

**L**e dispositif  
de veille  
et de sécurité  
sanitaires



## ● L'InVS et le dispositif français actuel

La veille sanitaire est une fonction essentielle de la santé publique. En France, elle est régie par la loi relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme (loi n°98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998). Dans ce cadre, l'Institut de veille sanitaire (InVS) s'est vu confier par le législateur plusieurs missions majeures : surveiller l'état de santé de la population, détecter toute menace ou urgence pour la santé publique, en alerter les pouvoirs publics, et orienter les mesures destinées à contrôler ces menaces aiguës mais aussi à prévenir les risques sanitaires. L'InVS est donc l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et ses travaux sont destinés à les aider dans leurs décisions concernant les politiques de protection de la santé et de prévention des risques. Ils sont également destinés à l'ensemble des acteurs de la santé publique et aux citoyens, premiers concernés par les risques collectifs.

Pour assurer ses missions, l'InVS s'est structuré en différents départements scientifiques correspondant à autant de thématiques de santé publique ; il contribue à l'organisation du dispositif de veille sanitaire en développant ses partenariats tant au niveau national que régional, en collaboration avec l'administration centrale et les services déconcentrés, de même qu'avec les instances européennes et internationales.

La structure de ce dispositif de veille sanitaire animé et coordonné par l'InVS a été décrite dans le rapport 2001. Depuis, le dispositif s'est étoffé avec de nouveaux réseaux de surveillance, un rôle croissant des professionnels de santé, le développement des structures régionales : ce sont ces nouveautés qui sont présentées dans le rapport 2002, de même que les mises à jour correspondant à la surveillance européenne et internationale, ainsi qu'aux activités de formation et de documentation. Plus prospective, la dernière partie de ce chapitre décrit les évolutions stratégiques programmées du dispositif de veille sanitaire.

### Le développement des réseaux nationaux pour la surveillance

L'extension progressive du champ d'action de l'InVS passe par le développement et la consolidation des réseaux nationaux de partenaires. En 2002, ce développement a concerné le réseau de surveillance sanitaire des cancers, les réseaux de surveillance des risques professionnels, tandis qu'ont été confortés d'autres réseaux existants au premier rang desquels le réseau des CNR mais aussi les réseaux de surveillance de la résistance aux antibiotiques.

#### – Réseaux de surveillance des maladies infectieuses

- **Les Centres nationaux de référence (CNR)** sont des laboratoires ou des unités au sein d'établissements de soins, d'enseignement ou de recherche, publics ou privés, qui ont un rôle d'expertise notamment microbiologique et participent, en partenariat avec l'InVS, à la surveillance des maladies infectieuses et à l'alerte des autorités sanitaires. Conformément à l'arrêté du 29 juin 2001 relatif aux CNR pour la lutte contre les maladies transmissibles, ils ont été renouvelés en

2002, sur la base d'une expertise scientifique et technique conduite sous l'égide du Comité des CNR placé sous la responsabilité du Directeur général de l'InVS (cf Rapport annuel 2001). Cette expertise a constitué le socle de l'avis rendu à la DGS par l'InVS en vue de la nomination des CNR par le ministre chargé de la Santé. A l'exception du CNR syphilis, tous les CNR dont la liste avait été définie par le Comité des CNR, en 2001, ont été nommés pour une durée de trois ans (2002-2004). Les arrêtés du 26 avril et

#### Le Comité des CNR

Créé par l'arrêté du 29 juin 2001 et placé sous la responsabilité du Directeur de l'InVS, ce Comité est composé de 11 membres : 4 représentants de l'InVS et de la DGS et 7 experts en épidémiologie, microbiologie, virologie ou santé publique. C'est ce Comité qui a établi en 2001, une liste de 46 agents infectieux nécessitant un CNR, de même que pour chacun d'eux, un cahier des charges spécifique. Ce Comité coordonne l'évaluation des CNR en vue de leur renouvellement qui a lieu tous les trois ans.

Composition du Comité des CNR  
Président : Pr Dominique Peyramond.  
Au titre d'experts en épidémiologie, microbiologie, infectiologie ou santé publique : François Denis, Paul Deny, Alain Le Coustumier, Dominique Peyramond, Pierre-Alain Raeber, Marc Struelens, Isabelle Saint-Girons.  
Au titre des représentants du ministère de la Santé : Vincent Pierre, Thanh Le Luong.  
Au titre de représentant de l'InVS : Jean-Claude Desenclos, Henriette de Valk.

du 16 octobre 2002 ont rendu publique la nouvelle liste des CNR ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)). En 2002, l'InVS a été associé à l'élaboration des conventions tripartites entre chaque CNR nommé, l'InVS et la DGS qui fixent les conditions de mise en œuvre des programmes d'activité des CNR et le montant des subventions versées par l'Etat.

En novembre 2002, l'InVS a organisé, en collaboration avec le Comité des CNR et la DGS, un séminaire des CNR qui a rassemblé pour la première fois tous les responsables récemment renouvelés et nommés. Ce séminaire a été le lieu de rencontres et d'échanges d'expériences concernant les missions et les questions scientifiques ou organisationnelles auxquelles les CNR sont confrontés. Cette rencontre qui a vocation à devenir périodique, vise à construire à terme un véritable réseau des CNR. Dans cette perspective, l'InVS s'attachera en 2003 à assurer un suivi des activités des CNR et à consolider ce réseau.

• **Les réseaux de surveillance de la résistance aux antibiotiques en médecine de ville** se sont renforcés en 2002.

– *Le réseau national de surveillance de la sensibilité aux antibiotiques des pneumocoques* s'est renforcé avec le développement fin 2002 d'un partenariat entre l'InVS, le CNR des

pneumocoques et les Observatoires régionaux du pneumocoque (ORP). Une charte définit l'organisation de ce réseau et le rôle des différents partenaires. Les ORP créés en 1995 sont actuellement au nombre de 22 et présents dans toutes les régions françaises. Ils regroupent des services hospitaliers de microbiologie et des laboratoires privés volontaires, et réalisent tous les deux ans depuis 1997 des enquêtes annuelles permettant la collecte d'informations épidémiologiques sur les pneumocoques isolés en situation pathogène. Les souches isolées des méningites et des

septicémies sont adressées au CNR des pneumocoques pour expertise complémentaire dans le cadre de la surveillance des sérotypes vaccinaux et de la sensibilité aux antibiotiques. L'InVS apporte son soutien institutionnel et scientifique à ce réseau national de veille qui suit les tendances des infections et des sérotypes, et détecte l'émergence de nouvelles résistances. Il contribuera à l'évaluation des politiques publiques mises en œuvre, notamment l'impact du programme de vaccination sur la répartition des sérotypes et la sensibilité aux antibiotiques. L'implication de laboratoires privés dans les ORP permet en outre, d'obtenir des informations spécifiques sur l'évolution des résistances des pneumocoques dans les infections ORL et pulmonaires traitées en médecine de ville. Le soutien de l'InVS permettra de pérenniser un outil de surveillance incontournable sur un sujet prioritaire, puisque la France est l'un des pays d'Europe les plus concernés par la résistance des pneumocoques aux antibiotiques.

– *Une étude testant la faisabilité d'un système de surveillance électronique des infections diagnostiquées en médecine de ville à partir des données d'un réseau sentinelle de biologistes de ville (Labville)* a été menée en 2002.

Ce projet de réseau de surveillance des infections en ville et de leur sensibilité aux antibiotiques prévoit la participation de 70 laboratoires privés d'analyses de biologie médicale, qui ont été sélectionnés par tirage au sort aléatoire en 1999. Ils sont répartis dans les 22 régions françaises de façon à représenter 5 % de l'activité des laboratoires de ville au niveau régional et national. L'étude de faisabilité a été réalisée auprès de six des 70 laboratoires pilotes, utilisant différents automates de bactériologie et systèmes informatiques, présents dans tous les laboratoires Labville. Cette étude a montré qu'il était possible d'extraire, par voie électronique, les résultats des analyses bactériologiques des automates ainsi que les informations démographiques des systèmes informatiques de ces laboratoires pilotes, et de les importer dans une base de données standardisée (logiciel WHONET développé par l'OMS). Des analyses ont pu vérifier la qualité, la pertinence et la représentativité de ces données au vu des objectifs de surveillance des infections diagnostiquées en médecine de ville. L'étude a souligné la nécessité de disposer d'indicateurs

### Le pneumocoque : de moins en moins sensible aux antibiotiques

Hôte habituel du pharynx, le pneumocoque (ou *Streptococcus pneumoniae*) est une bactérie souvent impliquée dans les infections respiratoires et ORL de l'enfant et de l'adulte, surtout aux âges extrêmes. Elle peut être responsable d'otite, de sinusite, ou de pneumonie, mais aussi de septicémie ou de méningite. Alors que ce germe fréquent était naturellement très sensible aux antibiotiques usuels, des souches de sensibilité diminuée à la pénicilline G sont apparues en France dès 1979 et sont également résistantes à de nombreux autres antibiotiques. Ce phénomène est étudié depuis 1984 par le CNR des pneumocoques et surveillé par les ORP tous les deux ans depuis 1997. En 1999, 53 % des souches de pneumocoque isolées chez l'enfant étaient de sensibilité diminuée à la pénicilline G (40 % chez l'adulte) ; selon les régions, ces taux variaient de 32 % à 60 %. Ces résultats placent la France parmi les pays d'Europe les plus affectés par ce problème qui peut être à l'origine d'échecs thérapeutiques, notamment lors des traitements empiriques réalisés en médecine de ville.

quantitatifs pour permettre la surveillance de la sensibilité aux antibiotiques des germes isolés en ville et soumis à une forte pression de sélection d'antibiotiques (80 % des antibiotiques sont prescrits en ville).

La mise en place d'une surveillance continue et généralisée aux 70 laboratoires du réseau Labville nécessite notamment l'automatisation de l'extraction des données, un paramétrage préalable des logiciels de laboratoire, l'importation des données dans une base standardisée, et leur analyse.

Cette étude de faisabilité a ainsi fourni les éléments nécessaires à la production du cahier des charges pour la mise en œuvre de Labville et à l'évaluation des moyens à engager pour l'InVS.

### – Réseau de veille sanitaire des cancers

Construit autour d'un partenariat entre l'InVS, le réseau Francim des registres du cancer et le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, le système français de surveillance des cancers s'est notablement renforcé en 2002.

**Registres** : structures épidémiologiques assurant « un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche épidémiologique et de santé publique par une équipe ayant les compétences appropriées » (définition de l'arrêté du 6 novembre 1995).

- Les 21 registres du réseau Francim ont une expérience reconnue de l'épidémiologie des cancers et la maîtrise des méthodes d'épidémiologie descriptive et analytique dans ce domaine. En accord avec leur double vocation (recherche et veille sanitaire), ils sont financés conjointement par l'InVS et l'Inserm, et sont périodiquement évalués par ces deux institutions au sein du Comité national des registres. Le Groupe de travail « Cancers » constitué par ce Comité et présidé par le Professeur Jacques Estève, a émis des recommandations sur la politique de développement des registres du cancer et a fixé les besoins nécessaires à chacun d'eux pour assurer leur activité (rapport de juin 1996 mis à jour en novembre 1999). Conformément à ces recommandations, les registres du cancer font l'objet d'un plan de renforcement soutenu par le ministère de la Santé et mené par l'InVS en collaboration avec l'Inserm. Au niveau du budget de l'InVS, cette consolidation du réseau Francim s'est traduite par une augmentation des subventions octroyées, à hauteur de 1,2 million d'euros

en 2002. Ce sont ainsi huit registres supplémentaires qui ont pu cette année renforcer totalement leur équipe en intégrant un épidémiologiste et des techniciens chargés du recueil des données. De plus, l'InVS et les registres du cancer ont adopté, en novembre 2002, un programme de travail sur trois ans (2003-2005), couvrant l'ensemble des thèmes, de la surveillance à l'évaluation des dépistages.

- Le CépiDc est le centre Inserm chargé des statistiques nationales annuelles concernant les causes de décès. Pour ce faire, il dispose de l'ensemble des données sur les causes médicales de décès fournies par les certificats de décès depuis 1968. Les collaborations entre l'InVS et le CépiDc ont fait l'objet d'une convention-cadre et de textes d'application. Elles permettent à l'InVS de disposer d'une copie de cette base (autorisation Cnil), afin de développer l'utilisation de ces données pour la surveillance, notamment celle des cancers. Ces collaborations scientifiques sur la validation et l'analyse des données impliquent parfois également d'autres organismes, comme les registres du cancer.

Pour produire les informations nécessaires au pilotage et à l'évaluation des mesures de lutte contre le cancer, l'InVS est également en relation étroite avec les directions du ministère de la Santé, Drees et Dhos (notamment pour tout ce qui concerne le Programme de médicalisation des systèmes d'information, ou PMSI), et il développe des partenariats avec les autres agences sanitaires (IRSN, Anaes), les caisses d'assurance maladie, les hôpitaux (Dim). Des contacts ont été également pris avec la Fédération des centres de lutte contre le cancer (qui gère l'Enquête permanente cancer), avec la Ligue

### Les 21 registres français du cancer

**10 registres généraux** couvrant 11 départements répartis sur l'ensemble du territoire et environ 8 millions de personnes soit 13 % de la population (Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Loire-Atlantique, Manche, Somme, Tarn, Vendée).

#### 8 registres spécialisés :

- 6 registres « d'organe » : digestif en Côte d'Or, Calvados, Finistère ; hématologique en Côte d'Or et en Gironde ; thyroïde en Marne/Ardennes),
- 2 registres nationaux de l'enfant couvrant l'ensemble des cancers survenant entre 0 et 14 ans (registre « leucémies et lymphomes » en fonctionnement ; registre « tumeurs solides » actuellement sur 6 régions avec une extension effective à la totalité du territoire en 2003).

**3 registres généraux concernent les départements et territoires d'outre-mer** suivants : Martinique, Polynésie et Nouvelle Calédonie.

*Ces 21 registres du cancer du réseau Francim ont réuni leurs données, permettant de constituer une base informatique de qualité contenant près de 25 années de recueil pour les équipes les plus anciennes ; sa gestion a été confiée au département biostatistique des Hospices civils de Lyon.*

nationale contre le cancer. L'un des enjeux actuels de l'InVS est de développer un partenariat avec les laboratoires d'anatomo-cytopathologie pour recueillir les données de leurs examens, essentielles pour la

surveillance de certains cancers.

**Anatomo-cytopathologie** : discipline à l'interface entre la biologie et la médecine dont la fonction est l'étude des lésions macroscopiques, microscopiques et ultrastructurales voire moléculaires apportées par la maladie aux organes, aux tissus et aux cellules. L'examen anatomocytopathologique est le garant du diagnostic de cancer.

L'ensemble de ces partenariats va se trouver prochainement en pleine expansion afin de développer un système cohérent,

national et exhaustif de surveillance des cancers, inspiré des travaux menés par l'InVS concernant le renforcement de la surveillance des cancers thyroïdiens. Ce nouveau réseau de surveillance national des cancers, coordonné par l'InVS, sera indispensable au pilotage et à l'évaluation du plan cancer annoncé par le président de la République.

#### – Réseaux pour la surveillance des risques professionnels

- **L'aide à la mise en place de réseaux de surveillance en entreprise** poursuivie par l'InVS afin de développer la veille épidémiologique dans le milieu du travail s'est traduite, en 2002, par l'avancement de deux projets : l'un concernant l'Education nationale, l'autre la RATP. Ils visent tous les deux à mettre en place un réseau s'appuyant sur les médecins du travail de ces entreprises de taille nationale, destiné à développer des systèmes de surveillance de la santé des travailleurs afin de repérer les problèmes sanitaires d'origine professionnelle, pour cibler les actions de prévention à mettre en œuvre.

– *Pour l'Education nationale*, le projet est mené en collaboration avec les services médicaux des rectorats et la Direction de la programmation et du développement (DPD) du ministère concerné. Il en est au stade de l'étude de faisabilité ; son objectif est de vérifier la possibilité d'utiliser les données administratives enregistrées en routine (en particulier les congés pour maladie et accidents du travail) pour documenter l'état de santé des personnels. L'étude de faisabilité porte sur les congés-maladie pendant une année scolaire, chez les personnels du premier degré, dans un premier temps. Les données nationales disponibles à la DPD sont en cours d'analyse par ce service, avec le soutien méthodologique du Département santé-travail (DST) de l'InVS, notamment pour choisir

des indicateurs épidémiologiques valides et élaborer un plan d'analyse. A l'issue de cette première étude de faisabilité, un élargissement aux personnels du second degré sera vraisemblablement nécessaire. Ultérieurement, le projet devrait se poursuivre avec la mise en place, par l'Education nationale, d'une surveillance de la mortalité de ses personnels (nécessitant le recrutement d'un épidémiologiste au sein de leur service médical). Une convention entre le ministère de l'Education nationale et l'InVS est en cours d'élaboration, le DST devant continuer à fournir son soutien méthodologique pour la mise en place de cette surveillance et la constitution de la cohorte.

– *Pour la RATP*, le projet est issu d'une saisine conjointe de la DGS et de la Direction générale des transports interrogeant l'InVS sur l'opportunité et la faisabilité d'un suivi épidémiologique des travailleurs intervenant dans les tunnels

ferroviaires de la RATP, dans lesquels des valeurs élevées d'empoussièrement ont été relevées. En 2001, une étude réalisée en collaboration avec le service de médecine du travail de la RATP a vérifié la faisabilité de mettre en place une cohorte rétrospective des travailleurs de la RATP. Depuis lors, le protocole de cette mise en place a été finalisé, et une convention de coopération a été signée entre le service de médecine du travail de la RATP et l'InVS. A la demande de l'InVS, la RATP a recruté un épidémiologiste pour mettre en place le système de surveillance interne à l'entreprise. Il est prévu que la cohorte de travailleurs soit composée de tous les agents présents ou entrés à la RATP depuis 1981, ce qui représente environ 60 000 salariés.

- **Un programme de surveillance épidémiologique des asthmes d'origine professionnelle** a été mis en place en 2002, devant le manque de données sur la fréquence de l'asthme professionnel en

**Cohorte** : groupe de personnes ayant vécu une même expérience et suivies dans le temps depuis la date de cette expérience (début d'expérience = date d'inclusion). Le suivi de la cohorte est organisé de façon à recueillir des informations sur un ou plusieurs événements de santé apparaissant à différents moments dans le temps : par exemple, l'apparition d'une maladie avec son diagnostic et sa date de survenue. Les cohortes sont des modèles, d'investigation épidémiologique notamment pour l'étude des risques professionnels. On distingue les cohortes « historiques » ou « rétrospectives » qui permettent de répondre rapidement à une question spécifique (rôle potentiel de l'exposition à certains facteurs de risque), et les cohortes « contemporaines » ou « prospectives » qui ont généralement des objectifs plus larges et à plus long terme que les premières.

France. Ce programme s'appuie sur une collaboration étroite entre le DST et le réseau des Consultations de pathologie professionnelle (CPP). Dans un premier temps, une étude pilote a été initiée, avec les CPP d'Ile-de-France et de Grenoble, afin de tester les méthodes permettant d'estimer l'incidence de l'asthme professionnel.

Il existe 30 CPP en France. Elles reçoivent essentiellement des patients adressés par des médecins du travail, afin de les aider dans l'imputation professionnelle des pathologies qu'ils ont détectées. Ces consultations hospitalières existent dans la plupart des villes universitaires et se sont organisées récemment en réseau afin de

confronter leur expérience et de standardiser un recueil d'information. L'étude pilote sur l'incidence des asthmes d'origine professionnelle s'est donc tout naturellement intégrée dans ce contexte, qui permet de revenir aux médecins du travail et notamment de reconstituer les « populations-source », c'est-à-dire la population de salariés d'où sont issus les patients adressés aux CPP. Cette étude pilote, actuellement en cours, permettra de vérifier la faisabilité d'un réseau de surveillance s'appuyant sur les CPP. Une extension à la surveillance d'autres pathologies d'origine professionnelle pourra être envisagée ultérieurement, avec des protocoles comparables.

## La veille sanitaire en lien avec les autres agences

Dans le dispositif de veille et de sécurité sanitaires, l'Institut de veille sanitaire occupe une position transversale et, sous réserve de surveiller l'état de santé de la population, son champ est universel. C'est pourquoi, une collaboration s'impose avec l'ensemble des autres agences qui ont une approche de sécurité sanitaire par produit (Afssaps, Afssa, EFG, EFS...) ou par milieu (Afsse).

- **L'Afssa** entretient des liens réguliers avec l'InVS. L'Afssa et le DMI collaborent sur les points suivants :
  - l'Afssa apporte son expertise, sa contribution à la surveillance et à l'alerte puisqu'elle héberge deux CNR (*Francisella tularensis*, *Brucella*) et le laboratoire associé au CNR charbon de l'Institut Pasteur ;
  - l'InVS contribue à l'expertise de l'Afssa : participation au comité d'experts spécialisés « Microbiologie » et aux groupes de travail (expertises, *E Coli VTEC*, *Listeria*, *Campylobacter*, toxoplasmose, cryptosporidium...);
  - l'Afssa participe en tant qu'expert à certains groupes de travail de l'InVS ;
  - plusieurs études sont réalisées en collaboration (diversité des souches de salmonelles, enquête « ferme » de l'étude SHU).

Par ailleurs, certaines saisines ministérielles sont conjointes. Il en est ainsi de l'étude de la morbidité et de la mortalité d'origine alimentaire où l'InVS a réalisé le travail pour les pathologies d'origine infectieuse en associant des experts de l'Afssa, tandis que l'Afssa traitait le volet toxicologique avec l'aide de certains experts de l'InVS.

L'enquête en population projetée pour explorer les habitudes nutritionnelles des français (Inca-2-ENNS)

sera un autre exemple de collaboration, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS). Pour définir et harmoniser les travaux en commun, les deux agences se réunissent une fois par trimestre en définissant un ordre du jour. Ces comités de liaison permettent des échanges d'information et le suivi des travaux collaboratifs.

- **L'Afssaps** collabore avec l'InVS sur des thèmes ciblés.

L'InVS participe à l'hémovigilance en réalisant la surveillance épidémiologique des donneurs de sang, activité qui permet de mesurer les risques résiduels de transmission des principaux virus pathogènes transmis par le sang et de contribuer à l'évaluation de la sécurité transfusionnelle et des mesures de renforcement de la sécurité virale des produits sanguins.

Dans les investigations des infections nosocomiales, les liens avec la matériovigilance s'avèrent nécessaires. Ainsi, l'investigation de cas groupés d'hépatite C en institution a pu permettre d'incriminer des dispositifs médicaux (glucomètre par exemple) et le lien avec l'Afssaps a abouti à des recommandations sur leur usage.

De même, les liens entre vigilance et surveillance dans le domaine de la vaccination se mettent en place.

Dans certains cas, l'approche d'un problème complexe peut amener le ministère à saisir conjointement plusieurs agences pour y réfléchir. Tel a été le cas en 2002 pour aborder la question « aluminium et santé », où l'InVS a mené l'approche épidémiologique tandis que l'Afssa approfondissait la

question des apports alimentaires et l'Afssaps les apports médicamenteux et cosmétiques. Le tout devrait aboutir à une expertise globale inter-agences. Les rapports entre l'InVS et l'Afssaps sont régis par des comités de liaison annuels.

– **L'Afssaps** et l'InVS sont constamment en relation. La mise en place de cette nouvelle agence impose de préciser son champ de compétences et d'activités, en complémentarité de celui du département santé-environnement de l'InVS. Ceci conduit à de nombreux travaux conjoints notamment en ce qui concerne les rayonnements ionisants et non ionisants, la restructuration du réseau de toxicovigilance, ou la question de sécurité sanitaire relative aux incinérateurs d'ordures ménagères.

– **L'Inpes** et l'InVS développent une complémentarité évidente. L'InVS doit mettre à disposition de l'Inpes tous les éléments épidémiologiques en sa possession pour lui permettre d'élaborer des programmes de prévention adaptés. Dans certains cas, la communication autour de résultats produits par l'InVS, doit se faire conjointement avec l'Inpes pour les situer dans une

perspective de prévention. Il en a été ainsi des travaux d'épidémiologie nutritionnelle dans le cadre du PNNS.

Afin de conforter les liens entre les deux agences, un scientifique de l'Inpes fait partie du comité de rédaction du Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'InVS. Ainsi, les résultats scientifiques de l'Institut de veille sanitaire sont rapidement connus de l'Inpes et peuvent donner lieu à des actions de prévention.

Par ailleurs, un comité de liaison InVS-Inpes a été mis en place et devrait permettre de définir un programme annuel de travail en commun.

**Pour assurer le lien et la cohérence entre les agences, le législateur a mis en place deux systèmes : les Présidents des Conseils scientifiques de chaque agence sanitaire siègent au Conseil scientifique de chacune des autres. Par ailleurs, le Comité national de sécurité sanitaire (CNSS) réunit les différentes agences de sécurité sanitaire pour assurer la prise en compte réciproque et le règlement interministériel harmonisé des crises et menaces de santé publique.**

## ● Développement du dispositif en région

Pour assurer pleinement ses missions, l'Institut de veille sanitaire a besoin de relais en région. Ces têtes de pont sont le point d'entrée des signaux locaux pouvant aboutir à une alerte sanitaire qu'il convient de détecter le plus précocement possible pour en déterminer l'origine ; ce sont également les lieux où se déclinent, au niveau régional, les programmes nationaux de surveillance sanitaire de l'Institut.

Les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) ont été créées en 1995 à cette fin et leur développement se poursuit tant sur le plan quantitatif (nombre et effectifs) que qualitatif (champ de compétence). Elles ne répondent pas aujourd'hui à l'ensemble des besoins de l'InVS en région, notamment dans le champ de la santé au travail dont le réseau d'acteurs est différent de celui qui est habituellement associé au champ de la santé publique (Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre, médecins du travail, Institut universitaire de médecine du travail). C'est pourquoi des réseaux spécifiques sont aujourd'hui nécessaires pour la réalisation des programmes de surveillance de la santé au travail.

### Les Cellules interrégionales d'épidémiologie, relais régionaux de l'InVS

Créées depuis 1995 au sein des Drass, les Cire ont été sensiblement renforcées en 2002. Leur nombre est passé à 13 (16 en 2003), et les effectifs de

chacune d'entre elles atteignent ou tendent vers sept à huit personnes. De plus, l'InVS a renforcé ses liens avec ces structures en mettant à disposition

deux épidémiologistes par Cire, dont un coordonnateur qui assume la responsabilité scientifique de la cellule.

Les travaux des Cire sont aujourd'hui nombreux. Centrés sur les maladies infectieuses et la santé environnementale, ils concernent principalement les alertes et le chapitre des temps forts mettra en valeur plusieurs réalisations menées en lien étroit avec les épidémiologistes des départements scientifiques de l'InVS (DSE, DMI). Il s'agit d'investigations d'épidémies (fièvre Q dans la vallée de Chamonix, fasciolose dans la région Nord-Pas-de-Calais, gastro-entérites d'origine hydrique à Dracy-Le-Fort).

Les travaux concernent également les risques liés à l'environnement (risque sanitaire lié aux émissions d'usines d'incinération d'ordures ménagères à

Angers ou lié aux émissions d'une papeterie à Mennecy).

Enfin, pour certaines grandes catastrophes, les investigations et les estimations des risques sanitaires ont été menées conjointement entre la Cire et l'InVS, sous un pilotage scientifique coordonné, c'est le cas du programme de surveillance mis en place suite à la catastrophe de l'usine AZF à Toulouse.

Ainsi, les Cire ont montré leur utilité dans l'investigation en urgence, elles ont parallèlement mis en route des programmes de surveillance, déclinant régionalement les programmes de l'InVS, et les premiers résultats sont attendus pour 2004. Enfin, dans la perspective de devenir le relais complet de l'InVS, les Cire devront à l'avenir élargir leur champ de compétence pour couvrir l'ensemble des thématiques traitées par l'InVS.

## Les réseaux régionaux dans le cadre de la santé au travail

### – Réseau expérimental de surveillance des troubles musculo-squelettiques en Pays de la Loire

Mis en place en 2002 par l'InVS en collaboration avec la Faculté de médecine d'Angers, et pour trois ans (2002-2004), ce programme permet de disposer d'un outil opérationnel de surveillance épidémiologique

des troubles musculo-squelettiques (TMS) dans la région des Pays de la Loire, afin de mieux guider leur prévention. Il comprend trois volets et s'appuie, d'une part, sur un réseau de cliniciens et, d'autre part, sur un réseau de médecins du travail.

#### Troubles musculo-squelettiques :

ensemble des affections périarticulaires touchant les tissus mous (muscles, tendons, nerfs, vaisseaux, cartilages, bourses séreuses) des membres et du dos, occasionnées par une hypersollicitation de l'appareil locomoteur d'origine essentiellement professionnelle (gestes répétitifs, travail en force, postures extrêmes, vibrations, facteurs psychosociaux et organisationnels liés au travail).

– Le volet "surveillance épidémiologique de pathologies « traceuses » en population générale" a commencé avec la surveillance du syndrome du canal carpien (SCC) retenu comme traceur des TMS du membre supérieur ; elle repose sur un réseau de cliniciens (neurophysiologistes) notifiant les cas incidents, confirmés par électromyographie. Elle permettra d'estimer l'incidence dans la population générale du SCC, qu'il soit ou non d'origine professionnelle, et de déterminer la part des cas attribuables à des facteurs professionnels, question fréquemment

posée aux médecins du travail par les salariés ou les employeurs.

La surveillance du SCC a débuté dans le Maine-et-Loire en mars 2002 et, depuis le mois d'octobre, le réseau rassemble tous les neurophysiologistes du département ; son extension à la Loire-Atlantique se

fera en 2003. Le taux de retour (notifications des cas et données d'exposition professionnelle recueillies par questionnaire postal) est extrêmement satisfaisant. Une analyse préliminaire portant sur les 259 premiers cas notifiés en 2002 montre que les cas de SCC diagnostiqués concernent une population professionnellement active au cours des cinq dernières années (91 %), présentant peu d'antécédents médicaux favorisant. Ces premières données montrent une très grande diversité des professions et des secteurs d'activité concernés.

Un réseau analogue sera mis en place en 2003 pour les TMS du rachis, le traceur retenu étant la hernie discale opérée.

#### Syndrôme du canal carpien (SCC) :

manifestations (picotements et engourdissements souvent nocturnes des trois ou quatre premiers doigts de la main, diminution de la sensibilité voire de la force musculaire) résultant de la compression du nerf médian dans le canal carpien, espace délimité en arrière par les os du carpe (os du poignet) et en avant par un ligament (le ligament annulaire). Le SCC est un des plus fréquents troubles musculo-squelettiques liés au travail. L'électromyographie est un examen réalisé par des médecins spécialistes, qui enregistre les courants électriques accompagnant l'activité musculaire et permet de confirmer le diagnostic de SCC.

– Le volet « surveillance épidémiologique des TMS en entreprise » a pour objectif de décrire la prévalence des principaux TMS et l'exposition aux facteurs de risque par secteurs d'activité, professions et tâches. Un réseau de 80 médecins du travail des cinq départements des Pays de la Loire participe à cette surveillance qui a débuté en mars 2002. Ces 80 médecins volontaires représentent près de 20 % de l'effectif total des médecins du travail de la région, ce qui témoigne d'une excellente mobilisation. Les premières analyses montrent l'intérêt des données, qui justifie l'investissement réalisé, et la pertinence de l'approche combinée par questionnaire et examen clinique. Les résultats de la surveillance de chaque médecin et de chaque service de médecine du travail leur seront communiqués afin d'être utilisables comme élément d'évaluation des risques dans les entreprises.

– Le volet dit *médicosocial* porte sur l'étude systématique des demandes d'indemnisation au titre des maladies professionnelles et des signalements en Maladie à caractère professionnel (MCP). Les données concernant les déclarations de MCP de 1999 à 2001 ont déjà été analysées. Cette analyse et le reste du volet *médicosocial* doivent permettre d'identifier les procédures à mettre en place pour optimiser l'enregistrement et la réparation de ces maladies, mais aussi l'utilisation de ces données dans un objectif de surveillance épidémiologique.

Au terme de cette première année de fonctionnement, le bilan apparaît très positif et les premières analyses montrent la richesse et la pertinence des données obtenues par ce réseau expérimental.

– **Projet concernant les travailleurs de la filière viande de l'industrie agro-alimentaire en Bretagne**

Initié en 2002, ce projet vise, à terme, à mettre en place un système de surveillance épidémiologique de l'état de santé et des conditions de travail des salariés de la filière viande. Dans cette perspective, une étude doit être réalisée afin de décrire cet état de santé et ses liens avec les contraintes de travail, physiques, organisationnelles et psychosociales. Cette étude préalable sera menée en Bretagne, région dans laquelle les entreprises de la filière viande sont largement implantées, en collaboration avec les services de médecine du travail des caisses départementales de la Mutualité sociale agricole

(MSA), et avec une attention particulière pour la santé psychique et les TMS. L'année 2002 a été consacrée à la mise au point du protocole de l'étude (qui prévoit une approche pluridisciplinaire associant aux médecins du travail des équipes d'ergonomes, de psychodynamiciens et psychopathologistes du travail) et à sa présentation aux organisations de salariés et d'employeurs de la MSA de la filière viande. L'enquête sur le terrain doit débuter en avril 2003 ; elle concernera une population de 5 600 travailleurs de 16 entreprises dépendant de la MSA et comptant 20 à 1 200 salariés surveillés par 12 médecins du travail, dans les quatre départements bretons.

**La filière viande**

Elle regroupe l'abattage et la découpe des gros animaux (bovins, porcins, ovins et caprins) et des volailles (essentiellement poulets, dindes et canards). Les entreprises de la filière viande sont largement implantées en Bretagne, région qui regroupe près de 30 % de l'effectif salarié du secteur « gros animaux » et 32 % de l'effectif du secteur « volailles ». Le risque d'accident du travail est particulièrement élevé dans cette filière, spécialement en abattage et découpe de gros animaux, plaçant ce secteur professionnel parmi les plus dangereux. Une enquête a de plus montré que les travailleurs de cette filière sont exposés aux conditions de travail physiquement les plus astreignantes (contraintes articulaires et posturales, bruit, froid ou humidité, agents biologiques), et aux contraintes organisationnelles les plus fortes. De nombreuses pathologies professionnelles peuvent être mises en relation avec ces contraintes multiples (TMS, zoonoses, pathologies cutanées, notamment), auxquelles s'ajoutent les effets des expositions au bruit et au froid, encore mal connus, d'où l'intérêt de ce projet de surveillance et de l'étude descriptive préalable.

## ● La surveillance sanitaire au niveau européen et international

La définition et la reconnaissance des alertes et menaces notamment dans les domaines infectieux ou environnemental ne peuvent rester cloisonnées au niveau national. De même, au sein de l'Europe, les éléments caractérisant l'état de santé des populations doivent pouvoir être comparés. C'est pourquoi l'Institut de veille sanitaire participe activement au développement de systèmes de surveillance européens et aux échanges au niveau international.

### La surveillance sanitaire au niveau européen

Depuis les traités de Maastricht et d'Amsterdam, la veille sanitaire européenne se construit. D'abord tournée vers la surveillance des maladies infectieuses, elle a été dans ce domaine coordonnée depuis 1998 par une structure souple « le réseau européen de surveillance d'alerte et de contrôle des maladies transmissibles ». L'InVS a dès l'origine participé de façon active à cette structure et a assuré la coordination européenne de plusieurs programmes (EuroHIV, EuroTB). Il a par ailleurs en 2002 réalisé une étude de faisabilité pour une surveillance européenne des listérioses, dont les principaux éléments sont rapportés dans le chapitre des temps forts.

L'environnement est également une préoccupation majeure de l'Union européenne et l'InVS s'est impliqué dans la coordination du premier programme de surveillance des effets de la pollution de l'air sur la santé en Europe. Cette position privilégiée lui permet aujourd'hui de collaborer à de nombreux programmes européens dans le domaine de l'environnement tels que AIRNET, ECOEHIS, APHENA, PINCHE (cf. encadré).

Plus récemment, avec la création du Département des maladies chroniques et traumatismes, l'Institut s'est intégré au « Health monitoring programme » et participe au titre de la France à plusieurs programmes ayant pour objet de définir (puis de renseigner) des indicateurs communs pour les pathologies chroniques les plus importantes au premier rang desquelles le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète (cf. encadré).

En matière de surveillance des traumatismes, si la préoccupation européenne est ancienne, celle-ci a connu un renouveau avec la mise en place du « Secrétariat européen pour la prévention des blessures », structure opérationnelle de concertation

des experts (des Etats membres et bientôt des pays candidats) dans laquelle l'InVS tient une place déterminante.

Enfin, depuis plusieurs années l'InVS assure la coordination de programmes supports européens de formation (EPIET), et d'information (Eurosurveillance) (cf. chapitre Formation-Documentation-Veille scientifique).

Les engagements de l'InVS (au titre de la France) dans de nombreux programmes européens lui permettent d'avoir une réflexion avancée sur ce que pourrait être un centre européen de surveillance sanitaire des maladies (cf. Evolutions à venir).

#### Les programmes européens dans le domaine des maladies infectieuses

##### EuroHIV, coordonné par l'InVS

Mis en place dès 1984, il couvre les 51 pays de la région OMS-Europe. Son objectif est de suivre les tendances de la maladie et de décrire les populations touchées. EuroHIV est un centre collaborateur OMS.

##### EuroTB, coordonné par l'InVS, en parrainage avec le KNCV des Pays-Bas

Mis en place en 1996, il couvre les 51 pays de la région OMS-Europe. Il recueille et analyse les cas déclarés de tuberculose et suit la résistance aux médicaments anti-tuberculeux.

**Listernet**, programme de surveillance des listérioses dont l'InVS a coordonné l'étude de faisabilité sur les 15 pays de l'Union européenne (UE).

Par ailleurs, l'InVS participe aux programmes communautaires de surveillance des légionelloses liées aux voyages (EWGLI), des infections entériques (Enternet), des maladies à prévention vaccinale (EUVAC), et de la résistance aux antibiotiques (EARSS).

## Les programmes européens dans le domaine de l'environnement

**APHEIS** (Air Pollution and Health: a European Information System)

Les objectifs du programme coordonné par l'InVS sont de :

- \* recueillir en routine des informations standardisées sur les expositions et les effets de la pollution atmosphérique sur la santé dans les 26 villes participantes de 12 pays européens ;
- \* calculer des nouvelles fonctions expositions-risques (E-R) ou utiliser les fonctions E-R existantes ;
- \* réaliser, en collaboration avec l'OMS, des évaluations d'impact sanitaire (EIS) sur les effets aigus et chroniques d'une exposition à la pollution atmosphérique ;
- \* rendre l'information accessible à ceux qui en ont besoin (professionnels, décideurs et grand public).

**Programme PINCHE** (Policy Interpretation Network on Children's Health and Environment)

Ce programme est destiné à créer une base consensuelle de données pour développer des politiques de santé publique visant à améliorer l'environnement et la santé des enfants, en Europe. Membre de PINCHE, l'InVS participe aux groupes s'intéressant aux substances neurotoxiques (exposition, épidémiologie, toxicologie et évaluation des risques notamment sur le développement), et au groupe transversal chargé de réfléchir aux implications politiques des données recensées.

**Programme APHENA** (Air Pollution and Health: a combined European and North American Approach)

Ce programme a pour but de réaliser des analyses combinées des données européennes et nord-américaines sur les liens entre pollution atmosphérique et santé (morbidité et mortalité). Partenaire de ce programme, l'InVS participe aux travaux concernant les questions méthodologiques préalables pour établir un cadre analytique commun.

**Programme PHEWE** (assessment and Prevention of acute Health Effects of Weather conditions in Europe)

Ce programme est destiné à caractériser les effets à court terme des conditions météorologiques estivales et hivernales sur la santé (mortalité et admissions à l'hôpital), en se concentrant sur les effets sanitaires des vagues de chaleur en Europe. L'InVS participe au groupe de travail « santé publique » et collabore à la mise en place d'un système de veille sanitaire permettant l'alerte des populations en cas de vague de chaleur pouvant présenter un risque pour la santé (HHWWS : Heat Health Watch Warning System).

**Programme AIRNET**

Ce programme réunit tous les projets de recherche sur la pollution atmosphérique et la santé en Europe, afin d'éclairer les politiques de réduction des niveaux de pollution en Europe. En tant que coordinateur du programme APHEIS, l'InVS collabore au programme AIRNET (groupes de travail sur l'évaluation des risques sanitaires et interface science/politique).

**Programme ECOEHIS** (European Countries Environmental Health Indicators System)

Ce programme de l'OMS, où l'InVS représente la France, vise à définir des indicateurs santé-environnement pertinents en Europe et à tester la faisabilité de leur recueil dans les pays européens.

## Les programmes européens dans le domaine des maladies chroniques et des traumatismes

Le Health monitoring programme doit faciliter la production, au niveau européen, de données harmonisées, afin que les états membres puissent se comparer entre eux et que la Commission dispose d'informations lui permettant d'évaluer l'état de santé des populations dans les différents pays. Il vise aussi la production de rapports européens sur différents aspects de l'état de santé. L'InVS (DMCT) participe à plusieurs projets dans ce cadre :

**le projet EUROCHIP** (European Cancer Health Indicators Project), lancé en 2002, a pour objectif d'arrêter une liste d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs sur la prévention, l'épidémiologie, le dépistage et le traitement du cancer, ainsi que les aspects macroéconomiques de cette maladie. L'InVS, les registres du cancer et la DGS sont impliqués dans ce projet ;

**le projet EUROCISS** (European Cardiovascular Indicators Surveillance Set) a pour but, à partir des pathologies cardiovasculaires importantes en terme de santé publique et des indicateurs spécifiques dans ce domaine, de préconiser l'utilisation d'indicateurs de morbidité cardiovasculaire comparables dans les pays de l'Union européenne ;

**le projet EURODIAB** a pour objectif de proposer des indicateurs harmonisés au niveau européen pour la surveillance du diabète. L'InVS a pris le relais en tant que coordinateur ;

**le projet « Monitoring Public Health Nutrition in Europe – Nutritional Indicators and Determinants of Health Status »**, lancé en 2001, vise à identifier les indicateurs nutritionnels et environnementaux nécessaires pour un système de surveillance, afin d'harmoniser les pratiques dans chaque pays au niveau national ;

**le projet « The European Nutrition and Health Report »**, lancé en 2002, cherche à collecter les données disponibles sur la consommation alimentaire, afin d'écrire un rapport commun pouvant servir de base à des décisions de santé publique.

## Le réseau du programme européen de prévention des blessures

Les préoccupations de santé publique à propos des traumatismes ont amené l'Union européenne, depuis la fin des années 80, à subventionner dans les Etats membres, la collecte de données sur les recours aux urgences hospitalières pour les accidents de la vie courante.

Parallèlement, a été mis en place un Secrétariat européen pour la prévention des blessures. Lieu de contacts réguliers entre les épidémiologistes impliqués dans la surveillance des traumatismes, ce Secrétariat a notamment permis de développer des nomenclatures communes, de favoriser des enquêtes spécifiques, de publier une « lettre » trois fois par an. Dans le cadre du nouveau programme européen de santé publique pour 2003-2008, ce Secrétariat constitue une structure opérationnelle exemplaire qui permet aux experts du domaine (des Etats membres et bientôt des pays candidats) de se concerter et de coordonner leurs travaux au niveau européen. Le Secrétariat européen pour la prévention des blessures, après les Pays-Bas et le Danemark dans les années récentes, est actuellement assuré par l'Autriche, avant la Grèce à partir de 2004. La France, au travers de l'InVS, est un des acteurs importants de ce réseau.

## Les activités internationales hors Europe communautaire

### – Collaboration avec le ministère des Affaires étrangères (MAE)

Depuis sa création en 1999, l'InVS mène des actions en partenariat avec la Direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID) du MAE, dont voici quelques exemples récents :

– *au Maroc*, l'InVS accompagne la réforme du système de surveillance épidémiologique entreprise par le ministère de la Santé. Cette collaboration s'effectue à travers un important programme de formation à l'épidémiologie (qui a permis de former plus de 80 personnes et de mettre en place un pool

de 10 formateurs marocains), et à travers des missions d'expertise technique dans différents domaines de la veille sanitaire. En 2002, l'InVS a ainsi travaillé sur les spécifications d'un logiciel destiné à informatiser le système national de surveillance ;

- dans le reste du Maghreb, l'InVS a développé en 2002 des liens avec l'Institut de santé publique d'Alger, pour préparer un programme de coopération dans le domaine de la surveillance des cancers, qui devrait voir le jour en 2003. De la même manière, des contacts ont été pris avec les principaux acteurs de la veille sanitaire en Tunisie. Ainsi, ces projets conjoints avec le MAE permettent à l'InVS d'établir des partenariats à long terme avec ses homologues du Maghreb, une région considérée, en raison d'échanges privilégiés, comme prioritaire dans une perspective de veille sanitaire ;
- d'autres régions prioritaires pour la collaboration dans le domaine de la veille sanitaire ont été identifiées par l'InVS sur ces mêmes critères. Il s'agit de l'Europe de l'Est (en particulier des pays en cours d'accession à l'Union européenne) et des espaces régionaux incluant les Dom-Tom. Actuellement, des collaborations sont en cours avec l'Institut de santé publique d'Albanie, et d'autres sont en préparation avec la Roumanie et le Surinam, toujours dans le cadre de projets MAE.

Ces exemples illustrent l'importance pour l'InVS de ces projets avec le MAE qui lui permettent de structurer de véritables partenariats bilatéraux. En retour, l'Institut de veille sanitaire, organisme de référence français dont les compétences sont reconnues internationalement, apporte une valeur ajoutée scientifique aux programmes de coopération de la DGCID.

Au-delà des programmes bilatéraux, l'InVS est aussi en mesure de développer une réflexion sur les enjeux stratégiques de la veille sanitaire. Cette réflexion s'appuie sur le positionnement de l'InVS à la tête du Réseau national de santé publique, ses liens avec son ministère de tutelle, et sa participation aux réseaux européens et internationaux. Le partage de cette réflexion à travers une concertation régulière et formalisée avec le MAE est important.

Une concertation régulière avec la DGCID, selon des modalités qui restent à définir, permettrait un enrichissement réciproque de cette réflexion. Ce travail pourrait ensuite s'intégrer à l'élaboration de projets, au développement de partenariats bi ou

multilatéraux, ou à la formation des personnels techniques de la DGCID.

Pour toutes ces raisons, l'InVS et le MAE ont travaillé en 2002 sur les termes d'un accord-cadre destiné à formaliser leurs relations, accord-cadre qui devrait être finalisé et signé en 2003.

#### - Collaboration avec l'OMS

La collaboration de l'InVS avec l'OMS, dans le cadre du renforcement de la sécurité sanitaire mondiale, s'est poursuivie en 2002. La mise à disposition d'un épidémiologiste de l'InVS au bureau de l'OMS à Lyon a été reconduite. La coopération avec le Bureau régional pour l'Europe s'est concrétisée, notamment lors de la préparation d'une conférence internationale « Systèmes d'alertes et bioterrorisme » qui s'est tenue à Lyon en février 2002.

L'InVS est devenu membre du Comité de pilotage du réseau d'alerte et de réponse aux épidémies (GOARN: Global alert and response network). Mis en place en 2000, ce réseau, coordonné par l'OMS Genève, constitue un élément du dispositif de sécurité sanitaire globale. Il regroupe plus de 110 institutions émanant de 90 pays. L'objectif est d'informer rapidement et régulièrement sur les alertes sanitaires, de relayer les demandes d'assistance des pays et de coordonner les missions internationales de réponse aux épidémies. C'est dans le cadre du GOARN que l'InVS a répondu en août 2002 à la demande d'assistance du ministère de la Santé de Madagascar confronté à une épidémie majeure de grippe, dont l'investigation est détaillée par ailleurs. Sa participation active au réseau mondial d'alerte permet à l'InVS d'être informé en permanence des crises sanitaires survenant dans le monde. Les informations transmises chaque semaine par l'OMS pour le « Outbreak verification list » (« Liste de vérification des épidémies »), combinées à d'autres sources, sont ainsi analysées en fonction de leur intérêt pour notre pays. Les crises considérées comme prioritaires sont celles qui, bien que survenant à l'étranger, peuvent atteindre la France, ou touchent des régions à forte communauté expatriée, ou encore des régions touristiques. Elles font l'objet d'une étude approfondie et d'un suivi actif qui permet à l'InVS de tenir ses partenaires nationaux informés de leur déroulement. Enfin, l'InVS a poursuivi en 2002 sa participation à la révision du règlement sanitaire international entrepris par l'OMS. Il a notamment testé les algorithmes de décisions destinés à définir les événements de portée internationale appelés à être notifiés dans le cadre de ce futur règlement.

## ● Formation – Documentation - Veille scientifique

Le Département formation et documentation (DFD) de l'InVS a été créé en juillet 2002. Il regroupe les unités « Documentation » et « Formation » et héberge le programme européen Eurosurveillance, dont les activités étaient auparavant incluses dans les actions transversales. La mise en place du programme Profet en 2002, au niveau national et régional, représente l'une des réalisations prioritaires de ce nouveau département.

### Programme national de formation à l'épidémiologie d'intervention : Profet

Une des fonctions principales de ce programme est de former de futurs épidémiologistes qui pourront notamment renforcer les équipes des Cire. Le programme a démarré en septembre 2002, avec un premier groupe de six épidémiologistes stagiaires répartis dans quatre Cire, et à l'InVS (DMI et DSE). Au cours des six premiers mois de leur prise de fonction,

ces épidémiologistes stagiaires ont pu participer à de nombreuses actions de surveillance et d'investigation. Profet accueillera six nouveaux stagiaires en septembre 2003, passant ainsi à 12 épidémiologistes stagiaires, ce qui devrait représenter un « rythme de croisière » pour ce programme de formation.

### Activités européennes de formation (EPIET) et d'information (Eurosurveillance)

– Le programme EPIET assure la formation d'épidémiologistes destinés à renforcer les structures de veille sanitaire des pays européens. En 2002, la huitième cohorte EPIET a démarré avec 10 stagiaires représentant 15 pays.

– Eurosurveillance est un bulletin européen d'information épidémiologique comprenant deux volets : un bulletin électronique hebdomadaire,

Eurosurveillance Weekly, sur les actualités en matière de maladies infectieuses et d'alertes épidémiques (3 000 abonnés), et une revue mensuelle incluant des articles sur les programmes de surveillance au niveau européen, les rapports d'investigation des épidémies et des comparaisons des politiques nationales de santé publique (10 600 abonnés, 25 000 connexions web par mois).

### Documentation et veille scientifique

Au sein du DFD, l'unité « Documentation » met à disposition de tous les départements et services de l'InVS et des Cire, les informations scientifiques nécessaires et indispensables à la mise en œuvre et au déroulement des programmes scientifiques. Cela se traduit entre autres actions, par une politique d'enrichissement du fonds documentaire scientifique

et technique en rapport avec les missions de l'InVS, et par une veille scientifique régulière, notamment bibliographique.

L'année 2003 devrait permettre de développer la réflexion sur la veille prospective dont la documentation scientifique est l'un des principaux acteurs.

## ● Evolutions à venir

Mis en place au cours des années 90, le système français de veille et de sécurité sanitaires ne cesse de s'enrichir et d'évoluer, au niveau national avec la nécessaire mise en cohérence des différentes agences, au niveau régional où il convient d'organiser le relais par les effecteurs locaux, enfin au niveau international et tout particulièrement européen où la veille et la surveillance sanitaires doivent être coordonnées pour assurer la détection et la réponse aux menaces de santé publique quelle qu'en soit l'origine.

● **La coordination de l'ensemble des agences sanitaires nationales est un objectif difficile à atteindre.** Le CNSS en était l'instrument, mais ses modalités de fonctionnement amènent à réfléchir à des regroupements qui pourraient fédérer les agences d'expertise par produits par exemple, tandis que les structures transversales, InVS et Inpes, traitant respectivement de la surveillance de l'état de santé et de la préconisation des programmes de prévention qui s'imposent pour l'améliorer, pourraient être regroupés avec cohérence, comme c'est le cas dans d'autres pays. Si le projet de loi relative à la santé publique ne prévoit pas ces regroupements, qui sont encore à l'étude, il remodèle déjà le CNSS en le fondant avec le Comité technique national de prévention pour devenir le Comité national de santé publique dont la vocation est la concertation et la coordination interministérielle des politiques de santé.

● **Au niveau régional, le souci de coordination est également important.** Pour décliner les travaux de l'InVS en région, les cellules interrégionales d'épidémiologie ont été créées (cf. chapitre Développement du dispositif en région). Cependant, elles ne travaillent pas aujourd'hui sur l'ensemble des thématiques traitées par l'InVS et par ailleurs, il existe d'autres opérateurs en région qui participent à la veille sanitaire et à l'observation de la santé (ORS, échelon médical des Cram, statisticien régional, URML...).

Dans un souci de mise en cohérence et d'efficacité dans la production des éléments nécessaires à la conduite des politiques sanitaires régionales, l'InVS mène un travail pilote en région Midi-Pyrénées qui, de façon souple, fédère tous les producteurs de données de veille sanitaire, sous l'autorité du Préfet représenté par la Drass, pour aboutir à un programme régional de veille sanitaire au service des politiques régionales.

Ce besoin de mise en cohérence au niveau régional, ressenti par tous les acteurs (décideurs et

opérateurs), a été pris en compte dans le projet de loi relative à la santé publique, par la création du groupement régional de santé publique « GIP opérateur » aux missions larges, incluant non seulement les activités de surveillance et d'observation sanitaires mais également la mise en œuvre des Programmes régionaux de santé. La déclinaison concrète de ce projet reste à construire et, du point de vue de l'InVS, il est nécessaire que les travaux de surveillance et d'observation sanitaires soient clairement distincts des travaux de mise en œuvre des programmes de prévention, afin d'en permettre l'évaluation de façon objective.

Enfin, il est nécessaire que ce groupement régional par l'intermédiaire des Cire, puisse aussi bien réaliser des travaux de portée régionale, que décliner des programmes nationaux de surveillance sanitaire, au titre de l'InVS notamment.

● **Au niveau européen, la cohérence se construit.**

La priorité d'échange d'informations sanitaires pour préserver la santé publique est une prérogative de l'UE depuis le traité de Maastricht. Dans le domaine des maladies infectieuses, qui sont le plus fréquemment l'objet d'échanges, cette nécessité s'est concrétisée par la création du Réseau européen d'alerte et de surveillance des maladies infectieuses (décision 2119/98/EC) animé par le « Comité du réseau » présidé par la DG SANCO. Il définit et coordonne les actions prioritaires. Malgré les améliorations qu'il a engendrées, ce réseau a ses limites, il est peu réactif et ne dispose que d'une vue à court terme ; en outre, il ne concerne que les maladies infectieuses.

La France a toujours soutenu l'idée qu'au-delà d'un réseau, il était nécessaire de prévoir une structure de coordination technique et opérationnelle.

La faisabilité d'un tel projet a été étudiée par la Belgique en 2001, mais l'irruption soudaine de la menace bioterroriste a mis en lumière la nécessité d'aller plus rapidement, plus loin.

La création d'un « Centre européen de surveillance et de contrôle des maladies » est à l'ordre du jour de la Commission européenne pour 2003. Le périmètre du centre (maladies infectieuses, alertes toxiques, santé environnement et le cas échéant, maladies chroniques...) devra être déterminé. Il en est de même de ses missions qui devraient être la coordination opérationnelle des activités de

surveillance et la détermination des programmes prioritaires à développer. Les travaux du futur centre européen seront conduits dans une perspective d'aide à la décision pour la Commission européenne dans les domaines des risques sanitaires, des maladies émergentes, du bioterrorisme et de l'ensemble de la santé publique.