RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ministère des Solidarités,

de la Santé et de la Famille

Institut de veille sanitaire

Évaluation de la pertinence du signalement des infections nosocomiales dans l'interrégion Nord, janvier 2002-août 2003 **page 2**

Recommandations aux auteurs 2005 **page 4**

n° 1/2005

4 janvier 2005

Éditorial

Que retiendrons-nous des 52 numéros du BEH parus en 2004 ?

Peut-être avant tout les efforts déployés par l'équipe éditoriale du BEH pour assurer notre mission d'information permanente avec toute la rigueur scientifique nécessaire sous une forme simple et concise, accessible non seulement à l'ensemble des professionnels de santé, mais aux différents médias qui ont très largement relayé ces informations. J'en remercie ici toute l'équipe de l'InVS et le comité de rédaction mais également les auteurs et les relecteurs grâce à qui la qualité du BEH n'a cessé de progresser.

Nous avons en 2004 à plusieurs reprises débordé le champ des maladies infectieuses pour traiter de questions aussi importantes que les accidents de la vie courante, les conséquences de l'explosion de l'usine AZF, le plan national canicule. Parmi les dossiers consacrés aux maladies infectieuses, la légionellose a occupé une place majeure ainsi que les infections à chlamydiae, la résistance aux antibiotiques et bien sûr la notification obligatoire du VIH.

Les premiers résultats de la DO du VIH ont été publiés en juin 2004, précisés à la fin de 2004 et communiqués lors de la journée du 1er décembre. Je retiendrai ici que nos données sont loin de l'exhaustivité supposée par un système de déclaration obligatoire : l'ampleur de cette sous déclaration estimée par recoupement de nos différentes sources de données est de 30 %. C'est trop.

L'ampleur de la sous déclaration pour la tuberculose atteint également de 30 à 50 %... C'est beaucoup trop. Il faut véritablement que les médecins praticiens, seuls détenteurs des informations nécessaires à une analyse épidémiologique précise, donnent de leur temps pour cette tâche, indispensable à nos politiques de surveillance, indispensable pour évaluer et orienter les politiques de contrôle des maladies infectieuses.

De fait nous pouvons porter au crédit de la surveillance de la légionellose l'identification des tours aéroréfrigérantes comme source commune d'exposition des populations ; un renforcement indispensable de contrôle de ces TAR a été mis en œuvre à partir de 2004. La veille sanitaire, avec la participation active des praticiens, a été un élément déterminant de cette politique de prévention.

Et en 2005 ?

Cette nouvelle année s'ouvre sur des perspectives de renforcement des politiques de surveillance, notamment au travers de la loi de santé publique et des plans nationaux élaborés en 2004, en particulier le plan national santé environnement et le plan santé travail. Comme toujours, ces programmes sont confrontés à la difficile question des choix de priorité. Pour nous la réponse demeure la même : surveiller d'abord les plus fragiles, exposés aux risques les plus graves, en termes de morbidité, mortalité, handicap. Ainsi, nous consacrerons en 2005 un numéro thématique à la santé des personnes âgées. Il nous faut pouvoir aborder la question globale de la santé en prenant en compte également la qualité de vie et non seulement l'incidence ou la prévalence de telle ou telle maladie. Car le développement de nos systèmes de surveillance nous permet de mesurer l'ampleur de nos lacunes, surtout pour des populations trop éloignées des systèmes de soins. Savons-nous suffisamment les risques, les souffrances qui menacent ou aggravent la santé des personnes vivant dans un habitat précaire, en recherche d'emploi, dans une ruralité isolée, dans une cité sans espace de dialogue ou issue d'une migration sans insertion nouvelle ? La liste est longue de ceux que nous appelons pudiquement les groupes vulnérables alors qu'ils ne sont pas seulement vulnérables mais souvent si profondément « vulnérés ».

Mieux connaître ces profondes inégalités de santé, les désigner, preuves à l'appui, permettra-t-il de les résoudre ? Sans doute pas ou pas seulement. Mais ne pas se donner les moyens de les mesurer serait coupable. La reconnaissance du mal est le premier temps du diagnostic qui doit précéder la thérapeutique : il en va en santé publique comme en médecine praticienne.

Des chantiers majeurs sont encore devant nous : ils concernent des domaines trop longtemps ignorés et source de trop d'exclusion, en particulier la santé mentale, cet espace sans limite qui nous concerne tous, et les maladies rares, ce risque obscur et pourtant omniprésent.

L'objectif du BEH est pour tous ces thèmes de partager une information utile à tous ceux qui œuvrent dans le champ de la santé : faire du partage des connaissances la première démarche vers la mobilisation et la responsabilisation de chacun sur les choix de santé.

La mise en ligne du BEH constitue une première disposition d'accès pour tous. Pour le recevoir directement sur votre messagerie, vous pouvez aussi vous inscrire sur notre site.

Enfin, à l'heure des vœux, pensons au nouveau né de la veille sanitaire pour notre Europe élargie à 25 Etats membres en 2004 : l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), qui débutera ses activités à Stockholm au printemps 2005. Nous lui souhaitons d'être cet outil attendu, et efficace, de renforcement de nos politiques européennes de sécurité sanitaire. Nous lui apporterons notre soutien actif.

Gilles Brücker
Directeur général de l'Institut de veille sanitaire
Directeur de la publication

La publication d'un article dans le *BEH* n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

Évaluation de la pertinence du signalement des infections nosocomiales dans l'interrégion Nord, janvier 2002-août 2003

Anne Carbonne[1], Marie Poupard[1], Sylvie Maugat[1], Pascal Astagneau[1]

[1] CClin Paris-Nord, Institut biomédical des Cordeliers, Paris

INTRODUCTION

Le décret ministériel du 26 juillet 2001 [1] prévoit le signalement des infections nosocomiales (IN) dont les modalités d'application ont été précisées dans la circulaire du 30 juillet 2001 [2], puis dans celle du 22 janvier 2004 [3]. Les cas d'IN correspondant aux critères de signalement externe prévus par les textes précédents doivent être adressés aux Centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et aux autorités sanitaires (Ddass). Ce dispositif, dont l'objectif principal est l'alerte, doit permettre d'identifier des situations à « risques de transmission (de l'IN) à des tiers, d'apparition ou de diffusion de cas semblables » [4] devant déclencher des actions de prévention adaptées. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) locale est en première ligne pour effectuer les investigations et mettre en place les mesures correctives et préventives avec l'aide éventuelle du CClin.

Les motifs [5] et l'impact en termes d'action ou de prévention des signalements reçus depuis août 2001 sont très divers. L'évaluation de la spécificité du signalement est difficile en l'absence d'une définition précise du signalement idéal. Dans l'objectif d'approcher la spécificité du signalement, nous avons étudié la pertinence des signalements reçus au CClin pendant une période de 18 mois à travers la gravité des épisodes déclarés et leur impact en terme d'actions préventives.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective des signalements reçus au CClin entre le 1er janvier 2002 et le 31 août 2003. Le recueil des données a été effectué à partir des fiches de signalements et des informations complémentaires collectées par l'équipe du CClin lors du signalement. Ces informations ont permis de vérifier l'adéquation du signalement aux critères réglementaires et à d'autres critères additionnels de pertinence prédéfinis.

Adéquation aux critères réglementaires

• Infection nosocomiale : probable ou certaine (d'après la fiche de signalement), excluant donc les infections déclarées à tort car manifestement non nosocomiales.

• Signalement conforme aux critères du Comité technique national des infections nosocomiales (CTIN) [4] (cf encadré).

Critères additionnels de pertinence

• Gravité associée : décès directement lié à l'IN, excluant les décès indirectement liés ou non liés à l'IN.

• Risque épidémique :

- épidémie déclarée ;
- risque épidémique « potentiel » lié à : 1) l'agent infectieux (exemple : streptocoque A, bactéries multirésistantes, virus de l'hépatite C, gale…) ; 2) un dispositif médical, un produit ou un acte de soin en cause ayant pu exposer d'autres patients ; 3) l'environnement (par exemple, légionellose et aspergillose) ; 4) motif 1d coché sur la fiche (cf encadré).

• Intervention du CClin : 1) participation à une cellule de crise ; 2) investigations sur site.

Un signalement d'IN, certaine ou probable, conforme aux critères du CTIN pour le signalement externe, était considéré pertinent lorsqu'il répondait à au moins l'un des critères additionnels suivants : 1) décès directement lié à l'IN ; 2) épidémie déclarée ou potentielle ; 3) intervention du CClin sur site.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi-info (version 6.04b, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA).

RÉSULTATS

Entre le 1er janvier 2002 et le 31 août 2003, 374 signalements ont été reçus : 200 en 2002, 174 début 2003. Au total, 370 signalements (98,9 %) concernaient une IN, 289 (77,3 %) des IN certaines et 81 (21,6 %) des IN probables. Quatre signalements ne correspondaient pas à une IN (colonisation par un germe multirésistant rare). Pour 325 signalements (86,9 %), au moins un critère de signalement externe était retrouvé.

Le décès d'un ou plusieurs patients a motivé 135 (36,1 %) signalements, 83 (22,2 %) étaient directement liés à l'IN.

Un signalement sur deux (189) a été motivé par un risque épidémique avéré dans 92 (24,6 %) ou potentiel dans 97 (25,9 %) signalements.

Un agent infectieux à transmission croisée (GISA, *Acinetobacter BLSE…*) ou un germe environnemental (aspergilloses, légionelloses) était responsable respectivement de 108 (57,8 %) et 46 (24,3 %) épidémies avérées ou potentielles signalées. Vingt-huit signalements (14,8 %) faisaient suite à un acte à risque et 5 (2,6 %) mettaient en cause un produit à risque (tableau 1).

Tableau 1

Nature du risque épidémique des signalements d'infections nosocomiales liés à un produit ou à un acte de soin

	Signalements (N)	Cas (N)
Produits contaminés (anesthésique injectable ou local, nutrition parentérale)	5	11
Actes médicaux (ponction, dérivation, amniocentèse)	10	11
Actes radiologiques (opacification)	2	2
Endoscopies	4	9
Anesthésie générale	4	8
Hémodialyse	1	1
Techniques de PMA	1	1
Acte chirurgical (ophtalmologie, chirurgie vertébrale)	6	17
Total	**33**	**60**

Un rapport d'investigation conduite par l'établissement accompagnait 126 (33,7 %) signalements. Parmi ces signalements, 98 (77,7 %) étaient des signalements avec un risque épidémique dont 7 (5,3 %) rapportaient un caractère évolutif et 12 (9,5 %) faisaient l'objet d'une demande d'aide extérieure (autorités sanitaires, services vétérinaires ou CClin).

Une investigation complète, c'est-à-dire ayant fait l'objet d'un rapport d'investigation, a été conduite par le CClin pour 21 (5,6 %) signalements. Une participation aux cellules de crises a été effectuée pour 7 (1,9 %) d'entre eux. Les épidémies de bactéries multi-résistantes étaient le premier motif d'intervention. Les cas groupés d'hépatite C ont également motivé de nombreuses interventions (tableau 2).

Tableau 2

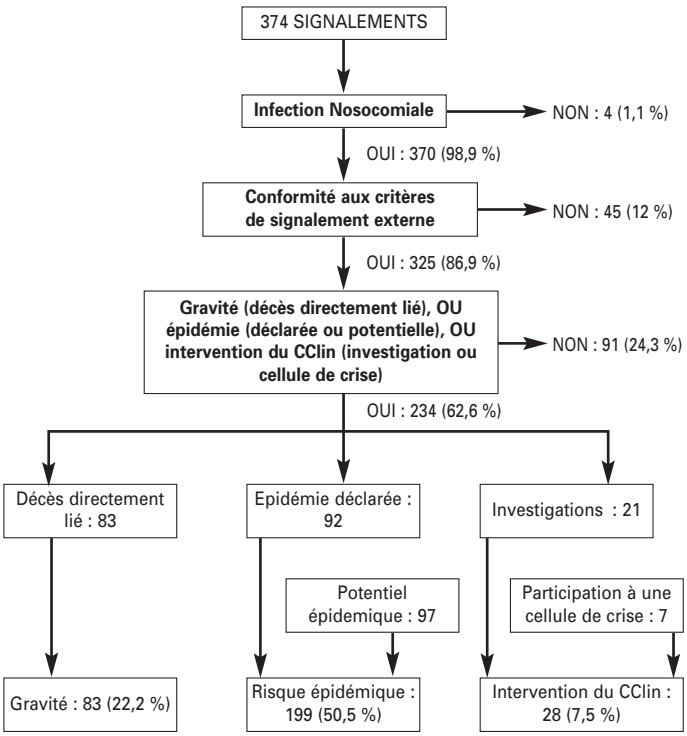
Nature des infections nosocomiales ayant entraîné une intervention du CClin Nord (investigation ou cellule de crise)

	Signalements (N)	Cas (N)
Epidémies bactériennes (SARM, *A. baumannii BLSE, B. cepacia*, staphylococcie bulleuse, …)	9	106
Hépatites C nosocomiales	6	10
Endophtalmies post-opératoires	2	7
Légionelloses ou aspergilloses	7	11
Autres (méningite à *S. salivarius* post PL, épidémie de gale, gastro-entérite, virus respiratoire)	4	75
Total	**28**	**209**

Au total, 234 (62,6 %) signalements répondaient à au moins un des trois critères retenus (schéma 1). Parmi les signalements non pertinents, la moitié était motivée par le germe sans qu'il y ait de potentiel épidémique identifié. Vingt-cinq d'entre eux correspondaient à des décès non directement liés à l'IN. Trente-huit (10,2 %) signalements cumulaient un critère de gravité et de risque épidémique. Les 28 signalements ayant suscité une intervention du CClin correspondaient à des situations épidémiques. Seulement 4 (1,1 %) signalements cumulaient les trois critères : gravité, risque épidémique et intervention du CClin.

Figure 1

Pertinence des signalements (effectifs)



DISCUSSION

Le signalement des IN est un nouvel outil d'alerte. A ce jour, la France est le seul pays européen à avoir mis en place un système déclaratif dans ce domaine. Le choix des critères de signalement externe finalement retenus par le CTIN a été orienté par la recherche du meilleur compromis entre spécificité et sensibilité. Parmi les signalements reçus au CClin durant la période d'étude, 86,9 % respectaient les critères du décret.

Cette étude a permis de préciser la pertinence du signalement dans l'interrégion Paris-Nord : 63 % des signalements étudiés ont été considérés comme pertinents selon trois critères : gravité, risque épidémique et intervention du CClin. Les cas correspondant au critère « intervention du CClin » sont en fait inclus dans le groupe des cas à risque épidémique. On peut discuter la pertinence du critère « gravité » car les signalements pour décès aboutissent rarement, sauf en contexte épidémique, au déclenchement d'actions correctrices ou de prévention. En excluant la gravité, la pertinence n'est plus que de 50,5 %. Cependant, l'exclusion de ce critère remettrait en cause le motif n° 2 de signalement. Quoiqu'il en soit, ces taux semblent tout-à-fait corrects pour un outil d'alerte de mise en place récente. Il est probable qu'ils s'améliorent avec l'expérience et la diffusion de la description et de l'impact des signalements reçus dans le cadre de journées scientifiques ou de communications diverses (site internet, formations aux professionnels…).

Les signalements identifiés comme non pertinents dans notre analyse peuvent s'expliquer par : 1) l'interprétation variable des critères, surtout lors de la mise en route du signalement, avant la circulaire de janvier 2004 [3] ; 2) la crainte de la judiciarisation incitant l'établissement à signaler un cas alors qu'il n'est pas forcément conforme aux critères ; 3) l'utilisation du signalement comme révélateur de problèmes locaux concernant les moyens et l'organisation de la lutte contre les IN.

Une meilleure évaluation de la pertinence pourrait être obtenue par le recueil prospectif d'informations complémentaires dans une fiche standardisée, interne au CClin. Par exemple, le critère « gravité » pourrait être affiné par une description précise du lien entre le décès et l'IN et par l'ajout de notions de morbidité et de séquelles à court terme.

La possibilité de signalement des « situations à risque » sans cas identifié permettrait d'augmenter la performance de cette procédure d'alerte.

La sensibilité du signalement n'est pas évaluable car il est impossible de connaître toutes les IN qui devraient faire l'objet d'un signalement externe survenues dans l'interrégion. En revanche, nous savons que parmi les 700 établissements de santé disposant d'un comité de lutte contre les IN (Clin) dans l'interrégion Nord, seulement 180 établissements (1 sur 4) ont fait au moins un signalement [6]. Ainsi il est probable que de nombreuses IN à signaler en externe ne l'aient pas été. Deux raisons principales peuvent expliquer la faible adhésion au dispositif de signalement des IN : son caractère récent et les réticences générées par la perspective d'une médiatisation outrancière et d'éventuelles procédures judiciaires.

CONCLUSION

Le signalement des IN a permis de mettre en évidence des situations à risque infectieux rares et graves, de communiquer largement autour de ces risques et d'émettre ou de réactualiser des recommandations de bonnes pratiques en hygiène hospitalière. Avec un taux de pertinence de 63 %, on peut d'ores et déjà considérer que les objectifs du signalement sont bien compris par les établissements qui ont signalé. Dans l'avenir, il est souhaitable qu'un plus grand nombre d'établissements de santé s'engagent dans cette démarche qui est sûrement un moyen d'améliorer la qualité des soins dans une plus grande transparence.

En pratique : que signaler aux autorités sanitaires ?

Les critères de signalement prévus par le décret du 31 juillet 2001 [1] et précisés par le CTIN dans la circulaire du 22 janvier 2004 [3] sont :

1. Infection nosocomiale ayant un caractère rare ou particulier du fait :

1a. de l'agent pathogène en cause (nature, caractéristique ou profil de résistance) ;

1b. de la localisation de l'infection : infection consécutive à un geste invasif (intervention sur un site à priori stérile, pose d'un dispositif intravasculaire) inhabituelle et grave sur le plan fonctionnel ou vital (endophtalmie, fasciite nécrosante, endocardite…) ;

1c. de l'utilisation d'un dispositif médical suspect d'avoir été préalablement contaminé (endoscope, générateur de dialyse…) ;

1d. de procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque infectieux lors d'un acte invasif (procédure inadaptée ou défaillante).

2. Décès lié à une infection nosocomiale. La difficulté est alors d'établir ce lien de causalité.

3. Infection nosocomiale causée par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant (exemple : légionellose et aspergillose).

4. Maladie à déclaration obligatoire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée (tuberculose, listériose…).

RÉFÉRENCES

[1] Décret N° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

[2] Circulaire DHOS\E2-DGS\SD5C n° 2001/383 du 30 juillet 2001 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé.

[3] Circulaire DHOS\E2-DGS\SD5C n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.

[4] Recommandations du Comité technique national des infections nosocomiales pour le signalement des infections nosocomiales adoptées le 3 décembre 2002 : fiche 1 de la circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.

[5] Joly C, Gros H, Carbonne A, Astagneau P. Le signalement des infections nosocomiales. Hygiène S 2002 ; 10 : 296-300.

[6] CClin Nord. Statistiques des signalements des infections nosocomiales. Disponible sur http://www.ccr.jussieu.fr/cclin

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS 2005

BEH BULLETIN ÉPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

FORMAT DES ARTICLES

Les contraintes de longueur* sont :

1 500 mots/10 000 caractères espaces compris (hors tableaux, figures, légendes et références) ;

3 figures ou tableaux ;

6 références appelées dans le texte.

L'indication du nombre de mots et de signes (hors tableaux, figures, légendes et références), du nombre de tableaux et figures et du nombre de références est à faire en haut de l'article au-dessus du titre (dans Word/outils/statistiques).

L'ensemble du texte, le nom des auteurs, les titres, les sous-titres, les titres et légendes des tableaux et figures doivent être écrits en minuscules pour permettre de bien situer les majuscules et l'accentuation des mots.

Les titres des articles seront aussi courts et informatifs que possibles ; ils doivent situer l'analyse dans le temps et dans l'espace tout en s'efforçant de ne pas dépasser 15 mots (articles et signes de ponctuation compris).

Les auteurs sont cités avec leur prénom en entier puis leur nom ainsi que leur institution (service, institution, ville), avec des chiffres en exposant permettant de repérer les institutions lorsqu'il y en a plus d'une.

La présentation doit suivre un plan structuré traditionnel (introduction, matériel-méthodes, résultats, discussion-conclusion) sauf si le sujet ne s'y prête absolument pas.

Les intertitres à l'intérieur de chacune de ces parties sont fortement encouragés.

Une attention doit être portée à l'explication de tous les sigles à leur première apparition dans le texte.

Les tableaux et figures sont situés soit à la fin du texte, soit sur un fichier séparé ; l'emplacement idéal des tableaux et figures peut être indiqué dans le texte (en sachant que les contraintes de maquette peuvent obliger à les déplacer légèrement).

Les références sont appelées dans le texte entre crochets et situées en fin d'articles sous le titre Références.

Les références sont à présenter selon le modèle suivant : nom de l'auteur, initiale du ou des prénoms, titre de l'article, titre abrégé du périodique (en italique), année de publication; volume (numéro dans le volume) : première page-dernière page (suivre l'exemple pour la ponctuation)

Exemple : Weber DJ, Rutala WA. Recognition and management of anthrax. N Engl J Med 2002; 346: 943-5.

CIRCUIT DE RELECTURE

Lorsqu'un article est transmis à la rédaction du BEH, il est dans un premier temps contrôlé sur le plan de son adaptation au format et renvoyé, si nécessaire, à l'auteur chargé de la correspondance. Il est ensuite présenté en comité de rédaction et soumis, de manière anonyme, à deux relecteurs.

Les commentaires des relecteurs sont transmis à l'auteur. Celui-ci est tenu, en envoyant la version modifiée de son article, de répondre aux relecteurs en confirmant les demandes intégrées et en justifiant les demandes qu'il n'aurait pas prises en compte. La version modifiée de l'article et cette réponse de l'auteur sont envoyées aux deux relecteurs.

Chaque article est sous la responsabilité d'un rapporteur, membre du comité de rédaction. Ce dernier intervient, notamment, en cas de désaccord entre deux relecteurs ou entre un relecteur et un auteur.

RÈGLES TYPOGRAPHIQUES

Les auteurs doivent respecter les règles typographiques en usage dans le BEH si possible dès la première version de l'article et, au plus tard, dans la version modifiée après relecture.

Les règles typographiques en usage dans le BEH sont celles du code typographique officiel, notamment :

- les sigles s'écrivent en lettres minuscules avec une majuscule initiale lorsque les mots qu'ils forment peuvent se prononcer : Misp, Ddass, Drass, Drees, Cire, Cclin, Inserm, Inra… ; ils s'écrivent en lettres majuscules lorsque les mots qu'ils forment ne peuvent pas se prononcer : InVS, DGS, CNR, CSHPF…

- le développement d'un sigle prend une majuscule au premier mot mais pas aux suivants : Centre national de référence, Institut de veille sanitaire, Direction générale de la santé, Direction départementale de l'action sanitaire et sociale, Comité supérieur d'hygiène publique de France…

- lorsque le sigle ne désigne pas une personne morale, aucun mot ne prend de majuscule : MDO, maladies à déclaration obligatoire , VIH, virus de l'immunodéficience humaine…

- les sigles devenus des noms communs s'écrivent en lettres minuscules sans majuscule initiale : sida, prion, laser, radar, pacs…

- les institutions, organismes, groupements… identifiés (qui ne forment pas un sigle) s'écrivent avec une majuscule au premier mot mais pas aux suivants : Service des maladies infectieuses, Département des affaires internationales, Association Groupe hospitalier de Saint-Etienne sauf pour les institutions de nature nationale comme le ministère de la Santé, la présidence de la République..., dans ce cas, les majuscules se placent aux substantifs qui les déterminent (mais pas aux adjectifs de ces substantifs).

- pour les signes de ponctuation, point et virgule comprennent un espace après mais pas avant tandis que point-virgule, point d'exclamation, point d'interrogation et deux-points prennent un espace à la fois avant et après (il n'y a pas de majuscule après deux-points sauf dans le cas d'une citation).

Pour l'écriture des nombres, les principes suivants sont à respecter :

- les nombres qui concernent l'information scientifique au centre de l'article sont écrits en chiffres, même lorsqu'ils inférieurs à 9 ;

- les nombres qui ne concernent pas l'information scientifique au centre de l'article sont écrits selon le code typographique soit en lettres jusqu'à neuf et en chiffres à partir de 10.

- aucun nombre ne doit être situé en début de phrase (inversion de la phrase, utilisation de signes de ponctuation tels que deux points ou points virgules…),
exemple : Le nombre de cas détectés pendant les cinq mois de l'étude atteignait 24. Parmi eux, 3 ont conduit à un décès et 9 à une hospitalisation supérieure à cinq jours ;

- le signe % est toujours précédé d'un espace insécable (touches clavier : ctrl shift barre d'espace) ;

- les nombres avec décimales s'écrivent avec une virgule et non un point (dans le cas de la reprise de tableaux publiés en anglais, il est important de les corriger) ;

- les tranches de trois chiffres sont séparés par un espace insécable (1 843 752,2) ;

- les âges s'écrivent toujours en chiffres.

MODE DE COMMUNICATION

Les relations entre les auteurs, les relecteurs et la rédaction du BEH se font par email.

---

* A l'exception de cas spécifiques où le comité de rédaction jugera que le sujet exige un format différent, par exemple pour les rapports de surveillance nationaux ; à l'exception aussi des numéros thématiques où le format des articles sera parfois adapté.

Directeur de la publication : Pr Gilles Brücker, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Jean-Pierre Aubert, médecin généraliste ; Dr Juliette Bloch, InVS ; Eugénia Gomes do Esperito Santo, InVS ; Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Magid Herida, InVS ; Dr Yuriko Iwatsubo, InVS ; Dr Loïc Josseran, InVS ; Eric Jougla, Inserm CépiDc ; Dr Agnès Lepoutre, InVS ; Nathalie Lydré, Inpes ; Laurence Mandereau-Bruno, InVS, Hélène Therre, InVS.
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 -ISSN 0245-7466
Institut de veille sanitaire - Site internet : www.invs.sante.fr

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr
Tarifs 2004 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC
Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique, hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT
Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)