

Loi de santé publique

Quel impact sur les missions de l’Institut de veille sanitaire ?

Sras, canicule, grippe aviaire, bioterrorisme... Le risque sanitaire semble avoir pris au cours des dernières années une dimension jusque-là insoupçonnée. La France, en particulier, a vécu une année 2003 intense en matière d’alertes sanitaires. Autant d’événements qui révèlent les défis que la surveillance sanitaire doit désormais affronter et pour lesquels elle n’était pas encore totalement préparée.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (LPSP) montre que la mesure de ces enjeux a été prise en affirmant une volonté opérationnelle ambitieuse qui projette le rôle de l’Institut de veille sanitaire (InVS) au-devant de la scène. L’expertise de l’InVS attendue par l’État ne se limite pas aux phénomènes exceptionnels. La loi définit les plans prioritaires de santé publique pour les cinq prochaines années. Les régions deviennent le niveau opérationnel pour la mise en œuvre de ces plans ainsi que pour la définition de priorités régionales. Et l’InVS y joue un rôle déterminant. Explication de textes.

Qu’est-ce qui a changé dans la définition des missions de l’InVS, entre la loi fondatrice du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l’homme, et la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 ? Le premier texte de loi, qui créait l’InVS sur la base du Réseau national de santé publique, prévoyait

trois missions essentielles : la surveillance et l’observation permanente de l’état de santé de la population ; l’alerte des pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique ainsi que la recommandation de toute mesure appropriée ; et enfin toute action nécessaire pour identifier les causes d’une modification de l’état de santé de la population.

Les événements sanitaires et les risques dits “émergents” de ces dernières années ont donné à ces missions une tout autre perspective. La nouvelle loi apporte toute la précision nécessaire, en renforçant et en complétant les missions de l’InVS.

Des missions précisées et renforcées

L’InVS est désormais chargé d’une mission nouvelle et prospective sur les facteurs de risques pour la santé, incluant une approche populationnelle. Cette définition rend compte du souhait des pouvoirs publics de compter sur les agences sanitaires et sur l’InVS en particulier pour anticiper les menaces de tout type. La mission d’alerte sanitaire est elle aussi beaucoup plus explicite dans le nouveau texte : l’InVS doit alerter sans délai le ministre chargé de la Santé en cas de menace pour la santé. Le circuit d’alerte est en accord avec les impératifs décisionnels. L’InVS élabore des indicateurs d’alerte qui permettent aux pouvoirs publics d’engager des actions de prévention précoce en cas de menace sanitaire ou des actions de gestion des crises sanitaires déclarées. Le renforcement de ces missions impose à l’InVS celui de ses moyens et outils. Le champ d’analyse couvre à présent des données scientifiques, climatiques, sanitaires, démographiques et sociales, notamment en matière de morbidité et de mortalité. L’InVS doit donc développer de nouveaux systèmes d’information qui dépassent le cadre des correspondants habituels de

Créer une “culture du signalement”

Le signalement d’un phénomène inhabituel par l’ensemble des correspondants de l’InVS, et par tout professionnel de santé, peut contribuer de manière très efficace à l’anticipation ou la découverte d’un risque nouveau ou d’une situation d’urgence sanitaire. Le signalement des maladies dites à déclaration obligatoire, des infections nosocomiales et des phénomènes inhabituels dans le cadre du bioterrorisme étaient déjà dans les textes. La nouvelle loi étend l’obligation de signalement à toute menace ou présomption de menace sanitaire grave. Pour développer une “culture” du signalement, l’InVS a mis en œuvre un travail de sensibilisation des services d’urgence hospitalière et préhospitalière, les incitant à signaler les phénomènes inhabituels même s’ils ne sont pas massifs. Pour cela, un courriel, un fax et un téléphone dédiés ont été mis en place à l’InVS. Une réflexion sera conduite pour envisager la pertinence de déconcentrer ce type de signalement au niveau régional.

la santé, avec les services de la Protection civile, le Service de santé des armées, les Services des pompes funèbres. Les certificats de décès adressés à l’Inserm¹ seront également transmis à l’InVS dans une perspective de veille et d’alerte sanitaires.

Un rôle qui s’élargit avec la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau régional

La loi relative à la politique de santé publique donne une place importante à la région, définie comme étant le niveau pertinent de sa mise en œuvre. Une nouvelle organisation se met ainsi en place, instituant dans une démarche globale de santé publique les programmes régionaux de santé déjà en place dans certaines régions depuis quelques années. La région a désormais pour mission, d’une part, d’assurer la déclinaison de la politique nationale de santé publique et, d’autre part, de mettre en place des programmes prenant en compte les spécificités et les besoins régionaux et locaux. Ces Programmes régionaux de santé publique (PRSP) sont mis en œuvre par les Groupements régionaux de santé publique (GRSP), sur la base d’un diagnostic régional partagé. Les GRSP réunissent les services déconcentrés de l’État (Drass, Ddass), l’Assurance maladie, les collectivités locales, ainsi que l’InVS et l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé. Une Conférence régionale de santé rendra son avis sur les actions proposées au sein des PRSP. Outre les actions spécifiques régionales de santé publique, les PRSP devront inclure un plan d’action relatif à l’alerte et à la gestion des situations d’urgence sanitaire (article 10 bis de la LPSP).

L’InVS, “professeur d’épidémiologie”

L’ambition de la politique de santé publique visée par la LPSP nécessite la mise en place de formations de haut niveau destinées aux différents professionnels impliqués (administration centrale, services déconcentrés, établissements de santé, agences sanitaires...). La loi prévoit ainsi la création d’une École des hautes études de santé publique complétant les compétences de formation existantes. L’InVS pourrait être appelé à participer aux enseignements dispensés dans le cadre des formations de cette nouvelle école. L’InVS assure déjà, depuis quelques années, pour ses propres besoins et ceux des Cire, l’enseignement de l’épidémiologie d’intervention, sous la forme d’un cours de trois semaines, ainsi qu’une formation tutorale sur deux ans, conçus sur le modèle des enseignements dispensés aux États-Unis dans les *Centers for Disease Control and Prevention*.

© Assemblée nationale - 2005



Le rôle de l’InVS dans la mise en œuvre des cinq plans nationaux stratégiques

La LPSP a défini cinq plans nationaux prioritaires pour les prochaines années :

- le plan cancer ;
- le plan national santé-environnement ;
- le plan de lutte contre les violences ;
- le plan maladies rares ;
- le plan pour la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Pour permettre l’élaboration, le suivi annuel et l’évaluation de chacun de ces plans, l’État doit disposer de données épidémiologiques qui seront fournies largement par l’InVS. Des outils de recueil et d’analyse des informations sont en cours de développement.

Pour le cancer, par exemple, l’InVS a développé avec les registres des bases de données et des estimations d’incidence par âge, sexe et type de cancer. Le développement des outils vise à disposer d’une plus grande couverture de population ainsi qu’à élargir les données analysées (surveillance dite “multisources”).

Dans le domaine des maladies rares, l’InVS est chargé de mettre en œuvre le premier axe stratégique du plan consistant à “mieux connaître

l’épidémiologie des maladies rares”. La mise en place de cette surveillance doit permettre de mieux comprendre “l’histoire naturelle” de ces maladies, d’évaluer les besoins en matière de prise en charge et de qualité de vie.

En matière de santé et environnement, l’InVS va réaliser une étude épidémiologique à grande échelle (en lien avec l’étude américaine *National Children’s Study*) pour analyser les liens entre l’exposition à différentes substances présentes dans l’environnement et leur impact sur la santé des enfants. Cette étude des facteurs environnementaux et de la santé des enfants (Efese), coordonnée par l’InVS, sera menée en partenariat étroit avec l’Inserm¹. Le suivi effectif des enfants commencera en 2008 sur un échantillon représentatif d’une génération de la population française (suivi de la pré-natalité jusqu’à la post-adolescence) et sera précédé de la définition des divers paramètres essentiels (types d’échantillons et de dosage, constitution de la cohorte). C’est une des 12 actions prioritaires du plan national santé-environnement (2004-2008).

Loi de santé publique

Trois nouveaux secteurs d'intervention confiés à l'InVS

1. La surveillance de la couverture vaccinale
L'InVS est désormais responsable (selon la nouvelle loi) de l'évaluation de la politique vaccinale afin d'aider les pouvoirs publics dans l'élaboration et l'évolution de cette politique. L'ensemble des acteurs de prévention pratiquant des vaccinations, notamment les services de Protection maternelle et infantile (PMI), les services de santé scolaire et universitaire et les médecins du travail, devront transmettre à l'InVS les données dont ils disposent.

2. La santé au travail
Sur ce point, les missions de l'InVS sont également élargies. Il aura désormais pour tâche de mettre en place un outil de recensement et d'analyse des accidents du travail, des maladies professionnelles ou présumées professionnelles ainsi que des risques sanitaires en milieu du travail. L'outil statistique sera mis en place avec l'aide de la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles (AT-MP) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ainsi qu'avec les services statistiques des ministères du Travail et de la Santé. Cette nouvelle approche vient en complément de l'approche épidémiologique incombant à l'InVS en matière de santé au travail. L'InVS doit aussi aider les entreprises, publiques et privées, à mettre en place une surveillance épidémiologique auprès de leurs employés.

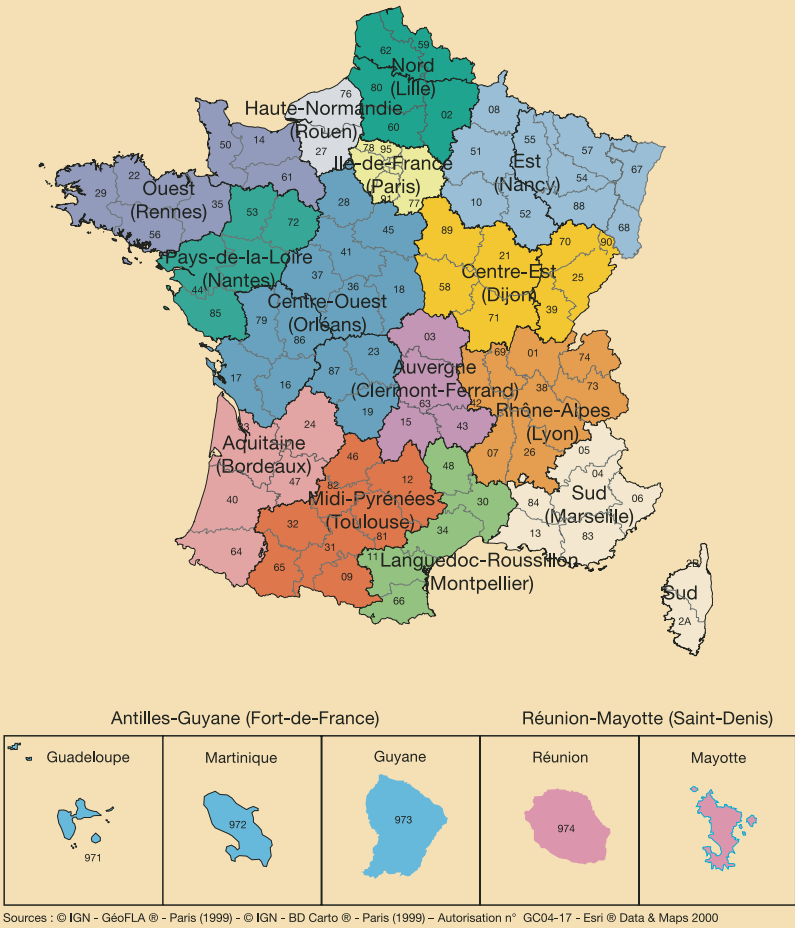
3. La surveillance de la iatrogénie
L'InVS est chargé de conduire une expérimentation visant à mettre en place un système de recueil et d'analyse des signalements d'effets indésirables liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention, hormis les infections nosocomiales. L'analyse de ces événements concerne directement les bonnes pratiques professionnelles et l'InVS travaillera en étroite collaboration avec la Haute autorité de santé² qui a la charge de les définir.

Les Cire et leurs nouvelles missions

Les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) ont été créées en 1995, trois ans après la création du Réseau national de santé publique, devenu InVS en 1998. Dans le cadre de leur mission, les Cire apportent un appui technique aux services déconcentrés de l'État (Drass, Ddass...) ; participent à la mise en œuvre territoriale des actions de surveillance sanitaire organisées au niveau national par l'InVS ; proposent et mettent en œuvre des actions de surveillance sanitaire spécifiques au niveau local. Elles sont sous la responsabilité scientifique de l'InVS et sont localisées au sein des Drass.

Les thèmes couverts par les Cire sont le reflet des objectifs nationaux de surveillance mais aussi de spécificités régionales telles que la surveillance de la dengue, de la maladie de Lyme, ou encore de la pollution industrielle par le plomb ou le cadmium. Elles se mobilisent également aux côtés de l'InVS lors d'événements majeurs pouvant avoir un impact sanitaire important, tels que le naufrage de l'Erika ou l'explosion de l'usine AZF de Toulouse en 2001. Les Cire étaient constituées à l'origine d'un médecin inspecteur de santé publique (Misp) et d'un ingénieur de génie sanitaire (IGS), formés à l'épidémiologie et à l'évaluation des risques. Elles se sont progressivement renforcées, notamment face au risque de menace bioterroriste lié aux attentats du 11 septembre 2001.

Les 16 Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire)



Sources : © IGN - GéoFLA © - Paris (1999) - © IGN - BD Carto © - Paris (1999) – Autorisation n° GC04-17 - Esri © Data & Maps 2000

Elles sont aujourd'hui au nombre de 16 et emploient 90 personnes.	travaux des GRSP et à l'élaboration des PRSP en apportant une référence méthodologique et scientifique. Elles piloteront en particulier les plans d'actions relatifs à l'alerte des PRSP. Ces nouvelles missions vont nécessiter la poursuite du développement régional des Cire, en consolidant les équipes existantes et en assurant à terme la présence de l'InVS dans chaque région.	(1) <i>Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale.</i> (2) <i>La Haute autorité de santé a été créée par la loi relative à l'assurance maladie et reprend notamment les missions qui étaient confiées à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.</i>
---	--	---

Le Plan canicule, “modèle” d'un plan de préparation dans le cadre du plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire dans les régions

Le Plan national canicule mis en place en 2004 permet d'illustrer le rôle que l'InVS et les Cire seront appelés à jouer, pour l'ensemble des risques sanitaires, dans le cadre des Plans d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire prévus par la LPSP. Il montre en particulier l'importance opérationnelle de la régionalisation dans le processus d'alerte.
Le Plan national canicule définit, à travers quatre niveaux d'alerte, les dispositions à prendre pour la mise en œuvre de la surveillance et la transmission des indicateurs sanitaires, l'estimation de l'impact sanitaire sur la base des indicateurs (recueil quotidien), la gestion de la situation sanitaire (mise à disposition d'une équipe permanente d'investigation et études épidémiologiques) et la synthèse de l'événement régional une fois la situation revenue à la normale.
Ainsi, dès le niveau 2 (pré-alerte), les Cire assurent le recueil sur place des informations nécessaires, de manière quotidienne et dans chaque département de la région concernée.

Pour en savoir plus

- *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel n°185 du 11 août 2004. Disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>.*
- *Plan national santé-environnement (2004-2008). Dossier du ministère chargé de la Santé : <www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/sommaire.htm>.*
- *Plan cancer (2003-2007). Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer : <www.plancancer.fr>.*
- *Plan national maladies rares (2005-2008). Dossier de presse du ministère chargé de la Santé : <www.sante.gouv.fr/htm/actu/maladie_rare/sommaire.htm>.*
- *Plan santé au travail (2005-2009). Ministère chargé du Travail : <www.travail.gouv.fr/actualites/Pdf/PST_2005-2009.pdf>.*
- *L'alerte sanitaire en France. Principes et organisation. Rapport de l'Institut de veille sanitaire. Mai 2005. <www.invs.sante.fr/publications/2005/prsp/index.htm>.*



Le professeur **Didier Houssin** a été nommé **Directeur général de la santé** lors du conseil des ministres du 30 mars dernier. **Directeur de la politique médicale à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, il a auparavant dirigé l'Établissement français des greffes, de sa création en 1994 jusqu'en 2003¹. Chirurgien de l'appareil digestif et spécialiste de la transplantation hépatique chez l'enfant, Didier Houssin a également été chef du service de chirurgie de l'Hôpital Cochin à Paris et vice-président du conseil scientifique de l'université Paris-V-René-Descartes.**

Après avoir dirigé l'Établissement français des greffes, vous êtes désormais à la tête de la Direction générale de la santé. Quel est votre point de vue sur l'organisation actuelle de la santé publique en France et, plus particulièrement, de la sécurité sanitaire ?

Mon point de vue est que la santé publique en France a connu des avancées spectaculaires au cours des quinze dernières années. Comme toujours, ces avancées n'ont pu être aussi spectaculaires que parce qu'elles constituaient la réaction à une situation que notre société avait jugée critique ou inacceptable. Ces avancées se sont faites de manière successive et dans des domaines distincts plutôt que de manière globale sur l'ensemble du champ. Elles ont conduit à une capacité publique en matière sanitaire nettement

“ La régionalisation est un des aspects les plus marquants de la loi de santé publique. ”

renforcée mais dont les forces peuvent sembler éparées, notamment dans le domaine de la sécurité sanitaire. Parallèlement, les attentes se sont accrues. Des mesures sont donc nécessaires pour accroître la cohésion du dispositif, renforcer les articulations avec le niveau européen, clarifier les aspects territoriaux, et donner une plus grande visibilité aux ressources humaines consacrées à la santé publique.

Près d'un an après la promulgation de la loi relative à la politique de santé publique, où en est-on du processus de régionalisation ?

La régionalisation est un des aspects les plus marquants de la loi de santé publique. Elle implique des actions de trois ordres : la clarification de l'organisation régionale elle-même, pour une meilleure articulation entre soins et santé publique et avec les nombreux autres domaines de l'action publique ; la définition des modalités d'actions sur le terrain, les seules pouvant aboutir à des résultats concrets ; l'organisation optimisée du travail des acteurs régionaux, des administrations centrales et des agences sanitaires. La proposition récemment faite par l'Institut de veille sanitaire sur le thème de l'organisation des alertes sanitaires va dans ce sens.

Vous avez écrit un livre sur le phénomène de l'urgence, basé sur votre expérience de l'urgence médicale. Quelles sont les “urgences” auxquelles vous avez à répondre dans votre nouvelle fonction et comment les abordez-vous ?

Il est vrai que je me suis beaucoup intéressé au phénomène de l'urgence, à la fois pratiquement, dans le champ médical en tant que chirurgien, puis dans le domaine des prélèvements et des greffes, enfin dans celui de l'activité hospitalière en général. Je suis heureux de retrouver l'urgence à une autre échelle, celle de la sécurité sanitaire, à la dimension du pays et sur la scène européenne et internationale. Je sais qu'il n'est pas facile de ranger les urgences, ni de résister à la qualification comme urgences de nécessités qui n'en sont pas. Une chose est certaine : si l'on veut réagir vite et bien, il faut faire le guet et se préparer sans relâche.

(1) L'Agence de la biomédecine, créée dans le cadre de la révision des lois de bioéthique du 6 août 2004 reprend, à compter du 10 mai 2005, les activités de prélèvement et de greffe d'organes, de tissus et de cellules confiées à l'Établissement français des greffes depuis plus de dix ans, et élargit ses responsabilités aux domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.