

De la surveillance en santé publique à la veille sanitaire : historique, principes et organisation

Public Health Surveillance in France: History, Principles, and Organization

P. Chaud

Reçu le 27 juin 2014; accepté le 8 septembre 2014
© SRLF et Springer-Verlag France 2014

Résumé En France, la surveillance en santé publique, longtemps focalisée sur la surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, s'est progressivement étendue à d'autres pathologies transmissibles au début des années 1980, puis aux expositions environnementales et à leurs conséquences pour la santé humaine (saturnisme, pollution atmosphérique...), au début des années 1990 et enfin, aux maladies chroniques et à la santé au travail. L'Institut de veille sanitaire (InVS), créé en 1998, a pour mission de coordonner « la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population » en s'appuyant sur un réseau de partenaires. Au début des années 2000, la nécessité de couvrir l'ensemble des risques sanitaires, notamment les risques émergents, afin d'assurer en permanence la sécurité sanitaire de la population, a fait peu à peu évoluer les concepts de la « surveillance » vers la « veille sanitaire » qui inclut le signalement aux autorités de santé de toute situation ou événement susceptible de menacer la santé publique. La mise en place des agences régionales de santé (ARS) en 2010 a permis de renforcer l'organisation régionale de la réception des signalements et de la réponse aux urgences de santé publique sur l'ensemble du territoire. Le dispositif de surveillance et de veille sanitaire en France, en constante amélioration depuis une trentaine d'années, reste principalement fondé sur la participation des professionnels de santé à la remontée d'informations sur les menaces de santé publique.

Mots clés Surveillance · Veille sanitaire · Santé publique · Alerte

Abstract Public health surveillance in France, which initially focused on the mandatory report of infectious diseases,

expanded in the early 1980s to include other transmissible diseases and again in the 1990s to include environmental exposures (lead poisoning, air pollution...) and their impact on human health as well as chronic diseases and occupational health. The French Institute for Public Health Surveillance (InVS), created in 1998, is responsible for the coordination of surveillance and permanent monitoring of population's health, based on a network of partners. In the early 2000s, the need to include all health threats, especially emerging threats to ensure population health safety, led to an evolution from the concept of "surveillance" towards "health monitoring", which includes the notification to health authorities of all situations or events presenting potential threat to public health. The creation of the regional health agencies (ARS) in 2010 strengthened the regional organization of reported health events reception and response to public health emergencies. The system of surveillance and health monitoring in France, which has undergone constant improvement and evolution over the past 30 years, remains founded on the participation of health professionals for the notification of public health threats.

Keywords Public health · Surveillance · Health monitoring · Alert

La surveillance en santé publique

La surveillance en santé publique est communément définie comme un « processus de collecte systématique, organisé et continu de données de santé ainsi que leur analyse, interprétation et diffusion dans une perspective d'aide à la décision et d'évaluation » [1]. Le terme « vigilance » désigne l'application spécifique du concept de surveillance aux effets adverses des produits, et notamment des produits de santé.

En France, la surveillance est longtemps restée focalisée sur la notification des maladies à déclaration obligatoire (MDO). Elle a été renforcée et a progressivement étendu

P. Chaud (✉)

Institut de veille sanitaire (InVS),
Cellule de l'InVS en région (Cire) Nord, bâtiment Onyx,
556 avenue Willy Brandt, F-59777 Lille France
e-mail : pascal.chaud@ars.sante.fr

son champ à partir du début des années 1980. En 1985, les premiers réseaux de médecins (Réseau Sentinelles) et de laboratoires, dont les centres nationaux de référence (CNR), ont été mis en place [2]. En 1992, le Réseau national de santé publique (RNSP) est créé pour coordonner et renforcer les activités de surveillance de santé publique dont le champ est étendu aux expositions environnementales et à leurs conséquences pour la santé humaine (saturnisme, pollution atmosphérique...) [3]. La loi du 1^{er} juillet 1998 [4] transforme le RNSP en Institut de veille sanitaire (InVS) dont les missions de surveillance de la santé de la population s'élargissent aux maladies chroniques et à la santé au travail. La même loi met en place deux autres agences de sécurité sanitaire, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits sanitaires (Afssaps), devenue Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en 2012, pour assurer la surveillance des effets indésirables et des risques d'incidents liés à des produits de santé (vigilances) et l'Agence française de sécurité des aliments (Afssa). Cette dernière fusionne en 2010 avec l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset), pour devenir l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et assurer ainsi une expertise complémentaire à celle de l'InVS dans le champ de l'évaluation des risques lié à l'environnement et au travail. Le principe qui a présidé à la création de ces agences est la séparation des fonctions d'évaluation et d'expertise des risques pour la santé, désormais confiées aux agences, de la gestion de ces risques, qui demeure la prérogative des ministères et de leur administration.

De la surveillance à la veille sanitaire

Dans de nombreux pays, la nécessité de couvrir l'ensemble des risques sanitaires, notamment les risques émergents, afin d'assurer en permanence la sécurité sanitaire de la population, a fait peu à peu évoluer les concepts de la « surveillance » vers la « veille sanitaire ». La veille sanitaire est définie en France comme « la collecte, l'analyse et l'interprétation en continu des signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce » [5]. En complément de la surveillance, la veille sanitaire inclut le signalement aux autorités de santé de toute situation ou événement susceptible de menacer la santé. Ces signalements sont issus de déclarations spontanées par les professionnels de santé ou les citoyens, de la veille médiatique, de la veille internationale et de systèmes de surveillance. Simultanément se développe une approche « syndromique » de la surveillance sanitaire, visant à appréhender des alertes « non prévues » [6] et complétant ainsi les systèmes de surveillance traditionnels

ciblant des menaces de santé publique considérées comme prioritaires et spécifiquement définies (MDO, SHU pédiatrique, intoxication au monoxyde de carbone [CO], canicule...)¹.

L'épisode caniculaire de 2003 qui n'avait pas été anticipé par les systèmes de surveillance en place ont accéléré cette évolution [7]. Les missions de veille et d'alerte sanitaire confiées à l'InVS sont alors réaffirmées dans la loi de santé publique du 9 août 2004 qui ajoute en outre une mission de « contribution à la gestion des crises sanitaires ».

Parallèlement, un département chargé des urgences sanitaires est créé au sein de la Direction générale de la santé (DGS) pour assumer la gestion opérationnelle des situations d'urgence ou de crises sanitaires (département des situations d'urgences sanitaires créé en 2004, remplacé par le département des urgences sanitaires [DUS] en 2010). Lors d'une alerte de santé publique, il joue un rôle d'interface entre l'InVS, les autres agences susceptibles d'être impliquées dans l'évaluation des risques et le cabinet du ministre de la santé [8].

La régionalisation de la veille sanitaire

La loi « hôpital, patient, santé et territoire » du 21 juillet 2009, va conforter et simplifier notablement le niveau régional du dispositif de veille et sécurité sanitaire par la création des agences régionales de santé (ARS) à qui elle confie la responsabilité d'organiser dans chacune des régions « [...] la veille sanitaire, le recueil et le traitement des signalements d'événements et de contribuer à la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des crises ». Ces dernières deviennent ainsi l'interlocuteur régional unique pour signaler une menace de santé publique. Les ARS représentent l'équivalent régional du département des urgences sanitaires de la DGS et s'appuient au quotidien sur les équipes régionales de l'InVS, les Cires (Cellules de l'InVS en région) qui leur apporte une expertise réactive et de proximité en épidémiologie de terrain et en évaluation des risques sanitaires.

Organisation pratique

Dans chaque ARS, un « point focal régional » a pour fonction de réceptionner et trier tous les signaux sanitaires

1. En France, l'InVS a développé depuis 2003 un système de surveillance sanitaire syndromique, fondé sur la collecte de données non spécifiques, à partir de la remontée des données des 394 services d'urgences participant au réseau de surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR®) de 59 associations SOS Médecins et des communes, pour la mortalité, par l'intermédiaire de l'Insee : <http://www.invs.sante.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Veille-et-alerte/Surveillance-syndromique-SurSaUD-R>

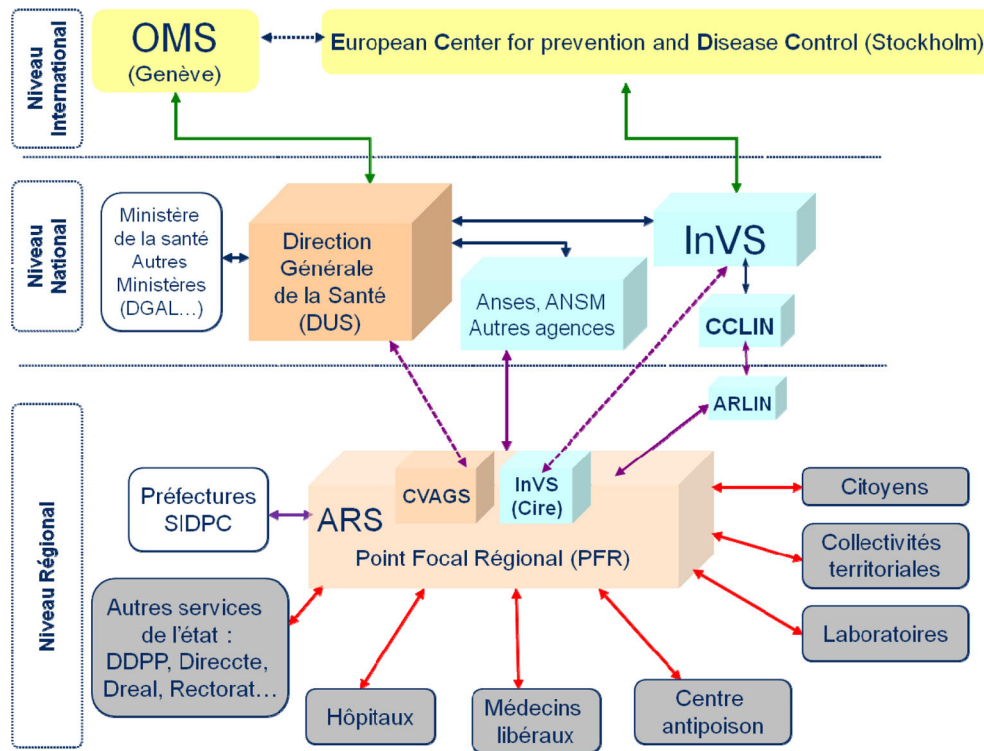


Fig. 1 Organisation simplifiée du dispositif de veille et sécurité sanitaire. Anses : Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ; ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; ARLIN : Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales ; ARS : Agence régionale de santé ; CCLIN : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ; Cire : Cellule de l'InVS en région ; CVAGS : Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire ; DDPP : Direction départementale de la protection des populations ; DGAL : Direction générale de l'alimentation ; Direccte : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Dreal : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement ; DUS : Direction des urgences sanitaires ; InVS : Institut national de veille sanitaire ; OMS : Organisation mondiale de la santé ; SIDPC : Service interministériel de défense et de protection civile

émanant directement des professionnels de santé, des responsables de collectivité, des citoyens, mais aussi des systèmes de surveillance. Les numéros de téléphone/fax et l'adresse courriel des points focaux régionaux sont mis à disposition sur les sites des ARS.

Tout événement de santé signalé est pris en charge par une équipe dédiée de l'ARS, la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS²). Cette dernière met en place les mesures immédiates visant à en limiter la diffusion dans la population, si nécessaire avec l'appui d'autres services de l'ARS ou de partenaires extérieurs (services de santé scolaire, centres de lutte contre la tuberculose...) : prophylaxie et vaccination des personnes au contact de patients présentant certaines maladies transmissibles (infections invasives à

méningocoque ou à streptocoque du groupe A, rougeole, hépatite A...), intervention au domicile des victimes d'une intoxication au monoxyde de carbone, recherche de l'origine de la contamination d'un cas de légionellose, etc.

Dès qu'un événement sanitaire présente un caractère inhabituel et/ou des éléments de gravité, une expertise en épidémiologie/évaluation des risques sanitaires peut être rapidement mobilisée par l'InVS et ses équipes régionales pour caractériser l'événement et son impact sanitaire, identifier une source de transmission ou rechercher des facteurs de risques. Selon le type d'événement, des expertises complémentaires vont également être sollicitées : microbiologiques, vétérinaires (zoonoses, toxi-infections alimentaires)... Lors de la réponse à une urgence de santé publique, la Cire intervient au sein d'une plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS), organisation fonctionnelle qui associe les compétences de l'InVS et de l'ARS (CVAGS, service santé environnement, service de défense sanitaire...) mais aussi d'autres partenaires en fonction des situations (Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales

2. Selon les régions, les cellules chargées de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires peuvent avoir des dénominations légèrement différentes : Cellules de veille et de gestion sanitaire (CVGS), Cellule régionale de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CRVAGS)...

[ARLIN], infectiologue, centre antipoison et de toxicovigilance...). Si l'événement dépasse le cadre national, ces différentes interventions seront conduites en coordination avec les partenaires internationaux, notamment, l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette organisation est représentée sur la Figure 1.

Quelques exemples

Parmi les alertes sanitaires récentes les plus démonstratives de l'intérêt d'un signalement précoce, on peut citer les deux épidémies d'*E. coli* producteur de Shiga-toxines survenues dans le Nord de la France et en Aquitaine en mai et juin 2011, toutes deux détectées grâce au signalement des médecins hospitaliers participant au réseau de surveillance des syndromes hémolytiques et urémiques (SHU) pédiatriques. Les investigations épidémiologiques menées par l'InVS auprès des premiers cas ont permis très rapidement d'identifier le véhicule de la contamination, la consommation de préparations industrielles de viande de bœuf hachée dans le Nord et de graines germées en Aquitaine, puis de remonter à la source grâce aux enquêtes de traçabilité menées par les autorités sanitaires nationales et internationales [9,10]. Un autre exemple de l'utilité et de la réactivité des systèmes de surveillance peut-être apporté par le signalement à l'InVS des cas graves de grippe par les médecins réanimateurs lors de la pandémie à virus A(H1N1)2009 qui a contribué à l'extension des recommandations de vaccination aux femmes enceintes et personnes obèses.

Conclusion

La veille sanitaire est en constante amélioration en France depuis le début des années 1980. Les créations d'agences nationales de sécurité sanitaire ont permis la distinction fonctionnelle entre évaluateur et gestionnaire du risque. Ce principe qui fonde l'organisation actuelle du dispositif de veille sanitaire a constitué un progrès essentiel en clarifiant la répartition des responsabilités dans le but d'améliorer l'indépendance, la transparence et la crédibilité de l'expertise.

La mise en place des ARS en 2010 a renforcé l'organisation régionale de la réception des signalements et de la réponse aux urgences de santé publique sur l'ensemble du

territoire. La création récente, en juillet 2014, d'une nouvelle agence fusionnant l'InVS, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) devrait être l'occasion de poursuivre la consolidation du dispositif.

Toutefois, quelle que soit l'organisation des services qui en ont la charge, l'ensemble des activités de veille sanitaire repose principalement sur les professionnels de santé dont la participation à la remontée d'informations sur les menaces de santé publique devrait être mieux reconnue et valorisée. En miroir, le retour d'information à ces mêmes professionnels, tant sur les risques sanitaires que sur les mesures mises en œuvre pour les contrôler, devrait être amélioré et systématisé par les agences et l'autorité publique.

Références

1. Thacker SB, Berkelman RL, Stroup DF (1989) The science of public health surveillance. *J Public Health Policy* 10:187-203
2. Bouvet E (1985) Une nouvelle conception de la surveillance des maladies transmissibles. *BEH* 2085:81-2
3. Girard JF (2008) Les premiers pas de la veille sanitaire. *BEH Hors-série : Dix ans de renforcement de la veille sanitaire en France*. pp 3-4
4. 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
5. Desenclos JC, Viso AC (2010) La sécurité et la veille sanitaire. In: Fassin D, Haury B (eds). *Santé publique: état des savoirs*. Paris, La Découverte 341-50
6. Jossier L, Fouillet A (2011) Surveillance syndromique. In: Astagneau P, Ancelle T (eds) *Surveillance épidémiologique : principes, méthodes et applications en santé publique*. Lavoisier 91-107
7. Desenclos JC (2013) Surveillance et veille : concepts, définition et organisation. In: Desenclos JC, Dabis F (eds) *Épidémiologie de terrain, Méthodes et applications*. John Libbey Eurotext pp 76-89
8. Houssin D, Coquin Y (2008) Le dispositif français de sécurité sanitaire. *BEH Hors-série : Dix ans de renforcement de la veille sanitaire en France*. pp 4-7
9. Gault G, Albade B, Barret AS, et al (2012) Épidémie d'infections à *Escherichia coli* entéro-hémorragique O104:H4 liée à la consommation de graines germées. Juin 2011, Bègles, Gironde, France. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 72 p
10. King L, Vaillant V, Haeghebaert S, et al (2012) Épidémie d'infection à *Escherichia coli* producteurs de Shiga-toxine O157:[H7] fermentant le sorbitol liée à la consommation de viande hachée de bœuf. France Juin-juillet 2011. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 44 p