

La surveillance et l'alerte dans les DFA

P. Quénel - Cire Antilles Guyane

Historique

Dans les DFA, comme en métropole, la veille sanitaire s'est longtemps résumée à l'animation des systèmes réglementaires de surveillance épidémiologique : celle des maladies à déclaration obligatoire et celle des certificats de décès, ces deux dispositifs constituant les piliers de la veille sanitaire, sans pour autant que leur animation soit très active. Il s'agissait surtout de réceptionner des données, d'en faire des bilans annuels pour en déduire des tendances, rarement de les utiliser comme des outils d'alerte pour déclencher des actions de contrôle et/ou de prévention. Néanmoins, dans les DFA, au début des années 80, cette surveillance réglementaire a été complétée par une surveillance syndromique reposant sur des réseaux de médecins sentinelles (en 1983 pour la Guadeloupe, en 1986 pour la Martinique et en 1995 pour la Guyane) faisant de ces départements des pionniers en matière de surveillance épidémiologique. A côté de la surveillance épidémiologique, la veille sanitaire consistait également en des investigations de terrain. Mais, le plus souvent, celles-ci étaient limitées aux méningites (pour retrouver les sujets contacts) ou aux Toxi-infections alimentaires collectives (pour retrouver l'aliment en cause).

Le nouveau paradigme de la veille sanitaire

Au cours de ces dernières années, deux éléments ont radicalement fait évoluer la veille sanitaire en France : d'une part, le rapport publié par l'InVS en 2005, intitulé « *l'Alerte en France* » et d'autre part, le Plan relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (Pragsus), introduit dans la loi de santé publique du 9 août 2004.

La notion d'alerte sanitaire n'a été clarifiée sur le plan opérationnel que tout récemment. Elle se fonde sur le concept, anglo-saxon, d'*epidemic intelligence* : il s'agit d'être « *à l'affût* » des informations et de les recouper, en substituant à la notion classique de veille passive celle de « renseignement épidémiologique » (au sens du renseignement militaire). In fine, la veille sanitaire repose donc sur deux grands types d'activités : d'une part, la surveillance épidémiologique qui renvoie à la notion de collecte systématique d'indicateurs standardisés permettant, notamment, la détection d'événements inhabituels, du point de

vue de leur nature ou de leur intensité. La deuxième activité est la réception et le traitement des signaux sanitaires. Après sa réception, le traitement du signal passe par plusieurs phases : sa vérification et sa validation, son évaluation (i.e. la mesure ou l'estimation de la menace sanitaire potentielle associée), le déclenchement de l'alerte devant conduire à la mise en œuvre de mesures de contrôle proportionnées et appropriées, tant à l'échelle locale que nationale, ou internationale (dans le cadre du Règlement Sanitaire International).

Par ailleurs, le Pragsus a permis de clarifier au sein de la veille sanitaire, deux dimensions qui, en pratique, ont été trop souvent confondues : d'une part, la surveillance - l'évaluation de la menace de santé publique et l'alerte, et d'autre part, la réponse à mettre en œuvre pour faire face à une alerte de santé publique. Sur le terrain, cette distinction est souvent perçue comme théorique ou artificielle parce qu'au plan organisationnel, la veille sanitaire est un continuum allant de l'évaluation à la réponse.

L'expérience des DFA

Dans les DFA, depuis 2003, les DSDS ont mis en place des cellules de veille sanitaire dont la mission première est de préparer et d'organiser la réponse de santé publique ; la veille au sens « *epidemic intelligence* » et de la surveillance épidémiologique ayant été placées sous la responsabilité scientifique et la coordination de la Cire Antilles Guyane. C'est cette organisation, adoptée formellement dans les Pragsus des 3 DFA, qui a permis, notamment, d'élaborer et de rendre opérationnels des Programmes de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies de dengue (Psage dengue) permettant à la lutte contre les épidémies de dengue dans les DFA de faire un véritable « *bond en avant* ».

Conclusion

Dans les DFA, la complémentarité distincte entre l'analyse du risque (coordonnée et effectuée par la Cire en collaboration avec les Comités d'experts ad hoc) et de la gestion du risque (effectuée par la DSDS/CVS) dans une très grande proximité fonctionnelle, a fait la preuve de son efficacité et constitue une expérience originale qui pourrait servir de modèle et alimenter les réflexions quant à l'organisation de la veille sanitaire au sein des futures ARS.