

Construire l'Europe de la santé publique

Face aux réalités d'un espace sanitaire ouvert, la coordination des réponses à l'échelle européenne est une nécessité. Un large éventail de problèmes se présente, de l'harmonisation des données de santé publique entre États membres à l'évaluation des relations complexes entre santé et environnement, en passant par la surveillance des maladies infectieuses et l'alerte face à un risque émergent. Pour structurer la réponse de l'Union européenne, une agence a été créée, l'European Centre for Disease Prevention and Control, dont la mission se limite dans un premier temps aux risques infectieux. La France, au travers de l'Institut de veille sanitaire, s'implique activement dans cette démarche en s'appuyant sur son expertise en santé publique et son expérience de coordinateur de réseaux européens.

Fort demande des citoyens de l'Union en matière de santé, accroissement des échanges économiques et humains, complexité croissante de la surveillance en santé publique qui a beaucoup à gagner d'une mutualisation des compétences et des dépenses : les justifications d'une Europe de la santé sont nombreuses. Il s'agit toutefois d'un volet particulièrement délicat de la construction européenne qui recouvre des problématiques diverses, à la fois techniques et politiques. Le principe fondateur est la subsidiarité¹, scrupuleusement respectée dans le domaine de la santé. "La subsidiarité prévaut déjà au niveau national, dans des pays tels que la Belgique ou l'Allemagne, où la santé est d'abord l'affaire des régions. Ce principe est naturellement repris à l'échelon européen", explique Anne Pinteaux (chargée de mission Europe, InVS). Le projet de Constitution européenne était d'ailleurs parfaitement clair à ce propos, puisqu'il stipulait dans son article III-278 que la Communauté complète l'action menée par les États membres, lesquels "coordonnent entre eux [leurs politiques et programmes de santé] en liaison avec la Commission". Une conséquence de la longue primauté des échelons locaux est l'extrême hétérogénéité des données de santé publique disponibles, les différents pays n'utilisant pas la même méthode de construction de leurs

indicateurs. En pratique, les comparaisons se révèlent difficiles, voire parfois impossibles. Et comme aucune coordination efficace en matière sanitaire ne sera possible sans données communes, la question élémentaire et essentielle à laquelle s'attellent aujourd'hui les agences nationales est celle de l'harmonisation des indicateurs de santé. Le projet Anamort en est un exemple (voir encadré page 6). Au-delà de ce décloisonnement technique se posent également des questions plus spécifiques sur l'environnement et la prévention du risque d'épidémies.

Santé et environnement en Europe

En matière d'environnement, les coopérations se multiplient pour préciser les risques sanitaires liés aux différents polluants et les hiérarchiser. Les questions d'environnement constituent un domaine essentiel de la coopération sanitaire entre pays européens. Mais, comme l'explique Georges Salines (responsable adjoint du département santé environnement, InVS), la santé environnementale est un domaine complexe. "Les questions de santé et d'environnement peuvent relever de trois directions générales de la Commission européenne : la DG Santé et Protection du consommateur, la DG Environnement et la DG Recherche. L'OMS-Europe, qui a un rôle de conseil et d'expertise, intervient quant à elle généralement pour

définir les problématiques. Mais elle répond aussi, parfois, à des appels d'offre de l'UE, qu'elle sous-traite ensuite aux agences nationales." Les réseaux mis en jeu sont donc divers, ce qui présente l'avantage de la souplesse et de l'adaptabilité, mais fait aussi courir le risque de la dispersion des projets. Un effort considérable de mise en cohérence a donc été entrepris avec l'adoption d'une stratégie européenne d'environnement santé commune aux trois directions générales et à laquelle adhère l'OMS, ce qui devrait assurer une continuité des programmes.

Les programmes Apheis (Air Pollution and Health : a European Information System) et Enhis (Environnement and Health Information System), que coordonnent l'InVS et l'OMS, sont un bon exemple de cette continuité. Apheis est en fait une extension européenne du programme de surveillance air et santé (PSAS-9), déjà mené dans 9 villes françaises. Transposé à l'échelle communautaire, ce programme a permis d'évaluer l'impact de la pollution atmosphérique sur la mortalité et les hospitalisations dans 26 villes européennes. Aujourd'hui, avec l'appui du Joint Research Center de la Commission européenne, Apheis s'étend à de nouveaux centres urbains. "L'ensemble s'articule bien avec le projet Intarese (Integrated Assessment of Health Risks from Environmental Stressors in Europe) qui doit démarrer fin 2005 sous la coordination de l'Imperial College de Londres et

qui constitue en quelque sorte l'étape suivante", note Georges Salines. "Intarese vise en effet à évaluer conjointement l'impact sanitaire des différents facteurs de risque environnementaux de manière à les hiérarchiser. Le tout devrait aboutir à un système d'information cohérent au niveau européen, à la fois sur les différents risques, considérés individuellement, et sur le risque global auquel est exposée la population. [...] Bien entendu, des difficultés subsistent. L'InVS participe avec le groupe européen Esbio (Expert Team to Support Biomonitoring) à la mise en place d'un programme d'harmonisation de la biosurveillance des risques chimiques, qui vise à doser directement les toxiques dans l'organisme humain² et à étudier leurs liens avec les données d'exposition et de santé. [...] Or, au-delà des déclarations de principe, le projet rencontre des difficultés de financement. Il est certain que les industriels n'y sont guère favorables. Nous comptons néanmoins lancer fin 2006-début 2007, l'étude pilote prévue pour s'assurer de la faisabilité de la démarche."

L'intense débat autour de la proposition de directive Reach (Registration Evaluation and Authorization of Chemicals) qui – pour des motifs de protection de la santé et de l'environnement – imposerait le renversement de la charge de la preuve des autorités vers l'industrie pour l'essai et l'évaluation des risques des produits chimiques, montre combien sont nécessaires, au plan européen, les travaux mettant en relation la santé et l'environnement.

Une tradition : la lutte contre les maladies infectieuses

C'est toutefois dans le secteur de la surveillance des infections et de l'alerte en cas de risque émergent, que le besoin d'intégration

des capacités nationales est le plus manifeste. Non que le principe de subsidiarité soit abandonné. Simplet, la centralisation des données relatives aux maladies infectieuses s'est toujours imposée comme une nécessité. Résultat : l'Europe vient de se doter d'une véritable agence, l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Historiquement, c'est autour du VIH que s'est structuré le premier réseau sanitaire européen de surveillance. Baptisé EuroHIV, ce réseau a été créé dès 1984 dans les 52 pays de la région Europe de l'OMS. D'autres réseaux sont venus le compléter, notamment, en 1996, le réseau EuroTB, dédié, lui, à la tuberculose. EuroHIV et EuroTB sont aujourd'hui coordonnés par l'InVS. S'ils sont indispensables à la surveillance de maladies identifiées et à l'élaboration de politiques sanitaires ad hoc, ces réseaux ne répondent cependant pas aux besoins en matière d'alerte épidémique en cas d'émergence d'un risque nouveau.

Le premier véritable système d'alerte au niveau européen a été créé en 1998, par décision du Parlement européen et du Conseil (décision 2119/98/EC), sous l'appellation de Réseau européen de surveillance, d'alerte et de contrôle des maladies transmissibles. Dans cette création, les institutions françaises et l'InVS ont joué un rôle majeur, qui s'explique, selon Anne Pinteaux "par la tradition française de lutte contre les maladies infectieuses, dont témoigne, par exemple, le réseau des Instituts Pasteur dans le monde". Ce premier système d'alerte a connu son baptême du feu en 2003, avec l'épidémie de Sras qui a confirmé ce que redoutaient les spécialistes depuis des années : des variants hautement pathogènes de virus animaux apparaissent régulièrement ; ils sont



Construire l'Europe de la santé publique

Des données de mortalité comparables

Pour comparer les facteurs de risque sanitaire entre pays européens et évaluer les réponses apportées par les systèmes de soins, une harmonisation des indicateurs de santé est indispensable, en particulier en ce qui concerne les statistiques de mortalité. Un exemple : selon les données nationales, le taux de décès féminin par chute accidentelle apparaît six fois plus élevé au Danemark qu'en Espagne (respectivement 13,4 et 2,2 pour 100 000 femmes). Cet écart reflète-t-il une réalité épidémiologique, ou de simples différences dans le recueil des données ?

Le projet Anamort (Analyse de la mortalité par traumatisme dans l'Union européenne), lancé sous la direction scientifique de l'InVS et de l'Inserm (CepiDc-Inserm), va permettre de répondre à ce type de question. En 2001, une première enquête sur la validité et les biais des données nationales de mortalité avait abouti à des résultats généraux, et surtout, à une méthodologie de comparaison des données qui va être reprise dans le projet Anamort pour évaluer la part des huit diagnostics définis dans la liste Eurostat³ pour la mortalité par traumatisme. L'étude sera menée dans les 25 pays de l'UE, ainsi que dans les pays candidats et les pays de l'Association européenne de libre-échange (AeE). Le projet Anamort va durer deux ans et demi, au terme desquels les résultats publiés permettront de guider la mise en place de politiques de prévention encore plus performantes.

transmissibles à l'homme et susceptibles de se propager rapidement, via les transports aériens notamment. L'efficacité dont le réseau européen a fait preuve lors de cet épisode et l'apparition de nouvelles menaces, comme le virus West Nile ou le virus aviaire H5N1, ont poussé le Parlement européen et le Conseil à créer, en 2004, l'ECDC. Basée à Stockholm, cette nouvelle agence européenne fonctionne depuis le printemps 2005, sous la direction de la spécialiste hongroise Zsuzsanna Jakab. Sa mission est d'exercer une surveillance épidémiologique au niveau européen, de coordonner l'action des centres et des laboratoires de référence nationaux et de diffuser des informations pertinentes, tant auprès du grand public que des décideurs politiques, la responsabilité des actions restant, elle, du ressort des États membres et de la Commission. Comme l'explique Christophe Paquet (responsable du département International et tropical, InVS), "l'épidémie de Sras a bien montré l'utilité de caler les stratégies des pays de l'UE. Et dans le cadre européen, l'agence offre une véritable valeur ajoutée".

L'InVS, interlocuteur de l'ECDC

"L'ECDC joue au niveau européen le rôle que tient l'InVS au niveau français. L'InVS est d'ailleurs l'interlocuteur principal et légal de l'ECDC en France", explique Jean-Claude Desenclos (responsable

du département des maladies infectieuses, InVS). Les relations entre les deux homologues sont donc étroites, d'autant plus que l'InVS a toujours tenu une place importante dans les réseaux européens. "L'ECDC ne part pas de rien. Les réseaux de surveillance existants constituent une colonne vertébrale sur laquelle l'ECDC va pouvoir s'appuyer." Ainsi, tout en continuant durant deux ans encore à animer EuroHIV et EuroTB, l'InVS a-t-il déjà entrepris "de manière très volontariste" l'intégration de ces réseaux aux activités de l'ECDC. De même pour le projet Eurosurveillance dont l'InVS assume la responsabilité avec la Grande-Bretagne. À cela s'ajoutent, selon Jean-Claude Desenclos, "la mise à disposition d'experts et une transmission d'information sur les réseaux de surveillance qui s'effectue dans la plus grande transparence. Cette contribution aux bases de données de l'ECDC est une mission formelle supplémentaire pour l'InVS, qu'il va falloir structurer comme système d'information". Reste la question du rôle imparti à l'ECDC sur le plan politique. Il est évident qu'avec cette nouvelle agence, l'Europe acquiert en matière de santé une visibilité internationale qu'elle n'avait pas jusqu'à présent. Le réseau de surveillance et d'alerte, créé en 1998, était une coordination destinée à relayer les alertes auprès des 25 États membres.

La nouvelle agence, elle, est dotée de personnel, d'un budget et, en tant qu'institution, aura nécessairement un poids politique. "L'ECDC doit d'abord acquérir une légitimité dans l'espace européen. Mais il faut aussi envisager son rôle international, par exemple dans le cas d'une demande d'assistance émise par un pays extérieur à l'UE. Là, les choses sont moins bien définies. L'ECDC devra s'insérer dans un dispositif géré, en définitive, par l'OMS et représenter l'Europe sur un terrain où une certaine concurrence est inévitable avec les États-Unis. Ceux-ci ont toujours considéré le secteur sanitaire comme un enjeu stratégique, et ils pèsent lourd en termes de moyens et d'influence à l'OMS", rajoute Christophe Paquet. Ce qu'Anne Pinteaux résume en une formule : "la France devra continuer à défendre l'option du multilatéralisme." Dans cette perspective, d'ailleurs, "l'InVS proche des préoccupations des acteurs politiques, constitue une structure adaptée". À ce stade donc, l'enjeu devient diplomatique. La construction de l'Europe de la santé publique est une histoire qui ne fait que commencer.

(1) "Le principe de subsidiarité vise à assurer une prise de décision la plus proche possible du citoyen en vérifiant que l'action à entreprendre au niveau communautaire est justifiée par rapport aux possibilités qu'offre l'échelon national, régional ou local. Concrètement, l'Union n'agit – sauf pour les domaines de sa compétence exclusive – que lorsque son action est plus efficace qu'une action entreprise au niveau national, régional ou local. Il est étroitement lié aux principes de proportionnalité et de nécessité qui supposent que l'action de l'Union ne doit pas excéder ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs du traité."

(2) En France, des mesures directes de l'exposition de la population aux métaux lourds et aux pesticides seront réalisées en 2006 dans le cadre de l'Étude nationale nutrition santé (voir Prévalence n°13).

(3) Mortalité par traumatisme selon Eurostat : causes externes de traumatismes et d'empoisonnement ; accidents ; accidents de transport ; accidents par chute ; accidents par empoisonnement ; suicides et auto agressions ; homicides, agressions ; événements d'intention indéterminée.

Pour en savoir plus

- **Activités de l'Union européenne en matière de santé :** <www.europa.eu.int/poll/health/index_fr.htm>.
- **Programmes européens :**
 - surveillance du VIH/sida en Europe, programme EuroHIV : <www.eurohiv.org> ;
 - surveillance de la tuberculose en Europe, programme EuroTB : <www.eurotb.org> ;
 - Air Pollution and Health : a European Information System (Aphis) : <www.apheis.net> ;
 - Eurosurveillance : <www.eurosurveillance.org>.
- **European Centre for Disease Prevention and Control :** <www.ecdc.eu.int/>.
- E. Jouglu, F. Rossollin, A. Niyonsenga, J.L. Chappert, L.A. Johansson, G. Pavillon. Comparability and quality improvement of European causes of death statistics - Final report. European Commission, DG Sanco, July 2001 : 191p.

Interview



Zsuzsanna Jakab dirige l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) depuis mars 2005. Elle a auparavant travaillé à l'OMS, s'occupant d'abord des relations entre l'organisation et les 52 États membres de la région Europe, avant de prendre la responsabilité des aspects administratifs et managériaux. Elle a ensuite été nommée Secrétaire d'État à la Santé, aux Affaires sociales et à la Famille en Hongrie – son pays d'origine, où elle s'est notamment occupée de l'amélioration du système de soins, afin de permettre l'intégration dans l'Union européenne.

Quelques mois après ses débuts officiels, quels sont les principaux chantiers auxquels l'ECDC s'est attelé ?

L'ECDC a pour mission d'identifier, d'évaluer et d'informer des risques infectieux avérés ou émergents pour la santé humaine. Comme toute organisation nouvelle, nous avons naturellement dû commencer par résoudre divers problèmes administratifs et matériels. Mais des actions ont d'ores et déjà pu être lancées. L'ECDC a ainsi réalisé une première évaluation du risque lié à l'arrivée du virus aviaire H5N1 en Europe et entrepris de renforcer les capacités européennes en matière de lutte contre les pandémies. Des stratégies de surveillance des maladies infectieuses à long terme sont également développées. De ce point de vue, la résurgence de l'infection à VIH-sida, et des infections sexuellement transmissibles en général est une priorité, de même que le problème des résistances bactériennes aux antibiotiques.

Les missions de l'ECDC requièrent une coopération étroite entre l'échelon européen et les agences de santé publique nationales. Comment se répartissent les rôles ?

Les agences nationales continueront d'être en première ligne contre les maladies infectieuses. Elles accueillent en effet la plupart des experts

" J'ai la conviction qu'une meilleure coopération aidera les autorités nationales et européennes à renforcer la protection sanitaire de la population. "

européens et sont pour le moment les seules structures à disposer de capacités de laboratoires. Le rôle de l'ECDC consiste à mettre ces compétences en réseau, sans visée centralisatrice. J'ai la conviction qu'une meilleure coopération aidera les autorités nationales et européennes à renforcer la protection sanitaire de la population. Face à l'inquiétude suscitée par l'émergence du virus H5N1, par exemple, les spécialistes de l'ECDC et leurs collègues des agences nationales ont étroitement collaboré pour évaluer le risque et émettre des recommandations destinées aux personnes travaillant au contact des oiseaux. L'expérience s'est révélée très positive.

À côté de ses missions techniques, l'ECDC est une institution européenne représentant politiquement l'Union. Comment concevez-vous son rôle au plan international ?

En matière de maladies infectieuses, l'ECDC est effectivement un interlocuteur pour les responsables nationaux et internationaux du monde entier. Le CDC américain et Health Canada ont ainsi très rapidement été contactés. Nous sommes par ailleurs en relation avec les autorités de santé publique des pays asiatiques, en particulier la Chine et la Thaïlande. Enfin, nous collaborons évidemment avec l'OMS sur de nombreux problèmes et tout particulièrement la grippe. D'un point de vue technique, il est important pour nos partenaires de disposer de données concernant à la fois l'épidémiologie et les stratégies de santé publique à l'échelle d'un continent. Et d'un point de vue politique, je pense que les options communes que les responsables européens pourront arrêter pèseront plus lourd sur la scène internationale.

L'émergence du virus H5N1 est le type même de problème appelant une réponse coordonnée à l'échelon mondial. Concrètement, la coopération de l'ECDC avec ses partenaires se déroule-t-elle de manière satisfaisante ?

Il faut être clair : le virus H5N1 n'est pas, à l'heure actuelle, une souche virale pandémique chez l'homme. Nous devons toutefois nous préparer à l'hypothèse d'une transmission interhumaine, et c'est pourquoi la Commission européenne, l'ECDC et l'OMS collaborent avec les gouvernements des pays européens et voisins de l'UE. Cette coopération fonctionne bien. Une équipe comprenant des représentants de l'OMS-Europe, de la Commission et de l'ECDC a déjà visité six pays (Grèce, Pologne, Kazakhstan, Turquie, Ukraine, Grande-Bretagne) pour les aider à renforcer leurs dispositifs. Et d'autres visites auront lieu dans les prochains mois. Cela étant, l'éradication du H5N1 dans des pays tels que le Vietnam, la Thaïlande ou l'Indonésie, où il est devenu endémique parmi les oiseaux, va demander un financement international important. La Commission européenne met sur pied une conférence de donateurs, qui devrait aller dans ce sens.