



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

SURVEILLANCE ET ALERTE EN SANTE PUBLIQUE

Groupe n° 4

- **BALLOUZ Noëlle**
- **BENTH Unice**
- **BOUGEARD Floriane**
- **CHATRY Jeanne**
- **CLAPIER Eric**
- **DEFAIN Patricia**
- **GIRARD Chantal**
- **LHOMME Yann**
- **MAGNE Christine**
- **METGE Céline**
- **TEYSSIER Olivier**

Animateur :

- **FREUND Robert**

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE VERS UNE VEILLE EN SANTE PUBLIQUE.....	3
1.1 Le cadre conceptuel.....	3
1.2 Les limites du système de surveillance et d'alerte, mis en place en 1998, illustrées par la crise de la canicule.....	5
1.2.1 L'émergence d'un système d'agences dote le système de surveillance d'une expertise indépendante.....	5
1.2.2 La défaillance du dispositif de surveillance et d'alerte lors de la crise de la canicule	6
1.3 Le fonctionnement du dispositif de surveillance et d'alerte illustré par deux phénomènes traceurs.....	9
1.3.1 La tuberculose, une maladie à déclaration obligatoire en résurgence.....	9
1.3.2 Le « plan canicule »	11
1.4 L'évolution du dispositif actuel vers une veille sanitaire.....	13
1.4.1 Principes généraux de la loi de Santé Publique de 2004	13
1.4.2 La position centrale de l'InVS dans le dispositif de veille et d'alerte	13
1.4.3 L'inscription de l'échelon régional dans le dispositif	14
1.4.4 Le passage d'un système de surveillance de risques répertoriés à un système plus global de veille.	14
2 ANALYSE CRITIQUE : FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE.....	15
2.1 Les forces du système	15
2.1.1 Une surveillance qui progresse et qui s'enrichit	16
2.1.2 Une alerte coordonnée et plus anticipée	17
2.2 Les faiblesses du système	18
2.2.1 Les limites institutionnelles	18
2.2.2 Les faiblesses du niveau local	20
2.2.3 Un système d'information parcellaire et éclaté	20
3 RECOMMANDATIONS	21
3.1 Une meilleure coordination à tous les échelons.....	21

3.1.1	Un dispositif local renouvelé	21
3.1.2	Le recadrage stratégique du système national d'alerte et de surveillance.....	22
3.1.3	La nécessaire insertion dans les réseaux européens	22
3.2	Structurer le système d'information	23
3.3	Développer un nouvel état d'esprit.....	23
CONCLUSION		25
BIBLIOGRAPHIE.....		I
LISTE DES ANNEXES		II
ANNEXE 1 METHODOLOGIE		III
ANNEXE 2 ORGANISMES CREES PAR LA LOI DU 2 JUILLET 1998.....		V
ANNEXE 3 CHRONOLOGIE DE LA CRISE DE LA CANICULE DE L'ETE 2003....		VII
ANNEXE 4 LISTE DES 26 MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE.....		VIII
ANNEXE 5 LES NIVEAUX D'ALERTE DU PLAN NATIONAL CANICULE.....		IX
ANNEXE 6 GRILLE D'ENTRETIEN.....		X

Remerciements

Nous tenons à remercier en premier lieu M. Robert FREUND pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

Nos remerciements les plus sincères vont également aux différents professionnels qui ont contribué à l'élaboration de ce travail, notamment :

- la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie de Rennes,
- l'Institut National de Veille Sanitaire, et plus particulièrement ses départements maladies infectieuses, international et tropical, santé-environnement, santé-travail et cellule de coordination des alertes,
- la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rennes,
- le Laboratoire d'Analyse des Politiques Sanitaires et Sociales de l'ENSP.

Liste des sigles utilisés

AFSSA :	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSE :	Agence française de sécurité sanitaire environnementale
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
BQA :	Bulletin quotidien des alertes
CCA :	Cellule de coordination des alertes
CCLIN :	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CHR :	Centre hospitalier régional
CIRE :	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CNAM :	Caisse nationale d'assurance maladie
CNR :	Centre national de référence
CNSP :	Conseil national de santé publique
CNSS :	Comité national de la sécurité sanitaire
CSHPF :	Conseil supérieur de l'hygiène publique de France
CTNIN :	Centre technique national des infections nosocomiales
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS :	Direction générale de l'action sociale
DGCCRF :	Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes
DGS :	Direction générale de la santé
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMI :	Département des maladies infectieuses
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRIRE :	Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement
DSUS :	Département de surveillance des urgences sanitaires
DSV :	Direction des services vétérinaires
ECDC :	European center of diseases control (centre européen de contrôle des maladies)
GRSP :	Groupement régional de santé publique
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS :	Institut national de veille sanitaire

MDO :	Maladie à déclaration obligatoire
MISP :	Médecin inspecteur de santé publique
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PMI :	Protection maternelle et infantile
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNC :	Plan national canicule
PRSP :	Programme régional de santé publique
SACS :	Système français d'alerte canicule et santé
SAMU :	Service d'aide médicale d'urgences
SRAS :	Syndrome respiratoire aigu sévère

INTRODUCTION

En 2000, le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qualifie le système de santé français de meilleur au monde.

Août 2003. 40 °C à l'ombre. Crise de la canicule. 14 802 morts supplémentaires.

La crise de la canicule, à l'instar des crises sanitaires précédentes, a fait de la construction du système de surveillance et d'alerte, l'un des principaux enjeux de santé publique. La santé publique, plus qu'une discipline, est un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population¹. Elle mobilise un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui font appel à des méthodes issues de disciplines variées (épidémiologie, sciences sociales, économie de la santé, médecine, démographie, biostatistique, ...). Ainsi, « la santé publique n'a-t-elle pas de méthodes propres mais une de ses principales caractéristiques est la pluridisciplinarité de sa démarche »². Cette définition dépasse donc la conception traditionnelle de la santé publique qui recouvre essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles. La santé publique s'occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects : curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux. Cette pluridisciplinarité se retrouve dans le système de surveillance et d'alerte, dont la construction fut progressive.

Historiquement, la première loi d'hygiène publique remonte à 1902 et prévoyait notamment de rendre obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses.

De fait, il faut attendre la création de la procédure de notification des maladies obligatoires pour qu'émerge le dispositif d'alerte sanitaire moderne. Il est enrichi en 1985 par la mise en place du réseau Sentinelles. Reposant sur l'activité des médecins généralistes libéraux, ce dernier permettait le recueil, l'analyse et la redistribution en temps réel des données épidémiologiques.

La construction se poursuit par la création des comités de vigilance contre les infections nosocomiales (CLIN) dans les hôpitaux en 1988 et dans les cliniques en 1999. Les niveaux régionaux (CCLIN) et le niveau national (CTNIN) sont mis en place en 1992.

Cette même année, est créé le Réseau National de Santé Publique. Sa mission est de coordonner, animer et de renforcer les activités de surveillance et d'intervention épidémiologique des organismes en charge de la politique de santé publique. Deux domaines prioritaires sont concernés : les maladies transmissibles et la relation santé

1 La santé en France, Rapport général du Haut Comité en santé publique, novembre 1994.

2 Idem.

environnement. En 1994, le réseau est renforcé par la mise en place des Cellules Interrégionales d'Epidémiologie (CIRE) dans le but d'apporter un soutien méthodologique aux services déconcentrés pour l'accomplissement de leurs missions d'investigation et de gestion des épidémies et pollutions environnementales.

Plus récemment, les graves dysfonctionnements du dispositif transfusionnel, et leurs répercussions sanitaires, sociales, judiciaires et médiatiques ont considérablement discrédité le système de surveillance et d'alerte. Certains auteurs, tel Aquilino Morelle, n'ont pas hésité à parler d'une « *défaite de la santé publique*³ », et ont interpellé les pouvoirs publics sur la nécessité d'engager des réformes. Ce mouvement a conduit à une prise de conscience politique. A partir des années 90, des efforts importants ont été opérés pour augmenter la réactivité de l'ensemble des acteurs. Cette impulsion s'est concrétisée par l'adoption de textes. D'abord, la loi du 4 janvier 1993 a créé l'Agence Française du Sang. Ensuite, la loi du 2 juillet 1998 a renforcé la veille sanitaire et le contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé destinés à l'Homme⁴. Enfin, la loi de santé publique du 9 août 2004 a modernisé le système de veille, d'alerte, et de gestion des situations d'urgence sanitaire⁵.

La présence constante ou l'apparition d'agents pathogènes liés à nos modes de vie telle que la légionellose rend plus que jamais nécessaire la mise en place d'un système de surveillance et d'alerte réactif. Dans ce contexte, le système français de surveillance et d'alerte, complété par une démarche de veille, et mis en œuvre par de multiples acteurs, répond-il aux enjeux de santé publique ? Différentes crises ont, en effet, révélé les limites du système, la nécessité de développer et de coordonner les expertises. La question se pose alors de savoir si le dispositif actuel est véritablement efficace et s'il pourra éviter l'inertie des pouvoirs publics constatée dans les décennies précédentes.

Pour y répondre, il paraît essentiel de s'interroger sur les apports de la nouvelle loi de santé publique. Nous nous efforcerons, dans cette optique, de confronter l'esprit de la loi à la pratique en illustrant nos propos d'exemples concrets.

La compréhension du fonctionnement et des enjeux du système a motivé un travail de recherche. Plusieurs sources d'informations ont été mobilisées : lectures, entretiens

3 A. MORELLE, « *La défaite de la santé publique* », 1996, éd. Flammarion.

4 La loi n° 98-535 du 2 juillet 1998, créant l'InVS, s'est inscrite dans une perspective d'aide à la décision des pouvoirs publics et d'appui à l'élaboration et à l'évaluation des politiques de protection de la santé et de prévention des risques.

5 Loi de Santé Publique n° 2004-806 du 9 août 2004.

suivant une grille standardisée⁶. Deux phénomènes marqueurs ont été sélectionnés – la tuberculose et la répercussion sanitaire de la canicule de 2003 – afin d’identifier les difficultés et les pistes d’amélioration.

Ainsi, il conviendra de décrire l’évolution du système de surveillance et d’alerte en santé publique (I), préalable nécessaire à une analyse critique (II) permettant de formuler quelques préconisations (III).

1 L’EVOLUTION DU SYSTEME DE SURVEILLANCE ET D’ALERTE VERS UNE VEILLE EN SANTE PUBLIQUE

Après avoir défini le cadre conceptuel, il conviendra de décrire la construction du système actuel de surveillance et d’alerte, et de l’illustrer par deux phénomènes traceurs, la tuberculose et la canicule.

1.1 Le cadre conceptuel

Afin d’appréhender l’ensemble des enjeux liés à notre sujet d’étude, il convient dans un premier temps de définir les concepts de surveillance et d’alerte⁷, et de préciser la notion émergente de veille.

Le système de surveillance et d’alerte vise à détecter le plus précocement possible tout événement sanitaire anormal représentant un risque potentiel pour la santé publique, quelle qu’en soit la nature. L’objectif de ce système d’alerte est de permettre une réponse adaptée, en adoptant des mesures rapides de protection de santé publique.

Ce système s’appuie sur plusieurs composantes dont les interactions sont complexes.

La surveillance se définit comme le recueil, l’analyse, l’interprétation continue et systématique des données de santé essentielles à la planification, à l’exécution, et à l’évaluation des pratiques en matière de santé publique, étroitement intégrée avec la diffusion opportune de ces données aux responsables de la prévention et du contrôle⁸. La surveillance, qui porte sur des risques sanitaires répertoriés, se fait grâce à la constitution d’un système de recueil et de transmission d’informations. Ces informations reposent

6 Cf. annexe 1.

7 Ce travail de définition s’appuie sur une version préliminaire d’un rapport d’un groupe de travail de l’InVS : « *L’alerte sanitaire en France, principes et organisation* ». Il s’appuie également sur les entretiens qui ont pu être menés à l’InVS.

8 Définition traduite du Center for Diseases Control (CDC).

donc sur des indicateurs sanitaires formalisés, par exemple la survenue d'un cas de maladie dont la déclaration est obligatoire. L'objectif est de suivre en continu l'évolution d'une variable, dont on sait qu'elle a une influence sur la santé publique, afin de détecter une anomalie.

La surveillance en santé publique relève de la discipline de l'épidémiologie. A ce titre, elle inclut l'analyse des données sanitaires et « étudie les rapports existants entre les maladies ou tout autre phénomène biologique, et divers facteurs (mode de vie, milieu ambiant ou social, particularité individuelle) susceptibles d'exercer une influence sur leur fréquence, leur distribution, leur évolution »⁹. Pour être efficace, la surveillance nécessite que les informations soient vérifiées.

L'alerte est le signal qui déclenche la mise en œuvre des mesures destinées à sauvegarder la santé de la population. Elle est donnée au niveau géographique le plus adapté, local ou national.

L'alerte intervient en aval de la surveillance, lorsqu'une anomalie est détectée et que son caractère inhabituel est vérifié. Dans un premier temps, l'étendue de la menace est évaluée, grâce à une investigation de l'alerte. Cette dernière opération consiste à « décrire et analyser la situation à l'origine de l'alerte, afin de définir les actions de contrôle appropriées »¹⁰. Dans un deuxième temps, les mesures de santé publique appropriées sont mises en œuvre. En France, cette étape ne fait pas partie de l'alerte, mais plutôt de la gestion effective des risques. Elle peut par exemple être assurée par le Ministère de la Santé, qui exerce un pouvoir politique. Enfin, une fois l'alerte terminée, le système revient en mode de surveillance, après avoir tiré les enseignements de la crise.

En conclusion, on constate que la surveillance porte sur des risques identifiés. A l'inverse, la veille consiste à détecter la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant représenter un risque pour la santé humaine. La veille sanitaire se définit donc difficilement, puisqu'il s'agit d'un processus diffus et multiforme qui nécessite de rester attentif à tous les dangers émergents ou potentiels.

Autre concept en émergence, la « surveillance syndromique » se base sur des syndromes¹¹ (ex : syndrome de la fièvre hémorragique aiguë) et non pas sur des

9 Définition de l'épidémiologie selon le Petit Robert.

10 « *L'alerte sanitaire en France : principes et organisation* », rapport de l'Institut de veille sanitaire, mai 2005.

11 Selon la définition donnée par l'OMS, un syndrome est un ensemble où les symptômes et/ou les signes coexistent plus fréquemment que l'on ne s'y attendrait d'après les lois du hasard si les signes et les symptômes étaient indépendants.

maladies spécifiques. Elle signale précocement la probabilité qu'un risque sanitaire se manifeste¹². Par exemple, la surveillance syndromique est utilisée pour détecter des menaces bioterroristes. Ainsi, ce système de surveillance essaie de s'appuyer sur le signalement d'événements sanitaires ou environnementaux indésirables et moins formalisés, telle l'admission aux urgences d'un patient présentant des signes cliniques anormaux.

Les principaux concepts étant définis, il est désormais possible d'analyser le système mis en place en 1998 et ses limites.

1.2 Les limites du système de surveillance et d'alerte, mis en place en 1998, illustrées par la crise de la canicule

En 1998, les pouvoirs publics ont mis en place un système d'agences de sécurité sanitaire dont l'expertise devait faciliter la prise de décision en santé publique. Toutefois, en dépit de cette avancée, la crise de la canicule de 2003 a mis en lumière le manque de réactivité du dispositif existant.

1.2.1 L'émergence d'un système d'agences dote le système de surveillance d'une expertise indépendante

La loi du 2 juillet 1998 intervient comme la réponse des pouvoirs publics à la pression d'une opinion publique profondément affectée par l'affaire du sang contaminé.

La création de ce dispositif représente une réelle avancée dans le domaine de l'alerte et de la surveillance sanitaire, deux domaines d'action qui restaient auparavant balbutiants. Selon la volonté initiale du législateur, les agences, par leur spécialisation thématique, et grâce à leur indépendance, leur transparence et la publicité de leurs travaux, ont permis de rationaliser l'expertise scientifique et la connaissance des risques sanitaires.

En 1998, deux agences sont créées. Il s'agit de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA)¹³. Parallèlement, l'Etablissement Français du Sang succède à l'Agence Française du Sang et à l'Etablissement Français des Greffes. En 2001, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE) complète ce dispositif. Sur des thématiques bien particulières, tels les aliments ou les dispositifs médicaux, ces agences exercent une vigilance, qui s'accompagne de pouvoirs de police sanitaire.

12 Définition traduite du Center for Diseases Control (CDC).

13 Cf. en annexe 2 Détail des missions des agences créées par la loi n°98-535 du 2 juillet 1998.

Maillon essentiel du dispositif de surveillance et d'alerte également créé par la loi en 1998, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) est un établissement national de santé publique. Il est placé sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé du Ministère de la Santé. Succédant au réseau national de santé publique, sa mise en place effective est intervenue en mars 1999.

La mission de l'Institut est particulièrement large avec un triple objectif de surveillance, d'études et de recommandations. Ainsi, l'institut doit¹⁴ :

- Effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population ;
- Alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique, quelle qu'en soit l'origine, et de leur recommander toute mesure ou action appropriée ;
- Mener à bien toute action nécessaire pour identifier les causes d'une modification de l'état de santé de la population, notamment en situation d'urgence.

L'InVS exerce une fonction d'alerte et de surveillance transversale par rapport à l'ensemble des agences sanitaires.

La réalisation de cette mission et de ces objectifs repose sur la mise en oeuvre et la coordination d'activités de surveillance et d'investigations épidémiologiques, d'évaluations des risques et d'expertises. Pour ce faire, l'InVS mobilise, anime et coordonne un réseau qui comprend des professionnels de santé, des instituts de recherche, des Centres Nationaux de Références, des établissements de soins publics ou privés, des caisses d'assurance maladie, des associations de malades et d'usagers.

Enfin, le Comité National de la Sécurité Sanitaire (CNSS) est chargé d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population et de coordonner les agences de sécurité sanitaire.

Cinq années après sa construction, ce dispositif n'a cependant pas permis d'éviter la crise de la canicule.

1.2.2 La défaillance du dispositif de surveillance et d'alerte lors de la crise de la canicule

La crise de la canicule a souligné le manque de coordination et le déficit d'information des acteurs qui n'avaient pas, à l'époque, identifié le climat comme un risque potentiel. Ces insuffisances ont largement contribué à l'absence de réactivité du dispositif, empêchant le déclenchement rapide de l'alerte.

14 Article L.1413-2 du Code de la Santé Publique.

A) Les nombreux acteurs de la crise

Le rapport d'information du Sénat intitulé « La France et les français face à la canicule : les leçons d'une crise »¹⁵ décrit la situation du dispositif de surveillance et d'alerte lors de la canicule d'août 2003. Ce dispositif s'articulait alors autour d'une pluralité d'acteurs positionnés soit au niveau central, soit au niveau local.

a) *Au niveau central*

Le rapport indique que trois principaux ministères ont exercé des compétences au cours de la crise de la canicule : le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, le Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, duquel dépend le Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées, et le Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et des Libertés Locales.

La mission parlementaire précise qu'au cours de cette crise, le ministère de la santé s'est appuyé sur l'Institut de Veille Sanitaire et sur deux directions propres – la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) – ainsi que sur une direction partagée avec le Ministère des Affaires Sociales, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS).

A l'époque, pour accomplir sa tâche, l'InVS disposait de 270 personnes (238,3 équivalents temps plein réels à la fin août 2003) et d'un budget de 31,874 millions d'euros, contre 23,96 millions d'euros en 2002 et 18,17 millions d'euros en 2001. Il comprenait quatre départements scientifiques thématiques (maladies infectieuses ; maladies chroniques et traumatiques ; santé-travail ; santé-environnement), auxquels s'ajoutent deux départements scientifiques transversaux (département international et tropical et département formation-documentation).

b) *Au niveau local*

La mission résume ainsi la pluralité des intervenants en présence : « De nombreux acteurs interviennent au niveau local, à différents échelons : interrégional (les Cellules Interrégionales d'Epidémiologie, réseaux déconcentrés de l'InVS, par exemple), régional (les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales, les Agences Régionales de l'Hospitalisation), départemental (les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, les préfets de département, les conseils généraux, les services départementaux d'incendie et de secours), communal ou zonal (hôpitaux, maisons de retraite, services d'aide ou de soins à domicile, SAMU, médecins...) ».

15 Session ordinaire du Sénat 2003-2004.

B) La mauvaise coordination des acteurs face à un risque inattendu

La chronologie des faits met en évidence une mauvaise coordination des acteurs.

Du 1^{er} au 14 août 2003, une vague de chaleur sans précédent s'installe sur la France. La mission parlementaire du Sénat fait état, sur la base de trois sources concordantes d'information (l'INSEE, l'InVS et l'INSERM) d'une surmortalité évaluée, pour la période du 1^{er} au 20 août, à 14 802 personnes : « au lieu des 26 819 décès attendus, plus de 41 621 ont été enregistrés. Ces décès sont directement imputables au caractère exceptionnel de la vague de chaleur des quinze premiers jours du mois d'août 2003 et à son association avec un phénomène de pollution atmosphérique, notamment à l'ozone. » Durant cette crise, l'InVS, la DHOS et la DGS ont été alertés par différents acteurs sans que chacun ne prenne réellement conscience de l'ampleur de cette crise sanitaire. De fait, l'alerte n'a été pas donnée par l'InVS ou le ministère de la santé (dont c'était le rôle) mais par les services d'urgence¹⁶.

C) Les principales causes de la défaillance du système

La mission d'information du Sénat a identifié deux causes principales de défaillance¹⁷ :

a) *Le risque climatique : un phénomène ignoré par l'InVS*

En dépit d'une mission de surveillance de tous les risques sanitaires, les phénomènes climatiques n'avaient pas été retenus parmi les axes prioritaires de l'InVS. Par conséquent, aucun programme de surveillance spécifique n'existait, et l'InVS n'a ni synthétisé, ni analysé les rares signalements produits par les acteurs du système de santé.

Le rapport LALANDE¹⁸ souligne le manque de réactivité dans la prise de conscience du phénomène. Le mode de fonctionnement de l'InVS au moment des faits était celui d'un organisme d'observation et d'analyse *a posteriori*. Parallèlement, le rapport estime insuffisante et inefficace la mobilisation des directions du ministère, à l'exception de la DHOS, dans le traitement des données transmises par les DDASS et les médecins. Le cloisonnement entre les directions fut préjudiciable. De plus, l'InVS n'a pas été systématiquement contacté par les acteurs.

Par ailleurs, P. PELLOUX (Président de l'association des médecins urgentistes de France) estime que l'InVS et la DGS étaient trop éloignés des acteurs de terrain (manque

16 Cf. annexe 3 Chronologie de la canicule.

17 Rapport du Sénat (2003-2004), « *La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise* ».

18 Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, dirigé par Madame le Docteur Françoise Lalande et publié en septembre 2003.

de communication) et plus animés par le souci de prévenir la panique que de donner l'alerte. Dans les faits, l'alerte a été donnée suite aux interventions médiatiques du Dr P. PELLOUX et d'autres intervenants tels que le Professeur CARLI, directeur du SAMU de Paris.

b) L'absence de remontées d'informations par les acteurs du système de soin

Alors, Ministre de la Santé de la Famille et des Personnes Handicapées, M. Jean François MATTEI, a estimé devant la commission parlementaire que les différents acteurs du système de soins (les hôpitaux, les ARH, les DRASS, les maisons de retraite, les médecins libéraux, les élus) n'avaient pas, à de rares exceptions, signalés la situation. Plusieurs facteurs expliquent cette défaillance, notamment le fait que les acteurs n'ont pas pris conscience de l'ampleur de la crise, en particulier dans les maisons de retraite où le phénomène fut diffus. De même, lorsque les personnes étaient isolées, elles n'étaient pas recensées et donc non prises en charge. La lenteur du traitement des certificats de décès, intrinsèque à la procédure¹⁹, a également contribué à ces difficultés de remontées d'informations.

De plus, la réalité de la crise a été masquée par le traditionnel engorgement des urgences en lien avec la fermeture estivale de lits. Les acteurs se sont davantage focalisés sur le manque de moyens que sur les causes de cette augmentation de la demande de soins.

La crise de la canicule a démontré la nécessité de faire évoluer le dispositif mis en place en 1998. Suite à cette crise sanitaire, un plan spécifique a été mis en place. Ce « plan canicule » constitue l'un des deux exemples traceurs que nous allons maintenant aborder.

1.3 Le fonctionnement du dispositif de surveillance et d'alerte illustré par deux phénomènes traceurs

Deux phénomènes traceurs, la tuberculose et le « plan canicule » mis en place en 2004, permettent d'illustrer la manière dont fonctionne le système de surveillance et d'alerte. Le premier est une maladie infectieuse chronique en résurgence dont la surveillance a fait ses preuves. Le second est intéressant par le caractère novateur du dispositif élaboré.

1.3.1 La tuberculose, une maladie à déclaration obligatoire en résurgence

Basée sur la transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire, la déclaration obligatoire vise à recueillir de façon exhaustive toutes les données concernant une

¹⁹ Le certificat de décès passe par l'état civil, est transféré à la DDASS puis à l'unité de suivi des décès de l'INSERM. Le délai moyen de disponibilité des données est d'une année au moins, selon G. BRUCKER, Directeur Général de l'InVS.

maladie à déclaration obligatoire (MDO). Ce recueil permet l'évaluation de la situation et de l'évolution de cette maladie. Cette analyse doit permettre la mise en place d'actions préventives et de conduire des programmes adaptés aux besoins de santé publique.

La liste des maladies à déclaration obligatoire²⁰ est établie par décret et la tuberculose y a été inscrite en 1964.

A) Le contexte : une recrudescence de la tuberculose

Depuis 1997, une recrudescence est constatée chez les populations à risques (sans domiciles fixes et prisonniers notamment)²¹. On comptabilise 6098 cas déclarés en 2003. La résurgence de la maladie varie selon la nationalité. Ainsi, si le nombre de cas tend à diminuer chez les personnes de nationalité française, l'incidence est treize fois supérieure chez les personnes migrantes et augmente de 8% chaque année. Les plus touchés sont les adultes jeunes avec une sur-représentation en région parisienne.

Les études révèlent aussi un développement de la multi-résistance des malades aux antibiotiques. En 2002, l'incidence dépassait pour la première fois le seuil de 1% des cas de tuberculose signalés. Parmi cette population, une grande proportion de personnes était déjà connue des services de soins. D'une part, cela signifie que le traitement dont elles ont bénéficié n'a pas été efficace et d'autre part qu'elles ont été durant cette période des vecteurs de contagion.

B) La chaîne de la déclaration obligatoire

Le dispositif de surveillance des MDO met en jeu deux procédures : le signalement et la notification. Cette dernière procédure a été modifiée en 2003 pour renforcer la protection du droit des personnes et de la confidentialité des données recueillies.

Le dispositif repose sur une implication forte de trois acteurs qui interviennent en chaîne :

- Les déclarants : ce sont les médecins (libéraux et hospitaliers) et plus récemment les biologistes (responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés) qui déclarent les cas suspectés ou diagnostiqués de tuberculose aux médecins inspecteurs de santé publique (MISP) de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) territorialement compétente ;
- Les MISP des DDASS réalisent la surveillance au niveau départemental. Ils agissent sur le terrain pour prévenir et réduire localement les risques de diffusion. Ils valident et transmettent les données nécessaires aux analyses faites par l'InVS.

20 Cf. annexe 4 Liste des Maladies à Déclaration Obligatoire.

21 Le point sur la tuberculose, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°17-18, 2005.

Ils relaient l'information et sensibilisent les déclarants aux enjeux de la surveillance à l'échelon départemental ;

- L'InVS peut, dans le cadre du signalement, apporter, en liaison avec les CIRE, un soutien méthodologique aux acteurs locaux de la surveillance.

La procédure de signalement des MDO au MISp par les déclarants qui les suspectent ou les diagnostiquent est une procédure d'urgence et d'alerte. Elle est effectuée sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie). Il n'existe pas de support dédié au signalement. La procédure de signalement permet au MISp de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et si besoin, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination, et ainsi agir pour la réduire. Ces investigations menées peuvent impliquer les CIRE, l'InVS, les Centres Nationaux de Référence (CNR) et les autres services déconcentrés de l'Etat (Direction des Services Vétérinaires, Direction Départementale de la Consommation, de la Concurrence et de la Répression des Fraudes...).

Récemment renouvelée, la procédure de notification anonymisée permet la transmission de données individuelles²² par le déclarant au MISp. La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. La protection de l'anonymat des personnes et la sécurité des données, enjeu du nouveau dispositif, est garantie par de multiples modalités d'anonymisation.

1.3.2 Le « plan canicule »

Suite à la crise de la canicule de l'été 2003, le système de surveillance s'est enrichi d'un « plan canicule »²³. L'étude plus spécifique de ce dernier vise à appréhender la manière dont le système de surveillance et d'alerte s'est réformé.

Opérationnel dès l'été 2004, le Plan National Canicule (PNC) définit les actions de court et moyen termes dans les domaines de la prévention et de la gestion de crise pour réduire les effets sanitaires d'une vague de chaleur. Le PNC précise que l'InVS est responsable de la collecte des données sanitaires, complétées par les informations recueillies auprès de Météo-France, des services d'urgence et des pompiers. Son directeur a personnellement la charge d'avertir le ministre de la Santé, qui déclenche alors l'alerte.

22 Fiche spécifique contenant les données cliniques, biologiques et socio-démographiques pour chaque maladie.

23 Rapport annuel InVS 2003.

Afin de permettre la mise en œuvre des actions prévues par le PNC, l'InVS a élaboré, en collaboration avec Météo-France, un système d'alerte biométéorologique appelé système Français d'Alerte Canicule et Santé 2004 (SACS 2004). Son but est d'alerter les autorités sanitaires avec trois jours d'anticipation.

Le système est fondé sur un indicateur mixte combinant le dépassement d'un seuil de température minimale (nocturne) et maximale (diurne), les températures étant moyennées sur trois jours. Le choix d'un indicateur mixte est cohérent avec les analyses scientifiques : la température maximale ne permet pas toujours d'estimer les risques encourus, et c'est souvent l'absence de rémission nocturne qui empêche l'organisme de récupérer. Le cumul des températures sur trois jours permet de prendre en compte le phénomène de persistance de la chaleur.

D'abord testé pour 14 villes pilotes²⁴, le système a été étendu à toute la France par la définition d'un seuil par département. L'extension géographique à tout le territoire métropolitain constitue l'originalité du système français par opposition aux autres systèmes d'alerte, européens et américains, ayant un caractère local.

L'information recueillie par le SACS est complétée, dès le niveau 2, par la transmission par les CIRE à l'InVS des données sanitaires en provenance de l'état civil, des Samu, services d'urgences, pompiers et pompes funèbres pour une ou deux villes sentinelles par département.

L'application du PNC s'articule autour de quatre niveaux d'alerte²⁵ :

- **Niveau 1 : la VIGILANCE** correspond à l'activation d'une veille saisonnière ;
- **Niveau 2 : l'ALERTE** correspond à la mobilisation des services publics locaux et nationaux principalement dans les secteurs sanitaire et social ;
- **Niveau 3 : l'INTERVENTION** correspond à la mise en œuvre par les services publics locaux et nationaux des mesures sanitaires et sociales d'information et de prise en charge des personnes ;
- **Niveau 4 : la REQUISITION** où des mesures exceptionnelles sont mises en oeuvre pour faire face à l'événement.

Le plan canicule, comme le plan SRAS, fait partie d'une nouvelle génération de plans :

- Il est fondé sur des données scientifiques de surveillance sanitaire ;

24 Bordeaux, Dijon, Grenoble, Le Havre, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Nantes, Nice, Paris, Strasbourg, Toulouse et Tours.

25 Cf. annexe 5 Les niveaux d'alerte du Plan National Canicule.

- Il prévoit, en même temps que le déclenchement de l'alerte, une phase de recueil de données permettant le pilotage ;
- Il assure sa propre évaluation, à laquelle participera l'InVS.

Le Plan National Canicule préfigure par ailleurs le nouveau dispositif d'alerte qui a été mis en place en 2004.

1.4 L'évolution du dispositif actuel vers une veille sanitaire

Nous allons maintenant présenter la contribution de la loi de Santé Publique du 9 août 2004 à la modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire²⁶.

1.4.1 Principes généraux de la loi de Santé Publique de 2004

Le système des agences a permis de rationaliser l'expertise scientifique.²⁷ Cependant, malgré une volonté d'amélioration du système, le dispositif résultant de la loi de 1998 est compartimenté et en partie redondant. Cela nuit à sa réactivité et à son efficacité, comme ce fut le cas lors de la canicule en 2003. Cependant, il ne faut pas voir en la loi du 9 août 2004 une réponse spécifique à cette crise sanitaire. En effet, le projet de loi était en réflexion depuis 2002 sous l'égide du Ministre de la Santé et du Directeur Général de la Santé.

La loi du 9 août 2004 tend à réajuster le dispositif en introduisant une nouvelle gouvernance de la veille sanitaire. Elle affirme la responsabilité de l'Etat dans le domaine de la santé publique et crée des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) chargés de la mise en œuvre de cette politique. La loi renforce la position centrale de l'InVS dans le dispositif. Elle consacre l'importance du niveau régional avec la mise en place d'un volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence dans le Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Elle implique, de plus, le passage d'un système de surveillance des risques répertoriés à un système plus global de veille.

1.4.2 La position centrale de l'InVS dans le dispositif de veille et d'alerte

L'InVS va au-delà de sa position d'expert pour participer plus activement à toutes les phases du dispositif : veille, surveillance, alerte et gestion des risques sanitaires. Il devient le pivot de l'ensemble du système.

²⁶ Loi de Santé Publique n° 2004-806 du 9 août 2004.

²⁷ C. FOUREL, « *Bilan de santé pour la sécurité sanitaire* », Alternatives Economiques n° 234, mars 2005, p. 42- 46.

L'InVS est désormais chargé, en sus des missions de 1998 :

- de la veille et de la vigilance sanitaire ;
- de l'information directe et sans délai le ministre chargé de la santé de toute menace concernant la santé de la population ;
- de la contribution à la gestion des situations de crises sanitaires.

Pour remplir ces missions, il met en place :

- les systèmes d'information lui permettant d'utiliser dans les meilleurs délais tous les éléments nécessaires à la gestion d'une crise ;
- des indicateurs d'alertes ;
- des outils permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents de travail, les maladies professionnelles, les maladies présumées d'origine professionnelles et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail.²⁸

De nouveaux partenaires aux rôles prédéfinis sont clairement identifiés (exemple : les pompes funèbres) pour favoriser l'opérationnalité sur le terrain.

La vigilance devient l'affaire de tous. L'ensemble des acteurs du champ sanitaire est tenu de signaler sans délai au représentant de l'Etat dans le département les menaces imminentes pour la santé de la population. Ce dernier porte immédiatement ce signalement à la connaissance de l'InVS.

1.4.3 L'inscription de l'échelon régional dans le dispositif

Afin de répondre avec efficacité aux menaces sanitaires, les PRSP devront comporter un volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence²⁹. L'InVS mène actuellement une réflexion pour fournir aux responsables régionaux un cadre conceptuel général permettant d'élaborer ces plans selon des notions partagées de santé publique.³⁰

1.4.4 Le passage d'un système de surveillance de risques répertoriés à un système plus global de veille.

Avant la loi de 2004, le système de surveillance reposait essentiellement sur la détection de risques connus. Les indicateurs et les circuits d'information pouvaient donc être formalisés. Il n'en va pas de même pour des risques émergents. La démarche actuelle tend à s'appuyer sur le principe de précaution, en élargissant la surveillance de risques à

28 Cf. loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004.

29 Art. 19 de la loi du 9 août 2004 codifié à l'article L. 3110-6 du Code de la Santé Publique

30 « *L'alerte sanitaire en France : principes et organisation* », rapport de l'Institut de veille sanitaire, mai 2005.

une veille concernant tout événement anormal ayant une incidence potentielle sur la santé de la population.

Ainsi, l'épisode de la canicule a montré le besoin d'élargir les sources d'information et de réajuster les données collectées. En effet, l'indicateur « température dans la durée » n'était pas alors considéré comme une donnée pertinente dans un système de surveillance sanitaire.

En inscrivant la veille sanitaire dans les missions de l'InVS, la loi enjoint l'Institut de collecter l'ensemble des informations concernant la santé des populations. Pour élargir ses sources d'informations, l'InVS sollicite un éventail d'acteurs et de sources mêmes informelles. En cas de menaces graves pour la santé, la loi donne la possibilité à l'InVS de lever le secret industriel et d'accéder si besoin à des données protégées par le secret médical.

La loi de 2004 a permis la modernisation du système de surveillance sanitaire. Toutefois, au-delà de l'approche théorique, des entretiens avec les différents acteurs institutionnels nous ont permis d'envisager une analyse critique de ce dispositif en construction.

2 ANALYSE CRITIQUE : FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE

Après nous être attachés à décrire le fonctionnement actuel du système de surveillance et d'alerte, il convient désormais d'en dégager les forces, mais aussi les faiblesses. Cette réflexion critique émane des différentes discussions avec les professionnels qualifiés de l'InVS, de la CIRE et de la DDASS d'Ille et Vilaine.

2.1 Les forces du système

Sept ans après la mise en place des premières agences de sécurité sanitaire et une montée en charge progressive des moyens humains et financiers, le système français de surveillance et d'alerte a su s'adapter progressivement aux exigences plus larges de la veille sanitaire.

Les forces concernent certains éléments qui relèvent aussi bien du système de surveillance que du processus d'alerte.

2.1.1 Une surveillance qui progresse et qui s'enrichit

A) La surveillance des risques connus

La surveillance des risques connus est de plus en plus efficace. Tout d'abord, elle se fait grâce au suivi d'indicateurs parfaitement définis et à la détermination de seuils critiques. Cela suppose des systèmes et des procédures formalisés, comme c'est le cas pour les maladies à déclarations obligatoires. En plus de cet effort de formalisation, la surveillance s'étend progressivement à d'autres maladies, telles l'hépatite B, la sérologie VIH positive, le saturnisme. Enfin, la réactivité du processus de surveillance a été améliorée, comme cela a été constaté à l'occasion de cas de légionellose ou de listériose, désormais mieux traité et de façon plus rapide³¹.

En systématisant la collecte de données, la surveillance s'améliore en continu grâce à l'expérience acquise : la surveillance régulière d'un signal permet, le cas échéant, de détecter une anomalie. On retrouve ce processus à l'œuvre dans le suivi des données météorologiques de prévisions de température de l'air ambiant.

B) De nouvelles formes de surveillance

a) *L'émergence de nouveaux systèmes d'information, plus réactifs et plus larges*

La surveillance s'enrichit grâce à la mise en place de nouveaux systèmes d'information. Un des exemples les plus significatifs est celui du recueil et de la transmission des données de « mortalité toute cause ». Il a été mis en place à partir de l'été 2004 et l'InVS prévoit sa montée en puissance.

Depuis l'épisode de la canicule, l'INSEE reçoit quotidiennement les bulletins électroniques des décès de 147 communes pilotes et les transmet à la Cellule de Coordination des Alertes (CCA) de l'InVS dans un délai de 3 à 5 jours. Ce laps de temps est nécessaire pour la consolidation des données.

Auparavant, le partenariat avec l'INSEE n'existait pas. Il fallait plus d'une année pour obtenir ces informations de l'INSERM. Toutefois, nous attirons l'attention sur le fait que l'INSERM continue à être le seul organisme à travailler sur les causes des décès.

Il s'agit donc d'une nette amélioration, même si le taux de mortalité n'apporte pas d'indication sur la cause des décès. L'objectif est de vérifier la prévalence nationale d'un phénomène de surmortalité et d'en apprécier la gravité. D'après les experts rencontrés, si

31 cf. Rapport *Evaluation de l'application de la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille et des contrôles sanitaires*, tome I/II, mai 2004 rapport présenté par l'inspection générale des finances, l'inspection générale des affaires sociales, l'inspection générale de l'environnement et le comité permanent de coordination des inspections.

ce système avait été opérationnel en 2003, il aurait permis de constater des pics de décès anormaux dès le quatre août.

b) Une surveillance « syndromique » plus ouverte

Ce type de surveillance, appelée « syndromique », est en train de se mettre en place. Il s'agit de la surveillance des signes et symptômes indésirables liés à des causes inconnues et qui apparaissent brutalement à une fréquence inhabituelle. Ce concept nouveau, développé initialement par les Etats-Unis, est destiné à assurer une surveillance sans a priori, afin de détecter des phénomènes de type canicule ou attaque bio-terroriste. En France, ces nouvelles menaces terroristes sont gérées par la Cellule de Coordination des Alertes de l'InVS. Là encore, l'objectif est d'anticiper au maximum les risques émergents.

Ainsi, le système français de surveillance concerne désormais non seulement les risques connus sur lesquels on peut agir, mais l'InVS travaille également sur l'identification d'autres champs potentiels de risques. Cet élargissement du domaine d'actions s'observe aussi à travers le développement d'un nouveau département « santé-travail » à l'InVS consacré aux risques liés à l'activité professionnelle. D'après les propos de la responsable de ce département, cette activité consiste pour l'instant à dresser un premier état des lieux, afin de repérer les impacts du travail sur la santé des professionnels. Cet engagement a ainsi permis de sensibiliser la population et les décideurs à la problématique des troubles musculo-squelettiques directement liés aux conditions de travail.

Dès lors que le système de surveillance des risques s'étend et se formalise, le processus d'alerte s'améliore lui aussi.

2.1.2 Une alerte coordonnée et plus anticipée

A) Une nouvelle cellule de coordination des alertes

Au sein de l'InVS, la CCA a été créée en 2004. Son rôle consiste à centraliser les fiches d'alerte des différents départements afin d'éditer un Bulletin Quotidien des Alertes (BQA) à destination de la DGS et du cabinet du Ministre. Cette cellule devient l'interlocuteur prioritaire de la DGS et au sein de cette dernière du département de surveillance des urgences sanitaires (DSUS). Cela favorise la transmission de l'information et des messages d'alerte selon des protocoles connus et partagés par tous.

B) Une nouvelle alerte a priori

Autre innovation depuis la crise de la canicule : le déclenchement a priori de l'alerte. Initialisée dans le département Santé environnement de l'InVS en partenariat avec Météo-

France, ce nouveau dispositif permet de fonder l'alerte sur des prévisions météorologiques et d'anticiper la crise en laissant un délai de trois jours pour agir. Il s'agit d'un concept original qui est celui d' « alerte a priori ».

C) Des exemples qui montrent que le système a fait ses preuves

Enfin, certains exemples témoignent de l'efficacité du déclenchement de l'alerte, que le message soit descendant ou ascendant. Le signalement systématique par les professionnels de santé des cas de méningites est à ce titre significatif. Echelon local opérationnel, les DDASS, jouent un rôle clé dans la transmission du signal aux autorités.

Ce système, en place depuis des années, a donc fait ses preuves. Sur le même modèle les alertes concernant les cas de légionelloses, sont de plus en plus efficaces. Ces deux maladies à déclaration obligatoire attestent du bon fonctionnement d'une alerte en provenance du terrain et à destination des autorités sanitaires. Inversement, certaines alertes peuvent être données du niveau national ou supranational en direction des professionnels directement concernés par la gestion de crise. Ainsi, comme nous l'a rapporté un médecin inspecteur de la DDASS de Bretagne, c'est l'ECDC (centre européen de prévention et de contrôle des maladies) qui a averti la France d'une contamination de coquillages en provenance de Cancale. Les autorités nationales ont ensuite transmis l'alerte aux échelons déconcentrés.

Force est de constater que le système de surveillance et d'alerte se perfectionne et tente de prendre en compte les leçons du passé. Cependant le système n'est pas exempt de faiblesses.

2.2 Les faiblesses du système

2.2.1 Les limites institutionnelles

A) Une multiplicité d'acteurs aux périmètres d'action insuffisamment clarifiés

En examinant l'état de la santé de la population, le système français de surveillance et d'alerte exerce une mission d'expertise transversale qui peut recouper les champs de compétence de plusieurs agences sanitaires.

Au niveau national, des chevauchements de compétences entre les agences, à l'image de la situation entre l'AFSSE et le département santé-environnement de l'InVS peuvent être constatés. Ainsi, se crée sur un même champ un gaspillage de ressources, puisque les mêmes thèmes peuvent être étudiés plusieurs fois.

Le manque de coordination interministérielle représente également un obstacle au bon fonctionnement et à l'efficacité du dispositif. Le département santé-travail dépend à la fois du ministère de la santé et du ministère du travail. De plus, le ministère du travail souhaiterait disposer prochainement d'une nouvelle agence « santé au travail »,

directement sous sa tutelle. Cette nouvelle structure devrait cohabiter avec le département santé-travail de l'InVS, mais la clarification des missions de ces deux entités risque d'être difficile.

De nombreux responsables de l'InVS s'accordent à dire que la multiplication des interlocuteurs crée un réel problème de mise à disposition et de partage des données. La réactivité ne peut donc pas toujours être à la hauteur des enjeux.

B) La presse et l'opinion publique imposent de nouvelles contraintes aux décideurs. En matière de politique de santé publique, de nouveaux acteurs ont émergé depuis l'affaire du sang contaminé : les médias jouent le rôle d'aiguillon dans le débat, relayant en cela les attentes de la population. La presse oriente le système d'alerte selon des considérations qui ne s'appuient pas toujours sur une expertise véritablement scientifique. Par exemple, la campagne de vaccination contre l'hépatite B au sein de la population scolaire avait été arrêtée en 1998, alors que le risque de contamination par cette maladie est important. Certains enfants avaient en effet été atteints de sclérose en plaque, sans qu'une corrélation stricte ait pu être établie entre cette maladie et le vaccin.

Dès lors, le risque d'effolement conduit à mener des actions sanitaires parfois disproportionnées au regard des menaces en jeu. Notons que, selon le degré d'exposition, la méningite ne doit pas toujours donner lieu à des vaccinations massives, pourtant parfois entreprises.

La demande sociale, amplifiée par les médias, impose alors au système de surveillance limité en effectifs de se mobiliser sur des événements qui ne sont pas toujours des priorités de santé publique.

Les récentes crises sanitaires ont abouti à la mise en cause du politique et à la recherche des responsables. Désormais, on assiste à une volonté de parer à toute crise potentielle en déclarant massivement l'ensemble des événements sanitaires. Pourtant, bin d'être une préoccupation de santé publique, cette attitude vise à s'exonérer de façon préventive de la responsabilité d'une possible crise sanitaire. En outre, les acteurs rencontrés sont parfois submergés par des informations hétéroclites et redondantes, ce qui ralentit et complexifie leurs tâches. Cette remontée massive d'information par des canaux différents contribue à brouiller le système d'alerte. La DDASS est, par exemple, souvent destinataire d'une même information qui remonte par des voies différentes. Elle perd alors du temps à traiter ces multiples remontées comme autant d'événements nouveaux qu'elle doit investiguer.

Par ailleurs, depuis la canicule et la médiatisation des échecs de l'alerte, l'InVS s'est vu chargé de la veille et de l'alerte de l'ensemble des risques connus et potentiels.

Cet élargissement de ses missions inquiètent certains des responsables que nous avons rencontrés. Tous sont d'accord pour dire qu'il est impossible de surveiller et d'alerter sur l'ensemble des risques possibles. Cette évolution de l'institution est directement liée à la recherche du risque zéro largement répandue dans l'opinion publique. Ces exigences sont relayées par le Ministère de la Santé, via la DGS, autorité de tutelle de l'InVS.

Enfin, l'InVS est désormais impliqué dans la gestion des crises. Ces nouvelles prérogatives sont en contradiction avec l'esprit de la loi de 1998, qui séparait l'expertise indépendante de la décision politique.

2.2.2 Les faiblesses du niveau local

Le niveau local représente un échelon primordial pour l'établissement d'un système d'information cohérent et efficace. Actuellement, les modalités locales d'alerte et de surveillance reposent sur l'unique service de l'inspection de la santé de la DDASS, composé de médecins inspecteurs de santé publique. Ce maillon de la chaîne concentre sur lui seul une charge de travail conséquente et tendanciellement croissante. En effet, ce service reçoit les signaux d'alerte (MDO, événements indésirables), les investigate et gère l'alerte si elle est de portée locale. On peut penser que ce secteur souffre d'un manque de moyens humains. Cela se vérifie en terme de couverture régionale : tous les départements ne disposent pas d'une capacité de veille sanitaire ; lorsqu'elle existe, cette dernière se révèle de plus disparate quant au nombre de personnes. Cette hétérogénéité peut être due à des raisons budgétaires, mais aussi aux difficultés à disposer en quantité suffisante de médecins épidémiologistes, encore trop peu nombreux à être formés.

Par ailleurs, ce service doit nouer de nombreux contacts avec des partenaires multiples pour fonctionner : la Préfecture, les DRIRE, DSV, CIRE, CCLIN, DGCCRF, PMI du Conseil Général, Médecine du travail, services communaux d'hygiène, les pompiers, le SAMU. Ces nombreux partenariats complexifient le système d'alerte, d'autant plus que ce dernier reste insuffisamment formalisés.

De façon plus précise, l'articulation entre DDASS et CIRE mériterait d'être clarifiée. En effet, dans certains champs la DDASS possède des moyens d'investigation. Elle dispose notamment d'un secteur santé-environnement, mais peut demander à la CIRE des études sur ce même domaine. Pour autant, la CIRE ne dépend pas des DDASS, mais est sous la double tutelle de la DRASS et de l'InVS. Les liens hiérarchiques de l'ensemble de ces structures manquent donc de cohérence.

2.2.3 Un système d'information parcellaire et éclaté

Il n'existe pas un système d'information unique et centralisé qui permette une transmission et un accès facile à l'ensemble des données. Chaque partenaire développe ses propres systèmes d'information de manière autonome (PMSI pour les centres hospitaliers, base de données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ...) et pour

son propre usage. En conséquence, les acteurs de la surveillance et de la veille sanitaire essaient de créer des interfaces entre ces différents systèmes pour pouvoir exploiter les données utiles.

En outre, la structure pyramidale de l'administration sanitaire et le nombre important d'échelons complexifient la transmission de l'information.

Malgré la réaffirmation par la loi de santé publique de 2004 du droit de l'InVS à disposer de toute information nécessaire, les données disponibles auprès de certains partenaires restent difficiles d'accès. Ainsi, ces acteurs doivent être régulièrement encouragés à participer au système de surveillance bien que cela ne relève pas de leurs attributions. Les industries phytosanitaires se montrent parfois réticentes à fournir certaines de leurs informations concernant l'utilisation des pesticides. Le résultat est que certains champs de la veille sanitaire ne sont pas couverts.

De la même manière, pour les maladies à déclaration obligatoire, l'efficacité du système dépend fortement de l'implication des médecins et des biologistes. Or, les évaluations de l'InVS montrent que les laboratoires d'analyses sont peu nombreux à déclarer. Cette sous-notification peut vraisemblablement s'expliquer par une mauvaise perception des objectifs de la déclaration, un manque de temps et une lourdeur administrative.

De plus, ce manque d'intérêt s'explique, en partie, par une rétro-information insuffisante. Un médecin généraliste a, par exemple, peu de retours sur les déclarations qu'il a pu faire et sur les actions éventuellement entreprises. La qualité des données est ainsi affectée par le fait que les producteurs de l'information ne soient pas impliqués dans son utilisation.

Au terme de ce bilan, nous allons désormais envisager quelques pistes pouvant servir à l'amélioration du système.

3 RECOMMANDATIONS

3.1 Une meilleure coordination à tous les échelons

3.1.1 Un dispositif local renouvelé

Récemment paru, le rapport sur *l'Alerte sanitaire en France*³² recommande de développer en priorité l'échelon régional et local du système français d'alerte et de surveillance, en lui conférant les moyens adéquats pour fonctionner.

32 « *L'alerte sanitaire en France : principes et organisation* », rapport de l'Institut de veille sanitaire, mai 2005.

Cela pourrait passer, tout d'abord par un renforcement à la fois des moyens humains et du maillage territorial des Cellules d'intervention régionale en épidémiologie, afin de disposer d'une CIRE dans chaque région (contre 16 seulement actuellement). Face au manque relatif des personnels compétents en épidémiologie, il conviendrait de définir les besoins réels par département, de répertorier les organismes de formation, afin de tenter d'améliorer l'allocation des ressources.

On ne pourra généraliser le système d'astreinte qui permet aux CIRE d'apporter leur expertise aux DDASS sans renforcer la formation continue des personnels à l'épidémiologie d'intervention.

Dans le même esprit, la création d'une cellule de veille sanitaire opérationnelle 24h/24 pourrait être un moyen de renforcer les capacités d'alerte des DDASS. Celle-ci recevrait et traiterait immédiatement les signaux d'alerte reçus.

Enfin, pour clarifier les relations entre les DDASS et les CIRE, ces dernières pourraient éventuellement coordonner la veille sanitaire dans les régions, c'est-à-dire assumer les fonctions de chef de file. Le rapport suggère de contractualiser les actions de l'ensemble des partenaires et de renforcer les protocoles d'analyse des signaux, sous forme de fiches d'alerte.

3.1.2 Le recadrage stratégique du système national d'alerte et de surveillance

Pour améliorer la coordination entre les différents ministères et agences nationales impliqués dans le système de surveillance et de veille sanitaire, une solution serait de renforcer la tutelle stratégique du Conseil National de Santé Publique (CNSP). Le but de cette institution consisterait à jouer pleinement son rôle et à améliorer les interfaces forcément fragiles entre les acteurs de santé publique, pour arriver à ce qu'une politique homogène soit menée. De manière plus générale, la question de la réduction du nombre d'institutions en matière de sécurité sanitaire se pose : à l'instar du modèle anglo-saxon, le regroupement de différentes structures pourrait être une solution au problème récurrent de coordination et de chevauchement des missions.

Par ailleurs, ce conseil national doit inciter à investir de nouveaux champs d'action couvrant de nouveaux besoins de sécurité sanitaire. Le développement d'un système de veille efficace, large et ouvert sur les phénomènes inattendus, ainsi que le thème de la santé et du travail, doivent devenir des axes prioritaires des politiques de santé publique.

3.1.3 La nécessaire insertion dans les réseaux européens

L'élargissement de l'Union Européenne à 25 pays a étendu la portée géographique de la règle de libre circulation des biens et des personnes, ce qui accélère en parallèle la propagation des maladies et des risques sanitaires au sein de cet espace (la recrudescence d'une maladie comme la tuberculose sur le territoire français depuis quelques années). Il convient donc de renforcer la coopération entre le système français

d'alerte et de surveillance et le nouveau ECDC qui vient récemment d'être mis en place en Suède. En effet, grâce à un signalement extrêmement réactif d'alertes pouvant engendrer des effets de contagion dans d'autres pays membres, ceux-ci sont alors à même d'investiguer et de prendre les mesures adéquates très rapidement (cela a donné lieu par exemple à l'investigation de coquillages bretons suite à des informations fournies par le réseau européen).

3.2 Structurer le système d'information

Jusqu'à présent, le système d'information se basait sur la juxtaposition de sources existantes. Il serait opportun de concevoir un nouveau modèle de gestion de l'information, plus centralisé. La mise à disposition de données devrait être facilitée par l'obligation de suivre des cahiers des charges communs (formats de fichier, compatibilité des logiciels et des langages...). Au final, le système d'information devrait être rénové afin d'automatiser au maximum les transmissions d'information.

Cette démarche doit commencer par un inventaire des besoins et se poursuivre par la création de nouvelles bases de données intégrant les indicateurs nécessaires. La construction de tableaux de bord sur le nombre de passages aux urgences est déjà effective et a été impulsée par l'InVS. D'autres chantiers devraient prochainement voir le jour : l'analyse automatisée de la presse quotidienne locale pourrait être envisagée. Un projet de la DHOS sur la veille et la surveillance relative à tout évènement indésirable est en cours d'expérimentation. Cela devrait élargir le champ des signaux collectés.

Pour que le système ne reste pas figé, il est souhaitable qu'une démarche d'évaluation régulière des nouveaux besoins soit mise en place. Après identification des partenaires, l'information constante et régulière, accompagnée d'actions de formation, devrait permettre de promouvoir une politique de la qualité. Dans l'intérêt de tous, l'un des objectifs serait de faciliter l'accès à l'information, afin de diffuser une culture de l'épidémiologie, et ainsi contribuer en retour à améliorer la qualité des données, par ce retour d'information.

Enfin, il est indispensable que l'échelon local soit mieux intégré dans la construction du système d'information. Au final, il pourra valider lui-même les informations de terrain qu'il utilisera personnellement en matière de veille et d'alerte. Ce nouveau partage de compétences entre l'échelon local et national devrait améliorer la qualité des données primaires collectées sur le terrain. L'ensemble du système d'information devrait y gagner.

3.3 Développer un nouvel état d'esprit

Toutes ces recommandations institutionnelles, organisationnelles et techniques vont de pair avec le développement d'un nouvel état d'esprit. Le risque doit désormais être accepté. Il serait illusoire de vouloir tout contrôler et d'atteindre le « risque zéro ».

Malgré les avancées du système de veille, il convient de garder à l'esprit que le dispositif d'alerte n'est pas infaillible. Ainsi, l'innovation que constitue l'alerte « a priori » a aussi son revers. Le système étant fondé sur des prévisions, sa crédibilité est amoindrie par la multiplication d'alertes pour des risques finalement non vérifiés.

Plus qu'une culture de l'alerte, l'effort devrait porter sur la promotion d'une attitude privilégiant la préparation aux risques. Aux Etats-Unis, le concept de « preparedness » se définit comme un état de préparation à l'alerte, qui anticipe la gestion effective et réaliste de la crise. Des référentiels (« guidelines ») précis et régulièrement mis à jour recensent tous les acteurs et leurs rôles respectifs. Ces préconisations sont, par ailleurs, disponibles et accessibles au grand public. Par exemple, en cas de méningite, l'équivalent de la DDASS détient un inventaire exhaustif de tous les enfants scolarisés à vacciner. Très précises, ces listes contiennent noms, âges, sexes, adresses et téléphones de chaque famille. La philosophie du dispositif se résume de la façon suivante : « être prêt 24 heures sur 24 ». En France, de façon similaire, le plan « biotox » est destiné à gérer les menaces terroristes par agents infectieux. Il reste expérimental.

Des campagnes de communication, d'information et d'éducation sont certes nécessaires mais, comme le font les Etats-unis, des simulations d'accidents très réalistes, sont, sans doute le meilleur moyen de préparer la population.

CONCLUSION

Depuis 1998 des efforts significatifs ont été consentis pour développer un système de surveillance et d'alerte en Santé Publique. Des agences indépendantes et spécialisées apportent désormais une expertise nécessaire aux décideurs politiques. L'épisode de la canicule de 2003 a toutefois révélé les limites du dispositif. Les pouvoirs publics en ont tiré les conséquences. Au moyen de la loi de 2004, et plus particulièrement des plans spécifiques tels le « plan canicule », le système a été modernisé. Néanmoins, il reste à décliner l'ensemble des principes sous forme opérationnelle.

Aujourd'hui, la surveillance des risques connus devient de plus en plus efficace alors que se développent dans le même temps de nouvelles formes de surveillance pour les risques émergents. Cette évolution concrétise le passage d'une logique de surveillance à une logique de veille sanitaire. Par conséquent, l'alerte devient plus efficace car mieux anticipée. Cependant, le système reste morcelé et paradoxalement trop centralisé. La multiplicité des acteurs a tendance à nuire à la qualité du circuit de l'information.

Aussi pour améliorer le système, plusieurs pistes sont envisageables tant sur le plan organisationnel que technique. Une meilleure coordination de tous les échelons passe par une revalorisation du niveau local. Par ailleurs, une restructuration du système d'information conditionne l'accès et la transmission d'une information fiable et pertinente. Dans une perspective de démocratie sanitaire, la vigilance est l'affaire de tous et s'appuie sur une conscience collective.

Notre réflexion demeure cependant incomplète. Elle s'appuie essentiellement sur des entretiens avec des acteurs institutionnels du système de surveillance, de veille et d'alerte. La rencontre avec davantage d'acteurs de terrain aurait apporté un éclairage complémentaire. Encore récent et en construction, le système n'a pas affronté de crises majeures. Ce manque de recul limite les enseignements de ce module interprofessionnel.

Bibliographie

OUVRAGES

- A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, 1996, Ed. Flammarion
- Revue française des affaires sociales n°3-4, déc. 1997, *La sécurité sanitaire : enjeux et questions*, La documentation française

REVUES

- C. FOUREL, « *Bilan de santé pour la sécurité sanitaire* », Alternatives Economiques n° 234, mars 2005, p. 42- 46
- J.C. DESENCLOS, « *Le point sur la tuberculose* », Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°17-18, mai 2005, p. 65-83

RAPPORTS ET TEXTES DE LOIS

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n°98-535 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
- Rapport du Sénat, « *La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise* », 2003
- Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, dirigé par Madame le Docteur Françoise Lalande et publié en septembre 2003.
- Rapport d'un groupe de travail de l'Institut de veille sanitaire *L'alerte sanitaire en France Principes et organisation*, Mai 2005 - Version préliminaire
- Evaluation de l'application de la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et des contrôles sanitaires, tome I/II, mai 2004, rapport présenté par l'inspection générale des finances, l'inspection générale des affaires sociales, l'inspection générale de l'environnement et le comité permanent de coordination des inspections

DIVERS

- InVS, *Morbidité et mortalité dues aux maladies infectieuses d'origine alimentaire en France*, département des maladies infectieuses, mars 2004

Liste des annexes

Annexe 1	Méthodologie
Annexe 2	Organismes créés par la loi du 2 juillet 1998
Annexe 3	Chronologie de la crise de la canicule de l'été 2003
Annexe 4	Liste des 26 maladies à déclaration obligatoire
Annexe 5	Les niveaux d'alerte du Plan National Canicule
Annexe 6	Grille d'entretien

ANNEXE 1

METHODOLOGIE

Le module interprofessionnel en santé publique a été l'occasion d'un travail de groupe. Ce dernier était composé de trois élèves directeur de soins, de trois élèves directeur d'hôpital, de deux élèves directeur d'établissement sanitaires et social, de deux élèves directeur d'établissement social et médico-social et d'une élève inspectrice des affaires sanitaires et sociales.

Notre référent M. Freund nous a guidé dans nos recherches préliminaires. Le dossier documentaire rassemblait les textes principaux (cadre juridique et articles analysant les crises sanitaires). Par ailleurs, la coordination et les rendez-vous avec les professionnels avaient été facilités par un premier travail de prise de contact. Par la suite, nous avons pris l'initiative de rencontrer d'autres acteurs du système de veille qui ont pu nous être recommandés lors des entretiens.

Première phase : l'acquisition de connaissances

La difficulté de ce module interprofessionnel était d'être concentrée sur un temps court, soit deux semaines. La phase d'acquisition des connaissances devait donc se faire rapidement, pour qu'elle soit mise à profit lors des premiers entretiens. Des groupes spécialisés ont été constitués. Le premier s'est attaché à avoir une approche juridique comparative des deux lois organisant le système de veille. Le deuxième s'est investi dans la connaissance plus pratique du dispositif de surveillance et d'alerte, à travers l'analyse de phénomènes traceurs tel le dispositif des maladies à déclaration obligatoire. Le troisième enfin a analysé les crises passées. De manière plus générale, la contribution de tous a permis de rassembler les documents permettant à chacun d'avoir une vision globale du sujet

Réalisation d'entretiens

Les prises de contact pour les premiers entretiens avaient été facilitées par l'implication de notre référent, qui avait déjà exposé les objectifs du module et ainsi crédibilisé notre démarche. Ensuite, nous avons pris d'autres rendez-vous de notre propre initiative, selon les conseils donnés par nos interlocuteurs. Tous ces entretiens ont en effet contribué à élargir et enrichir notre analyse.

Notre thème impliquait la rencontre de nombreux professionnels du système d'alerte et de surveillance : au niveau national, nous avons interviewé des responsables de divers

département de l'Institut National de Veille sanitaire (InVS) ; au niveau local, nous nous sommes entretenus avec des acteurs de la Ddass ou de la Cellule interrégionale d'épidémiologie.

Pour la conduite de ces entretiens, nous avons choisi la méthode de l'entretien semi-directif, qui permet d'enrichir les échanges tout en donnant une trame commune. Une grille d'aide à l'entretien a donc été élaborée, qui cherchait à approfondir trois thèmes. Tout d'abord, nous cherchions à étudier le système d'alerte en lui-même. A partir de la pratique professionnelle de nos interlocuteurs, nos questions portaient sur l'architecture du dispositif de surveillance, ses acteurs et les fonctionnements. Ensuite, nous cherchions à évaluer les forces et faiblesses du système. Enfin, nous envisagions les perspectives d'amélioration. Chaque interview a duré en moyenne une heure. Il a ensuite donné lieu à une restitution orale et écrite devant l'ensemble du groupe.

Ces entretiens répondaient à certains principes, dont le respect de l'anonymat de chaque personne interviewée. C'est la raison pour laquelle les comptes-rendus de chaque entretien ne sont pas annexés au rapport.

Cependant, en raison du calendrier, nous nous sommes limités aux acteurs institutionnels. Davantage de rencontres avec des acteurs de terrain auraient pu nous apporter des éclairages complémentaires, notamment en illustrant au quotidien les difficultés qu'un médecin généraliste peut par exemple rencontrer dans ses notifications de maladies à déclaration obligatoire.

Rédaction du rapport

Le rapport a été rédigé de façon collégiale. Après un premier travail en groupe de réflexion sur les différentes parties du plan, la rédaction a été partagée entre l'ensemble des membres. La relecture s'est faite de façon commune.

ANNEXE 2

ORGANISMES CREES PAR LA LOI DU 2 JUILLET 1998

L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : AFSSAPS

Cet établissement est placé sous la tutelle du ministère de la santé, il remplace l'Agence du Médicament.

Il est chargé :

- De participer à l'application des lois et règlements relatifs aux produits de santé destinés à l'homme. L'ensemble des produits concernés est décrit par l'article L.793-1 de la loi du 2 juillet 1998 ;
- De procéder à l'évaluation des bénéfices et des risques liés à l'utilisation de ces produits, notamment lorsqu'un élément nouveau est susceptible de remettre en cause l'évaluation initiale ;
- D'assurer la mise en œuvre des systèmes de vigilance et de préparer la pharmacopée ;
- D'établir un rapport annuel d'activité adressé au gouvernement et au parlement. Ce rapport est rendu public.

L' AFSSAPS peut procéder à toute expertise ou contrôle technique nécessaire ainsi qu'à des recueils de données scientifiques. Par ailleurs, elle participe à l'action européenne et internationale de la France. Elle est en charge du fonctionnement de la commission de la transparence.

Cette agence peut interdire des activités en cas de danger grave pour la santé humaine. De même, elle est en capacité de fixer des restrictions à l'utilisation de certains produits. Pour ce faire, ses membres bénéficient d'une indépendance qui garantit leur impartialité.

L'agence française de sécurité sanitaire des aliments : AFSSA

Placée sous la triple tutelle des ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Consommation, elle remplace le Centre national d'études vétérinaires.

Elle est chargée :

- De la protection de la santé humaine ;
- De l'évaluation des risques sanitaires et nutritionnels (exemple : aliments destinés à l'homme ou aux animaux) ;
- De la participation à la mission de défense nationale dans le domaine alimentaire.

Elle établit un rapport annuel adressé au gouvernement et au Parlement qui est rendu public.

L'AFSSA peut se saisir de toute question et proposer aux autorités compétentes toute mesure permettant de garantir la santé publique. De même, elle peut procéder à l'évaluation des risques sanitaires relatifs à la consommation de produits alimentaires. Ses membres dispose d'une indépendance qui assure leur impartialité. Ils sont tenus au secret et à la discrétion professionnels.

Ce dispositif a ensuite généré la création d'autres structures :

- L'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse) ;
- Des opérateurs sanitaires tels que l'Etablissement français du sang succédant à l'Agence française du sang et l'Etablissement français des greffes.

ANNEXE 3

CHRONOLOGIE DE LA CRISE DE LA CANICULE DE L'ETE 2003

A partir du 1^{er} août 2003 une vague de chaleur sans précédent s'installe sur la France.

Dès le quatre août, le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations augmente dans certains hôpitaux parisiens, tandis que le 06 août, le premier signalement à la DGS et à l'InVS est donné pour faire état de décès anormaux par hyperthermie.

Le 08 août, la DGS établit un communiqué de presse mettant en garde contre les risques sanitaires de la canicule. Parallèlement les pompiers de Paris effectuent de nombreuses interventions pour des malaises liés à la chaleur. Les DDASS signalent à la DGS des décès par coup de chaleur.

Devant l'ampleur de la crise, le 10 août le docteur PELLOUX parle dans la presse « d'une véritable hécatombe », confirmée par le chef de service de la DGS. Le SAMU de Paris alerte la DDASS de l'afflux inhabituel de personnes âgées et du très fort taux de mortalité. Le 11 août la DGS estime la situation maîtrisée, néanmoins une cellule nationale de crise est constituée au sein de la DHOS avec un dispositif de remontée des informations.

Le 13 août, le plan blanc est activé en Ile de France à la demande du premier ministre. Le lendemain cette décision est étendue à tout le territoire.

ANNEXE 4

LISTE DES 26 MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

Botulisme
Brucellose
Charbon
Choléra
Diphthérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres
Paratyphoïdes
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
Infection invasive à méningocoque
Légionellose
Listériose
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres Encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Tétanos
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

ANNEXE 5

LES NIVEAUX D'ALERTE DU PLAN NATIONAL CANICULE

- **Niveau 1 : la VIGILANCE** correspond à l'activation d'une veille saisonnière.

Il entre en vigueur le 1er juin de chaque année, pour permettre à chaque service concerné, à l'échelon (national, départemental et communal) de vérifier la fonctionnalité des interfaces d'alerte, les dispositifs de repérage des personnes vulnérables, le caractère potentiellement opérationnel des mesures prévues dans le plan, pour les niveaux supérieurs. Il est désactivé le 1er octobre. Pendant cette période, l'InVS et Météo-France activent leur procédure de veille météorologique.

Les trois autres niveaux (niveau 2, niveau 3 et niveau 4) entraînent des actions de réponse graduées. Ils sont fondés sur des seuils biométéorologiques régionaux.

- **Niveau 2: l'ALERTE** correspond à la mobilisation des services publics locaux et nationaux, principalement dans les secteurs sanitaire et social. Il est activé quand Météo-France prévoit trois jours à l'avance le dépassement, pendant trois jours consécutifs des seuils biométéorologiques dans au moins un département.

- **Niveau 3 : l'INTERVENTION** est activée principalement sur la base du bulletin d'alerte de

l'InVS (dépassement effectif des seuils biométéorologiques dans au moins un département, avec prévision de dépassement les deux jours suivants), ou d'autres éléments disponibles (excès de mortalité humaine ou animale constaté et associé aux fortes chaleurs...). Les services publics locaux et nationaux mettent en oeuvre les mesures sanitaires et sociales d'information et de prise en charge des personnes.

- **Niveau 4 : la REQUISITION** est activée principalement quand les indicateurs biométéorologiques prévus pour les prochaines 24 heures dépassent les seuils dans plusieurs régions sur une longue durée avec apparition d'effets collatéraux (black out, sécheresse, saturation des hôpitaux...). La canicule provoque une crise dont les conséquences dépassent les champs sanitaire et social. Des mesures exceptionnelles sont mises en oeuvre pour faire face à l'événement.

ANNEXE 6 GRILLE D'ENTRETIEN

1. Pouvez-vous nous donner votre définition des termes en santé publique de : surveillance, Alerte et Santé Publique.
2. Quels sont les types de menaces (risques) que vous détectez dans votre département ?
3. Quelles sont les modalités de détection ?
4. Quelles sont les modalités de la gestion de l'alerte ? (recommandations ? moyens, qui ?)
5. Concrètement quels ont été les apports de la loi 2004 ?
6. Quelles sont les forces et les faiblesses du système actuel ?
7. Si vous aviez toutes les possibilités, quelles seraient les actions prioritaires qui permettraient d'améliorer le dispositif ?
8. D'un point de vue prospectif quels sont les risques émergents et peuvent –ils remettre en cause notre système actuel ?