

Les recours administratifs arrivent en Conseil d'État. Deux arrêts refusent l'application du principe de précaution [6] et stoppent ainsi le recours discursif qui en était fait.

Lorsque les institutions (État, experts, justice, autorités locales) adoptent la même position quant à l'état du danger sanitaire et que des solutions politiques locales permettent de prendre au sérieux les inquiétudes des populations, la situation peut retrouver un nouvel état d'équilibre.

CONCLUSION

Le questionnement sanitaire

En revanche, lorsque ces positions sont divergentes ou que les autorités locales soutiennent les mobilisations des populations, les conflits comportant l'idée d'incertitudes pour la santé se portent sur ces enjeux.

Quel est le rôle des agences de sécurité sanitaire dans un contexte où le danger pour la santé paraît improbable mais les populations s'expriment sur ce registre ? Quelles pourraient être les modalités de leur intervention en particulier pour prendre en charge les plaintes des populations ?

La première question renvoie à plusieurs autres : la définition légale de la santé et la place qu'y prennent le bien être ou la qualité de vie, les indicateurs utilisés, les savoir-faire et compétences à mobiliser, les outils spécifiques à mettre en place, la coordination à opérer entre agences et services gestionnaires, etc.

La seconde s'adresse aux gestionnaires des territoires, politiques ou administratifs. Les conflits locaux se multiplient et toute incertitude scientifique sera potentiellement utilisée dans le champ sanitaire avec les conséquences politiques énoncées plus haut. Pour éviter la multiplication de crises de portée

nationale, il est important de prendre au sérieux les craintes des populations dans ce champ, même lorsqu'elles prennent des formes agressives.

La mise en place de dispositifs qui gèrent les situations conflictuelles traduites dans le champ de la santé constitue un enjeu public. Il s'agit de répondre aux interpellations des populations mais également de faire rapidement la part entre craintes ou mécontentements et problèmes sanitaires. Des innovations dans ce domaine sont à envisager. Elles devraient diminuer le coût global des crises, améliorer l'allocation des ressources au bénéfice des problèmes sanitaires majeurs et enfin, contribuer à la restauration de la confiance dans les institutions.

RÉFÉRENCES

- [1] Guérin M. Commissariat général au Plan, Conflits d'usage à l'horizon 2020. Quels nouveaux rôles pour l'État dans les espaces ruraux et périurbains ? Paris, mai 2005.
- [2] Castel R. L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ? Paris, Seuil, 2003.
- [3] Borraz O, Devigne M, Salomon D. Controverses et mobilisations autour des antennes relais de téléphonie mobile, septembre 2004, rapport C.S.O. La recherche française a été financée par les trois opérateurs auprès du CNRS. Elle a été complétée par un travail comparatif dans cinq pays européens financée dans le cadre d'un programme CNRS-Inserm-Mire.
- [4] Par analogie avec les accidents industriels. Perrow C. Normal accidents, Living with High-Risk Technologies, New-York, NJ, Basic Book, 1984.
- [5] Rapport au DGS. Les téléphones mobiles, leurs stations de base et la santé. État des connaissances et recommandations, La documentation Française, Paris, janvier 2001, p 289.
- [6] Contentieux n° 251850 et n° 248233.

Recensement des agrégats de pathologies non-infectieuses, France, 1997-2002

Hélène Tillaut

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

Suite aux investigations réalisées par le département santé environnement de l'Institut de veille sanitaire (InVS) concernant des signalements d'agrégats spatio-temporaux de pathologies non infectieuses, la rédaction d'un guide d'investigation a été décidée. Afin de décrire l'ampleur du phénomène en France, une enquête ayant pour objectif de recenser et décrire les signalements d'agrégats a été réalisée en 2003. La période d'étude choisie était de 5 ans (1997-2002).

MÉTHODE

Pour permettre un recueil exhaustif des signalements, les médecins inspecteurs de santé publique des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) et Cellules inter-régionales d'épidémiologie (Cire) étaient la cible privilégiée. D'autre part, les Observatoires régionaux de la santé (ORS), qui peuvent également avoir été saisis pour des cas regroupés de pathologies, ont été questionnés.

L'enquête s'est déroulée en 2 étapes :

- un courrier a été adressé à chaque médecin inspecteur régional, qui devait recenser, dans sa région, les médecins inspecteurs de santé publique qui avaient été alertés pour un signalement de cas regroupés de pathologies entre 1997 et 2002. La liste des médecins inspecteurs était retournée avec les coordonnées de ces personnes. Lors de cette 1^{ère} étape, un courrier électronique était envoyé aux directeurs des 22 ORS pour leur poser la même question ;

- un questionnaire téléphonique a été soumis à chacun des médecins identifiés lors de la 1^{ère} étape des Drass et Ddass (32), des Cire (8) et des ORS (3). Les items renseignés ont trait : au signalement (par qui et comment) ; à l'agrégat supposé (nombre et caractéristiques des cas, pathologies signalées, répartition temporo-spatiale, présence éventuelle d'une source environnementale) ; aux investigations épidémiologiques et environnementales réalisées ; au contexte social.

Le logiciel Epi Info 6.04 a permis la saisie et l'analyse des questionnaires.

RÉSULTATS

Signalements

L'enquête a permis de recenser 38 signalements d'agrégats de pathologies non infectieuses en France entre 1997 et 2002, principalement reçus par les Ddass et provenant le plus souvent d'un médecin (14/38) ou d'un particulier (9/38). Ils ont concerné 29 départements et ont augmenté de façon progressive jusqu'en 2002 (figure 1).

Description des agrégats

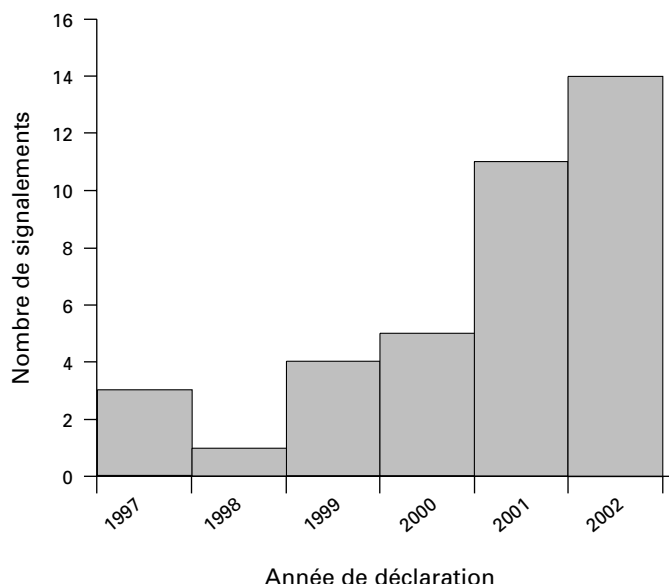
Les pathologies les plus fréquemment signalées ont été des cancers (28/38), dont 13 signalements de cancers de tous types. Parmi les 10 signalements ne concernant pas des cancers, 4 étaient des pathologies thyroïdiennes. Dix-huit signalements concernaient uniquement des adultes et 6 concernaient uniquement des enfants, dont 4 regroupements de leucémies ; les autres signalements n'identifiaient pas de population

particulière. Les signalements concernaient le plus souvent une collectivité, une école, un quartier ou une commune (22/38).

Une source environnementale était incriminée dans 25 des 38 déclarations. Pour 17 de ces 25 signalements, la source était un site potentiellement polluant en activité : usines d'incinération d'ordures ménagères, sites nucléaires, autres sites industriels émetteurs d'effluents.

Figure 1

Distribution temporelle des signalements de regroupements de cas de pathologies non-infectieuses, France, 1997-2002



Investigations épidémiologiques et environnementales réalisées

Une investigation épidémiologique comportant : validation du diagnostic des cas rapportés, recherche active de cas supplémentaires, calcul de l'excès de cas a été réalisée pour 32 signalements.

L'investigation environnementale comporte une caractérisation du milieu par des données existantes, voire la mise en œuvre de campagne de mesure de polluants dans l'environnement. Aucune hypothèse environnementale explicative n'a pu être émise suite aux 26 investigations environnementales réalisées. La mise en œuvre conjointe d'investigations épidémiologique et environnementale a été réalisée pour 24 signalements rapportés.

Contexte social

Pour 14 des 38 signalements, il y a eu l'implication d'une association citoyenne : de consommateurs, de parents d'élèves, de défense de l'environnement... Dans 11 cas, il s'agissait d'une association de portée locale et dans 3 cas d'une association de portée nationale. Les investigations ont fait l'objet d'une médiatisation pour 16 signalements. Seize des 38 signalements rapportés ont fait l'objet d'une communication des autorités sanitaires en direction du public pour expliquer les investigations réalisées et/ou les résultats obtenus.

Sur les 38 signalements recensés, 8 actions ont été mises en œuvre afin de surveiller ou protéger les populations d'un éventuel risque : cinq surveillances actives, dont 3 pour la survenue de nouveaux cas et 2 pour l'environnement (un des signalements a fait l'objet d'une double surveillance épidémiologique et environnementale), et 4 réductions de l'émission ou arrêts de la source supposée de pollution.

CONCLUSION

L'identification incomplète de la totalité des médecins inspecteurs des Ddass ayant géré des signalements d'agrégats, lié à la méthode en 2 étapes et donc aux disparités d'interrogation des médecins dans les différentes régions, a pu être à l'origine d'une sous-déclaration du nombre de signalements recensés. D'autre part, les médecins inspecteurs en poste dans les services de l'administration centrale et en détachement n'ont pas été interrogés. Par ailleurs, du fait du renouvellement rapide de ces postes, il est probable que les signalements d'agrégats antérieurs à 1999 aient été moins souvent rapportés. Enfin, un biais de mémorisation peut expliquer en partie la perception d'une augmentation au fil du temps des déclarations, notamment pour les déclarations n'ayant pas conduit à des développements importants.

Aucune hypothèse étiologique n'a pu être émise à la suite des investigations réalisées en France. Ce résultat est à rapprocher des résultats de différentes études sur les signalements d'agrégats notamment aux États-Unis [1] et aux Pays-Bas [2] qui concluent qu'aucune des investigations menées entre 1980 et 2000 aux États-Unis et entre 1993 et 1997 aux Pays-Bas n'a abouti à la mise en évidence d'une relation étiologique consistante. S'intéressant spécifiquement à 11 investigations approfondies d'agrégats spatio-temporels de leucémies de l'enfant, F. Alexander concluait qu'aucune de ces études n'avait apporté d'indication étiologique convaincante [3]. Par ailleurs, en 15 ans aux Pays-Bas, le nombre d'agrégats rapportés aux autorités sanitaires a été multiplié par 4.

Les personnes interrogées ont mis l'accent sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces signalements lorsque le contexte social est agité (présence d'une association et médiatisation). Les professionnels de santé publique se trouvaient souvent très démunis devant l'inquiétude des populations, exacerbée par l'inadéquation entre les réponses proposées et les souhaits d'investigations exprimés.

Indubitablement, le contexte social joue un grand rôle dans le déroulement des investigations et conditionne parfois le type de réponse qui peut être apporté. D'autre part, les investigations menées suite aux signalements reçus sont très disparates, depuis la simple réponse bibliographique sur le problème de santé rapporté au calcul de l'excès de cas pour le volet épidémiologique, depuis la caractérisation de l'environnement par des données existantes à la mise en œuvre de plusieurs campagnes de mesures de polluants ou la réalisation d'évaluation des risques sanitaires pour le volet environnemental. Il convient de continuer à surveiller et à prendre en charge ces signalements. A cet effet un guide d'investigation adapté au contexte français vient d'être publié par le département santé environnement de l'InVS [4].

RÉFÉRENCES

- [1] Caldwell GG. Twenty-two years of cancer cluster investigations at the Centers for Disease Control. *Am J Epidemiol* 1990; 132(1 Suppl):S43-S47.
- [2] Van Poll R, Drijver M. *Environmentally-related Disease Clusters in the Netherlands*. 1999.
- [3] Alexander FE. Clusters and clustering of childhood cancer: a review. *Eur J Epidemiol* 1999; 15(9):847-52.
- [4] Institut de veille sanitaire. Guide méthodologique pour l'évaluation et la prise en charge des agrégats spatio-temporels de maladies non-infectieuses, juin 2005.

ERRATUM – BEH 46-47 du 29 novembre 2005

Une erreur s'est glissée dans le tableau 2 page 241, merci d'en consulter les corrections sur notre site internet : http://www.invs.sante.fr/beh/2005/46_47/beh_46_47_2005.pdf