

26 novembre 2008 / Hors-série

1998-2008 : dix ans de renforcement de la veille sanitaire en France

- p.1 **Éditorial - L'Institut de veille sanitaire a 10 ans**
- p.3 **Les premiers pas de la veille sanitaire**
- p.4 **Le dispositif français de sécurité sanitaire**
- p.8 **La veille sanitaire à l'épreuve du terrain : l'expérience des Cellules interrégionales d'épidémiologie (les Cire)**
- p.10 **La sécurité sanitaire de l'alimentation en France : place de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, enjeux et perspectives**
- p.12 **Complémentarité de la recherche en santé publique et de la veille sanitaire. Institut de veille sanitaire et CépiDc de l'Inserm : les bénéfices d'une coopération naturelle**
- p.13 **Santé publique et médias**
- p.15 **Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, son histoire et son rôle dans le partage et la diffusion de données épidémiologiques**

Éditorial

L'Institut de veille sanitaire a 10 ans

Jacques Drucker, ancien directeur général de l'Institut de veille sanitaire (InVS), Ambassade de France, Washington DC,
Gilles Brucker, ancien directeur général de l'InVS, GIP Esther
Françoise Weber, directrice générale, InVS

Le BEH a suivi cette jeune histoire et en est le reflet. Il est passé de la feuille descriptive à une revue qui a su, ce qui est rare, mêler les missions propres de santé publique avec la régularité de la publication d'information et la rigueur scientifique d'une revue à comité de lecture.

Le BEH est une expression qui se veut volontairement accessible à tous, à l'ensemble des décideurs, des professionnels de santé, mais aussi des citoyens dont le rôle est essentiel pour une réelle maîtrise des risques en santé.

La transparence sur l'ensemble des données disponibles, la concision des articles, et la volonté d'une communication claire et accessible, constituent les exigences du BEH pour une expertise de l'Institut de veille sanitaire (InVS) partagée, au service de tous.

Il nous donne dans ce numéro spécial, à petites touches un peu impressionnistes mais si réelles, une image profonde et vivante de la veille sanitaire, du rôle de l'InVS et des questions que la veille pose aujourd'hui.

Les visions croisées des fondateurs, des décideurs, des médias, et des plus avancés des postes avancés que sont les cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) y permettent de mieux saisir ce qu'est l'InVS aujourd'hui, comment il a porté et mis en œuvre la veille sanitaire, et les défis qu'il devra relever au cours de la prochaine décennie.

Avant l'InVS, la veille sanitaire en France se résumait à l'analyse de la DO (déclaration obligatoire des maladies) et de la mortalité dont les chiffres étaient fidèlement publiés par une direction générale de la santé aux moyens restreints. La surveillance était descriptive, rétrospective, peu réactive et rarement utilisable pour soutenir et orienter l'action de santé publique.

Si la loi de 1998 est l'acte fondateur de l'InVS, la « gestation » remonte à 1992. C'est le Réseau national de santé publique (RNSP) en effet qui a introduit en France, avec la complicité des *Centers for Disease Control* (CDC) américains, les concepts et les méthodes

de l'épidémiologie d'appui à l'intervention. C'est également le RNSP qui a démontré la valeur ajoutée d'associer recherche-action et formation pour optimiser l'efficacité des missions de veille sanitaire. C'est enfin le RNSP qui, dès que sa capacité d'action et sa crédibilité scientifique ont été affirmées, s'est ouvert aux partenariats européens et internationaux. Il pressentait ainsi la mondialisation des urgences de santé publique et par conséquent la pertinence de structurer la veille internationale. C'est dans ce contexte que le RNSP puis l'InVS ont joué un rôle déterminant dans la création du bulletin épidémiologique européen (Eurosurveillance) et du CDC européen. La suite de l'histoire de l'InVS a confirmé l'acuité et la pertinence de cette vision.

L'établissement public qui arrive aujourd'hui à maturité est bien le CDC à la française voulu par ses pères fondateurs, Claude Huriet et Jean-François Girard, et dont la France manquait cruellement.

Le chemin parcouru est considérable, et la veille sanitaire a profondément évolué en 10 ans en France. Celui qui reste à parcourir l'est tout autant et d'autres défis se présentent à nous.

La confirmation de la place de la veille sanitaire et de son opérateur qu'est l'InVS dans le système de sécurité sanitaire n'est pas le moindre de ces défis.

Que ce soit au niveau national où sa complémentarité avec les agences d'évaluation des risques particuliers commence à porter ses fruits, ou au niveau régional, où l'alliance d'une grande proximité entre les décideurs locaux et l'expertise scientifique, soutenue par des outils de veille mis à disposition par l'InVS, le système de veille sanitaire semble être un modèle incomparable d'efficacité.

L'InVS rend opérationnelle une veille sanitaire qui doit être en mesure de rassembler, d'expertiser toutes ces informations pour assurer la mesure des risques, connus ou émergents, et permettre les orientations prévues des politiques de santé publique et de sécurité sanitaire.

L'anticipation des menaces est un autre défi. Une étape importante a été franchie avec la mise en place de la surveillance non spécifique après la canicule de 2003. Cet épisode dramatique avait en effet montré combien les systèmes de surveillance disponibles, performants mais chacun spécifiques d'un risque connu, ne permettaient pas de détecter les événements inattendus. Il faut maintenant aller plus loin dans l'anticipation des menaces en développant une veille prospective performante. Cette veille prospective doit s'appuyer sur des indicateurs, par exemple les indicateurs des effets sanitaires du changement climatique sur lesquels l'InVS s'est déjà engagé, mais aussi sur la recherche, avec laquelle les partenariats doivent se renforcer, et sans laquelle la veille sanitaire trouverait très vite ses limites. La recherche apporte à la veille sanitaire des outils et des méthodes. Elle apporte aussi des hypothèses et des signaux très précoces, qui peuvent permettre d'orienter plus efficacement la veille.

La génération d'hypothèses et de signaux permettant d'orienter la veille sera aussi issue de collaborations renforcées avec les partenaires naturels de l'InVS que sont les autres agences de sécurité sanitaire.

Nous devons aussi collectivement effectuer des choix stratégiques, notamment pour les grands systèmes de surveillance du cancer ou des maladies neuro-dégénératives, des risques professionnels et environnementaux, ou la biosurveillance. Nous devons utiliser au mieux des moyens forcément contraints pour le plus grand bénéfice de la santé publique.

L'efficacité de la veille sanitaire des prochaines années repose aussi sur la proximité avec les territoires et la capacité opérationnelle de réagir sans délai, sur un terrain connu, avec des interlocuteurs reconnus. C'est l'achèvement de la régionalisation de la veille, c'est-à-dire du dispositif des Cire qui en est la condition. Elles apportent au plus près des décideurs régionaux et des préfets l'expertise opérationnelle de l'InVS, elles mettent à leur disposition leurs outils de veille, leur capacité d'investigation, d'évaluation et de modélisation des événements sanitaires. Elles transposent au niveau régional le principe de la nécessaire séparation de l'évaluation du risque et de la décision en santé, principe qui s'est imposé au décours des crises sanitaires des années 1980-1990.

La veille sanitaire ne doit pas seulement collecter, analyser et alerter, elle doit aussi savoir informer et partager ses analyses.

Enfin, et c'est sans doute un des enseignements principaux de cette décennie, il est indispensable de rappeler que l'exercice de la veille sanitaire n'a rien de l'exercice solitaire d'un établissement public. Celui-ci n'est que le cœur stratégique d'un immense réseau très fourni et actif de professionnels de santé, d'établissements de santé et de laboratoires qui maillent le territoire et les champs de la pathologie, et qui alimentent, animent et mettent en œuvre la veille sanitaire, dans une immense communauté d'engagement pour la santé publique. Qu'ils soient les premiers à être célébrés et remerciés à l'occasion de cet anniversaire.

Les premiers pas de la veille sanitaire

Jean-François Girard

Président de l'Institut de recherche pour le développement

A Vincent Pierre

Pour un clinicien confronté à une somme de situations individuelles, la démarche de santé publique relève probablement d'une culture politique qui privilégie l'intérêt général à la somme des intérêts individuels. C'est peut-être ce ressort qui, au cours des années 1980, m'a aidé à quitter la vie hospitalière et à affronter l'école des cabinets ministériels puis les responsabilités de la Direction générale de la santé. Peut-être aussi, pour un clinicien, la pratique de la recherche conduit-elle à apprécier la rigueur de l'épidémiologie.

Aussi, en arrivant en 1986 à la Direction générale de la santé (DGS), encore inconsciente du traumatisme de la transfusion sanguine et confrontée à l'inexorable montée de l'épidémie du sida –et le pire était à venir– la mise en place d'un outil de surveillance de l'état de santé de la population paraissait facilement comme une priorité. Une telle analyse était largement appuyée par un petit noyau de médecins épidémiologistes investis dans ce qui allait devenir le Centre européen de surveillance du sida pour l'OMS, ou encore de médecins-inspecteurs de santé publique dans l'administration, et par d'autres, passés par le cours d'épidémiologie d'intervention de Veyrier-du-Lac, qui étaient en train de se former aux États-Unis au sein des *Centers for Diseases Control* (CDC) où ils exerçaient les fonctions prestigieuses d'*Epidemiological Intelligence Officer*. Les premiers se retrouvaient autour de leur création, le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, c'était déjà le BEH. Les autres, désireux de rentrer en France à la fin de leur formation, se souciaient légitimement de leurs débouchés. Une mission aux États-Unis au premier semestre 1987 pour visiter les CDC à Atlanta, l'école de santé publique de Chapel Hill et bien sûr la célèbre Johns Hopkins School of Public Health, a confirmé le retard extravagant de notre pays et l'urgente nécessité de le combler.

La deuxième étape fut beaucoup plus laborieuse et n'a trouvé son épilogue que le 18 juin 1992. Il fallait passer de l'idée à un projet. Les premiers pas de la réflexion furent à la limite de la clandestinité, au domicile de tel ou tel d'entre nous, au cours de séances de travail qui réunissaient un petit nombre de « militants » de la DGS aidé par quelques personnalités extérieures de l'Inspection générale des affaires sociales ou d'ailleurs. Il a fallu affronter quelques questions essentielles : avec qui mener ce projet ? Que de temps pour arriver à une évidence : ce projet devait associer, outre la DGS, la Direction des hôpitaux, l'École nationale de santé publique (ENSP) et l'Inserm. Quel statut donner à la structure qui allait abriter notre projet ? Ce n'était pas encore, à la fin des années 1980, le temps où le législateur s'entendait avec le pouvoir exécutif pour créer autant d'établissements publics que d'agences. Une fondation ? Vous n'y pensez pas ! Il s'agit d'une fonction régaliennne. Et c'est vrai. Un service commun de l'Inserm, d'autant qu'il existait déjà au Vésinet, sur un terrain de l'État, une structure de ce type qui traitait les certificats de décès ? Levée de boucliers. La veille sanitaire ce n'est pas de la recherche ! Et l'on sentait alors quelques vieilles rancunes qui devaient remonter à 1964 lorsque fut créé, pour prendre la suite de l'Institut national d'hygiène (INH) un nouvel institut national ambigu, à la fois institut de la santé et institut de la recherche médicale. Le « s » d'Inserm avait été mal placé. Il est vrai qu'à cette époque le nouvel institut était sous la tutelle exclusive du ministre de la Santé et que le premier directeur général de la santé est devenu le premier directeur général de l'Inserm. Un

département de l'ENSP ? Certes. Cela pouvait être une solution transitoire. D'ailleurs, l'École a proposé d'accueillir notre projet commun dans le cadre de son antenne parisienne, sur le terrain de l'hôpital de Saint-Maurice qui avait la vertu d'être national. Mais de là à en faire un département de l'ENSP, c'était trop demander à trois des fondateurs cités plus haut que de confier leur bébé au quatrième. Alors que faire ? Du neuf ou presque : le statut de Groupement d'intérêt public (GIP) avait fait son entrée dans la vie administrative au milieu des années 1980, avec en particulier dans le champ de la santé un GIP dans le domaine de la pharmacologie basé à l'hôpital Cochin. L'adoption de ce dispositif simple, une convention entre les membres fondateurs approuvée par arrêté ministériel, n'a pas suffi à accélérer le processus.

D'autant que restait à trouver un nom à notre groupement et ce ne fut pas une mince affaire. Centre, réseau ou encore institut. Le premier paraissait peu compatible avec le projet de faire travailler ensemble de nombreux acteurs disséminés sur le territoire et dans des institutions différentes (Institut Pasteur, universités, Inserm...). Institut semblait présomptueux voire pompeux vu la modestie des moyens dont il fallait s'attendre à bénéficier. Le terme réseau l'emporta. Le qualificatif national s'imposa facilement. Restait à définir le champ couvert. Santé publique paraissait à beaucoup comme trop vague en même temps que trop vaste. Réseau épidémiologique aurait consisté à faire référence plus à la méthode qu'à l'objectif. Or nous avions une haute idée de nos objectifs ! Quant au terme de veille sanitaire, il faut reconnaître qu'il n'apparut que plus tard. Malgré ses inconvénients, la référence à la santé publique s'imposa, c'est ainsi que fut retenu le terme de « Réseau national de santé publique » (RNSP). Cela avait l'avantage de ne fermer aucune porte pour une institution dont il fallait protéger l'avenir et ses différentes potentialités. Cette prudence traduisait le souci de faire croître un outil unique au service de la santé publique. La suite a pris une autre voie.

Certes, le dossier n'était pas simple. Mais pourquoi tant de lenteur ? Parce qu'entre 1988 et 1991, nous n'avons pas su convaincre le cabinet du ministre, concentré sur deux grands chantiers législatifs que furent la loi hospitalière de 1991 et la loi de santé publique destinée à amplifier la lutte contre les méfaits de l'alcool et du tabac. Peut-être aussi parce que la veille sanitaire n'est pas directement porteuse d'intérêts économiques ou de préoccupations de sécurité comme les futures agences de produits. Peut-être enfin parce que les grandes crises de santé publique, ou leur révélation, étaient à venir. Bref, l'indifférence dominait.

Pourtant, nous pensions avoir franchi un pas important sinon décisif lorsque, par un superbe matin ensoleillé de 1990, nous avons fait visiter le site de Saint-Maurice au ministre qui en est reparti séduit, estimant que c'était l'ensemble du ministère qu'il fallait installer en lisière du plateau de Gravelle. Cela n'a pas suffi pour que le projet de GIP aille à son terme. Mais le site de Saint-Maurice y gagna de la crédibilité dans le monde de la santé publique.

C'est alors qu'intervient un ministre délégué, récemment nommé et qui, économiste et ancien élève de l'École nationale de la statistique, communique immédiatement à tout son cabinet son amour de la statistique. Notre GIP a alors rapidement franchi les étapes de la mise en forme puis de la confrontation interministérielle. Déjà à cette époque, le ministère du bud-

get montrait un enthousiasme modéré pour ces nouvelles structures de droit public mais acceptant des partenaires de droit privé, qui de surcroît cherchaient à bénéficier de recrutements directs dans le cas où la générosité des membres fondateurs ferait défaut. La convention entre les quatre fondateurs cités plus haut, et qui sont restés solidaires malgré la lenteur de l'accouchement, fut bouclée. Restait à rédiger l'arrêté d'approbation qui doit préciser le siège du groupement. Coup de tonnerre. Sous l'influence d'un conseiller technique venu de l'encadrement de l'ENSP de Rennes et sûrement de quelques élus bretons, il est décidé que le siège du GIP serait à Rennes ! Je tempête. Non pas qu'un aménagement du territoire plus respectueux des régions ne me parût pas une raison valable, mais il faut délocaliser des structures qui existent et qui sont solides. Cela peut poser des difficultés sociales mais les missions de l'institution ne sont pas mises en péril. Mais créer de *novo* une structure publique et nationale en région, c'était lui assurer un développement encore plus lent que la genèse du projet. Cependant, la décision était prise et était irréversible. L'arrêté fut signé par le ministre chargé de la santé le matin du jour où fut annoncée la fin du premier gouvernement français dirigé par une femme. Pourtant le

texte partit dans la soirée à Bercy. Il n'est pas arrivé à temps. Voilà pourquoi le siège de l'Institut de veille sanitaire n'est pas Rennes.

Nouveau gouvernement, nouveau ministre, nouveau cabinet. Tout était à refaire. Mais tout alla très vite. Le projet fut repris strictement à l'identique à ceci près que la décision concernant la localisation fut inversée : le siège du groupement serait à Saint-Maurice dont le sénateur-maire est tout à fait conscient que la notoriété internationale de sa commune doit beaucoup à la grande distance qui sépare Ségur de Bercy.

Par un arrêté signé le 18 juin 1992, le RNSP entra dans l'histoire sous la forme d'un groupement d'intérêt public créé pour six ans, au cours desquels il s'est préparé à devenir, en 1998, l'Institut de veille sanitaire. Pour cette période, et même si les relations entre le RNSP et la DGS ont été marquées par une proximité douteuse aux yeux de la Cour des Comptes, il appartient aux Directeurs successifs de vous en conter l'histoire. Pour ma part, je ne vous ai parlé que de préhistoire !

Aucun nom des acteurs de cette aventure n'est cité. Le risque eut été grand d'en oublier. Cette brève narration leur est aussi dédiée.

Le dispositif français de sécurité sanitaire

Didier Houssin, Yves Coquin

Direction générale de la santé

Le paysage administratif français de la santé publique a été considérablement modifié durant la décennie 1990 et le début des années 2000. Les modifications ont été faites par étapes successives dans un contexte marqué par plusieurs crises sanitaires de grande ampleur qui ont mis en évidence :

- l'insuffisance criante des moyens consacrés à la surveillance et aux investigations épidémiologiques ;
- le besoin de développer le caractère multidisciplinaire de l'expertise publique ;
- la nécessité de séparer le processus d'expertise des centres de décision.

Ces crises ont également fait émerger le concept de « sécurité sanitaire ». Visant initialement la sécurité des soins et des produits de santé, ce concept s'est vu progressivement appliqué à l'ensemble des dangers d'origine anthropique, ou même naturelle, susceptibles de menacer la santé de l'homme. On a ainsi individualisé, dans le vaste champ de la prévention, un domaine particulier consacré aux phénomènes émergents pouvant avoir des répercussions sur la santé des populations et exigeant une réactivité particulière. C'est ce domaine, le domaine de la sécurité sanitaire, qui a fait l'objet d'une importante structuration de 1993 à 2004 avec la création des agences du même nom.

Cet article souhaite montrer la logique de ce dispositif et sa cohérence. Il se limitera au niveau national du fonctionnement du dispositif sans aborder ni son application sur le terrain zonal, régional, départemental ou des acteurs locaux (notamment les établissements de santé), ni son articulation avec les dispositifs similaires au plan international (en particulier au sein de l'Union européenne et dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé).

Les agences nationales de sécurité sanitaire

Ce sont des établissements publics qui jouissent d'une grande autonomie, bien que sous « tutelle » ministérielle. Elles disposent de la personnalité

juridique ainsi que de marges de manœuvre plus grandes que les directions d'administration centrale, notamment en matière budgétaire et de recrutement. Par contre, elles ne disposent pas du pouvoir réglementaire (sauf exception ponctuelle) ; certaines ont des missions de police sanitaire. Elles sont dotées d'un conseil d'administration et d'un conseil scientifique. Leur directeur et les membres de ces conseils sont nommés par le gouvernement. La tutelle est exercée par le ministère en charge de la santé (Direction générale de la santé), seul ou associé à d'autres ministères (agriculture, consommation, environnement, finances, industrie, travail).

Elles ne répondent pas toutes au même modèle. On peut en distinguer deux types¹.

- Le premier a deux représentants : l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Ces deux instituts ont en commun une vocation transversale et l'éventail de leurs missions est très large dans leur domaine respectif :

- l'InVS a une double mission de surveillance de l'état de santé de la population (y compris en milieu de travail), d'une part, mais aussi de toutes les menaces potentielles dans le but d'alerter les pouvoirs publics. Cet institut a également une mission d'investigation épidémiologique, sur le terrain, pour tout phénomène sanitaire inhabituel avec des pouvoirs d'investigation étendus (y compris dans le domaine privé). C'est le pivot du dispositif d'analyse des risques sanitaires ;

- l'Inpes est chargé de mettre en œuvre la communication sur les programmes de santé publique, de réfléchir aux méthodes de communication les plus appropriées aux enjeux et aux divers publics visés, d'organiser

¹ La Haute autorité de santé qui résulte de la transformation (en 2004) de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) est une autorité administrative indépendante qui relève du code de la sécurité sociale. Bien que certaines de ses missions la rapprochent d'une agence de sécurité sanitaire (promouvoir les bonnes pratiques professionnelles et améliorer la qualité des soins), elle sort du cadre de cet article.

l'éducation à la santé, de contribuer à l'éducation thérapeutique des patients et de préparer des supports de communication auprès des médecins. Bien qu'il ne s'agisse pas, à proprement parler, d'une agence de sécurité sanitaire, cet institut leur est assimilé en raison de l'importance de son rôle en matière de sensibilisation des populations vis-à-vis des menaces sanitaires et des moyens de s'en prémunir (grippe aviaire par exemple).

- Le second type regroupe quatre agences qui ont toutes pour mission, outre la veille scientifique, l'analyse et l'évaluation des dangers/risques dans un domaine précis :

- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) évalue la sécurité, l'efficacité et la qualité des produits de santé dans le cadre des diverses réglementations européennes et délivre les autorisations de mise sur le marché. Elle assure également la surveillance des événements indésirables ou inattendus liés à leur utilisation en animant les systèmes de vigilance concernant ces produits. Elle exerce des activités de contrôle en laboratoire et conduit des inspections sur les sites de fabrication et de recherche. Elle émet en outre des recommandations sur le bon usage des produits de santé. Deux autres organismes lui sont en quelque sorte conjoints sous l'angle de la sécurité sanitaire : l'agence de biomédecine (ABM) qui est chargée des prélèvements et des greffes d'organes, de tissus et de cellules ainsi que de la procréation médicalement assistée, et l'Établissement français du sang (EFS) qui gère le système transfusionnel (collecte, qualification, distribution, conseil transfusionnel) ;

- l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) a un domaine de compétences large qui couvre les risques pour l'homme d'origine alimentaire (y compris ceux liés à l'eau), ainsi que les risques et les bénéfices nutritionnels, mais aussi l'évaluation des produits phytosanitaires, les risques sanitaires pour les animaux et l'évaluation des médicaments vétérinaires. Elle mène également des activités de recherche, principalement dans le champ de la santé animale ;

- l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) évalue la sécurité sanitaire des divers milieux de vie dont les milieux de travail. Elle est en particulier chargée des questions relatives aux rayonnements non ionisants et coordonne l'expertise sur les produits

chimiques ;

- l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) est l'organe d'expertise en matière de radioprotection du public et des travailleurs, et en matière de sûreté des installations nucléaires.

Le champ de la sécurité sanitaire s'oriente ainsi, comme l'indique la figure 1, selon quatre axes correspondant respectivement :

- à la population (état de santé, comportements) ;
- aux professionnels de santé² ainsi qu'à leurs pratiques ;
- aux produits de consommation (parmi lesquels les produits de santé, mais aussi l'eau, l'alimentation et les produits de consommation courants...) ;
- à l'environnement général (milieux de vie et de travail) y compris les agents chimiques et physiques qui s'y déploient.

Les services ministériels

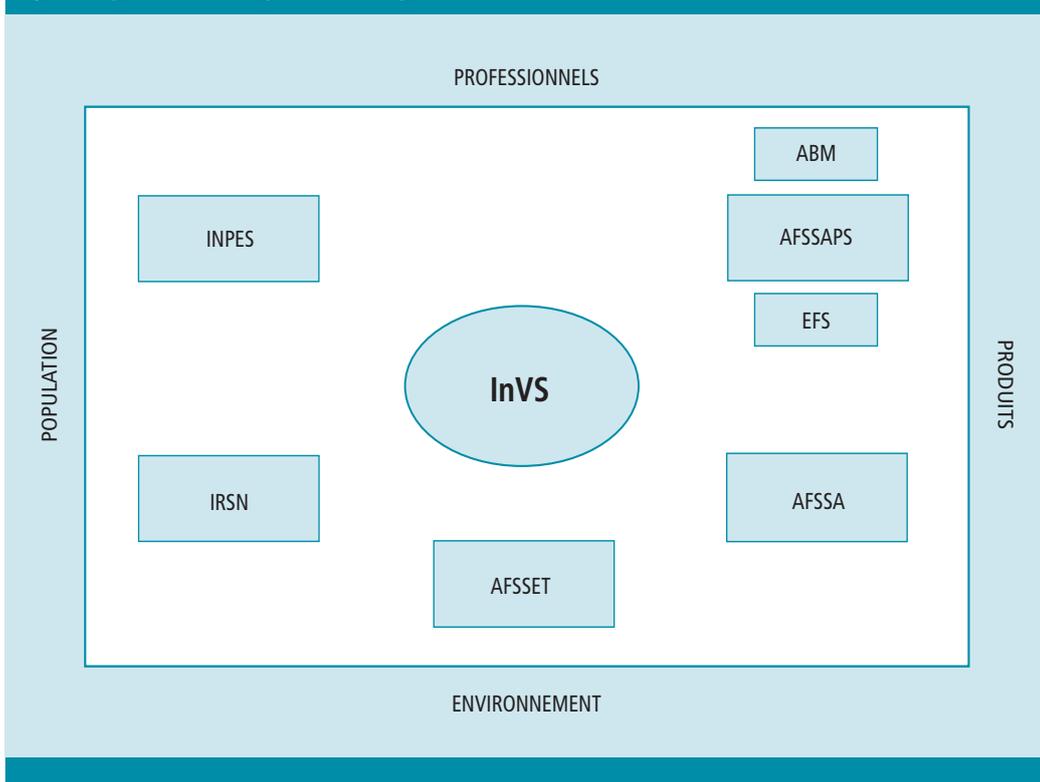
Les administrations centrales (dont la figure 2 donne un aperçu de la répartition des compétences), et tout particulièrement la Direction générale de la santé (DGS), jouent un rôle majeur de référent dans la gestion locale des événements et la prise des décisions ; cette gestion locale est assurée, sous l'autorité du préfet, par les directions départementales des divers ministères dont celles du ministère de la Santé (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, Ddass). Depuis quelques années, un mouvement se dessine pour faire émerger le niveau régional par regroupement des services départementaux. Les administrations centrales exercent aussi la tutelle des agences et il revient à la DGS de contribuer à la concertation entre les ministères et d'assurer l'articulation des agences entre elles en un système cohérent.

Le développement de la sécurité sanitaire a conduit le ministère de la santé à devoir résoudre trois difficultés :

- l'une des principales concernait le recueil et l'analyse des signaux émis par les différents acteurs afin d'être informé, dès sa survenue, de tout événement susceptible de représenter une menace pour la population ou de provoquer une crise médiatique, voire politique. L'InVS a constitué un vaste réseau d'information auprès des professionnels et des éta-

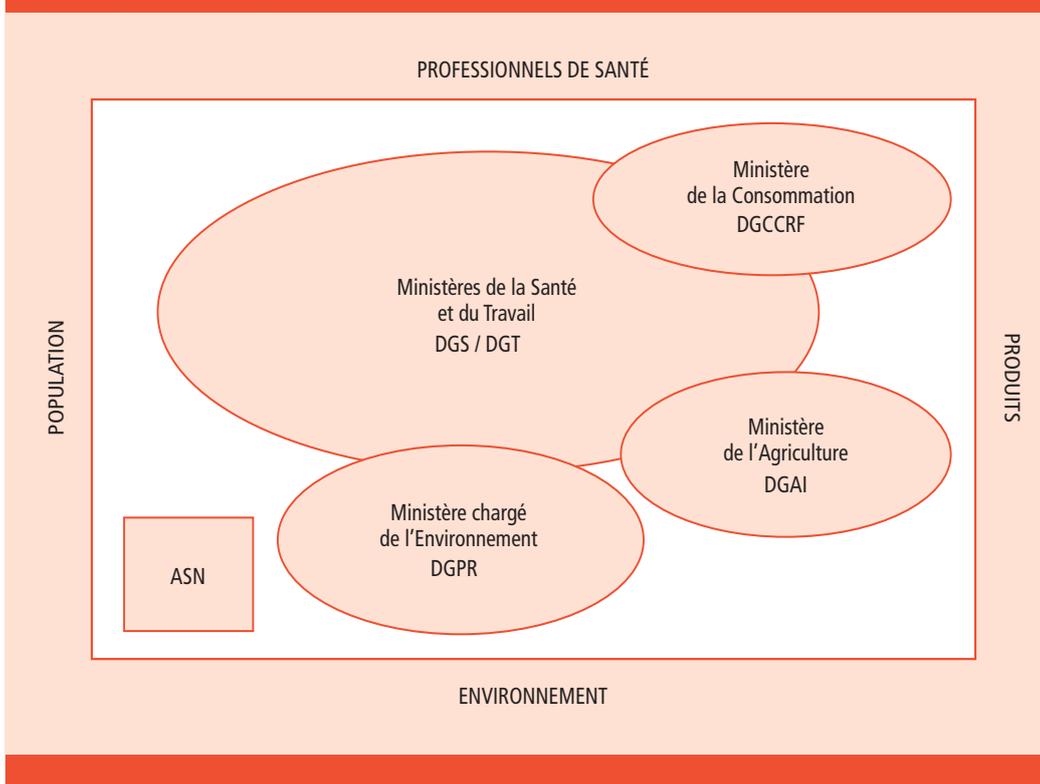
blissements de santé ; il reçoit également des informations de l'étranger. Cependant, certains événements ne sont pas signalés à l'InVS et parviennent au ministère en ordre dispersé par des canaux variés (professionnel de santé, préfet, collectivité locale, élu,...) et parfois avec retard. Afin de faire face à cette dispersion des sources d'information, d'assurer le lien avec l'InVS (chargé d'évaluer les signaux d'alerte) et de contribuer à un traitement rapide et adéquat des alertes (conseil technique sur la gestion, arbitrage entre les différents partenaires, appui à la communication), la décision a été prise en 2004 de créer, au sein de la DGS, un Département des urgences sani-

Figure 1 Répartition des compétences des agences de sécurité sanitaire, France, (2008)



² Il faut souligner le rôle important que joue la Haute autorité de santé (HAS) dans ce domaine par l'élaboration de guides de bonnes pratiques et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Figure 2 Répartition des compétences des administrations centrales, France, (2008)



taires (DUS). Ce département³ de la DGS joue ainsi un rôle particulier d'interface avec l'InVS, de même qu'avec les autres ministères et le cabinet du ministre ;

- la prévention des menaces sanitaires majeures – qu'il s'agisse de terrorisme ou d'une menace épidémique comme la pandémie grippale – a conduit à constituer des stocks de produits (antibiotiques, antidotes, vaccins, masques, ...) en quantités importantes dont la gestion est lourde. En outre, il n'est pas rare qu'un phénomène épidémique nécessite de fournir un appui en personnel dans certaines zones du territoire, notamment outre-mer. L'épidémie de chikungunya, qui a tenu en haleine pendant plusieurs mois les autorités locales en 2005-2006 à La Réunion, et surtout la menace de pandémie grippale ont amené à créer en 2007 un établissement chargé d'assurer la logistique de la réponse aux menaces sanitaires : l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus). Il a pour mission de constituer et de gérer des stocks de produits et d'assurer la gestion, à partir de professionnels de santé volontaires, d'un corps de réserve sanitaire capable d'épauler les professionnels locaux en cas d'événement grave dépassant les capacités locales de prise en charge, y compris à l'étranger ;

- l'évaluation du potentiel évolutif d'une menace nouvelle se heurte souvent à l'absence de données scientifiques. Des événements comme l'épidémie d'encéphalopathie spongiforme bovine ou celle de chikungunya ont montré la nécessité de mobiliser la communauté scientifique très précocement devant une menace nouvelle. La DGS s'est efforcée d'impliquer le monde de la recherche dans l'évaluation des risques en utilisant comme levier son rôle de tutelle de l'Inserm qu'elle partage avec le ministère de la Recherche, et elle compte également s'appuyer sur la réorganisation profonde du monde de la recherche actuellement en cours pour favoriser une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique, singulièrement de sécurité sanitaire, par les chercheurs.

La cohésion du dispositif

Dès leur création, le besoin s'est fait sentir d'intégrer les agences dans le fonctionnement du ministère en charge de la santé ainsi que dans les rela-

tions organisées en son sein. Le ministre a pris, dès l'origine, l'habitude de réunir deux fois par mois les directeurs d'agence en présence de membres de son cabinet et du directeur général de la santé.

La coordination opérationnelle

Afin d'accroître la dimension opérationnelle et la fréquence de ces réunions, le directeur général de la santé a, pendant l'été 2002, pris le relais avec l'accord du ministre et organisé les réunions de sécurité sanitaire. Ces réunions désormais hebdomadaires accueillent, sous la présidence du directeur général de la santé, les directeurs des agences ainsi que ceux des principales administrations concernées⁴. Par ailleurs, le(s) conseiller(s) technique(s) chargé(s) de la sécurité sanitaire assiste(nt) à ces réunions, ce qui facilite l'information du cabinet. Le directeur général de l'Inserm est

également invité, afin d'impliquer précocement l'appareil de recherche devant tout signal d'alerte présentant des caractéristiques inhabituelles (du fait de sa présentation ou de son ampleur).

Ces réunions hebdomadaires revêtent une importance particulière pour trois raisons :

- elles sont le lieu d'un partage précoce de l'information par tous les acteurs de la sécurité sanitaire. Sont en effet examinés au cours de chaque réunion les signalements reçus pendant la semaine écoulée, l'évolution des alertes des semaines précédentes et, si besoin, la manière dont elles ont été gérées. Des informations très diverses, nationales mais aussi internationales sont ainsi abordées, qui concernent autant les maladies transmissibles, humaines et, le cas échéant, animales, que les soins, les produits de santé, les produits alimentaires, les incidents et accidents d'irradiation, ainsi que diverses manifestations regroupant un grand nombre de personnes (grandes manifestations sportives, rave parties, ...). Concernant certaines menaces (grippe aviaire par exemple), ces réunions permettent aussi de faire, à intervalle rapproché, un point précis de l'évolution de la situation nationale et internationale, ainsi que le prévoient certains plans. Toutes ces informations sont en effet susceptibles de constituer en elles-mêmes des alertes ou concernent des situations particulières justifiant la mise en état d'alerte de l'autorité sanitaire. Sur une période de six ans, ce sont près de 300 thèmes différents qui ont été discutés (certains faisant l'objet de plusieurs événements distincts) ; un aperçu (non exhaustif) des sujets abordés lors de ces réunions figure dans le tableau ci-après ;

- elles permettent d'articuler le travail des agences entre elles lorsqu'il s'agit d'un sujet partagé : par exemple les pesticides ou les dioxines (entre Afssa et Afsset), les enquêtes concernant les incidents et accidents de

³ Au sein du DUS, le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires (Corrus) assure en grande partie cette fonction d'interface.

⁴ Il s'agit de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), de la Direction générale de l'alimentation (DGAI), de la Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF), de la Direction de la sécurité civile (DSC) et de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN).

Tableau Exemples de sujets évoqués lors des réunions hebdomadaires de sécurité sanitaire, France

Maladies transmissibles humaines	<p>Bactériennes : coqueluche, diphtérie, fièvre Q, infection invasive à méningocoque, légionellose, listériose, salmonellose, syndrome hémolytique et urémique, tuberculose (multirésistante et professionnels de santé)</p> <p>Virales : arboviroses (chikungunya, dengue, Ebola, fièvre jaune, Marburg), grippe, hépatites (A, B, E), infections respiratoires (collectivités de personnes âgées), rougeole, SRAS, VIH</p> <p>Parasitaires : maladie de Chagas (transfusion)</p> <p>ESST : MCI et vMCI</p>
Maladies animales	<p>Grippe aviaire, charbon, fièvre catarrhale ovine, rage</p> <p>ESST : ESB, tremblante</p>
Soins	<p>Infections nosocomiales : contamination soignants-soignés, contamination au cours de soins, <i>Clostridium difficile</i>, ERG, SARM</p> <p>Événement grave lié aux soins</p> <p>Dysfonctionnement hospitalier</p> <p>Impact sanitaire des catastrophes ou des grandes manifestations</p>
Produits de santé	<p>Médicaments : Acompli[®], Arcoxia[®], Champix[®], Héparines, traitement hormonal substitutif, Trasylol[®], Tysabri[®], vaccins (DT Polio, hépatite B, Gardasil[®], Ménomune[®]), ...</p> <p>Dispositifs médicaux : lits médicaux et pédiatriques, logiciels de radiothérapie, sondes d'entraînement, tiges fémorales, ...</p> <p>Produits sanguins : accident transfusionnel, consommation, procédé d'inactivation microbienne, qualification, stocks</p> <p>Greffes : prélèvements, sélection des donneurs</p> <p>Cosmétiques</p>
Produits alimentaires	<p>Eau : contamination chimique ou microbiologique</p> <p>Aliment : aliment contaminé (farine, huile, coquillages, miel, viande, ...) ou présentant un danger (Jus de noni, Red Bull[®], ...)</p>
Sécurité de l'environnement	<p>Intoxications (CO, ...)</p> <p>Pollution intérieure de locaux</p> <p>Sites et sols pollués</p> <p>Champs électromagnétiques</p>
Incident/accident d'irradiation	<p>Accidents d'irradiation en milieu industriel et accident de source</p> <p>Incident/accident d'irradiation en milieu de soins</p> <p>Fuites d'effluents radioactifs</p>

radiothérapie (entre Afssaps, IRSN et Autorité de sûreté nucléaire), certaines évaluations de risque ou enquêtes qui nécessitent la participation de l'InVS. Le rôle d'arbitre (ou de médiateur) joué par le directeur général de la santé permet d'éviter tout esprit de concurrence. Ces réunions favorisent aussi une articulation pragmatique et sans compromission entre les organismes chargés de l'expertise, d'une part, et les mesures de gestion, d'autre part. De même, elles permettent une information des agences sur le parti tiré par l'administration de leur expertise. Cette articulation, dans ce contexte collectif, permet également une harmonisation de certaines procédures, notamment de l'information du public en cas de risque nouveau identifié postérieurement à certains actes de soins (les dispositions très contraignantes du Code de la santé publique sur ce sujet étant d'application souvent malaisée) ;

- ces réunions sont enfin l'occasion de préparer des rencontres périodiques avec la presse, auxquelles participent les directeurs d'agences concernés, sur des sujets d'actualité. La loi donne aux agences, de leur côté, la mission de rendre publics les rapports et les avis qu'elles émettent et elles peuvent aussi organiser des points presse à l'occasion de la publication d'un rapport particulièrement attendu. L'organisation de rencontres communes avec la presse est une bonne occasion de démontrer l'intégration du dispositif des agences dans le fonctionnement de l'administration et la prise de décisions, et de mettre en valeur le rôle important de ce dispositif dans la qualité des décisions prises.

La coordination fonctionnelle

Les réunions hebdomadaires de sécurité sanitaire ont contribué à souder les agences en un système à forte cohésion et à forger une culture commune de sécurité sanitaire. Leurs responsables ne s'y sont d'ailleurs pas trompés car ils participent personnellement à toutes les réunions, ne s'y faisant que rarement représenter (et toujours par un très proche collaborateur). Toutefois, cette coordination hebdomadaire à propos d'événements ponctuels a fait émerger le besoin d'une coordination plus étendue portant, en amont, sur le fonctionnement même des agences. Les questions budgétaires, le contrôle de gestion, le statut des personnels, sont des questions dont l'importance ne doit pas être sous-estimée en matière de tutelle et elles sont examinées périodiquement lors de réunions des secrétaires généraux des agences. Par contre, certains sujets revêtent une importance fondamentale en matière de crédibilité du dispositif et méritent une réflexion commune au plus haut niveau. Il s'agit notamment de :

- l'exercice de la tutelle ;
- l'organisation des saisines (qui peuvent concerner également d'autres organismes d'expertise) ;
- les conditions de l'expertise (déontologie, organisation, qualité, valorisation) ;
- la politique scientifique des agences, la réflexion prospective et l'organisation de la veille scientifique ;
- les relations internationales, en particulier au sein de l'Union européenne ;
- l'évolution des concepts, fonctions et méthodes de sécurité sanitaire ;
- la politique et le système de sécurité sanitaire ;
- l'évolution du champ de compétences des agences.

Certains de ces thèmes ont été débattus lors de séminaires organisés en 2004 et 2006, mais il a paru nécessaire d'organiser des échanges de manière systématique et plus rapprochée. Un Comité d'animation du système d'agences (CASA) a été mis en place, par le ministre, à cette fin au mois de mai 2008.

En guise de conclusion

Le dispositif ainsi décrit correspond à une réorganisation profonde de l'administration qui s'est étalée sur plus d'une dizaine d'années et représentée, en matière santé publique, un progrès considérable. S'il existe dans d'autres pays (États-Unis et Union européenne notamment) des organismes comparables aux agences de sécurité sanitaire françaises, le dispositif développé en France à partir de 1992-1993 est souvent considéré comme un des plus systématisés en ce qui concerne la distinction entre la surveillance épidémiologique, la conduite de l'évaluation de risque et la prise de décision, ainsi que dans l'organisation et le développement de l'évaluation sectorielle des risques. Pour autant, ce système n'est pas figé et ses responsables sont conscients de la nécessité de l'adapter en permanence à l'évolution tant épidémiologique que sociologique.

La veille sanitaire à l'épreuve du terrain : l'expérience des Cellules interrégionales d'épidémiologie (les Cire)

Philippe Quénel¹, au nom de l'ensemble des Cire - Cellules interrégionales d'épidémiologie - Institut de veille sanitaire

1 / Coordonateur de la Cire Antilles Guyane, France

Tous les personnels de Cire, et notamment les coordonnateurs, tiennent, à l'occasion de ce retour d'expérience, à rendre un dernier hommage à leur collègue Vincent Pierre.

Retour sur un passé proche

Longtemps réduite à la surveillance épidémiologique, la veille sanitaire telle que menée sur le terrain (i.e. en Ddass) s'est essentiellement construite, jusqu'à la fin des années 1980, autour de l'animation des systèmes réglementaires de surveillance épidémiologique : celle des maladies à déclaration obligatoire et celle de la mortalité à partir des certificats de décès. Ces deux dispositifs ont constitué pendant longtemps les deux piliers de la veille sanitaire, sans pour autant que leur animation soit très active. Il s'agissait surtout de réceptionner des données, d'en faire des bilans annuels pour en déduire des tendances séculaires, rarement de les utiliser comme des outils d'alerte pour déclencher des actions de contrôle et/ou de prévention. Dans certaines régions, cette surveillance réglementaire a été complétée et enrichie par une surveillance syndromique reposant sur un réseau de médecins sentinelles ; la grippe étant souvent la principale, sinon la seule, problématique surveillée [1].

A côté de cette activité de surveillance épidémiologique, la veille sanitaire consistait également en des investigations de terrain. Mais le plus souvent, celles-ci étaient limitées aux méningites (pour retrouver les sujets contacts) ou aux toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) (pour retrouver l'aliment en cause). Pour ces dernières, un logiciel avait été développé dès 1984 et diffusé à partir de 1988, qui fournissait un cadre opérationnel d'intervention et un outil de traitement et d'analyse de données. Mais il aura fallu attendre le début des années 2000 pour que l'utilisation de cet outil devienne généralisée. Quant au reste, les questions sanitaires en santé environnementale étaient du ressort des ingénieurs du génie sanitaire du Service santé environnement des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) ou des ingénieurs des Directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (Drire), celles en santé au travail du ressort de la médecine du travail, celles en santé scolaire des services du rectorat, les alertes alimentaires des services de l'agriculture etc.

En juin 1992, le Réseau national de santé publique (RNSP) a été créé avec pour mission de coordonner, d'animer et de renforcer les activités de surveillance et d'intervention épidémiologique ; cette mission s'exerçant initialement dans deux domaines prioritaires de la santé publique : les maladies transmissibles et la santé environnementale [2]. Le dispositif de veille sanitaire s'est alors progressivement enrichi d'outils de surveillance et d'analyse d'informations [3].

Dès 1994, l'action du RNSP a été renforcée par la création des premières Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) dans le but d'appuyer les services déconcentrés de l'Etat dans l'accomplissement de leurs missions d'investigation et de gestion des épidémies et des pollutions environnementales. « Objets administratifs originaux », les Cire ont été placées sous l'autorité administrative partagée des Ddass et du RNSP et sous l'autorité scientifique de ce dernier [4], ce double pilotage assurant à la fois une expertise opérationnelle indépendante et la territorialisation de l'action. Initialement, les Cire ont surtout joué le rôle de bureaux prestataires de services techniques et scientifiques auprès des Ddass. Mais, au fil du temps, elles ont contribué à modifier le paysage de la veille sanitaire en faisant de l'épidémiologie de terrain une discipline à part entière du champ de la

santé publique et en démontrant la plus value apportée par un professionnalisme contribuant à asseoir des décisions sur des faits scientifiquement fondés.

En 1998, l'InVS était créé et sa mission d'alerte sanitaire réaffirmée dans la loi de santé publique d'août 2004 [5], complétée par celle de « contribution à la gestion des crises ». En France, comme dans les autres pays, les dispositifs contribuant à la veille et à l'alerte sanitaire se sont ainsi développés par strates successives et ont fait l'objet d'adaptations constantes afin d'en assurer la cohérence. Le concept même de veille sanitaire a connu des évolutions majeures au cours des deux dernières décennies qui ont directement influé, au niveau local, sur les pratiques professionnelles et les jeux d'acteurs.

Le nouveau paradigme de la veille sanitaire

En 2008, si tout n'est pas résolu, des avancées significatives ont été obtenues. Elles ont permis de clarifier le concept de veille sanitaire, de préciser les actions qui y sont rattachées, d'améliorer les articulations entre les différents acteurs et, surtout, de professionnaliser les différents métiers attachés à cette mission. Ces avancées ont été le fruit d'une maturation qui s'est faite à l'épreuve du terrain mais elles résultent également de deux éléments qui, ces dernières années, ont radicalement fait évoluer le paysage de la veille sanitaire en France : d'une part, le Plan relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (Pragsus), introduit dans la loi de santé publique du 9 août 2004 [5], et un référentiel fondateur, le rapport publié par l'InVS en 2005 sur « L'alerte sanitaire en France » [6].

Le Pragsus a permis de clarifier au sein de la veille sanitaire deux dimensions qui, en pratique, ont été trop souvent confondues : d'une part, la surveillance - l'évaluation de la menace de santé publique et l'alerte - et d'autre part la réponse à mettre en œuvre pour faire face à une alerte de santé publique. Néanmoins, sur le terrain, cette distinction est encore trop souvent perçue comme théorique ou artificielle parce qu'au plan organisationnel, la veille sanitaire est un *continuum* allant de l'évaluation à la réponse. Mais cette conception globalisante de la veille et de la gestion, sans spécificité propre à la veille, a pour conséquence que celle-ci est pensée comme pouvant être menée par des généralistes de la santé publique maîtrisant l'ensemble des disciplines concourant à ce *continuum*. Mais n'est pas épidémiologiste, évaluateur de risque, concepteur de programme, communicateur... qui veut, même après avoir suivi des cours comme IDEA, [7], Ecorisque ou autres qui n'ont pas l'ambition de former des experts dans le domaine ! En réalité, la veille sanitaire comporte deux temps, chacun d'entre eux devant mobiliser des expertises diverses, certes complémentaires mais spécifiques.

Quant à la notion d'alerte sanitaire, cette dimension n'a réellement été clarifiée sur le plan opérationnel que tout récemment [6]. Elle se fonde sur le concept anglo-saxon d'*epidemic intelligence* [8]. Il s'agit d'être « à l'affût » des informations et de les recouper, en substituant à la notion classique de veille passive celle de « renseignement épidémique » (au sens du renseignement militaire). La veille sanitaire repose ainsi sur deux grands types d'activités : d'une part la surveillance épidémiologique qui renvoie à la notion de collecte systématique d'indicateurs standardisés permettant, notamment, la détection d'événements inhabituels, du point de vue de leur nature ou de leur intensité. La deuxième activité, certes déjà menée sur le terrain mais de manière empirique et surtout non systématique, est la

réception et le traitement des signaux sanitaires. Après sa réception, qui en soi demande une organisation dédiée, le traitement du signal passe par plusieurs phases : sa vérification et sa validation, son évaluation (c'est à dire la mesure ou l'estimation de la menace sanitaire potentielle associée), le déclenchement de l'alerte devant conduire à la mise en œuvre de mesures de contrôle proportionnées et appropriées, tant à l'échelle locale que nationale ou internationale (dans le cadre du Règlement sanitaire international).

Le temps de la refondation du niveau régional et local

Malgré ces évolutions, ces clarifications et ces nouveaux outils, la veille sanitaire « n'a pas encore transformé l'essai » sur le terrain. Si, au niveau national, la création des agences de sécurité sanitaire a permis, non sans tâtonnements, de mettre en cohérence et rendre opérationnel le principe fondateur de la complémentarité distincte (plutôt que séparation à proprement parler) entre l'évaluation et la décision, cela n'est pas encore vraiment le cas à l'échelon local où les chevauchements, les redondances, ou au contraire les cloisonnements tant culturels qu'institutionnels ou corporatistes constituent encore des freins au développement d'une veille sanitaire efficace et efficiente. Ainsi, au plan national, le dispositif de veille sanitaire repose sur une partition claire des rôles et des responsabilités entre le ministère de la Santé qui est en charge de la gestion des situations sanitaires et les agences de sécurité sanitaire dont l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui est chargé de la surveillance, de la veille et de l'alerte sanitaires ainsi que de l'appui à la gestion. C'est ce partage qui garantit l'efficacité technique et l'absence de conflit d'intérêt. Par contre, aux niveaux régional et départemental, cette logique de partage des responsabilités entre d'une part la veille et l'alerte, et d'autre part la gestion n'a pas été menée jusqu'à son terme : les mêmes services (à savoir les Ddass) étant en charge de la réception et de l'analyse des signaux sanitaires et de la mise en place des mesures de gestion des situations.

Aussi, au cours des dernières années, les Cire ont porté leurs efforts sur le renforcement des articulations et des procédures ainsi que sur la formation des personnels intervenant dans la gestion des situations d'urgence sanitaire. Dans de nombreuses régions, des expériences originales ont pu être menées, des collaborations positives développées entre les Ddass et les Cire, et des programmes de veille sanitaire couplant surveillance – alerte et gestion ont pu faire la preuve de leur faisabilité et de leur utilité. Les Cire sont ainsi devenues des partenaires à part entière et elles occupent aujourd'hui une place clef dans le dispositif de veille sanitaire.

Le dispositif régional de l'InVS compte actuellement dix-sept Cire : quinze métropolitaines et deux ultramarines. Postes avancés de l'InVS en région, elles assurent deux fonctions essentielles :

- une fonction d'épidémiologie d'intervention et d'évaluation quantifiée des risques sanitaires, orientée principalement vers le déclenchement de l'alerte et l'aide à la décision ;
- une fonction d'animation, de structuration et de coordination du réseau régional de veille sanitaire.

En disposant de spécialistes de l'épidémiologie interventionnelle de haut niveau scientifique et technique grâce à l'organisation de véritables parcours professionnels entre l'InVS et les Cire (130 personnes y travaillent dont 85 épidémiologistes), les Cire professionnalisent la veille sanitaire au plan local et elles apportent aux services déconcentrés de l'État une véritable expertise indépendante.

En 2007, près de 50 % de l'activité des Cire a été consacrée au traitement des signaux sanitaires : plus de 1 000 signaux ont été investigués mais ceux-ci ne constituent très vraisemblablement que « la partie émergée de l'iceberg » [9]. En effet, de nombreux signaux arrivent en Ddass sans être transmis à la Cire dès lors que la Ddass n'a pas besoin de son appui. D'autres, sans doute encore plus nombreux, n'arrivent pas en Ddass faute d'avoir été correctement aiguillés ou réceptionnés. En tout état de cause, faute d'outils adéquat et de procédures claires, nul ne peut dire aujourd'hui combien de signaux sont « perdus » chaque année. Une fois validés, certains de ces signaux conduisent à des investigations afin d'évaluer leurs conséquences potentielles sur la santé publique, qu'il s'agisse d'enquêtes épidé-

miologiques ou d'évaluations (quantitatives) de risque sanitaire, dans le champ infectieux, de la santé environnementale ou au travail etc. Parmi les plus récentes, certaines investigations illustrent de façon démonstrative le savoir-faire collectif des Cire en lien avec l'ensemble de leurs partenaires [9].

En 2006-07, les axes stratégiques prioritaires de développement de la veille sanitaire en région qui ont été retenus par l'Invs dans le cadre des Pragsus sont :

- le renforcement du « noyau dur » de la veille sanitaire (Drass/Cire/Ddass) ;
 - le renforcement du premier cercle des partenaires du réseau régional de veille ;
 - le développement et la coordination des systèmes de surveillance à visée d'alerte dont la veille syndromique ;
 - la participation à l'élaboration des plans de réponse ;
 - le développement d'outils de partage d'information.
- C'est sur la base de ce programme que, dès 2009, de nouveaux outils seront mis à disposition au niveau régional visant à renforcer le dispositif de veille sanitaire :
- des Bulletins de veille sanitaire (BVS) qui seront progressivement déployés dans chaque région sous la coordination des Cire,
 - des indicateurs régionaux de surveillance syndromique issus du programme Sursaud (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) piloté au plan national par l'InVS,
 - des plateformes régionales pour la réception, le suivi, le traitement des signaux sanitaires et leur traçabilité.

Un dispositif encore en deçà des exigences de sécurité sanitaire, où la réception et l'analyse des signaux dépendent encore trop de la disponibilité de personnels polyvalents

Malgré ces avancées, l'InVS n'est cependant pas en mesure aujourd'hui de garantir la qualité de la veille sanitaire sur le terrain. Ni celle-ci, ni la gestion des menaces sanitaires ne sont assurées dans des conditions optimales.

Les personnels impliqués dans la réception et l'analyse des signaux en Ddass ne sont pas assez nombreux ; n'ont pas toujours reçu de formation *ad hoc* complémentaire ; ne sont que rarement spécifiquement dédiés à la veille ; sont trop souvent dispersés sur un grand nombre de missions de santé publique et de contrôle sanitaire et ne restent que trop peu de temps sur leur poste pour acquérir une véritable expertise sur les sujets et mettre en place des procédures permettant d'assurer la pérennité des actions. La veille est passive et très rarement proactive. De fait, la réception du signal et l'analyse du signal sont aléatoires et dépendent en grande partie de la disponibilité des personnels. Les réflexions autour du Règlement sanitaire international (RSI) ont pourtant montré l'importance de la recherche active des informations. Si les Ddass reçoivent des signalements en provenance des professionnels de santé ou des alertes intersectorielles (Direction des services vétérinaires, Drire, Direction générale de la santé...), en revanche, elles ne sont pas en mesure de recevoir des signalements à partir de sources moins conventionnelles (veille média, veille scientifique, veille internationale). Elles ne sont pas non plus en mesure d'analyser en continu l'ensemble des indicateurs de surveillance épidémiologique (Centres nationaux de référence, réseaux sentinelles, réseaux de médecin libéraux, données Sursaud, registres, réseaux de laboratoires...).

Par ailleurs, faute de temps, les services déconcentrés peuvent difficilement élaborer ou harmoniser des procédures de gestion des situations d'urgence sanitaire ou d'événements exceptionnels : réponses incomplètes non standardisées, état de préparation insuffisant, manque de moyens, articulation difficile avec les échelons zonaux et les dispositifs dédiés etc. Toutes ces difficultés sont apparues de façon évidente lors de la rédaction des Pragsus. Ces plans devaient en effet comporter deux volets : l'un relatif à la veille (piloté par la Cire, déclinant l'organisation préconisée par l'InVS) et l'autre relatif à l'organisation et la mobilisation des moyens de réponse. Dans la plupart des régions, ce deuxième volet n'a pas été écrit, faute d'une expertise partagée, de cadrage national et d'un pilotage régional

(pas de structure régionale chargée de l'appui à la gestion des situations). Aussi, la mise en place d'une organisation régionale de détection, d'évaluation et de gestion des situations d'urgence sanitaire, dans laquelle chacun des acteurs trouverait sa « juste » place, n'est pas encore réellement opérationnelle.

Dans certaines régions cependant, la séparation de l'analyse du risque (effectuée par la Cire sous l'autorité scientifique de l'InVS) et de la gestion du risque (relevant de la responsabilité des services de l'État), dans une très grande proximité fonctionnelle, a fait la preuve de son efficacité. C'est en particulier le cas dans les Départements français d'Amérique (DFA) où, depuis 2003, les DSDS (Directions de la santé et du développement social, équivalent des Drass-Ddass) ont mis en place des cellules de veille sanitaire dont la mission première est de préparer et d'organiser la réponse de santé publique ; la veille au sens « *epidemic intelligence* » et de la surveillance épidémiologique ayant été placées sous la responsabilité scientifique et la coordination de la Cire Antilles-Guyane. C'est cette organisation qui a permis d'élaborer et de rendre opérationnels des Psage dengue (Programmes de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies de dengue) [10], qui depuis 2004 ont permis à la lutte contre les épidémies de dengue dans les DFA de faire un véritable bond en avant, et de mieux préparer ces trois départements à faire face demain à des épidémies plus fréquentes, plus intenses et plus graves, l'épidémiologie de la dengue évoluant dans la région des Caraïbes vers une hyperendémicité.

Les Agences régionales de santé : l'opportunité de franchir une dernière étape

Les Cire ne viennent encore trop souvent qu'en appui scientifique et technique, en tant que de besoin, auprès des Ddass et des Drass. Si leur pertinence est aujourd'hui largement reconnue par l'ensemble des acteurs de la sécurité sanitaire, leur contribution au dispositif de veille sanitaire est cependant limitée par le manque de clarté sur les missions et rôles dévolus aux différents acteurs locaux.

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires offre l'opportunité d'achever le processus engagé par la loi de 1998 concernant la restructuration de la veille sanitaire, notamment au niveau régional. La mise en place des Agences régionales de santé (ARS) doit être l'occasion de finaliser le dispositif français de sécurité sanitaire en consolidant l'expérience développée

au niveau régional qui, dans certaines régions, a déjà fait la preuve de sa pertinence et de son efficacité.

L'InVS pourrait ainsi se voir confier, *via* les Cire, la centralisation à l'échelon régional de l'analyse et de l'évaluation des signaux sanitaires, qu'ils viennent de l'extérieur ou des services régionaux ou départementaux de l'Etat, ainsi que la coordination régionale de l'ensemble des dispositifs de surveillance épidémiologique. L'InVS serait alors en situation d'assumer pleinement sa responsabilité sur l'ensemble de la chaîne de la veille sanitaire, offrant ainsi aux échelons régionaux et départementaux un appui permanent (24h/24 et 7j/7) et professionnel en matière de veille et d'alerte. Afin d'assurer un maillage territorial adapté aux enjeux ainsi que l'articulation forte et nécessaire avec les services du ministère de la santé chargés de la gestion, ces Centres régionaux de veille sanitaire (CRVS) seraient placés sous la responsabilité de l'InVS et adossés administrativement aux ARS comme le sont actuellement les Cire aux Drass.

Références

- [1] Dab W, Quenel P, Cohen JM, Hannoun C. A new influenza surveillance system in France: the Ile-de-France «GROG». Part two: results of the first five years 1984-1989. *Eur J Epidemiol* 1991; 7(6):579-87.
- [2] Quenel P, Festy B. La santé environnementale: un concept à développer en France. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1995; 13:I-II.
- [3] *Actualité et Dossier en Santé Publique* n° 13, décembre 1995. <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-13/ad132424.pdf>
- [4] Les Cellules interrégionales d'épidémiologie <http://www.invs.sante.fr/regions/index.htm>
- [5] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- [6] Institut de veille sanitaire. L'alerte sanitaire en France: principes et organisation. Rapport d'un groupe de travail; Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2005; 49 p. + annexes. <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/prsp/index.html>
- [7] Cours International d'Epidémiologie Appliquée (IDEA) - <http://www.ehesp.fr/>
- [8] Paquet C, Coulombier D, Kaiser R, Ciotti M. Epidemic intelligence: a new framework for strengthening disease surveillance in Europe. *Eurosurveillance monthly releases* 2006; 11(12).
- [9] Le dispositif régional de l'InVS en 2008: les Cellules interrégionales d'épidémiologie. Missions, activités et propositions pour l'avenir. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2008; 25 p.
- [10] Chaud P, Yébakima A, Bajal N, Bateau A, Bonnet P, Cabié A, *et al.* Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies de dengue (Psage Dengue) en Martinique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, juillet 2006; 25 p. + annexes. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/psage_dengue_martinique/index.html

La sécurité sanitaire de l'alimentation en France : place de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, enjeux et perspectives

Pascale Briand

Directrice générale de l'Afssa

L'amélioration de la sécurité sanitaire des aliments est un objectif important et sensible de l'action des pouvoirs publics. Outre les enjeux de santé publique qui s'y attachent, elle répond à une demande forte des consommateurs, et plus largement des citoyens, qui concerne non seulement la satisfaction d'un ensemble complexe de besoins quantitatifs et qualitatifs, incluant la qualité sanitaire et nutritionnelle des produits et leur adaptation à l'évolution des modes de vie, mais également la qualité des procédés de production en matière d'impact sur le développement durable (aspects environnementaux, économiques, éthiques, protection du bien-être des animaux). Les risques sanitaires évoluent par ailleurs en fonction de l'intensification des flux internationaux d'hommes, d'animaux et de produits, des modifications des modes

de vie, de production, de transformation et d'approvisionnement, du vieillissement des populations et du réchauffement climatique, et imposent une adaptation et une réactivité permanente du dispositif.

La loi de juillet 1998 visait à répondre à ces enjeux et à la demande croissante de sécurité émanant de la société. Le choix d'une architecture institutionnelle et fonctionnelle novatrice a ainsi notamment présidé à la création de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, intervenue dans le contexte de crises sanitaires marquantes survenues dans les années 1980 et 1990, qui a mis en évidence la nécessité de mieux individualiser l'étape d'évaluation des risques sanitaires afin qu'elle soit clairement positionnée en amont de la décision de gestion.

Au regard de ces enjeux, la pertinence du modèle sur lequel l'Afssa a été construite est globalement confortée, tant au niveau national qu'international. En effet le *continuum* des missions de l'Agence (veille, recherche, référence, évaluation et recommandation) et son domaine de compétence étendu (risques sanitaires pour l'homme, les animaux et les écosystèmes) lui permettent d'appuyer ses interventions et recommandations aux décideurs publics et privés, sur une réelle approche globale et intégrée des risques et des bénéfiques et de garantir leur caractère opérationnel.

Missions et compétences

Ainsi, l'Afssa a pour mission de contribuer à la protection et à l'amélioration de la santé publique, ainsi que de la santé et du bien-être des animaux, de la santé des végétaux et de la qualité sanitaire de l'environnement.

Le domaine de compétence de l'Afssa couvre les risques, et le cas échéant les bénéfiques :

- nutritionnels et sanitaires pour l'homme, d'origine alimentaire (y compris ceux liés à l'eau), d'origine animale ainsi que ceux liés à l'utilisation d'intrants végétaux ;
- sanitaires pour les animaux ;
- sanitaires pour les végétaux liés à l'utilisation d'intrants végétaux ;
- pour l'environnement (écosystèmes et milieux) quand ils sont ou peuvent être liés à l'utilisation d'intrants végétaux ou de médicaments vétérinaires ;
- pour le bien-être des animaux.

La mission de l'Afssa se décline, dans son domaine de compétence, en sept missions opérationnelles générales complétées par une mission opérationnelle spécifique au domaine du médicament vétérinaire, qui ont été formalisées dans le contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'État le 4 avril 2007 :

- évaluation des risques sanitaires et nutritionnels et, le cas échéant, des bénéfiques ; sont notamment évalués les risques liés aux nouveaux aliments, aux procédés de traitement des eaux, les risques microbiologiques et physico-chimiques, les risques nutritionnels et les risques en santé et alimentation animales ainsi que les bénéfiques et risques liés aux produits phytopharmaceutiques (pesticides) ;
- recommandation ou proposition de mesures de nature à préserver la santé publique, la santé et le bien-être des animaux, la santé des végétaux et de l'environnement ;
- activités de référence des laboratoires de l'Agence, en assurant des missions de laboratoire de référence (national ou communautaire) ;
- production de connaissances par la conduite de programmes de recherche et d'études en mobilisant les moyens propres de l'Agence et d'autres organismes publics ou privés, ainsi qu'en coordonnant la coopération scientifique européenne et internationale de la France ; valorisation de ces productions par des publications ou des brevets ;
- veille et surveillance ;

- formation et information à l'attention des acteurs de la sécurité sanitaire en France et à l'étranger ;

- représentation de la France au sein du forum consultatif de l'Agence européenne de sécurité des aliments (AESAL) et de coordination des organismes français opérant dans le domaine de compétence de cette dernière (membres du réseau prévu par l'article 36 du règlement 178/2002) ;

- décisions d'autorisation dans le domaine du médicament vétérinaire ; à la différence de ses autres missions, la compétence de l'Afssa dans le domaine du médicament vétérinaire englobe l'évaluation et la gestion des risques.

Enjeux de santé publique

Établissement public et opérateur de l'État, l'Agence sert l'intérêt général, notamment en garantissant l'indépendance de l'évaluation des risques dans les domaines relevant de sa compétence. Son action bénéficie ainsi clairement aux citoyens, les associations de consommateurs agréées disposant par ailleurs d'un droit de saisine qui en font des interlocuteurs directs de l'Afssa.

L'Agence entretient également un dialogue avec les professionnels des secteurs concernés, indispensable pour ancrer son action au plus près de la réalité du terrain et des risques sanitaires récurrents ou émergents.

Le dispositif national de maîtrise de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de santé animale et de protection des végétaux doit ainsi être en mesure de répondre à plusieurs enjeux :

- l'enjeu de la satisfaction des exigences élevées des citoyens à l'égard du niveau de qualité sanitaire de leur alimentation et de son mode de production, incluant des exigences de protection du bien-être des animaux de rente ;
- l'enjeu de l'anticipation et de la prévention des risques et donc des crises sanitaires, économiques et médiatiques ;
- l'enjeu de l'émergence de risques nouveaux, microbiologiques et chimiques, liés à l'accroissement des échanges internationaux et de la circulation des hommes et des produits avec une part croissante des produits importés dans l'alimentation, à la complexification et à l'allongement de la durée des processus de production et de distribution des aliments ;
- l'enjeu de la persistance de risques microbiologiques alimentaires majeurs (ex. salmonelles, *Listeria*, staphylocoques, *Campylobacter*, botulisme) et de la menace que représentent les zoonoses majeures (rage, anthrax, tuberculose, brucellose) et les actions bioterroristes ;
- l'enjeu de la performance et de l'efficacité accrues de l'action de l'État dans un contexte budgétaire contraint ;
- l'enjeu de la lisibilité et de la crédibilité du dispositif national aux yeux des citoyens et des partenaires institutionnels et commerciaux ;
- l'enjeu du respect des obligations réglementaires communautaires (règlements du « paquet hygiène » et droit communautaire en santé animale) ;
- l'enjeu du respect de l'accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (accord SPS) de l'OMC, qui considère les normes de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) comme normes de référence en matière de santé animale et de zoonoses, celles du Codex alimentarius (programme mixte FAO/OMS) en ce qui concerne la sécurité sanitaire des aliments et celles de la CIPV pour la protection des végétaux.

De façon générale, la réactivité des acteurs de la sécurité sanitaire est un gage de leur efficacité. La responsabilité et l'indépendance des opérateurs de l'État que constituent les agences sanitaires, confortées par la mise en œuvre de la loi organique sur les lois de Finances, sont, à ce titre, indispensables. Cette nécessaire autonomie doit cependant se conjuguer à une recherche constante de fluidité des échanges d'informations entre les acteurs impliqués afin d'assurer la synergie des efforts et l'efficacité du dispositif. Les enjeux sanitaires et sociétaux à relever imposent en effet une approche globale des risques et des bénéfiques et le développement des démarches de prévention. L'action conjointe de l'ensemble des acteurs est ainsi nécessaire pour répondre le plus rapidement et efficacement possible aux questions posées.

Encadré Chiffres-clés de l'Afssa

- 11 laboratoires sur 10 implantations géographiques
- Près de 1 100 personnes et près de 600 experts mobilisés au sein des comités
- Près de 100 millions d'euros de budget
- Plus de 4 000 avis et 80 rapports scientifiques rendus depuis la création
- Environ 200 publications internationales à comité de lecture par an
- Plus de 160 000 analyses et diagnostics par an
- 126 essais inter-laboratoires sur 3 ans
- Plusieurs centaines de missions dans le monde par an
- Environ 3 000 médicaments vétérinaires autorisés en France

Complémentarité de la recherche en santé publique et de la veille sanitaire. Institut de veille sanitaire et CépiDc de l'Inserm : les bénéfices d'une coopération naturelle

Éric Joula

Directeur du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm

Je voudrais revenir ici sur mon expérience de la collaboration entre le Centre d'Épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc) et l'Institut de veille sanitaire, commencée depuis bientôt une dizaine d'années, en insistant sur la complémentarité des travaux issus de ce type de collaborations entre organismes de recherche en santé publique et organismes en charge de l'alerte et de la veille sanitaire et sur leurs retombées scientifiques importantes. L'évolution de l'organisation de la santé publique ces 10 dernières années, avec en particulier la création d'un certain nombre d'agences sanitaires, a entraîné un changement d'état d'esprit et de mode de travail entre responsables de la recherche et responsables de la surveillance et de l'action en santé publique, permettant à ces deux domaines de se rapprocher pour leur plus grand profit. Je vais illustrer ce point par certains exemples basés sur le contexte spécifique de l'utilisation des données sur les causes de décès, montrant comment cette coopération a induit des orientations scientifiques innovantes et utiles pour la connaissance et la décision en santé publique.

Le CépiDc de l'Inserm a la responsabilité de la production de la Statistique nationale des causes de décès en France et réalise des études et recherches sur la base de données ainsi constituée. Le CépiDc consacre également une grande part de son activité à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité et de la comparabilité internationale des données produites. Il dispose actuellement d'une base de plus de 20 millions d'enregistrements individuels (environ 530 000 décès annuels depuis l'année 1968). Les collaborations entre le CépiDc et l'InVS portent à la fois sur l'utilisation des données de mortalité dans le contexte des systèmes d'alerte, sur l'analyse épidémiologique de ces données et sur leur utilisation dans le cadre de comparaisons internationales.

Un évènement déterminant : la canicule de l'été 2003

L'épisode dramatique de la canicule de 2003 a marqué une étape importante dans le renforcement de la collaboration entre le CépiDc et l'InVS. La situation de départ n'était pourtant pas très favorable à l'établissement d'une relation « sereine », les difficultés d'évaluation des effets d'une catastrophe sanitaire majeure ayant conduit le gouvernement à nommer des experts de l'Inserm pour établir précisément les conséquences de la vague de chaleur en termes de niveaux et caractéristiques de la mortalité. Bien que complexe au départ, cette situation a permis de rapprocher les deux instituts et a débouché sur des analyses et résultats scientifiques complémentaires. Une série d'études ont pu être ainsi menées en commun, incluant en particulier des modélisations de la relation quotidienne entre chaleur et mortalité. Les résultats ont pu être utilisés ensuite à l'occasion de la survenue de la vague de chaleur de l'été 2006 et ont permis une première évaluation empirique des mesures de prévention décidées après 2003 : l'épisode de 2006 a entraîné un excès de mortalité d'environ 2 000 décès, mais la modélisation effectuée a montré que cet excès ne représentait que le tiers de l'excès de mortalité attendu, les mesures de prévention mises en place ayant sans doute contribué à ce résultat. Parallèlement aux études menées, les deux organismes ont commencé à travailler ensemble à l'intégration des données sur les causes de décès dans les systèmes d'alerte et, plus spécifiquement, à collaborer étroitement sur le système de déclaration électronique des causes de décès. L'application réalisée s'avère très fiable

même si le déploiement du système est encore lent et nécessite une action commune pour stimuler et accompagner les médecins dans l'utilisation de ce nouveau mode de déclaration des décès.

Des collaborations méthodologiques nombreuses et diversifiées

La collaboration entre le CépiDc et l'InVS a également été extrêmement bénéfique dans le domaine du développement des méthodes d'analyse des données de mortalité. Au cours de cette période, l'Inserm a fait évoluer fortement ses méthodes de production afin de mettre à disposition le plus grand nombre de données précises et permettre des analyses plus fines. En particulier, avec le vieillissement des populations et le développement parallèle de maladies chroniques, on est passé d'un concept de cause de décès unique relativement claire à identifier à celui de polyopathologies et de causes concurrentes au moment d'un décès.

Dans ce contexte, des méthodologies d'analyses en causes multiples ont été développées en collaboration avec les responsables de la surveillance des maladies chroniques de l'InVS pour l'étude de pathologies telles que le diabète, le VIH, l'asthme ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Cette approche permet de mieux appréhender le poids réel des pathologies au moment du décès ainsi que les associations avec d'autres causes de décès. Parallèlement, cette évolution méthodologique a permis au CépiDc de mieux orienter la mise à disposition des données nécessaires à ce type d'analyses. L'approche par causes multiples, depuis longtemps rapportée dans la littérature internationale, a pu ainsi avoir une application concrète en France.

Dans le même esprit, une réflexion a pu être engagée sur le potentiel de la prise en compte et de l'analyse des termes médicaux figurant sur les certificats de décès pour appréhender d'une manière plus fiable des problèmes de santé spécifiques, tels que la progression des infections nosocomiales, le poids des morts subites de l'adulte ou celui des décès liés au climat (la seule utilisation des codes de maladies ne permettant pas toujours de réaliser des analyses suffisamment précises).

On connaît les difficultés et obstacles existants en France pour apparier des données issues de bases différentes. Les actions conjointes de l'Inserm et de l'InVS ont eu également des répercussions très positives pour la mise en relation de différentes bases de données et pour encourager des travaux menés en commun par leurs responsables. Je pense en particulier aux études réalisées par le biais d'une prise en compte simultanée des données de mortalité et des données de morbidité des registres. Dans le domaine du cancer, des travaux menés en collaboration avec Francim (Réseau français des registres du cancer) ont ainsi abouti à des publications sur l'évolution nationale de l'incidence des pathologies et de la mortalité selon différentes localisations ainsi que sur les taux de survie. D'autres études sont actuellement initiées sur la possibilité de mettre en parallèle, et si possible en relation directe, les données de mortalité avec les données du PMSI ou les ALD. L'InVS a pris une grande responsabilité dans la coordination de ces travaux réalisés en commun sur des bases de données complémentaires.

Du fait de leur disponibilité croissante, les données de mortalité sont de plus en plus utilisées dans un contexte de comparaisons internationales. Les comparaisons effectuées ont des retombées importantes dans la mise en évidence de problèmes spécifiques dans un pays (voir par exemple, les

indicateurs relatifs à la loi de santé publique). C'est sur la base de comparaisons internationales que l'on a défini comme priorités de santé publique en France la lutte contre la mortalité « prématurée » ou contre des morts violentes telles que les accidents de la route ou le suicide. L'analyse de la qualité et de la fiabilité de ces données constitue un préalable à leur utilisation. Le CépiDc conduit depuis longtemps des actions internationales dans ce domaine (en particulier dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé et d'Eurostat). L'InVS s'est associé étroitement à ce type de travaux, notamment aux analyses menées dans le domaine de la comparabilité internationale des méthodes de déclaration de la mortalité accidentelle. Ce type d'études est particulièrement important dans la perspective d'une réflexion commune sur l'évolution des modes de catégorisation des causes de décès et de l'élaboration de la prochaine révision de la Classification internationale des maladies (CIM11).

Le BEH

Je ne voudrais pas conclure sans évoquer également l'évolution du Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Le BEH a une place très spécifique dans le paysage des publications de santé publique en France. Son originalité est de permettre une diffusion rapide de données épidémiologiques de la manière la plus pédagogique possible, tout en gardant un système d'évaluation de la fiabilité et de la qualité des résultats publiés. Ces données, souvent rassemblées dans un dossier thématique, sont reprises très fréquemment par les médias et couramment utilisées par les professionnels de la santé. La remarquable évolution du BEH est liée à la volonté d'en faire un lieu de publication disponible pour l'ensemble des professionnels de la santé publique quelle que soit leur provenance. Les chercheurs peuvent ainsi y faire diffuser des résultats qui ont été parfois moins bien valorisés à l'occasion d'une première publication dans une revue internationale, les deux modes de publication n'étant bien sûr aucunement exclusifs l'un de l'autre. Le CépiDc a eu ainsi régulièrement l'opportunité de valoriser rapidement des informations épidémiologiques validées importantes (par exemple, la prépondérance du cancer en tant que cause de décès en France à partir de l'année 2004).

L'avenir

A travers cette rapide illustration des relations fortes établies entre l'InVS et le CépiDc de l'Inserm, j'ai cherché à montrer que les deux organismes ont tiré grand profit de collaborations communes et complémentaires, tant dans le domaine de l'analyse des données que dans celui des avancées méthodologiques. Les travaux menés en commun ont permis, dans un contexte pragmatique qui n'est pas forcément celui qui caractérise toujours l'approche coopérative française, l'analyse et la diffusion de données de qualité, importantes pour la santé publique.

Dans les prochaines années, d'importants challenges se dessinent qui nécessiteront une accentuation des réflexions et actions communes. Parmi tous les travaux à mener, deux domaines de collaboration m'apparaissent particulièrement essentiels. En premier lieu, la déclaration des événements « indésirables » pour laquelle il existe actuellement une demande institutionnelle pressante de remontées d'informations. La palette des événements à surveiller dans ce cadre est *a priori* très large : iatrogénie, infections nosocomiales, suicides, grippe, problèmes de santé liés au climat... La mise en place de systèmes de déclaration spécifique, même si les événements à surveiller sont d'ordre différent, devrait pouvoir être appréhendée avec des méthodologies proches (authentification des déclarants, transmission électronique des données, sécurité des transferts...) et s'intégrer dans une stratégie d'ensemble prenant en compte les expériences spécifiques réciproques. Outre les économies d'échelle ainsi réalisées, on évitera également le risque de bâtir des systèmes multiples et concurrents de recueils d'informations qui ne pourraient finalement pas fonctionner efficacement.

Un autre domaine important est celui du traitement des risques environnementaux. La réponse à apporter aux alertes, aux signalements de clusters de maladies et plus généralement aux interrogations croissantes sur des risques encore mal connus, devrait également être appréhendée dans le cadre de collaborations renforcées. Cette démarche permettra de faire face à des problèmes épidémiologiques complexes en mettant en commun des expertises et des savoir faire complémentaires.

Santé publique et médias

Martine Perez

Médecin, Rédactrice en chef du service sciences-médecine du Figaro

Au cours des vingt dernières années, les questions de santé publique ont occupé une place de choix dans la presse, qu'elle soit écrite ou audiovisuelle. Preuve, s'il en est, que ces sujets intéressent la population et sont considérés comme pouvant augmenter l'audience télévisuelle ou les ventes de journaux. Jusqu'alors, la presse avait un attrait quasi-exclusif pour la médecine triomphante, celle qui greffe des organes, découvre de nouveaux traitements, améliore les taux de guérison des cancers... Dans les décennies précédentes, si les succès de la médecine étaient salués à chaque fois comme des révolutions salvatrices, les échecs eux n'indignaient pas grand monde. Depuis le début des années 1980, la presse s'est passionnée donc pour les questions de santé publique. Elle est même devenue un partenaire à part entière sur ces sujets et un acteur désormais incontournable pour les pouvoirs publics, les associations, les politiques, les scientifiques, les épidémiologistes. Elle doit donc, à ce titre, faire preuve d'un sens de la responsabilité à la hauteur de cette implication. Le Bulletin épidémiologique

hebdomadaire qui m'a fait l'honneur de me solliciter pour écrire cet article sur les liens entre médias et santé publique, doit par exemple savoir que les journalistes en charge de ces dossiers, examinent religieusement le BEH tous les mardis à la recherche d'une information sur la santé des populations qui pourrait être exploitée médiatiquement.

La presse est aujourd'hui impliquée à plusieurs niveaux sur les questions de santé publique. D'une part, lors des crises sanitaires d'intensité plus ou moins aiguës qui émaillent très régulièrement la vie de notre pays, les médias deviennent très souvent, non pas seulement des observateurs avisés qui rendent compte fidèlement de ce qui se passe, mais aussi parfois des acteurs, qui mettent en garde, dénoncent, traquent une vérité différente de celle qui est officiellement proposée. Par ailleurs et de manière plus générale, les journalistes jouent un rôle fondamental dans la transmission des messages de santé publique. Non pas parce qu'ils se considèrent forcément comme partenaires des institutions sanitaires et s'estiment investis de missions de

prévention, mais tout simplement parce que dans les activités d'informations dévolues à un journaliste médical ou scientifique, il y a aussi celles de faire connaître les dangers du tabagisme, de l'obésité, du cannabis...

Le rôle de la presse dans les crises sanitaires est devenu central au tout début des années 1990. C'est à ce moment là qu'a démarré l'affaire dite du sang contaminé par l'enquête d'une journaliste Anne-Marie Casteret qui après avoir analysé beaucoup de documents et rencontré un certain nombre de scientifiques, en a conclu que la contamination des hémophiles par le virus du sida au milieu des années 1980 était au moins en partie liée aux décisions prises par le directeur général du Centre national de transfusion sanguine. Sans l'intervention de cette journaliste, il n'y aurait pas eu d'affaire du sang contaminé en France. Toute la presse à l'époque s'est emparée de ce dossier, dans un climat de guerre civile, traquant des documents inédits, analysant les responsabilités des uns et des autres, surfant même sur les règlements de compte entre scientifiques pour obtenir des informations inédites et les diffuser. Après plusieurs années de folie médiatique, l'affaire a fini par s'éteindre, avec la condamnation à deux ans de prison du directeur général du Centre national de transfusion sanguine et la relaxe de toutes les autres personnes mises en cause. Si l'affaire du sang contaminé a été une particularité française, la contamination des hémophiles a été malheureusement similaire dans la majorité des pays occidentaux, en Espagne, Allemagne, Italie, USA où toutes ces mises en cause de politiques et de médecins ont pas eu lieu, en tout cas pas de manière aussi explosive. L'intervention massive de la presse en France dans cette affaire a incité les politiques à restructurer complètement le champ de la santé publique. Cette implication de la presse a joué un rôle leader, notamment dans la création des agences sanitaires en 1998, Agence du médicament, de l'alimentation, de la veille sanitaire, de l'environnement, Afssa, Afssaps, InVS...

A peine l'affaire du sang contaminé était-elle définitivement remise, que celle dite de la Vache Folle a émergé. Avec un nom pareil (traduction directe de l'anglais *mad cow*), la peur et la curiosité étaient garanties. Si la presse –il faut être capable de reconnaître ses défauts– a une petite tendance en matière de santé publique à surfer sur les peurs de la population, à sa décharge, il n'est pas évident, face à l'incertitude de ne pas imaginer le pire. Les hommes politiques après avoir été mis en cause dans l'affaire du sang contaminé et s'être vus reprocher de ne pas avoir anticipé la contamination massive des hémophiles, mais aussi des transfusés et des toxicomanes, ont pris une grande leçon de prudence et d'humilité. Et c'est ainsi que s'est imposé le principe de précaution en sécurité sanitaire. Face à la crainte de mise en cause médiatique, le politique préfère en matière de santé publique faire preuve d'un excès de prudence, que personne pour l'instant ne lui a jamais reproché. Confrontés à de nombreuses incertitudes, comme la durée exacte de l'incubation de la maladie, le pourcentage de Français exposés ou encore l'importance du risque de transmission par des produits sanguins, les épidémiologistes, suivis par les politiques ont été dans un premier temps très alarmistes quant aux nombre de cas qui pourraient survenir. La presse, une fois de plus, s'est trouvée aux premières loges encore pour répercuter ces interrogations et répondre à la question cruciale et pragmatique que se posaient les Français à l'époque et à laquelle personne ne savait franchement répondre : faut-il encore manger de la viande ? Certains scientifiques reprochent aux journalistes d'en faire « trop » et de créer une situation de panique. Mais par exemple, dans la chute de la consommation de viande de bœuf qu'a connue notre pays à la fin des années 1990, y a-t-il eu réellement un emballement médiatique, ou simplement une traduction dans la presse des craintes réelles des politiques ? Les incertitudes des scientifiques, traduites en langage courant, vulgarisation oblige, conduisent à de telles situations.

On a reproché parfois aux journalistes scientifiques d'être instrumentalisés par le politique. Mais ce sont les politiques eux-mêmes qui utilisent les

crises sanitaires comme des instruments de pression. Le Premier ministre mis en cause dans l'affaire du sang contaminé –à mon humble avis de manière injuste–, en sait quelque chose. Prenons maintenant l'exemple de la canicule de 2003, qui a valu au ministre de la santé d'alors d'être congédié sous l'influence d'une bronca alimentée par les politiques et reprise par les journalistes. La canicule cette année là a fait 70 000 morts en Europe. L'Italie a été le pays le plus touché avec 20 000 morts, mais c'est le ministre de la santé français qui a fait les frais de cette vague de chaleur. Fin août 2003, les épidémiologistes calculent que près de 15 000 personnes sont mortes d'un coup de chaleur, lié à des conditions climatiques exceptionnelles début août. Ce n'est que des années après que l'on mesurera l'ampleur de la mortalité dans le reste de l'Europe. Les politiques ont reproché une communication défectueuse, un retard à l'allumage pour reconnaître la tragédie. Mais ces reproches viennent des politiques et non pas de la presse qui les répercute avec plus ou moins de malice... Pourtant, il est clair qu'aucun gouvernement dans les vingt dernières années, de droite ou de gauche, n'avait envisagé une telle tragédie et n'avait mis en place un système d'alerte et de prévention des canicules, système sans lequel leur gestion dans l'urgence est illusoire.

Très rapidement, après la canicule, une autre épidémie représentant une menace potentielle bien plus importante a émergé : celle de la grippe aviaire. Et après la découverte d'un nouveau virus de la grippe chez des volailles en Asie du Sud-Est, capable de contaminer l'homme et de le tuer et capable aussi de circuler partout dans le monde, la grippe aviaire est devenue un sujet de préoccupation médiatique émergent. Mais comment faire pour rendre compte honnêtement d'une menace réelle, qui peut représenter une tragédie pour l'avenir, mais qui pour l'instant n'a pas fait de victimes dans la population des pays industrialisés et finalement assez peu dans ceux en voie de développement ? C'est toute la difficulté de la communication sur ce sujet.

Entre septembre 2005 et avril 2006, la France a vécu au rythme d'une psychose, entretenue par certains hommes politiques, quelques médecins et des journalistes. Des centaines de milliers de personnes allaient mourir, branle-bas de combat et sauve qui peut ! Quelques citoyens prévoyants en ont profité pour faire des razzias sur le Tamiflu, le sucre, l'huile ou la farine... Alors, avons-nous été victimes d'un mirage, d'une folie collective, d'un principe de précaution appliqué de manière écervelée, ou avons-nous subi les effets d'une campagne médiatique démesurée nous faisant prendre un risque potentiel pour une menace réelle et immédiate ? Pour autant, la menace d'une épidémie de grippe aviaire dévastatrice est loin d'être levée et ne le sera sans doute jamais.

Mais les hommes politiques français, parce qu'ils sont mis en cause systématiquement à chaque crise sanitaire, préfèrent parfois, face à un risque incertain, sortir l'arme de la surcommunication anticipatrice plutôt que celle de la communication adaptée à la réalité des faits. D'autant que gouverner, c'est prévoir et que pour prévoir, la réalité des faits n'est pas suffisante. C'est cette anticipation qui en étant reprise par les médias devient inquiétante et qui vaut aux journalistes le reproche fréquent « de jouer avec les peurs » de la population. Pour les politiques, il vaut mille fois mieux s'entendre dire que l'on en a trop fait plutôt que de se voir reprocher devant le juge médiatique –dans un premier temps– de n'avoir rien vu venir.

Les médias ont souvent accusé les autorités sanitaires françaises de ne pas en avoir fait assez dans le passé, lors de crises sanitaires. Vont-ils leur reprocher d'en faire trop ? Après le sacro-saint principe de précaution, souvent difficilement soluble dans les réalités sociales et économiques, les chercheurs travaillent sur des modèles d'anticipation des risques par analyse des « signaux » qui rendront peut-être mieux compte de la réalité des risques à venir... En attendant, les scientifiques, les politiques et les médias, représentent une sorte de triptyque autour duquel se construit désormais la représentation des crises sanitaires.

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, son histoire et son rôle dans le partage et la diffusion de données épidémiologiques

Elisabeth Bouvet

Première rédactrice en chef du BEH (1983-1999)

Quelle est l'origine du BEH ? Les trois périodes...

Avant 1983

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) est né en 1983 de la métamorphose du Bulletin hebdomadaire d'information épidémiologique du ministère de la santé, simple feuille ronéotypée récapitulant chaque semaine les déclarations des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (DO). Les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) devaient transmettre chaque semaine au ministère chargé de la santé, au bureau des maladies transmissibles de la Direction générale de la santé (DGS), le nombre de cas de chaque maladie à DO qui leur avait été déclaré. Le bulletin édité par le ministère comportait alors un grand tableau comptant autant de lignes que de départements et autant de colonnes que de maladies à DO (environ 60 à l'époque). Sur la dernière ligne, le total cumulé pour l'année en cours était rapporté. La dernière page laissait un peu d'espace permettant d'ajouter quelques informations rédigées par les médecins du bureau des maladies transmissibles.

Avant 1983, Le bulletin était donc un simple rapport synthétisant les données transmises par les Ddass au ministère de la santé, chaque semaine. Imposer cette remontée d'informations hebdomadaire aux services départementaux avait comme corollaire, pour l'autorité sanitaire nationale, de produire avec la même périodicité un tableau récapitulatif adressé à chaque département. Les destinataires de ce bulletin tiré à quelques centaines d'exemplaires étaient essentiellement les services de l'État : Ddass, Drass, services ministériels en charge de la santé ou d'autres ministères concernés par la santé. Les autres destinataires individuels étaient des médecins de santé publique, les membres du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et les laboratoires de référence.

Les commentaires étaient absents ou rares, et ajoutés en quatrième page. Ils consistaient généralement en une information sur une épidémie ou une donnée nouvelle non commentée.

La question de l'utilisation de ces données ne se posait pas : le bulletin avait alors une fonction purement administrative.

1983, naissance du nouveau BEH

En 1983, la naissance d'un nouveau BEH est contemporaine de la rénovation de la santé publique du début des années 1980. Ce BEH qui prit alors, à quelques modifications près, sa forme actuelle, a pu être diffusé grâce au financement de la Direction générale de la santé (DGS). Il avait alors été conçu comme un outil d'échanges entre le ministère chargé de la santé et les professionnels de terrain œuvrant dans le champ de la santé publique. Les principes fondateurs étaient les suivants : fournir des recommandations et des informations administratives et épidémiologiques utiles pour la pratique médicale et la santé publique ; être une source d'informations sur les nouvelles maladies, essentiellement les maladies transmissibles dont le contrôle nécessitait une réponse rapide. A cette époque où Internet n'existait pas et où de grands bouleversements sanitaires étaient en cours, le BEH a été le vecteur d'une information rapide dont les acteurs de terrain, dans le domaine des maladies infectieuses, avaient besoin pour

travailler efficacement. Cet outil a pu prendre toute sa place car il était devenu indispensable à l'exercice de la santé publique pour les médecins inspecteurs et autres acteurs des services déconcentrés et de l'État mais aussi des collectivités territoriales.

Le BEH restait alors essentiellement un outil de diffusion et d'échanges d'informations de nature administrative ou épidémiologique dans le domaine quasi-exclusif des maladies transmissibles entre les acteurs publics de la santé et les instances administratives dont ils dépendaient.

Les données épidémiologiques rapportées dans le bulletin étaient majoritairement issues de la DO, mais aussi des centres de référence et d'instances internationales. Petit à petit, des travaux réalisés par des équipes de terrain ont pu être publiés dans le BEH avec l'idée de leur permettre de se faire connaître, et d'en élever la qualité par l'exigence d'un comité de rédaction composé de médecins de santé publique travaillant à la DGS.

Le BEH a pris sa forme actuelle après 1983 à la faveur de la reconnaissance de l'épidémiologie comme support de l'action de santé publique. Il est intéressant de signaler que l'enthousiasme suscité par le développement d'une surveillance épidémiologique moderne, qui supposait un dialogue et une interaction de plus en plus grands entre les épidémiologistes, les médecins de santé publique et les praticiens libéraux ou hospitaliers, a fait envisager un moment la diffusion gratuite à tous les médecins en exercice et finalement a conduit à proposer gratuitement le BEH à tout médecin qui en ferait la demande. C'est ainsi que l'abonnement au BEH est resté gratuit pour tous pendant quelques années, ce qui témoignait d'une volonté généreuse de faire participer le plus largement possible la communauté médicale à la maîtrise des phénomènes épidémiques et transmissibles.

En 1983, les rédacteurs du BEH étaient les médecins du bureau des maladies transmissibles qui chaque semaine, à partir des informations internationales provenant essentiellement de l'OMS, des publications nationales et internationales, des avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, des informations des centres nationaux de référence, rédigeaient des articles, avec comme objectif l'amélioration de la pratique des médecins de santé publique des services départementaux. Les circulaires et autres textes réglementaires utiles à la pratique de la santé publique dans le domaine des maladies transmissibles (tels que les recommandations de vaccination contre l'hépatite B pour les professionnels de santé, ou pour la prévention de la transmission des infections transmises par le sang) y étaient largement rapportés.

1983-1999

Entre 1983 et 1990, le sida en pleine émergence a fait l'objet de nombreux articles destinés à informer les acteurs de santé publique de l'état des connaissances sur la transmission, l'agent responsable, les méthodes de prévention, l'épidémiologie de cette nouvelle maladie. Le BEH a joué pendant cette période un rôle fondamental de transmission de l'information sur le VIH et le sida auprès des professionnels de santé concernés. Il a ainsi contribué largement à la qualité de la surveillance de l'épidémie de sida par

un taux de déclaration jamais atteint pour une maladie à DO (plus de 85 % des cas).

Dès la naissance du Réseau national de santé publique (RNSP) en 1992, le BEH a intégré dans son comité de rédaction des épidémiologistes de ce nouveau réseau.

À partir de cette date, le plan de diffusion du BEH s'est élargi tandis que les exigences du comité de rédaction vis-à-vis des rédacteurs d'articles soumis augmentaient, tentant de donner à cette publication « administrative » un statut de publication scientifique. Une maquette avait été adoptée : chaque numéro devait comporter au moins deux articles originaux, à l'exception des numéros spéciaux thématiques plus étoffés. La quatrième page rapportait toujours le récapitulatif des déclarations obligatoires, classées par département dans chaque région. Les thèmes retenus étaient toujours très largement représentés par les maladies transmissibles. Chaque année, un numéro devait être consacré à la situation épidémiologique de certaines maladies sensibles, telles que la tuberculose, les infections à méningocoques, le réseau des médecins sentinelles, le paludisme. Le sida était l'objet d'un BEH trimestriel puis semestriel.

Depuis 1999

En 1999, la rédaction en chef est confiée à un médecin du nouvel Institut de veille sanitaire et surtout le bulletin devient l'une des charges de l'InVS ; le secrétariat et l'adresse du BEH lui sont alors transférés. En effet, la création de l'InVS en juillet 1998, avec comme mission d'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, avait comme conséquence de lui octroyer un outil de communication et d'échanges avec le tissu des professionnels de santé. Le BEH est donc le témoin de l'évolution de la stratégie de surveillance épidémiologique.

Le BEH est toujours l'instrument de diffusion des recommandations des instances consultatives placées auprès de la DGS.

Le BEH a été pendant longtemps un outil de communication de la DGS vis-à-vis des professionnels de santé d'une part, de la population d'autre part. Dans les deux cas, les journalistes étaient les destinataires privilégiés du bulletin qui leur était adressé en avant-première, pour qu'ils retransmettent à la population et aux professionnels non spécialisés l'information sur l'épidémiologie de certaines maladies sensibles et leur prévention. Le BEH remplissait donc une fonction pédagogique et de stimulation des acteurs potentiels de l'intervention dans le champ de la santé.

Dans la forme les articles devaient être courts, car destinés aux professionnels de santé et avoir un intérêt pratique. Les thèmes étaient des sujets d'actualité concernant les maladies transmissibles, l'environnement, les intoxications, les accidents, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, ou toute autre pathologie revêtant un caractère de santé publique. Le délai de

réponse devait être court, le délai de publication était lui aussi très court en raison de son caractère d'actualité.

Fait important, il a toujours été dit que la publication d'un article dans le BEH n'empêchait pas sa publication ailleurs, affirmant ainsi la volonté des responsables de la publication de faciliter la diffusion rapide d'informations épidémiologiques importantes dans la pratique pour la communauté médicale sans compromettre le lourd processus de validation scientifique.

Quel avenir ou positionnement du BEH pour le futur ?

Le BEH a été l'outil privilégié de la fin du XX^e siècle pour diffuser l'information épidémiologique naissante, essentiellement dans le domaine des maladies transmissibles et de leur prévention, outil essentiellement destiné aux professionnels de santé.

Il a reflété pendant toutes ces années les changements administratifs de l'organisation de la santé publique en France et l'actualité des épidémies, en particulier du sida qui a été pendant plusieurs années son thème favori. Les orientations de la politique de santé ont souvent été énoncées dans le BEH avant d'être adoptées, ce qui permettait de lancer un débat et de prendre le pouls de l'opinion.

Le BEH a beaucoup changé depuis 1999 et ses missions ont évolué avec la maturation du système de surveillance des maladies et la création de nombreux autres outils de communication.

La question de son positionnement actuel se pose. En effet, de nombreuses possibilités de diffusion rapide de l'information épidémiologique existent sans le besoin du support du BEH : le ministère de la santé utilise son site internet pour faire connaître aux praticiens les textes et recommandations des instances consultatives, les données de la déclaration obligatoire sont disponibles sur le site de l'InVS... La question actuelle est peut-être celle de trop d'informations. Le rôle essentiel du BEH pourrait être de faire le point sur des questions de santé d'actualité en apportant les éléments objectifs de la prise de décision et le point de vue des autorités sanitaires pour éclairer au mieux les éléments du choix. L'orientation actuelle de la ligne éditoriale va tout à fait dans ce sens en publiant régulièrement des numéros thématiques très riches qui permettent de faire connaître des travaux originaux et utiles aux acteurs de santé publique. Le maintien d'une périodicité hebdomadaire peut alors se discuter.

Remerciements à Anne Laporte, membre du Comité de rédaction du BEH de 1987 à 1995, pour son aide et sa mémoire.

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 citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
N^oCPP : 0206 B 02015 - N^oINPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge
146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques
12 rue du Cap Vert - 21800 Quétigny
Tél. : 03 80 48 95 36
Fax : 03 80 48 10 34
Courriel (provisoire) : ddorey@alternatives-economiques.fr
Tarifs 2008 : France et international 52 € TTC