

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.