
Les premiers pas de la veille sanitaire

Jean-François Girard

Président de l'Institut de recherche pour le développement

A Vincent Pierre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le dispositif français de sécurité sanitaire

Didier Houssin, Yves Coquin

Direction générale de la santé

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

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

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

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

Les agences nationales de sécurité sanitaire

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

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

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

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

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

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

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