Page 6** | [Présentation des posters](#) |
- Page 9** | [Deuxième session « Dispositifs de surveillance en appui de la veille sanitaire »](#) |
- Page 12** | [Table ronde « Le réseau régional de veille sanitaire : importance des acteurs de santé dans le dispositif »](#) |
-

| Editorial |

Vous trouverez dans ce BVS la synthèse de la journée régionale de veille sanitaire qui s'est tenue le 4 décembre 2012 à la maison des étudiants à Montpellier. Cette journée était destinée à tous les professionnels impliqués dans la veille sanitaire en Languedoc-Roussillon, tant dans le domaine de la production de signaux sanitaires, de l'analyse du risque que celui de la gestion des situations d'alerte.

Ces rencontres, que nous renouvellerons, doivent permettre de renforcer le dispositif de veille et d'alerte sanitaire de la région en rapprochant tous les acteurs et en partageant nos expériences car la veille sanitaire est un travail multi-partenarial, dans lequel la contribution de chaque acteur est essentielle.

Plus de 130 professionnels de santé publique venus de nombreux horizons ont participé à cette journée : établissements de santé, éducation nationale, services impliqués dans la santé au travail, services PMI des conseils généraux, centre de vaccination publique et centres de lutte contre la tuberculose, services d'hygiène ou de santé, centres communaux d'action sociale, médecins coordonateurs et infirmières d'Ehpad ou du secteur du handicap, SOS Médecins, Ordre des médecins, URPS, médecins et pharmaciens, chercheurs,

universitaires... Les débats ont mis en évidence l'importance des acteurs de terrain, notamment les professionnels de santé, ainsi que la nécessité de renforcer la formation, l'information et la rétro-information autour du signalement et de la gestion des événements pouvant présenter une menace pour la santé publique. Une table ronde en fin de journée a été l'occasion de partager les expériences locales et d'identifier des pistes de travail pour poursuivre la dynamique de structuration et d'animation de réseaux territoriaux de veille sanitaire.

Nous remercions Françoise Weber, directrice générale de l'InVS et Martine Aoustin, directrice générale de l'ARS Languedoc-Roussillon pour leur soutien dans l'organisation et la réalisation de cette journée.

Enfin, un grand merci à tous ceux qui ont fait de cette journée un moment important du réseau régional de veille sanitaire.

Très bonne lecture.

Franck Golliot
Responsable de la Cire

Béatrice Broche
Responsable de la CVAGS

Une alerte méningite pas comme les autres : d'un signal simple à une investigation complexeCarole Salvio¹ (carole.salvio@ars.sante.fr), Elsa Delisle²¹ Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires, ARS Languedoc-Roussillon ² Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon

Cette présentation avait pour objectifs de rappeler les critères et circuits de signalement en urgence et notification précise aux autorités sanitaires des infections invasives à méningocoque (IIM) et d'en illustrer tout l'intérêt au travers d'une situation complexe gérée au cours de l'année 2012.

Les IIM sont des infections bactériennes (*Neisseria meningitidis* = méningocoque), rares en France mais parfois graves (taux de létalité d'environ 15%) et pouvant laisser des séquelles. Le méningocoque est une bactérie très fragile qui ne survit pas dans le milieu extérieur ; le réservoir est l'homme (rhinopharynx) ; sa capsule polysidique permet de déterminer son sérotype ; les souches de sérotype A, B, C, Y et W135 sont les plus répandues. L'incidence annuelle des IIM se situe entre 1 et 2 cas pour 100 000 habitants, soit entre 600 et 700 cas par an en France, essentiellement des sérotypes B (63%) et C (29%).

La détermination phénotypique et génotypique des souches et leur comparaison sont faites par le CNR des Méningocoques à l'Institut Pasteur à Paris¹.

Les IIM sont des maladies à déclaration obligatoire de par le Code de la santé publique et doivent faire l'objet d'un signalement sans délai par tout moyen aux autorités sanitaires (ARS) avec transmission de données individuelles nécessaires à la gestion des sujets contacts.

Si une suspicion d'IIM nécessite, au plan individuel, une prise en charge médicale adaptée en urgence, au plan collectif, il est nécessaire de prévenir l'apparition de cas secondaires et la diffusion de la bactérie dans la population. Ainsi, suite à la déclaration d'un cas aux autorités sanitaires, les sujets contacts qui auront pu être identifiés dans les dix jours (durée d'incubation) précédant le diagnostic feront l'objet de mesures prophylactiques adaptées (information pour surveillance médicale, antibioprofylaxie permettant d'éradiquer le portage et parfois vaccination).

Cette notification sert aussi à la veille épidémiologique. Ainsi, début 2012, la survenue de 3 cas d'IIM de sérotype B autour de Perpignan dans un délai de 15 jours a suscité de nouvelles investigations épidémiologiques pour évaluer s'il s'agissait de cas groupés nécessitant des mesures de gestion supplémentaires. La reprise minutieuse des interrogatoires des sujets a montré des liens épidémiologiques entre les 3 cas, mais les résultats du CNR ont montré que le premier cas n'avait pas été infecté par la même souche que les deux autres, lesquels avaient bien été infectés par un même clone.

Cet exemple illustre l'importance d'un signalement rapide d'IIM à l'ARS et sa gestion coordonnée dans l'intérêt de la protection de la santé de la population.

Critères de notification des IIM : au moins 1 présent (selon avis du CSHPF)²

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCR, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique.
2. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCR.
3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) **ET**
 - soit présence d'éléments purpuriques cutanés, quel que soit leur type ;
 - soit présence d'antigènes solubles méningococciques dans le LCR, le sang ou les urines.
4. Présence d'un *purpura fulminans* (*purpura* dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

¹ <http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/sante/centres-nationaux-de-referance-et-centres-collaborateurs-de-l-oms/cnr-et-ccoms/cnr-des-meningocoques/informations-pratiques>

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_Instruction_DGS-RI_1-2011-33_du_27_janvier_2011_relative_a_la_prophylaxie_des_infections_invasives_a_meningocoque.pdf

Vaccination sanitaire d'urgence : l'équipe mobile du centre hospitalier (CH) de Perpignan

Annette Borreil, Hugues Aumaître (hugues.aumaitre@ch-perpignan.fr) - Centre départemental de vaccination des Pyrénées-Orientales

Le centre départemental de vaccination des Pyrénées-Orientales (PO), situé au Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du centre hospitalier de Perpignan, existe depuis janvier 2007.

Les missions du centre sont de :

- augmenter la couverture vaccinale sur le département en respect du calendrier vaccinal français et des recommandations du CTV (...);
- diriger prioritairement les interventions auprès des populations les plus vulnérables, ayant des difficultés d'accès aux soins ;
- « mailler » le territoire des PO, en établissant des partenariats avec les différents acteurs sociaux et des structures aussi originales que variées.

Le centre dispense les vaccins sur le site du CH, avec une amplitude hebdomadaire de 60h, avec et sans rendez-vous. Par ailleurs, il possède une équipe mobile (médecin, infirmière et si besoin secrétaire) permettant des interventions sur tout le département. Depuis son ouverture, le nombre de sites mobiles est passé de 2 à 30, avec un nombre de vaccins administrés chaque année en constante augmentation.

Doté également d'un centre anti-rabique, d'un centre de vaccination internationale et d'un centre de dépistage anonyme et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (CDAG-Ciddist), le SMIT est habitué à des actions intégrées et complémentaires, en partenariat avec les différents acteurs médico-sociaux du département. Ainsi, il collabore avec les équipes du CH de Perpignan (PASS, CLAT...), les équipes de la mairie et du Conseil Général, avec les trois maternités, avec l'Inspection Académique et la Médecine du Travail. Ces missions permettent d'intervenir auprès des populations défavorisées ou des publics à risque : auprès des CHR (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale), du CAARRUD (Centre d'accueil et d'accompagnement de réduction des risques aux usagers de drogue), des CADA (Centre d'accueil pour demandeurs d'asile), de l'université, d'associations telles que Emmaüs, les Restos du cœur. Il intervient auprès de la communauté du voyage ou des sans-domiciles fixes, dans divers squats, dans certaines entreprises employant une forte densité de saisonniers...

Du fait de ses missions combinées (santé publique, épidémiologie, diagnostic, thérapeutique), le centre bénéficie d'une équipe multidisciplinaire, qui doit prendre en compte, pour chaque intervention les réalités du territoire : géographie du département, désertification médicale plus accentuée à certains endroits, précarité, accès aux soins, tissu soignant et social des

établissements de santé, territoire frontalier.

Le centre intervient notamment lors d'alertes sanitaires telles que des cas groupés d'infections invasives à méningocoques ou de rougeole, proposant alors une mise à disposition rapide des vaccins comme de l'équipe.

Une intervention de ce type, qui survient après sollicitation par l'ARS, des médecins du CHP, un médecin généraliste ou encore l'inspection académique, suit la démarche suivante :

- une organisation en amont de l'intervention : identification du matériel nécessaire, commande des vaccins, recherche des personnes ressources (éducateurs, médecins généralistes, de PMI, infirmiers libéraux, animateurs, médiateurs de rue, assistants sociaux...), repérage géographique (« où peut-on intervenir? »), identification véhicule, camion nécessaire pour l'intervention.

- l'intervention en elle-même : demande souvent une adaptation particulière au lieu choisi, tout en respectant les règles d'asepsie ; elle nécessite respect, écoute (la vaccination intervient dans ce cas après le décès d'une personne, d'un enfant) et conseils (informations sur le vaccin, les effets secondaires), rigueur et dextérité.

- une discipline après l'intervention : traçabilité des vaccins dispensés, coût de l'intervention, archivage...

Un exemple de vaccination autour du cas d'une enfant décédée de méningite W135, auprès de la population gitane de Perpignan, illustre bien les difficultés que le centre pouvait rencontrer lors d'interventions sur site et le travail multi-partenarial nécessaire pour mener à bien une séance de vaccination dans ce contexte.

Evidemment, les interventions « riposte » réalisées *in situ* au centre départemental après un cas de méningite ou de rougeole ne nécessitent pas la même organisation, mais demandent la même réactivité.

Le centre de vaccination participe totalement à la gestion des crises sanitaires, à la surveillance des maladies émergentes, en étroite collaboration avec la Cire et l'InVS, les autorités responsables. L'expertise diagnostique et thérapeutique des médecins infectiologues, leurs compétences, la maîtrise de la communication en cas de risque sanitaire, la connaissance de la mise en place des procédures spécifiques permettent une riposte rapide, adaptée et efficace.

Cas groupés d'hépatite E aiguë parmi le personnel d'un centre hospitalier : investigation et enjeux de gestion dans l'établissement

Cyril Rousseau - Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon (cyril.rousseau@ars.sante.fr)

En 2011, le signalement à l'ARS Languedoc-Roussillon de 2 cas d'hépatite E aiguë symptomatiques parmi le personnel du bloc opératoire d'un centre hospitalier justifiait une investigation épidémiologique, un dépistage parmi le personnel et la réalisation d'une expertise sur le risque de survenue d'infection associée aux soins dans un tel contexte.

Parmi les 59 membres du personnel, la recherche de cas permettait d'identifier 5 autres personnes ayant des tests sérologiques compatibles avec une infection récente par le virus de l'hépatite E et 5 ayant une infection considérée ancienne dans un contexte de prévalence régionale

élevée liée à des habitudes alimentaires spécifiques.

L'investigation épidémiologique ne mettait pas en évidence d'association entre survenue d'une hépatite E récente et repas pris en commun, et ne pouvait imputer ces cas à une source commune alimentaire.

La réalisation d'actes invasifs était suspendue pour les professionnels porteurs de symptômes cliniques évocateurs d'hépatite virale ou d'une virémie positive jusqu'à sa négativation, tandis qu'un rappel des précautions standard associé au renforcement du bio-nettoyage était mis en œuvre afin de prévenir tout risque de transmission croisée.

Intoxication au monoxyde de carbone : signaler pour mieux prévenir

Evelyne Dusserre-Berard - Délégation Territoriale du Gard, ARS Languedoc-Roussillon (evelyne.dusserre-berard@ars.sante.fr)

Les intoxications au monoxyde de carbone (CO) sont la première cause de mortalité accidentelle par toxique en France. La moyenne annuelle nationale est de 4000 intoxications déclarées et de 100 décès. Il s'agit d'un vrai problème de santé publique qui a été inscrit dans le Plan régional santé environnement (PRSE) nouvelle génération et fait l'objet d'une déclaration obligatoire.

Dans le Gard, le dispositif de surveillance des intoxications au CO reprend l'organisation qui a été décidée au niveau régional.

Les principaux déclarants sont les structures d'urgence et les pompiers (Sdis-Codis-Samu-Smur), mais des signalements peuvent également provenir des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), des professionnels de l'habitat, médecins, laboratoires d'analyse médicale, du Centre anti-poison et de toxicovigilance (CAP-TV), des travailleurs sociaux ou autres.

Toutes les déclarations doivent se faire au point focal de l'ARS, auprès de la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire, à l'aide d'une fiche de signalement que l'on peut retrouver sur le site de l'ARS. Cette fiche est transmise au guichet unique territorial, pour le Gard il s'agit du Service santé environnement de la DT30, afin de renseigner la base informatique Siroco. Chaque affaire est saisie, reçoit un numéro et des messages alertent chaque intervenant afin que puissent être réalisées dans les meilleurs délais :

- l'enquête technique (par le Service santé environnement ou l'un des SCHS de Nîmes et Alès) ;
- l'enquête médicale (par le CAP-TV de Marseille avec qui il a été passé convention).

Ces saisies permettent le traitement des cas dans des délais restreints à partir de la réception de l'alerte puis l'exploitation épidémiologique des situations par le niveau national de l'InVS et la Cire.

L'enquête environnementale est réalisée si possible sur les lieux d'intoxication par un technicien, afin d'identifier la source de l'intoxication et/ou déterminer les circonstances de l'accident. Le technicien communique aux occupants et/ou aux propriétaires, dans un premier temps oralement, les mesures immédiates à prendre et exige, le cas échéant, la remise en état des installations afin d'éviter les récurrences. Un rapport d'enquête est rédigé. Il est parfois nécessaire d'engager une action administrative pour notifier les travaux et s'assurer de leur exécution.

Outre ces missions d'inspection, le service santé environnement relaye au niveau local la campagne nationale de sensibilisation du grand public, diffuse des supports d'information auprès de relais, sensibilise les déclarants et les professionnels chauffagistes.

Pour rappel en Languedoc-Roussillon, le bilan 2011 a fait apparaître 29 affaires (28 dans l'habitat, 1 dans le milieu du travail) et 69 personnes intoxiquées (81 exposées).

Malgré nos efforts, il subsiste toujours un problème de sous déclaration des cas d'intoxication et notre principal objectif reste d'améliorer le signalement. Pour cela, il est nécessaire d'intensifier la sensibilisation des déclarants, d'élargir le réseau de déclarants et de l'animer sur chaque territoire.

Nous devons rechercher de nouvelles perspectives comme par exemple développer de nouveaux partenariats avec les fournisseurs d'énergie et les professionnels de la filière (chauffagistes, fumistes, plombiers...).

Investigation de cas de rubéole chez des femmes enceintes dans la région de Montpellier

Elsa Delisle - Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon

La rubéole est une maladie bénigne de l'enfance qui présente une gravité toute particulière chez la femme enceinte : une primo-infection au cours des premiers mois de grossesse entraîne des risques accrus de rubéole congénitale malformative et de mort fœtale. C'est pourquoi le vaccin anti-rubéole a été intégré au calendrier vaccinal du nourrisson et qu'un dépistage pré-natal est systématique.

En France, le nombre de cas chez les femmes enceintes recensé chaque année par le réseau Rénarub est passé d'environ 200 cas jusqu'en 1984 à moins de 10 depuis 2006, témoignant d'une circulation actuelle résiduelle très modérée du virus en France. En Languedoc-Roussillon (LR), une enquête de couverture vaccinale a montré des niveaux insuffisants de couverture pour le vaccin ROR, avec toutefois des disparités géographiques, attestant de l'existence d'un réservoir non négligeable d'individus sensibles notamment dans l'Hérault.

En juillet 2012, le Centre national de référence des infections rubéoleuses materno-fœtales a signalé à l'Institut de veille sanitaire 3 cas d'infection maternelle survenus sur Montpellier et ses environs en quelques semaines. Par comparaison, les derniers cas recensés en LR dataient de 2001 (2 cas). Face à ce regroupement et dans le contexte de circulation résiduelle du virus, la Cellule de l'InVS en région (Cire) LR a mené une enquête afin de décrire les cas et d'identifier d'éventuels liens entre eux.

Au cours de l'enquête, 1 autre cas a été identifié. Au total, 3 cas de primo-infection et 1 cas de ré-infection sont survenus entre avril et mai sur Montpellier et deux

communes aux alentours, chez des femmes jeunes. Les caractéristiques des cas étaient les suivantes :

- gravité des cas : 1 interruption médicale de grossesse ;
- contexte de faible vaccination : 2 personnes non vaccinées et 1 vaccinée avec une dose (donnée déclarative uniquement);
- aucune notion de voyage ;
- notion de contagion pour 2 cas.

Aucun lien n'a pu être identifié entre ces cas. Dans un contexte de couverture vaccinale insuffisante, cette situation pouvait refléter une circulation locale du virus en population générale.

Une recherche de cas en population générale, dont les objectifs étaient d'identifier tout cas incident de rubéole, quelque soit l'âge et de sensibiliser les cliniciens à la vaccination et au diagnostic, a alors été mise en place sur la période janvier 2012-février 2013, avec une phase rétrospective et une prospective. Les généralistes, pédiatres, dermatologues, urgentistes et infectiologues, ainsi que les laboratoires d'analyses médicales exerçant ou situés sur Montpellier et son bassin d'activité ont été sollicités pour signaler tout cas (sur critères cliniques et/ou biologiques) diagnostiqué sur cette période. Les retours étaient alors en cours, toutefois, les taux de couverture vaccinales insuffisants dans la région et le département ne permettaient pas d'exclure d'autres réémergences localisées du virus.

En parallèle, un volet périnatalité, dont la réflexion était en cours avec l'ARS, prévoyait de sensibiliser les acteurs de la périnatalité au niveau régional et de leur demander des remontées d'information.

Retour d'expérience sur les tensions hospitalières de l'hiver 2011-2012 en Languedoc-Roussillon

Axel Wiegandt - Cellule régionale de défense et sécurité, ARS Languedoc-Roussillon (axel.wiegandt@ars.sante.fr)

La région Languedoc-Roussillon a connu sur la période du 10 février au 9 mars 2012 des tensions hospitalières, d'abord localisées dans le Gard et qui se sont étendues progressivement à l'ensemble de la région au cours des deux semaines de congés scolaires et des deux semaines suivantes. Les causes en ont été multifactorielles avec la combinaison probable des effets des épidémies saisonnières, des variations d'activité liées aux vacances scolaires et de la vague de froid qui s'est terminée mi février, au moment où apparaissaient les premiers signes de tension hospitalière.

Le suivi rapproché des établissements de santé a été organisé au sein de l'agence régionale de santé (ARS) par la plateforme de veille et d'urgences sanitaires, au sein de laquelle la cellule régionale d'appui à la gestion a été activée.

Afin de tirer tous les enseignements de cet épisode et de valoriser l'expérience acquise pour la gestion des événements futurs, la direction de la santé publique et de l'environnement en lien avec la direction de l'offre de soins et de l'autonomie de l'ARS Languedoc-Roussillon a décidé d'organiser un retour d'expérience sur cet épisode.

L'exploitation et l'analyse d'un questionnaire envoyé aux établissements de la région qui accueillent des urgences ont fait émerger certaines problématiques et demandes fortes :

- la nécessité de disposer d'informations actualisées sur la situation des établissements d'un même territoire a été soulignée. A cet égard, le déploiement prévu de l'outil « Trajectoire », logiciel d'aide à l'orientation et au transfert des patients en soins de suite et réadaptation ainsi que la mise en place du répertoire opérationnel des ressources (ROR) en région apporteront des réponses.

- les indicateurs de tension les plus utilisés par les établissements étaient les données d'activité des urgences et de disponibilité des lits mais un travail de définition d'indicateurs de tension partagés et de seuils reste à réaliser.

- en ce qui concerne la filière gériatrique, l'ARS devra impulser une réflexion sur le parcours de soins des personnes âgées, y compris en prenant en compte la

problématique du domicile et sur l'appui aux établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) par la constitution d'équipes mobiles gériatriques extrahospitalières et le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

- certaines initiatives comme la mise en place d'une cellule de régulation des sorties, la mise en place d'une astreinte infirmière de nuit pour les Ehpad et d'une cellule gérant les orientations en soins de suite et de réadaptation gagneraient à être évaluées et documentées pour une possible extension.

- enfin le rôle important de l'ARS de médiation entre les établissements ainsi que d'information de la population a été souligné.

Remerciements aux établissements de santé de la région pour la bonne collaboration pendant la période de tension et leur participation au retour d'expérience.

| PRESENTATION DES POSTERS |

Un point focal de réception des signaux : la plateforme régionale de veille et de gestion des urgences sanitaires

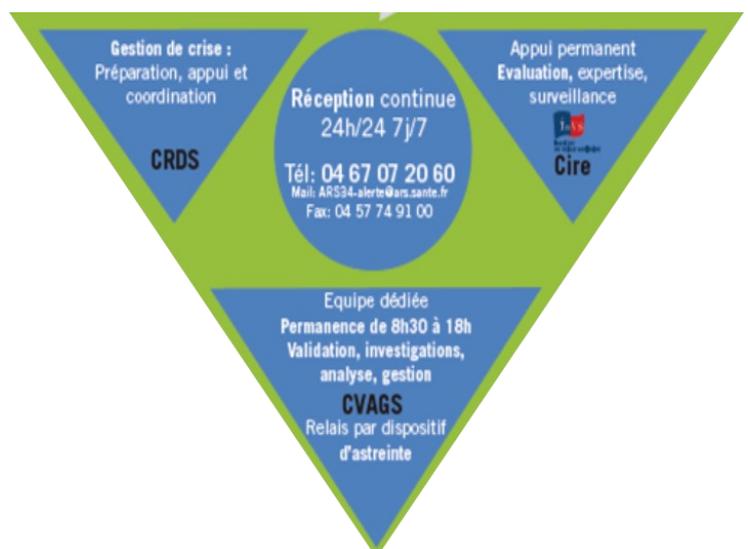
Béatrice Broche¹(beatrice.broche@ars.sante.fr), Franck Golliot²(franck.golliot@ars.sante.fr)

¹ Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires, ARS Languedoc-Roussillon ² Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon

La plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires constitue une organisation partenariale entre l'ARS, plus précisément les équipes de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS), de la Cellule régionale de défense sanitaire (CRDS), de la cellule des vigilances (CVI) et la Cire (Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région).

Dédiée à la veille-réception et évaluation des signaux sanitaires, à l'investigation et à la gestion des alertes et des crises sanitaires en Languedoc-Roussillon, cette plateforme est composée d'équipes pluridisciplinaires : médecins et infirmières de santé publique, ingénieurs et techniciens sanitaires, épidémiologistes...

La réception centralisée et continue des signaux régionaux est assurée par un point focal unique (téléphone, e-mail ou fax) et un relai par dispositif d'astreinte. Cette organisation s'appuie également sur le réseau de partenaire et acteurs de santé publique régionaux.



« Prévoir l'imprévisible ». Le dispositif de surveillance non spécifique en Languedoc-Roussillon

Leslie Banzet - Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon (leslie.banzet@ars.sante.fr)

Les effets sanitaires exceptionnels liés à la vague de chaleur d'août 2003 ont montré la nécessité de développer des systèmes de surveillance permettant de suivre quotidiennement des indicateurs de morbidité hospitalière et de mortalité, car les systèmes existants alors étaient quasi-exclusivement basés sur des surveillances spécifiques, ciblés sur des maladies identifiées a priori.

En France, depuis 2004, la surveillance non spécifique est organisée autour du système SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), mis en place et coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Elle repose sur des données issues de structures aptes à fournir des informations en temps réel sur l'état de santé de la population, rattachées directement ou indirectement au système de soin. Les données utilisées doivent permettre la détection précoce d'un événement sanitaire afin de mettre en place les mesures de contrôle pouvant en réduire l'impact sur la santé des populations. Il doit aussi permettre d'estimer l'impact d'un événement prévu (tels que les grands rassemblements de population) ou imprévu (exposition d'une population à un nuage toxique).

En Languedoc-Roussillon, ce système s'appuie sur quatre sources de données, pour lesquelles le recueil est automatique, simple et en temps réel : les passages dans les services d'urgences participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), les appels aux associations SOS Médecins, la mortalité enregistrée par les bureaux d'état civil transmettant automatiquement leurs données à l'Insee et

la mortalité enregistrée à travers la certification électronique des décès. Les données agrégées des serveurs régionaux de veille et d'alerte viennent compléter ce système. L'ensemble des données collectées par ce système de surveillance est analysé en routine par la Cire (Cellule de l'InVS en région), permettant un suivi régulier de la situation sanitaire en ville et à l'hôpital dans la région.

Le poster présenté permet de décrire brièvement les données disponibles pour les 4 sources citées, la périodicité d'analyse, les méthodes utilisées en fonction de la source de données et les différents types de rétro-information que la Cire effectue vers les partenaires de la veille sanitaire.

Les données du réseau Oscour® sont ainsi analysées et restituées chaque semaine notamment au travers du point épidémiologique réalisé par la Cire. La qualité des données présentées est au préalable évaluée à travers un tableau de bord hebdomadaire qui y est dédié.

Elles sont complétées par l'analyse des données issues des 2 associations SOS médecins qui transmettent leurs informations vers l'InVS (Nîmes et Perpignan).

Le système de collecte des résumés de passage aux urgences manquant encore de réactivité et la qualité des données n'étant pas optimale, les indicateurs issus du serveur régional de veille et d'alerte sont analysés chaque jour, car ce système possède une très bonne réactivité.

Réponse aux signalements d'évènements sanitaires inhabituels en milieu professionnel : le Groupe d'alerte en santé travail

Viviane Herat-Heuze (viviane.heuze@direccte.gouv.fr) - Direction générale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Languedoc-Roussillon

Les Groupes d'alerte en santé travail (Gast), mis en place progressivement dans plusieurs régions depuis 2008, sont chargés d'apporter, en région, une réponse rapide et concertée aux événements inhabituels survenant en milieu de travail. En Languedoc-Roussillon, le Gast mobilise de façon concomitante des experts de la santé au travail et de la veille sanitaire :

- l'Inspection médicale du travail de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte),
- le centre de consultation de pathologie professionnelle du CHU,

- l'Institut de veille sanitaire (InVS) via le Département santé travail (DST) et la Cellule de l'InVS en région (Cire) qui assure la coordination du groupe,
- et selon les sujets traités, le service de prévention de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) ou le centre antipoison de Marseille.

Le Gast s'articule avec les plateformes régionales de veille et d'urgences sanitaires placées au sein des Agences régionales de santé (ARS).

Tout événement de santé inhabituel survenant en milieu professionnel (cas groupés d'une même maladie ou de mêmes symptômes ou une exposition pouvant avoir un impact sur la santé des travailleurs) peut être signalé en s'adressant aux plateformes régionales de veille et d'urgences sanitaires des ARS, et ce par tout acteur de la santé au travail, en charge de la prévention ou témoin de l'événement (membre d'un Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), chef d'entreprise, médecin du travail ou de ville...). Le signal reçu par la plateforme est régulé vers la Cire qui active le Gast. Celui-ci étudie le caractère inhabituel de l'événement, recherche le lien avec l'environnement professionnel et, si nécessaire, propose les mesures préventives à mettre en œuvre dans le milieu professionnel.

De par sa composition, le Gast apporte une expertise pluridisciplinaire des signaux qui permet de donner une réponse rapide et concertée aux acteurs locaux.

Dans tous les cas, le déclarant est informé de la prise en charge de son dossier. Lorsqu'une investigation épidémiologique est nécessaire, la Cire se coordonne avec le médecin du travail de l'entreprise concernée par l'alerte. À l'issue de l'enquête, la Cire remet un rapport d'investigation, validé par le Gast, avec des recommandations sur les mesures à prendre.

Actuellement, deux enquêtes sont en cours en région Languedoc-Roussillon, pour des cas de pathologies malignes chez des travailleurs de deux entreprises de la région, dont une est à dimension nationale.

Risques sanitaires liés aux cyanobactéries benthiques dans la rivière du Tarn : où l'incertitude ne justifie pas l'inaction

Lionel Petit - Délégation territoriale de la Lozère, ARS Languedoc-Roussillon

Contexte

En Lozère, la problématique des cyanobactéries benthiques (qui se fixent sur le substrat) dans les eaux de baignade a émergé en 2002 sur la rivière Tarn en Lozère ; depuis, 39 décès de chiens ont été constatés en lien avéré avec les cyanotoxines présentes dans le cours d'eau. Au cours de la même période, aucun cas humain n'a été formellement identifié dans cette même zone. Toutefois, ce phénomène, localisé dans une zone touristique comptant de nombreux points de baignade, a amené les autorités sanitaires à se poser la question de l'impact potentiel sur la santé des usagers de la baignade et des loisirs nautiques.

Il n'existe pas actuellement de norme réglementaire. Les avis et expertises émis au cours des 10 dernières années portent exclusivement sur les cyanobactéries planctoniques (présentes dans la colonne d'eau). Aucune transposition ne peut se faire au milieu benthique du fait de différences notables dans la nature des toxines impliquées et du milieu prélevé.

La DT-ARS de Lozère, acteur majeur de la problématique au niveau local, s'est saisie de ce sujet en 2012 pour faire évoluer le dispositif existant, en initiant une démarche multi-institutionnelle au regard des nombreux enjeux évoqués plus haut.

Méthode

Diagnostic de l'existant : analyse des points critiques

- Articulation lacunaire entre surveillance environnementale et gestion sanitaire
- Décès de chien : recadrage dans une perspective d'évaluation sanitaire. Ce type d'événement représente-t-il une menace de santé publique ? La réponse à cette question, si difficile soit-elle au vu des incertitudes sur le sujet, nécessite de le confronter à une description fine et continue de l'état du milieu.

Axes d'action privilégiés

- Créer un continuum entre évaluation et réponse, rendant la décision plus robuste face à la survenue de phénomènes ponctuels à fort potentiel d'impact.
- Rassembler autour de la problématique en interne, auprès des partenaires institutionnels et en mobilisant les experts.

Résultats : élaboration d'un plan d'action

Objectifs du plan d'action :

- Articuler surveillance environnementale et réponse de santé publique
- Graduer les actions de surveillance et de gestion du risque d'intoxication aux cyanobactéries
- Clarifier la participation de l'ensemble des partenaires concernés.

Phases opérationnelles

Quatre phases opérationnelles ont été définies et rentrent en application pendant la saison de baignade (1^{er} juillet au 31 août) :

- **Surveillance saisonnière** : absence de signal d'appel environnemental ou sanitaire lié aux cyanobactéries dans le Tarn
- **Vigilance** : présence du principal vecteur d'exposition aux cyanobactéries (« flocc ») en deçà du seuil d'alerte
- **Vigilance renforcée** : présence massive de floccs, au-delà du seuil d'alerte
- **Alerte** : survenue d'un ou plusieurs cas humain lié(s) à l'exposition aux cyanobactéries.

La déclinaison opérationnelle de ces phases amène à intervenir sur 2 niveaux :

- renforcement de l'information des usagers du cours d'eau
- limitation de certaines pratiques à risques concernant la baignade ou les activités récréatives dans le Tarn

La démarche présentée s'est concrétisée par la signature du plan d'action par le préfet de Lozère.

Vecteurs et risque sanitaire dans le sud de la France

Céline Toty¹ (celine.toty@ird.fr), Frédéric Jourdain², Didier Fontenille^{1,2}

¹ MIVEGEC (Maladies Infectieuses et vecteurs: écologie, génétique, évolution et contrôle), Institut de recherche pour le développement ² Centre National d'Expertise sur les Vecteurs, centre IRD France-Sud

Les maladies à transmission vectorielle sont des maladies pour lesquelles un agent pathogène (virus, bactérie, parasite) est transmis d'un individu infecté (hôte vertébré) à un autre par l'intermédiaire d'un arthropode hématophage (tique, moustique, phlébotome...). Pour qu'il y ait transmission vectorielle, l'hôte, l'agent pathogène et le vecteur doivent être en contact et compatibles entre eux.

Dans le sud de la France de nombreuses espèces de vecteurs potentiels sont présentes. Par exemple, certaines espèces d'anophèles impliquées historiquement dans la transmission du paludisme sont encore abondantes dans certaines régions (Camargue et Corse). Cependant, il existe peu de contact entre l'homme, situé en zone urbaine et ces vecteurs présents essentiellement en zone rurale. De plus, les cas de paludisme importés sont principalement introduits en ville et dus à des plasmodiums tropicaux, qui sont mal transmis par les anophèles locaux. Le risque de réémergence du paludisme est donc négligeable.

Depuis 2004 *Aedes albopictus*, vecteur des virus de la dengue et du chikungunya, colonise le sud de la France. Ce moustique se développe en milieu urbain, au contact de l'homme et présente une anthropophilie forte. Du fait de l'épidémiologie mondiale de ces deux arboviroses, des cas importés de chikungunya et de dengue sont détectés régulièrement chaque année dans les zones colonisées par ce vecteur, favorisant un risque de transmission autochtone.

D'autres moustiques, *Culex pipiens* et *Culex modestus*, vecteurs du virus du West Nile (WN) sont également présents dans le sud de la France où on a recensé 7 cas

humains de WN en 2003 et 117 cas équins de 2000 à 2006. Depuis cette date aucun cas n'a été détecté en métropole, mais en 2012, de nombreux cas humains et équins ont été identifiés en Europe (Italie, Grèce, Sardaigne, Hongrie, Roumanie, Croatie...) et témoignent de l'endémicité de ce virus sur le continent. La surveillance de cette maladie en France est couplée à celle du virus Toscana qui, lui, est transmis par les phlébotomes. Ce virus circule dans le sud de la France où une étude sur les donneurs de sang à Marseille a montré une prévalence de 12% en 2007.

Les phlébotomes transmettent également des leishmanies, parasites essentiellement responsables, en France métropolitaine, de leishmanioses canines. On compte peu de cas humains, principalement chez des sujets immunodéprimés. Des foyers importants sont identifiés dans les Cévennes, dans les régions de Nice et de Perpignan ainsi qu'en Corse.

D'autres arthropodes, comme les tiques peuvent être vecteurs d'agents pathogènes. Dans le sud de la France, la tique *Rhipicephalus sanguineus* transmet la bactérie *Rickettsia conorii*, responsable de la fièvre boutonneuse méditerranéenne. L'incidence de cette maladie est de 48 cas/100 000 dans le Sud-Est de la France .

Face à la diversité de vecteurs présents ainsi qu'à l'augmentation des flux migratoires, le sud de la France reste vulnérable à l'émergence ou à la réémergence de certaines pathologies. Il est donc important de maintenir une surveillance intégrée afin de pouvoir prévenir et contrôler au mieux ces maladies.

Surveillance du risque d'arbovirose en métropole : bilan et pistes de réflexion pour 2013

Marie-Claire Paty (mc.paty@invs.sante.fr) - Département des maladies infectieuses, InVS

Les arbovirus sont des virus transmis par des arthropodes hématophages (moustiques notamment) appartenant à 3 familles principales, les *Flaviviridae* (virus West Nile, dengue, fièvre jaune et encéphalite japonaise), les *Togaviridae* (chikungunya) les *Bunyaviridae* (fièvre de la vallée du Rift, fièvre hémorragique de Crimée Congo et virus Toscana). L'infection peut être asymptomatique

dans une proportion variable des cas (de l'ordre de 80% de formes asymptomatiques pour la dengue et de 25% pour le chikungunya). Les manifestations cliniques, peuvent être sévères et sont de 3 types : neurologiques (West Nile), hémorragiques (dengue) et polyarthralgiques (chikungunya).

Le moustique *Aedes albopictus*, vecteur du chikungunya et de la dengue, est implanté dans le Sud de la France métropolitaine depuis 2004. Le plan ministériel « anti-dissémination du chikungunya et de la dengue » élaboré en 2006, décrit les mesures de surveillance et de prévention de ce risque. La surveillance est basée sur :

- au plan national (i) la déclaration obligatoire (DO) des cas biologiquement confirmés ainsi que (ii) les résultats virologiques fournis par le réseau des principaux laboratoires effectuant le diagnostic de la dengue et du chikungunya,

- dans les départements où *Aedes albopictus* est implanté (niveau 1 du plan ministériel) et à sa période d'activité, (1^{er} mai - 30 novembre), un dispositif régional de surveillance renforcée. Géré et coordonné par les ARS et les Cire, il repose sur le signalement, dès le stade de suspicion, des cas de dengue et de chikungunya par les médecins prescripteurs et les laboratoires de biologie médicale. Ce signalement est couplé à la confirmation accélérée du diagnostic par le centre national de référence des arbovirus (CNR). Il déclenche des mesures de lutte antivectorielle (prospection et traitement, le cas échéant) autour des cas suspects importés, menées par l'Entente inter-départementale de démoustication (EID).

En 2012 dans la région Languedoc-Roussillon, seuls les départements de l'Hérault et du Gard ont été concernés par le dispositif de surveillance renforcée. Celui-ci a généré 117 signalements, dont 47 chez des personnes de retour de zones d'endémie. Treize cas de dengue et 2 cas de chikungunya ont été confirmés. Ces 15 cas revenaient de séjour en zone d'endémie. Aucun cas autochtone n'est survenu. Vingt-huit actions de lutte antivectorielle ont été menées (information, prospections) dont deux traitements insecticides. Pour l'ensemble des 10 départements en niveau 1 en 2013, il y a eu 721 signalements dont un quart (173) chez des personnes de retour de zones d'endémie. Quarante-deux cas de dengue et 6 cas de chikungunya ont été confirmés, tous importés.

En 2013, devant la poursuite de l'extension du moustique, implanté dans 17 départements dont 4 en région Languedoc-Roussillon, il apparaît nécessaire de faire évoluer le dispositif de surveillance, initialement bâti à l'échelle de 2 départements. Celui-ci s'avère en effet complexe, générant des signalements ne correspondant pas aux définitions, en particulier parmi les suspicions de cas autochtones.

Le registre des tumeurs de l'Hérault : surveillance épidémiologique et veille sanitaire

Brigitte Trétarre, Claudine Gras-Aygon (registre-tumeur@wanadoo.fr) - Registre des tumeurs de l'Hérault

Un registre est défini, selon le Comité National des Registres (CNR) comme une « structure qui réalise un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées ». Les principales missions d'un registre de cancer sont d'estimer l'incidence et son évolution dans l'espace et le temps, de participer à la surveillance sanitaire, de rechercher des facteurs de risque, d'évaluer l'efficacité des programmes de santé, d'apporter des éléments pour la connaissance des filières et pratiques de soins, d'estimer la survie et d'évaluer l'impact des progrès thérapeutiques, tout cela en population générale. L'intérêt est de connaître l'impact réel de la maladie sur l'ensemble d'une population définie (absence de biais de sélection), et cela nécessite la collaboration de l'ensemble du corps médical (public + privé).

Les registres réalisent de nombreuses études de surveillance épidémiologique et de veille sanitaire. Ces études peuvent être réalisées localement, centrées sur la zone géographique qu'ils surveillent, mais aussi multicentriques en collaboration avec d'autres registres, au sein du réseau des registres français (Francim) ou européens (Eurocim).

Ils jouent un rôle, d'abord dans la **surveillance environnementale** (incidence des cancers autour de sites à risque tels que les centrales nucléaires, les incinérateurs d'ordures ménagères, des usines polluantes...).

Les risques professionnels font aussi l'objet de nombreuses études réalisées par les registres : étude de cohorte dans l'Hérault (ECOPLAN qui a étudié les cancers d'origine professionnelle dans les laboratoires de recherche sur le campus du CNRS et de l'UM II de Montpellier), étude ICARE (étude cas-témoin multicentrique qui ciblait les cancers pulmonaires et ORL), étude EPILYMPH (étude cas-témoin européenne sur les hémopathies lymphoïdes), étude CERENAT (étude cas-témoin multicentrique sur les tumeurs cérébrales), étude AGRICAN (étude sur les cancers chez les agriculteurs), Programme National de Surveillance du mésothéliome.

Dans l'Hérault, le registre réalise aussi de nombreuses études à la recherche d'autres **facteurs de risque** : étude cas-témoin « cancer du sein- alimentation- alcool », étude cas-témoins HELIOS I et II sur « mélanome de la peau-exposition solaire » (étude européenne avec 2 registres français inclus : Hérault et Doubs), étude cas-témoin EPICAP sur les facteurs de risque environnementaux des cancers de la prostate (étude en cours)...

Par ailleurs, les registres français s'intéressent depuis quelques années aux liens qui pourraient exister entre la **précarité et le cancer** : cartographie mettant en relation l'incidence, les stades et la survie des cancers en fonction d'indices agrégés de précarité par zones fines d'habitation (IRIS). Une étude cas-témoins dans l'Hérault sur le thème précarité sociale et cancer du sein est en cours.

Le travail régulier d'un registre est aussi de rechercher d'éventuels agrégats temporels ou spatiaux afin de déclencher des **alertes sanitaires** dès qu'une augmentation de certains cancers est constatée dans une sous-population. C'est ce qui s'est passé, par exemple, lorsque l'on a constaté une augmentation des leucémies aiguës après cancer du sein. Une étude cas-témoin « Etude du risque de 2^{ème} cancer après traitement d'un cancer du sein » a été réalisée par tous les registres en 2000.

En conclusion, en plus de leur rôle principal d'enregistrement des cancers, les registres ont une véritable fonction de surveillance sanitaire sur le territoire qu'ils couvrent. Leurs points forts est que cette surveillance concerne toute une population géographiquement définie (données exhaustives, sans biais de sélection) et que de nombreuses études qu'ils réalisent sont collaboratives au sein du réseau Francim ou Eurocim (mise en évidence de disparités géographiques, augmentation de puissance des résultats...). Par ailleurs, les études sont facilitées au niveau local par la mise en place d'une collaboration régulière avec toutes les structures médicales.

Etang de Thau, de la crise de 2010 au programme de surveillance d'alerte et de gestion des épidémies de gastro-entérites (GEA)

Christine Ricoux¹ (Christine.ricoux@ars.sante.fr) Jean-Michel Ferrando²

¹ Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon ² URPS, section pharmacie

Les épidémies saisonnières de gastro-entérites survenant dans la population vivant autour d'un site de production conchylicole peuvent entraîner une contamination des coquillages par transfert d'eaux usées contaminées lors d'épisodes pluvieux. Dans ce cadre, la mise en place d'un système d'alerte précoce centré localement est pertinente pour prévenir une contamination des coquillages et éviter la survenue de toxi-infections alimentaires collectives associée à la consommation de produits conchylicoles.

Afin de tester cette hypothèse, une étude de faisabilité, EpiThau, est en cours de réalisation par la Cire Languedoc-Roussillon (Cire LR) autour de la lagune de Thau (Hérault). Elle a comme objectifs :

- d'une part, d'analyser le potentiel des informations sanitaires fournies par les systèmes régionaux et locaux de surveillance de gastro-entérites pour une utilisation en alerte ;
- d'autre part, d'étudier la pertinence de la mise en place de systèmes de données innovants.

Le choix du site est lié aux nombreux épisodes de toxi-infections alimentaires collectives, souvent caractérisés par des séries d'événements rapprochés, quelquefois de forte ampleur, liés à la consommation de produits conchylicoles issus de ce site. Les interdictions de commercialisation des coquillages qui en résultent sont

difficiles à mettre en œuvre, dans un contexte économique et social complexe.

Le projet EpiPhar, inclus dans EpiThau, a pour objectif la détection précoce et le suivi des épidémies de gastro-entérites aiguës à partir du suivi des ventes en officine de boîtes de médicaments, pour des spécialités en rapport avec des symptômes de gastro-entérites. Avec l'aide de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) – section pharmacie, une vingtaine de pharmacies installées dans la zone d'étude se sont portées volontaires pour constituer le réseau de pharmaciens sentinelles, ce qui représente environ la moitié des pharmacies du secteur. Ce dispositif repose sur la transmission automatique, depuis chaque officine vers la Cire, du nombre hebdomadaire de boîtes de médicaments vendues. Par ailleurs, si le pharmacien repère une nette augmentation des ventes de médicaments un jour donné, un message d'alerte par mail ou fax est envoyé à la Cire.

| TABLE RONDE |

« LE RESEAU REGIONAL DE VEILLE SANITAIRE : IMPORTANCE DES ACTEURS DE SANTE DANS LE DISPOSITIF »

Modérateurs : Béatrice Broche¹, Franck Golliot²

¹ Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires, ARS Languedoc-Roussillon

² Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon

La table ronde avait pour objectif d'échanger sur le principe d'une animation territoriale de la veille sanitaire.

Autour de la table étaient réunis plusieurs acteurs de santé intervenant au niveau local ou régional :

- le Dr Anne Narboni, médecin conseillère technique auprès du recteur de Montpellier ;
- le Dr France Brel, médecin au Service communal de Santé Publique de Béziers ;
- le Dr Brigitte Baranoff du service de PMI du Conseil général des Pyrénées Orientales ;
- le Dr Dominique Jeulin Flamme, secrétaire générale de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) ;
- le Pr Vincent Le Moing, du service des maladies infectieuses et tropicales du Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Montpellier ;
- Madame Anne Maron-Simonet, déléguée territoriale de l'ARS en Lozère ;
- le Dr Cyril Rousseau, épidémiologiste à la Cire Languedoc Roussillon ;
- le Dr Farhad Entezam, porteur d'un projet ARS pour l'animation territoriale de la veille sanitaire.

Dans un premier temps, le Dr Entezam a présenté un projet mené par l'ARS dans le département des Pyrénées Orientales qui consiste à organiser un réseau territorial de veille sanitaire. Ce réseau constitué des principaux acteurs intervenant dans la veille sanitaire, est destiné à mettre en place des actions et des initiatives de partenariat dans l'objectif de sécuriser la veille sanitaire. Le réseau, organisé autour de réunions et formalisé par une charte, développe et diffuse des procédures communes de gestion qui permettent à chacun des acteurs de savoir exactement à quel moment intervenir et dans quel domaine. La mise en place d'outils communs et le partage de l'information sécurisent à la fois le domaine de la veille sanitaire dans son ensemble mais aussi chaque acteur dans sa pratique professionnelle.

Chacun des intervenants à cette table ronde a présenté les missions de son institution et ses attentes vis-à-vis d'un réseau territorial de veille sanitaire.

Les échanges ont montré l'intérêt d'une animation locale de la veille sanitaire. La sécurisation des actions de veille sanitaire par une formalisation et la mise en place de procédures d'intervention communes a été soulignée. Le dispositif de veille sanitaire mobilise à la fois des acteurs

institutionnels et l'ensemble des professionnels de santé, et le premier des éléments est le signalement. L'intérêt de l'animation d'un réseau de partage d'informations au plus près des acteurs prend ainsi tout son sens dans un objectif de renforcement du signalement.

Parmi les points discutés, nous retiendrons :

- ◆ L'importance de tous les professionnels de santé dans le dispositif de veille (hospitaliers et libéraux). On a pu noter, tout au long des présentations qui ont été faites dans la journée, que ce dispositif de veille sanitaire mobilise à la fois des acteurs institutionnels et l'ensemble des professionnels de santé, et que le premier des éléments autour de cela est le signalement - Sans signal, il n'y a pas d'investigations, pas de surveillance, pas de statistiques, pas de veille sanitaire.
- ◆ L'importance de la coordination : chacun doit trouver sa place dans le dispositif et bien connaître le rôle qu'il doit jouer. Il faut arriver à tisser les liens entre les différents partenaires.
- ◆ L'importance d'une diffusion efficace de l'information
 - **La diffusion de l'alerte**, afin que chacun reçoive l'information utile permettant de connaître un contexte particulier (une situation émergente ou une alerte) et d'accéder ainsi aux critères de signalement et d'évaluation du risque. Les publications hebdomadaires comme le point épidémiologique en sont un moyen, l'idée d'un portail de veille sanitaire a également été évoquée. La principale difficulté à lever est la disponibilité d'annuaires d'adresses électroniques à jour notamment pour les médecins libéraux, pilier du dispositif et qui sont de plus en plus informatisés.
 - **La rétro information** suite au signalement. Le professionnel de santé ayant signalé un cas individuel d'une maladie ou une situation pouvant présenter une menace pour la santé publique doit être informé des actions réalisées par les équipes de veille sanitaire. Cette rétro information participe à la sensibilisation au signalement.
 - La nécessité de disposer de ressources pour **l'expertise** locale pour certains sujets – régionale pour d'autres, voire nationale.

.- La nécessité de disposer d'outils standardisés communs, notamment pour les procédures de gestion (gale, méningite, coqueluche ...), mais aussi de conduites à tenir lors de signalements de cas groupés de pathologies ou d'exposition à toxique.

.- La nécessité d'intégrer **la formation** à ce dispositif de veille sanitaire, en prenant en compte la formation médicale continue. Envisager des formats de formation facilitant la mobilisation des médecins libéraux – formation en soirée – organisées au niveau local.

de sécuriser la gestion des événements et des alertes sanitaires dans le cadre de la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires. La structuration de réseaux territoriaux de veille sanitaire est un des axes de travail et une des priorités.

Ces questions sont au cœur des préoccupations de l'agence régionale de santé pour laquelle la veille et l'alerte constituent une priorité du projet régional de santé. Cette priorité est déclinée plus particulièrement dans le schéma régional de la prévention avec deux objectifs principaux qui sont bien sûr de renforcer le signalement et

| Remerciements |

Aux différents intervenants de la journée et contributeurs à ce numéro spécial du BVS : Hugues Aumaître, Leslie Banzet, Brigitte Baranoff, Annette Borreil, France Brel, Elsa Delisle, Evelyne Dusserre-Berard, Farhad Entezam, Jean-Michel Ferrando, Didier Fontenille, Anne Gallay, Claudine Gras-Aygon, Viviane Herat-Heuze, Dominique Jeulin-Flamme, Frédéric Jourdain, Dominique Keller, Vincent Le Moing, Lionel Petit, Anne Maron-Simonet, Anne Narbonni, Christine Ricoux, Cyril Rousseau, Carole Salvio, Céline Toty, Brigitte Trétarre, Axel Wiegandt .

A tous les participants à cette première journée de veille sanitaire en Languedoc-Roussillon.

Aux équipes qui contribuent à la veille sanitaire au sein de la plateforme de veille et d'urgence sanitaires et des délégations territoriales et particulièrement les infirmières et les permanencières qui la font vivre au quotidien.

A Martine Aoustin, DG de l'ARS Languedoc-Roussillon et Françoise Weber, DG de l'InVS,

Pour leur aide précieuse, **aux services Communication, éditions et services support :**

- ARS : Sébastien Pageau, Jacqueline Belda, Christophe Charton, Serge Donelli
- InVS : Maïka Kracher, Cécile Zaccarini, Fanny Cesarotto, Benedicte Leloup, Christel Guillaume

A Françoise Pierre, Isabelle Sanchez, Alexandra Promsy et Monique Carpena qui ont su si bien organiser les inscriptions, puis l'accueil des participants.

Cire Languedoc-Roussillon

Tel : 04 67 07 22 86 - Fax : 04 67 07 22 88 - courriel : ars-lr-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du BVS sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Coordination du numéro : Elsa Delisle

Relecture : Cire et CVAGS

Diffusion : Cire Languedoc-Roussillon 28 Parc-Club du Millénaire - 1025, rue Henri Becquerel - CS 3001 34067 Montpellier Cedex 2