

Prévalence

Sida et MST : rester vigilant

Le Sida a profondément marqué la fin du XX^e siècle. Aujourd'hui, il occupe moins souvent la Une de l'actualité. Pourtant, cette affection - et les maladies sexuellement transmissibles - demeurent un enjeu majeur de santé publique. Le point dans le dossier page 4.

dernière heure

Véritable phénomène de société, le roller devient également une question de santé publique. Pour preuve : l'InVS vient de présenter, lors d'un récent colloque, les résultats d'une étude épidémiologique sur les accidents de roller. Entre 1997 et 1999, les sept services d'urgence hospitaliers associés à l'étude ont répertorié 2 075 accidents et mis en évidence une traumatologie particulière associée à la pratique de ce loisir. Autre fait marquant : plus d'un accidenté sur dix a dû subir une hospitalisation. De quoi justifier la réflexion...

Sommaire

- 2 ■ La coqueluche à l'hôpital
- 3 ■ La polio en France
- 9 ■ Le rapport de veille sanitaire de l'InVS
- 10 ■ Quand l'eau rend malade
- 12 ■ Tchernobyl et cancer de la thyroïde



RENACOQ : la coqueluche à l'hôpital

Malgré le maintien d'une bonne couverture vaccinale, la coqueluche reste difficile à enrayer. Depuis 1986, elle ne fait plus partie de la liste des maladies à déclaration obligatoire, rendant ainsi délicate une évaluation précise de l'épidémiologie. Or, une résurgence de la coqueluche est fortement suspectée. L'agent qui en est responsable,

Bordetella pertussis, continue de circuler dans notre pays, essentiellement par l'intermédiaire des adolescents et des adultes ayant perdu leur immunité en l'absence de **rappels naturels** ou vaccinaux. Ils contaminent alors les nourrissons qui ne sont pas encore protégés par la vaccination. En 1998, un rappel à 11 ans a donc été introduit dans le calendrier vaccinal français, afin de prolonger la protection des adolescents et des jeunes adultes. Par ailleurs, un réseau de surveillance de la coqueluche, placé sous la responsabilité de l'InVS,

a été mis en place dès avril 1996. Il a pour objectif la description des caractéristiques épidémiologiques des coqueluches vues à l'hôpital. Répartis sur les 22 régions de France métropolitaine, 44 hôpitaux volontaires participent à ce réseau "sentinelle" hospitalier pédiatrique (RENACOQ). Le recueil de l'information se fait d'une part, auprès des pédiatres hospitaliers qui notifient les cas hospitalisés ou vus en consultation ; d'autre part, auprès des laboratoires hospitaliers qui signalent chaque trimestre les demandes de

culture ou de **PCR**. Le Centre national de référence des Bordetelles assure l'identification et la surveillance des souches qui lui sont adressées. Les cas de coqueluche et les demandes de diagnostic sont notifiés à l'InVS, chargé de la coordination du réseau de surveillance. Cette participation active permet une analyse des tendances de la maladie et l'évaluation de la politique vaccinale.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 34/2000, août 2000

Les Journées scientifiques de l'InVS se dérouleront les 29 et 30 novembre prochains, Espace Delacroix, à Saint-Maurice (94).

Alsace, mars 2001 :

la Cellule inter-régionale d'épidémiologie de l'Est (CIRE) met en place, pour deux ans, un réseau de surveillance de la maladie de Lyme. Objectifs : suivre son évolution et son incidence à partir des nouveaux cas déclarés par les médecins volontaires qui participent à la démarche. Cette maladie, peu connue du grand public, est transmise par les tiques et se manifeste souvent par des atteintes au niveau des articulations. Elle peut survenir plusieurs années après la morsure et engendrer, parfois, de graves complications.

Rappel naturel : par contact avec la maladie elle-même.

PCR (Polymerase Chain Reaction) : technique de laboratoire qui permet de mettre en évidence de très petites quantités d'ADN.

Une tribune européenne sur les maladies transmissibles

Le programme **Eurosurveillance** permet la diffusion d'informations sur la surveillance épidémiologique, la prévention et le contrôle des maladies transmissibles. Il comporte deux volets : une publication mensuelle, **Eurosurveillance**, et une lettre hebdomadaire électronique, **Eurosurveillance Weekly**.

Publié depuis la création du programme en 1996, le mensuel **Eurosurveillance** présente des articles originaux sur les systèmes de surveillance des pays européens, des synthèses sur des investigations épidémiologiques et des comparaisons des politiques nationales de santé publique. Par ailleurs, il propose une sélection d'articles parus dans les bulletins épidémiologiques nationaux. **Eurosurveillance** est imprimé en version bilingue anglais/français et distribué à 12 000

abonnés en Europe. Cette publication est disponible sous format électronique en italien, portugais et espagnol, sur le site www.eurosurveillance.org.

Réactivité...

La lettre hebdomadaire **Eurosurveillance Weekly** constitue le second volet du programme. Son rythme répond à la nécessité d'informations rapides et récentes sur la situation d'épidémies en cours et sur l'actualité en matière de maladies transmissibles. Les données transmises

de professionnels de santé travaillant dans des services de santé publique en Europe et au-delà. **Eurosurveillance Weekly** est publié en anglais et diffusé à près de 2 000 abonnés par courrier électronique. Ce bulletin est accessible sur le site www.eurosurv.org.

... et rigueur

Le programme **Eurosurveillance** est animé par une équipe de rédaction franco-britannique. Elle regroupe des personnels de l'Institut de Veille Sanitaire à Paris et du **Public Health**

Laboratory Service à Londres. Les articles publiés font l'objet d'une relecture scientifique, assurée par un comité éditorial, constitué de représentants de chacun des pays européens. **Eurosurveillance** est financé par la Direction générale santé et protection des consommateurs de la Commission européenne. À l'heure actuelle, il constitue l'une des rares tribunes européennes pour la transmission d'informations de santé publique sur les maladies transmissibles.

Après celle de la variole certifiée en 1980, l'Organisation mondiale de la santé lance un nouveau défi : l'éradication, à l'échelle planétaire, de la poliomyélite. En France, où les derniers cas autochtones remontent à 1989, la Commission nationale de certification de l'éradication de la poliomyélite a élaboré un plan d'action. Objectifs : renforcer la surveillance afin de détecter toute présence de poliovirus et accélérer les procédures de déclaration des cas suspects.

La polio en France

Une disparition programmée

En 1988, date de lancement du programme de l'OMS, la lutte contre la poliomyélite en France reposait sur cinq mesures. Première d'entre-elles : la vaccination. Rendue obligatoire en 1964, sa généralisation a très fortement contribué à la disparition de la maladie dès 1990. Le calendrier vaccinal prévoit trois injections à 2, 3 et 4 mois, suivies de trois rappels à 16-18 mois, 6 ans et entre 11 et 16 ans. Ensuite, un rappel est recommandé tous les 10 ans. Deuxième mesure : l'évaluation de la couverture vaccinale. L'analyse des certificats de santé du 24^e mois confirme le maintien du taux de vaccination à 97 % pour

la primo-vaccination. Celui-ci atteint encore 89 % à l'issue du premier rappel. Mais une forte érosion apparaît chez les adultes, avec seulement 80 % des moins de 40 ans vaccinés, comme le montre une étude réalisée en 1989. La troisième mesure concerne la déclaration de la maladie. Elle est obligatoire depuis 1936 et chaque nouveau cas doit faire l'objet d'un signalement auprès de la DDASS. Enfin, les deux dernières mesures concernent la surveillance de la circulation des entérovirus au sein de la population et dans l'environnement.

La chasse au virus

Le plan d'action décidé par la Commission nationale de certification de l'éradication de la poliomyélite vient enrichir le dispositif actuel sur deux points essentiels. Ainsi, la surveillance

de la circulation des entérovirus est renforcée, afin de détecter le plus précocement possible toute réintroduction des virus de la polio en France. Depuis le mois de janvier 2000, le nombre de laboratoires impliqués dans cette recherche a augmenté. Tout repose désormais sur le réseau français de surveillance des entérovirus. Il est lui-même constitué des laboratoires de virologie du réseau EPIVIR, et du groupe des entérovirologues français, coordonné conjointement par l'InVS et le Centre national de référence des entérovirus de Lyon. Au total, 44 laboratoires sont impliqués dans la chasse au virus, contre 27 précédemment. L'autre priorité concerne les déclarations éventuelles de poliomyélites. Jusqu'à présent, seuls les cas confirmés devaient être signalés.

Aujourd'hui, tout médecin doit alerter la DDASS par téléphone, dès le stade de suspicion du diagnostic de polio.

À chacun son rôle

Un protocole, élaboré par la Commission nationale de certification, fixe précisément la conduite à tenir et le rôle de chaque intervenant dans le déroulement de la procédure. Avec cette surveillance renforcée, la France pourra démontrer l'élimination de la polio sur son territoire. Trois années consécutives de non circulation du virus seront nécessaires, au niveau européen, avant la certification délivrée par l'OMS.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire N°46-47/2000, 13 novembre 2000, (téléchargeable sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr/beh/2000/004647/index.html)

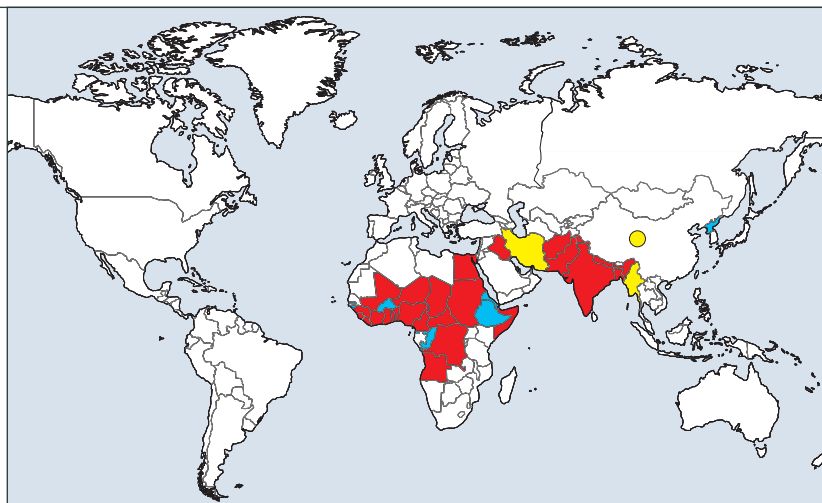
Entérovirus : famille de virus à laquelle appartiennent les poliovirus.

Vacciner, toujours et encore

Qui se souvient encore des épidémies de 1957 et 1959 ? À elles deux, elles ont provoqué de nombreuses victimes en France. Certaines sont décédées à la suite d'une paralysie des muscles respiratoires. D'autres, moins sévèrement atteintes, ont survécu mais gardent des séquelles paralytiques respiratoires ou motrices. Avec la vaccination rendue obligatoire en 1964, le danger d'une nouvelle épidémie a disparu. En France, le principal risque est aujourd'hui la réintroduction du virus à partir des foyers endémiques qui subsistent dans les pays en voie de développement. Pour certains d'entre-eux, la situation est encore critique au regard de la maladie. Pourtant, les campagnes de vaccination ont porté leurs fruits : de 350 000 en 1988, le nombre de cas dans le monde est passé à 5 200 en 1999. Cet effort important doit être poursuivi, notamment en Inde. Ce pays compte en effet 70 % des cas recensés à l'échelle de la planète. Pour en savoir plus sur le programme d'éradication de la polio, vous pouvez consulter le site de l'Organisation mondiale de la santé : www.who.int

Poliomyélite : situation dans le monde en 1999*

- Transmission de poliovirus sauvages (24 pays)
- Transmission probable de poliovirus sauvages (6)
- Importation de poliovirus (3)
- Absence de cas



* Données OMS au 13 mars 2000



Sida et MST :

Rester vigilant

Il y a exactement vingt ans, les premiers cas d'une maladie qui ne s'appelle pas encore le Sida font leur apparition en France. Leur nombre augmente rapidement, jusqu'à un pic en 1994, puis commence à décroître. Mais ce recul semble marquer le pas.

Au-delà des aspects médicaux, le Sida a bouleversé bien des aspects de la société : la conception de la santé publique et de la prévention, l'approche de la sexualité, la place des malades ne sont plus les mêmes qu'autrefois.

Où en est-on aujourd'hui ? Quels sont les chiffres du Sida et des MST en France et en Europe ? Quels sont les enjeux actuels ? Autant de questions essentielles à l'heure où la santé est plus que jamais une préoccupation majeure.

Depuis le décret du 10 juin 1986, le Sida figure sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. L'InVS est chargé de suivre son incidence⁽¹⁾ et ses caractéristiques, d'en étudier la dynamique et les diffusions spatiale, temporelle et sociale, afin de prévoir son évolution. Outre les déclarations obligatoires de Sida - et bientôt d'infection par le VIH - il recueille également des informations cliniques et biologiques sur des MST aiguës, comme les gonocoques et bientôt la syphilis. Des études sectorielles ou comportementales complètent cette approche : enquête "presse gay" (cf. page 6), études sur les usagers de drogues injectables (U.D.I) ou les patients atteints de MST aiguës... Ces investigations ont conduit à établir un partenariat fort avec l'Agence nationale pour la recherche sur le Sida (ANRS).

21 700 malades du Sida en France

Au 31 décembre 2000, le nombre de personnes vivantes ayant développé un Sida est d'environ

21 700. Sur la période 1978-2000, le nombre de cas cumulés est de l'ordre de 53 500. Celui des personnes décédées en France depuis le début de l'épidémie est évalué à 31 800.

Une évolution contrastée

Mais qu'en est-il des tendances ? L'incidence de la maladie connaît une évolution contrastée. Après une chute en 1996 et surtout en 1997, la décélération s'est fortement ralentie. Avec environ 700 nouveaux cas déclarés, le second semestre 2000 enregistre une diminution de 13 % par rapport à la même période de 1999. Les décès ont connu une tendance similaire. La forte baisse amorcée au second semestre 1996 - conséquence de la mise en œuvre de nouvelles associations antirétrovirales⁽²⁾ avec inhibiteur de protéase⁽³⁾ - s'est ralentie à partir du deuxième semestre 1998, sauf pour les U.D.I. Les six derniers mois de 2000 ont ainsi compté 315 décès, contre 341 au second semestre 1999. Conséquence : le nombre de personnes vivantes ayant développé un Sida

Prophylaxie

L'InVS a conduit une étude par questionnaire auprès des médecins hospitaliers sur la prophylaxie des cas d'exposition non professionnelle au VIH. Il en ressort une augmentation des motifs de recours pour rapports non protégés, la seconde cause étant la rupture du préservatif. La prescription d'une prophylaxie est quasi systématique pour un homme homosexuel ayant connu une rupture de préservatif (99,3 % de prescription) ou ayant eu un rapport anal non protégé (82,4 %) et pour un usager de drogue ayant partagé sa seringue avec un séropositif (99 %). Les trithérapies sont la prescription la plus fréquente (83 % contre 46 % en 1997). Or, des effets indésirables graves sont survenus chez des personnes recevant une trithérapie incluant une anti-protéase ou un inhibiteur non nucléosidique (0,71 % des cas). Leur nombre invite à mieux prendre en compte le rapport bénéfice/risque de ce traitement chez les sujets sains. Cette étude conclut donc à la nécessité d'une révision des recommandations publiées en 1998.



continue de progresser, à raison de 2 à 3 % par semestre. La situation varie toutefois selon le mode de contamination : + 5 % entre le premier et le second semestre 2000 pour les personnes dont le mode de contamination est hétérosexuel, contre seulement + 1 % pour le mode homosexuel et une stabilité chez les U.D.I. Les cas diagnostiqués au second semestre 2000 se répartissent ainsi : 47 % pour le mode de contamination hétérosexuel - contre 37,5 % en 1997- 26 % pour l'homosexuel et 14 % pour les U.D.I.

Les femmes plus exposées

Le sexe est un facteur de différenciation important. L'ensemble des catégories (homosexuels et hétérosexuels masculins, usagers de drogues injectables des deux sexes) connaissent une diminution, entre 1999 et 2000, du nombre de cas diagnostiqués, à l'exception d'une seule : les femmes hétérosexuelles, dont les cas de Sida progressent de 20 %. Sur l'année 2000, les 1 586 nouveaux cas diagnostiqués se répartissent en 442 femmes et 1 144 hommes. Par rapport à 1999, leur nombre progresse de 5 % chez les femmes adultes (tous modes confondus), alors qu'il diminue de 15 % chez les hommes adultes. Stable aux alentours de 20 % depuis 1993, la proportion des femmes

dans les nouveaux cas de Sida est passée à 25 % en 1999, puis à 31 % aujourd'hui. L'augmentation est particulièrement marquée chez les femmes ressortissantes d'un pays d'Afrique subsaharienne.

La séropositivité méconnue

Autre constat préoccupant : en 1994, les diagnostics simultanés de la séropositivité et de la maladie représentaient 20 % des nouveaux cas de Sida ; cette proportion est passée à 31 % en 1996, puis s'est stabilisée autour de 50 % depuis 1997 (51 % au second semestre 2000). Cette méconnaissance de la séropositivité est également très contrastée selon les modes de contamination : 59 % pour la contamination hétérosexuelle, 48 % pour le mode homosexuel et 16 % pour les usagers de drogues injectables. Ces diagnostics tardifs signifient que les personnes concernées n'ont pu bénéficier des avancées thérapeutiques durant la phase de séropositivité. Parmi les nouveaux cas de Sida qui connaissent leur séropositivité, environ 50 % n'avaient pas bénéficié d'un traitement anti-rétroviral. Cette proportion était de 40 % en 1994. Depuis 1996, elle fluctue entre 50 et 60 %. Au second semestre 2000, elle était respectivement de 40, 45 et 55 % chez les personnes contaminées par voie homosexuelle, U.D.I et hétérosexuelle.

Gonococcies : chiffres en hausse

Réseau de laboratoires assurant le suivi des gonococcies⁽⁴⁾, RENAGO a mis en évidence une recrudescence brutale de cette maladie en 1998. En recul depuis 1987, le nombre de gonocoques isolés a été multiplié par 1,9 en un an et même par 2,7 en Île-de-France. Dans cette région, la progression s'est toutefois fortement ralentie en 1999, mais elle s'est poursuivie en Province (+ 54 %).

Les causes de cette évolution sont comportementales : nombre accru de rapports non protégés avec des partenaires occasionnels, développement de comportements à risque chez les hétérosexuels, recul du *safer sex* chez les homosexuels et bisexuels masculins... Face à cette recrudescence, qui laisse craindre une augmentation des contaminations par le VIH, l'InVS propose un renforcement du dépistage et de la prévention, par des actions ciblées.

Sida et MST : vigilant

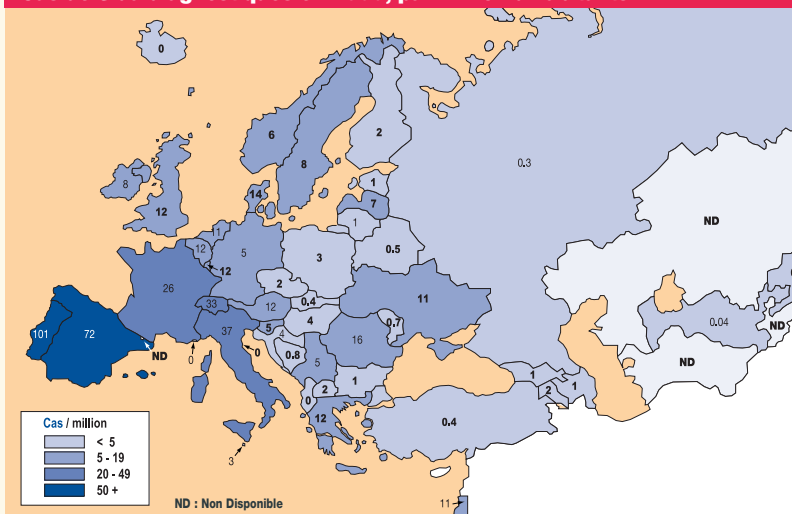
Rester

Le Sida en Europe

L'InVS coordonne le réseau EuroHIV, qui centralise les données épidémiologiques sur la maladie dans les 51 pays de la zone Europe de l'OMS. La dernière synthèse, couvrant le premier semestre 2000, vient d'être publiée. Parmi ses nombreux enseignements, on retiendra que l'incidence des nouveaux cas de Sida dans la zone Ouest⁽⁵⁾ est de 25 cas par million d'habitants. Celle-ci

continue de décroître, mais à un rythme moins soutenu : - 12 % en 1999 contre - 35 % en 1997. Le taux d'incidence de la zone Ouest est environ 8 fois supérieur à celui du Centre (3,5 cas/million) et de l'Est (2,4). Ces différences s'expliquent par la dynamique de l'épidémie et la durée d'incubation du Sida. Elles tiennent sans doute aussi à un sous-diagnostic et à des sous-déclarations dans certains pays de l'Est. La situation est très différente si l'on considère le taux de

Cas de Sida diagnostiqués en 1999, par million d'habitants



nouveaux diagnostics d'infection à VIH (diagnostic de la séropositivité). Celui de la zone Est (104 cas par million d'habitants) est en effet 2 fois supérieur à celui de l'Ouest (42) et 14 fois plus élevé que dans la zone Centre, relativement épargnée par l'épidémie.

Une question d'éthique

Les problèmes posés par le Sida dépassent largement le cadre médical et débouchent très vite sur des questions éthiques. L'InVS s'est récemment trouvé au cœur de ces débats.

La raison : deux décrets du 6 mai 1999 définissant notamment les modalités de transmission, à l'autorité sanitaire, de données individuelles. Celles-ci sont en effet indispensables pour éliminer les doublons imputables à la déclaration d'un même cas par plusieurs médecins. Saisi par l'association Arcat-Sida, le Comité

consultatif national d'éthique (CCNE) a rendu un avis à la fin de 1999. Celui-ci rappelle que le respect de l'anonymat doit être absolu, compte tenu du préjudice que pourrait provoquer la divulgation d'une sérologie VIH. Tout en confirmant le maintien du VIH et du VHB⁽⁶⁾ sur la liste des maladies à déclaration obligatoire, ainsi que le bien fondé du recueil d'informations individuelles, le CCNE demande donc que celles-ci soient protégées par des méthodes infaillibles de cryptage. Il précise par ailleurs que les centres de dépistage anonyme et gratuit doivent être exclus du champ de l'obligation et rappelle la nécessité d'une politique active de prévention, incitant les sujets à risques à pratiquer un dépistage volontaire. Afin de traduire ces exigences dans les faits et de finaliser le dispositif, un groupe d'experts piloté par l'InVS a rendu ses conclusions en juin 2000. Il réunit, outre l'InVS, tous les acteurs concernés : ministère (DGS), CCNE,

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), Inserm, Conseil supérieur d'hygiène publique, DDASS, hôpitaux, Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), associations, organismes de prévention...

(1) Nombre de nouveaux cas d'une maladie apparus au sein d'une population durant une période donnée.

(2) Le virus du Sida appartient à la famille des rétrovirus.

(3) Protéine entrant dans la composition du virus du Sida.

(4) Infection des voies génito-urinales, également appelée blennorragie, touchant à la fois les hommes et les femmes et qui se transmet lors de rapports sexuels génitaux et oraux, ainsi que de la mère à l'enfant lors de l'accouchement.

(5) Pour l'analyse, la région Europe de l'OMS a été divisée en trois zones : Ouest, Centre et Est. La zone Ouest comprend l'Union européenne, la Norvège, la Suisse, l'Islande, Malte, Israël et les principautés.

(6) Virus de l'hépatite B.

(7) Couples présentant une sérologie VIH différente : un séropositif et un séronégatif (par opposition aux couples séroconcordants positifs ou négatifs).



L'enquête "presse gay" 2000

Diffusée entre juin et septembre 2000 dans 20 revues gay et sur plusieurs sites Internet (5 000 questionnaires exploités), complétée en décembre par une enquête auprès de 2 000 clients d'établissements gay, cette étude réalisée par l'InVS confirme le relâchement des comportements. L'utilisation du préservatif tend à diminuer au sein des couples homosexuels, y compris sérodifférents⁽⁷⁾. Les réflexes de prévention se dégradent aussi dans les relations avec des partenaires occasionnels : la proportion de ceux déclarant des rapports anaux non protégés est passée de 17 % à 23 % depuis 1997 (date de l'enquête précédente). Ces chiffres atteignent respectivement 18 et 31 % pour les jeunes vivant à Paris et en banlieue. Les 30-44 ans, les gays ayant de nombreux partenaires dans l'année et enfin les hommes séropositifs témoignent également d'un relâchement important. Tout aussi inquiétant : les comportements de prises de risque régulières ont connu une croissance bien plus forte que les expositions rares ou accidentelles. Des résultats qui plaident pour une relance de la communication générale et ciblée vers les homosexuels, tout en retravaillant le contenu des messages.

Que conclure ?

Les différentes études conduites par l'InVS permettent de dégager plusieurs conclusions. Les principales sont les suivantes :

- Grâce aux progrès thérapeutiques, qui améliorent l'espérance de vie, le nombre de personnes vivantes avec le VIH augmente.
- Environ 800 personnes, ignorant leur statut sérologique, développent chaque année un Sida faute d'avoir pu bénéficier d'une prise en charge clinique et thérapeutique.
- Après une forte baisse, le nombre de nouveaux cas et de décès par Sida tend à se stabiliser depuis 1998.
- Toutefois, le nombre de nouveaux cas de Sida continue de progresser chez les femmes hétérosexuelles.
- Un relâchement de la prévention et le retour de pratiques à risque apparaissent chez les homosexuels masculins.

Tous ces éléments plaident en faveur d'un renforcement des actions d'information et de prévention, en particulier auprès des communautés et des personnes les plus exposées, en adaptant le discours au nouveau contexte.

“ On ne peut plus faire de la prévention comme il y a quinze ans, en parlant uniquement du VIH. ”

Dès le milieu des années 80, son métier de dermatologue, spécialiste du syndrome de Kaposi, le sensibilise à la prévention du Sida. En 1988, le docteur **Didier Jayle** crée le **CRIPS d'Île-de-France⁽¹⁾**. Treize ans après, il le dirige toujours, tout en poursuivant son activité médicale à l'Hôpital Européen Georges Pompidou. À la fois pionnier, militant et professionnel de la prévention du Sida, il porte un regard éclairé sur les enjeux de santé publique.

Comment jugez-vous ces quinze dernières années ?

Il n'y a pas à avoir honte de ce qui a été fait en France. Rappelez-vous d'où l'on vient. Il y a quinze ans, le seul intervenant sur les MST était la "Ligue française contre le péril vénérien". Tout un programme... La France a eu le mérite d'assurer une continuité dans le discours sur le Sida. Elle a su sensibiliser sans stigmatiser, en renforçant au contraire la solidarité avec les malades. L'expérience acquise pourrait se révéler très utile demain, face à d'autres maladies.

On observe pourtant un certain relâchement...

Il existe effectivement une lassitude et un désintérêt diffus pour le VIH. C'est le fameux "relapse", observé en France comme aux États-Unis, notamment chez les homosexuels. D'où la nécessité de relancer une communication ciblée et forte.

Comment expliquez-vous cette lassitude ?

Elle tient à la durée de l'épidémie, mais aussi à d'autres facteurs : un certain essoufflement de l'action associative, la disparition des leaders d'origine, le désintérêt progressif des médias, sauf sur la recherche et le problème des pays du Sud. L'apparition des premiers traitements efficaces, notamment les anti-protéases en 1996, a également joué, transformant le pronostic de la maladie et donc sa perception. Pourtant, le "risque Sida" reste entier. Ces traitements sont très lourds et ne guérissent pas.



Les campagnes d'information ne sont-elles pas devenues trop consensuelles ?

Il est vrai que la communication publique tend à se banaliser et à entrer dans l'esprit du message publicitaire. L'opinion la mémorise d'ailleurs très peu. Or il est indispensable que la communication sur le Sida provoque une émotion et reste forte sans choquer. Ce n'était pas le cas des dernières campagnes...

Quelles sont les cibles prioritaires de prévention ?

J'en vois trois. La communauté homosexuelle tout d'abord, en raison du relâchement que j'évoquais tout à l'heure. Ensuite, les personnes d'origine étrangère, en particulier d'Afrique subsaharienne. Les jeunes enfin, ceux qui n'ont pas connu les "années Sida", et tout spécialement les femmes.

Mais on ne peut plus faire de la prévention comme il y a quinze ans, en parlant uniquement du VIH. Il faut l'intégrer dans une approche plus large, englobant les autres aspects de la santé et de la sexualité.

Qu'entendez-vous par là ?

Lorsque nous intervenons dans les lycées, nous sentons une société à deux vitesses. Certains jeunes, notamment dans les quartiers en difficulté, ont un discours inquiétant. Certes, ils utilisent le préservatif, mais ils ont une vision machiste et mécanique de la sexualité, avec une image dégradante et instrumentalisée de la femme, sur le modèle des films X. Or la prévention commence par le respect de l'autre. Il y a donc un énorme travail à accomplir, qui ne peut se limiter à deux heures d'intervention dans une classe.

Si vous aviez trois priorités à souffler aux décideurs...

Tout d'abord, il faut redéfinir des objectifs planifiés, par classe d'âge, afin d'installer une progression et des repères réguliers.

Il faut ensuite créer, au sein du système scolaire, un vrai espace démocratique, où les jeunes peuvent prendre des initiatives et s'exprimer, au-delà de la seule prévention. Enfin, il est indispensable de considérer la santé publique comme une priorité. Cela suppose notamment de pallier la carence actuelle en formateurs et en intervenants, tout en développant la transversalité.

(1) Centre régional d'information et de prévention du Sida www.lecrrips.net

- Sida, VIH et MST ; état des lieux des données en 2000. InVS, 2000.
- Surveillance du Sida en France. Situation après deux ans d'interruption⁽¹⁾. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n°38/2000 (19-09-2000).
- Évolution de l'expérience des médecins hospitaliers concernant la prophylaxie après exposition non professionnelle au VIH entre 1997 et 1999. BEH n°50/2000 (11-12-2000).
- Résultats préliminaires de l'enquête "presse gay" 2000 sur la recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays. InVS, mars 2001.
- Surveillance du VIH / SIDA en Europe. Rapport du 1^{er} semestre 2000. EuroHIV, InVS, 2000, N°63.
- Confirmation de la recrudescence de gonococcies en France depuis 1998. BEH n°14/2001 (03-04-2001)

(1) Interruption consécutive à un mouvement social chez les médecins inspecteurs de santé publique des DDASS.

Contacts InVS :
Service communication -
01 41 79 68 66

Un sociologue chez les épidémiologistes

Profession : sociologue.
Ou, plus exactement,
docteur en sociologie,
spécialisé en sociologie médicale.

En 1997, Philippe Adam rejoint le Centre Européen pour la Surveillance du Sida (CESES). Aujourd'hui intégré à l'InVS, il coordonne une enquête nationale sur la prévention.

En rejoignant l'InVS, Philippe Adam n'a pas changé de domaine ni d'activité. Diplômé en sciences politiques, il passe un doctorat de sociologie et publie un manuel de sociologie médicale. Depuis 10 ans, il analyse les comportements sexuels et préventifs de la population homosexuelle en France. Un sujet sur lequel porte d'ailleurs sa thèse. Fort de son expérience, il exploite ses connaissances dans

le cadre d'une enquête en partenariat avec la presse gay, qu'il coordonne au sein de l'InVS. Seul sociologue de l'Institut, rattaché au Département des maladies infectieuses, il joue également un rôle de conseil auprès des épidémiologistes qui travaillent sur des maladies associées à des comportements sociaux.

Complémentarité

Comme l'explique Philippe Adam : "La maladie n'est pas une réalité simplement médicale mais elle possède de fortes dimensions sociales". Ceci est vrai pour les déterminants sociaux des états de santé et de maladie, et l'expérience quotidienne de cette dernière. Il en est de même pour l'appréciation de l'impact des politiques de prévention et de prise en charge. "Pour mieux appréhender l'état de santé des populations, l'apport des sciences sociales est incontournable". En France, malheureusement,

l'épidémiologie et les sciences sociales restent encore très cloisonnées. "Il reste beaucoup à faire pour améliorer l'articulation entre ces deux disciplines et rattraper ainsi le retard que nous accusons par rapport à de nombreux autres pays", conclut-il.

Zoom

L'enquête "presse gay" coordonnée par Philippe Adam existe depuis 1985 (cf. page 6). Elle est périodique et demande un travail de longue haleine. Cette année, elle connaît un franc succès : 5 000 personnes ont répondu à un questionnaire d'une centaine de questions diffusé par voie de presse. Philippe Adam a conçu cette étude, dont le but est d'expliquer les facteurs (comme l'âge, le mode de vie, l'expérience de la séropositivité ou du traitement) à l'origine des prises de risques chez les gays. "L'enquête est

programmée sur 2 ans", explique-t-il. Une première année de préparation, de négociation avec la presse et de collecte des questionnaires. Plus une deuxième année d'analyse. Philippe Adam est entouré de deux collaborateurs : un statisticien et une assistante de recherche. Les conclusions de l'enquête orientent les campagnes de prévention. Elles constituent une aide à la décision pour le gouvernement, qui fixe les priorités.

Baromètre

Parallèlement, Philippe Adam travaille sur une nouvelle étude complémentaire : le baromètre "gay". Le principe ? Un sondage flash annuel sur la prévention du VIH et des MST destiné aux clients des établissements gays parisiens auxquels un questionnaire auto-administré a été proposé en décembre 2000.

À la folie

Né en 1818, Ignace Semmelweis débute comme obstétricien dans l'une des deux maternités de l'hôpital de Vienne. Il y remarque un étrange phénomène. La clinique destinée à l'enseignement - tenue par des médecins - connaît une mortalité quatre fois supérieure à celle des sages-femmes. Semmelweis se lance dans une enquête épidémiologique. Il finit par identifier la cause : pratiquant des autopsies, les médecins sont porteurs de germes, que le simple lavage des mains ne suffit pas à éliminer. Semmelweis définit alors les bases de l'hygiène médico-chirurgicale, prône l'asepsie au chlorate de chaux et publie un ouvrage décisif sur la fièvre puerpérale. Mais il se heurte aux dogmes en vigueur qui attribuent cette maladie à la montée de lait ou aux "miasmes". Sûr de son fait, il s'obstine, écrit à tous les grands accoucheurs d'Europe et traite d'assassins ceux qui refusent l'asepsie. Victime d'hallucinations, il tient des propos incohérents durant ses cours et meurt fou en 1865.

Précurseur de Pasteur, Semmelweis aurait pu sombrer dans l'oubli si un étudiant en médecine ne lui avait consacré sa thèse en 1924. Ce médecin s'appelait... Louis-Ferdinand Céline.

Brèves

Alerte sanitaire et médecine générale : tel a été le thème d'un colloque organisé par l'InVS lors du dernier salon du MEDEC.

L'Institut a mis l'accent sur le rôle et la contribution des médecins généralistes aux missions de veille sanitaire.

Ces acteurs de terrain peuvent être à l'origine de l'alerte et sont souvent impliqués dans les investigations.

Infection et maladie tuberculeuse de l'enfant en Île-de-France : une étude menée par l'InVS fait le point sur la situation épidémiologique de la

tuberculose, dans une région où l'incidence de cette maladie est élevée. Elle souligne les problèmes spécifiques de sa surveillance chez les enfants et les limites de la déclaration obligatoire actuelle.

La mesure de la couverture vaccinale en France en 2000 : tel est l'objet d'une

enquête menée par l'InVS. Elle répertorie les principales méthodes utilisées en France pour évaluer la couverture vaccinale chez les enfants et les adultes. Elle est disponible sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr

Créé par une loi du 1^{er} juillet 1998, opérationnel depuis mars 1999, l'InVS vient d'achever sa seconde année d'existence. L'occasion, à travers son premier rapport de veille sanitaire, de dresser un bilan de l'action accomplie. Sans oublier de rappeler quelques recommandations pour renforcer les mesures de santé publique en France et améliorer le dispositif national de veille sanitaire.

Le rapport de veille sanitaire

L'InVS : deux ans déjà !

Outre une présentation des missions de l'Institut, ce rapport 1999-2000 comporte deux parties. La première est consacrée à une synthèse et à une analyse des principaux événements de la période écoulée. La seconde consiste en un rappel des principales recommandations émises en matière d'amélioration de la santé publique et de la veille sanitaire.



Traiter le signal

L'alerte et la réponse aux menaces et aux urgences de santé publique constituent la première mission de l'InVS. Pour l'assurer, il s'appuie aussi sur différents acteurs de santé publique : services déconcentrés de l'État, autres agences (Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de l'environnement et des risques...), Cellules inter-régionales d'épidémiologie (CIRE), Centres nationaux de référence (CNR), laboratoires de toxicologie, Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), hôpitaux, services départementaux et communaux d'hygiène, centres antipoison, professionnels de santé... La notion de réseau est au cœur même du

fonctionnement de l'Institut. La période 1999-2000 a connu des événements marquants : épidémies de salmonellose liée au steak haché (cf. *Prévalence* n°1), épidémie hospitalière de staphylocoque doré, cas groupés de cancers pédiatriques, arthrites à *Mycobacterium xenopi*... Parce qu'elles génèrent des images spectaculaires, les alertes environnementales marquent l'opinion. La pollution consécutive au naufrage de l'Erika ou l'exposition à des risques sanitaires multiples après les inondations de l'Aude sont deux exemples d'intervention de l'InVS en ce domaine. À l'inverse, certains risques peuvent être anticipés. L'Institut est ainsi intervenu sur la surveillance des complications oculaires liées à l'éclipse du 11 août 1999 et sur celle de grands rassemblements (Armada du Siècle, Eurockéennes de Belfort...).

Une tâche de fond

Au-delà des périodes "chaudes", l'InVS est investi, en lien avec d'autres organismes (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Inserm, hôpitaux, registres...), d'une mission de surveillance et d'observation de l'état de santé des Français. Elle prend des formes très diverses, depuis le suivi systématique de grandes pathologies (Sida, cancers, maladie de Creutzfeldt-Jakob...), jusqu'à des études spécifiques (impact de l'exposition aux **dioxines** et aux **furanes** sur le lait maternel), en passant par l'évaluation des conséquences sanitaires de la pollution de l'air (cf. *Prévalence* n°1). Cette approche nationale

se double d'une participation à des activités et à des réseaux épidémiologiques européens et internationaux. L'expertise reconnue de l'InVS lui vaut un rôle moteur dans des programmes comme EuroHIV ou EuroTB (tuberculose). Des actions de formation et d'information à l'échelle communautaire (Eurosurveillance, **EPIET**...) et des coopérations avec des pays en voie de développement complètent son activité.

Pour vous procurer ce document, qui constituera désormais un rendez-vous annuel, appelez le service communication au 01 41 79 68 66. Vous pouvez également le télécharger au format pdf sur le site de l'Institut : www.invs.sante.fr

Mycobacterium xenopi : bacille provoquant des infections ostéo-articulaires. La contamination peut intervenir lors d'actes chirurgicaux invasifs sur les articulations, à la suite d'un défaut de stérilisation des instruments.

Dioxines : concentrés organiques polychlorés à forte toxicité, dont certaines formes sont présentes dans les défoliants, les transformateurs électriques...

Furanes : solvants toxiques présentant des risques cancérigènes et autres (malformations congénitales, toxicité fœtale...).

EPIET (European program for intervention epidemiology training) : programme européen de formation de spécialistes en épidémiologie d'intervention, dont l'InVS assure la gestion et la coordination scientifique.

Quatorze recommandations

Assorties de suggestions pratiques, les recommandations émises par l'InVS visent deux objectifs nationaux :

Le renforcement des mesures de santé publique :

- prévenir les épidémies de méningite,
- contrôler les épidémies d'origine alimentaire,
- connaître les mécanismes des épidémies de légionellose,
- maîtriser la diffusion de la résistance aux antibiotiques,
- éviter de nouvelles infections par le VIH,
- concilier aménagement du territoire et santé,
- comprendre l'augmentation de la fréquence du cancer de la thyroïde.

L'amélioration du dispositif de veille sanitaire :

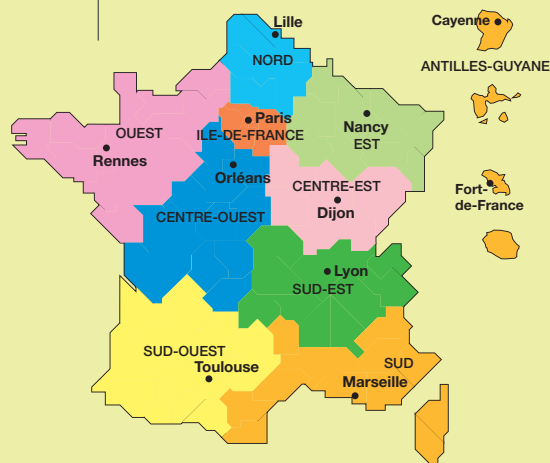
- renforcer la capacité d'anticipation de nouveaux risques sanitaires,
- utiliser au mieux les sources d'information existantes,
- développer de nouvelles compétences en matière d'épidémiologie et d'évaluation des risques,
- favoriser l'articulation entre l'expertise épidémiologique et celle de laboratoire,
- renforcer et démultiplier l'action régionale de l'InVS,
- clarifier le rôle de chaque agence dans le dispositif de veille et de sécurité sanitaire,
- faciliter la gestion administrative des missions de veille sanitaire.

Source de vie et de santé, l'eau peut rapidement se transformer - si l'on n'y prend garde - en vecteur très efficace de transmission de maladies. Les épidémies de gastro-entérites à Strasbourg et à Gourdon sont là pour le rappeler.

Quand l'eau rend malade

Sous l'œil des CIRE

Au nombre de neuf, les Cellules inter-régionales d'épidémiologie (CIRE) ont pour mission l'épidémiologie d'intervention en matière de maladies transmissibles ou liées à un environnement nocif. En pratique, elles interviennent dans les cas d'urgence (pollution, contamination...) et mènent également des actions programmées (surveillance, études...). Sur le terrain, elles travaillent avec les services de l'État et de nombreux partenaires locaux : communes, conseils généraux, hôpitaux... Les CIRE sont placées sous l'autorité des DRASS et sous la responsabilité scientifique de l'InVS. Pour accomplir leurs missions, chacune d'elles fonctionne actuellement autour d'un binôme formé d'un médecin inspecteur de santé publique et d'un ingénieur du génie sanitaire.



Le 25 mai 2000, effervescence à la cité administrative de Strasbourg. Le responsable du restaurant et plusieurs personnes du Service santé-environnement de la DDASS du Bas-Rhin, qui ont l'habitude de déjeuner dans ces locaux, remarquent une odeur et une saveur suspectes en se penchant sur leur verre. Le goût "médicamenteux" de l'eau attire l'attention de ces professionnels de la santé publique et leur fait soupçonner une pollution d'origine chimique.

Intervention rapide

L'analyse effectuée le jour même révèle la présence de trois produits chimiques (toluène, tétrachloroéthylène et bromoforme) en quantités anormales, mais toutefois très inférieures aux recommandations de l'OMS. Le lendemain, la DDASS apprend qu'une canalisation de 60 cm de diamètre a été remise en service dans le quartier après plusieurs semaines de travaux. De nouveaux prélèvements font apparaître une contamination microbiologique. Il s'agit alors d'intervenir rapidement, car la population susceptible d'être touchée par cette pollution s'élève à 60 000 personnes. Des messages de prévention, aussitôt relayés par les médias locaux, recommandent aux

habitants concernés de ne pas consommer l'eau du robinet. Parallèlement, des purges sont réalisées sur les conduites incriminées et la désinfection du réseau est renforcée. Malgré la rapidité de ces mesures, les conséquences sanitaires ne se font pas attendre : deux jours plus tard, le SAMU informe la DDASS d'un nombre anormal d'appels pour douleurs abdominales et gastro-entérites. Dans ce contexte, la DDASS saisit la Cellule inter-régionale d'épidémiologie d'intervention de la région Est (CIRE) et l'InVS. Leur mission : mettre en évidence un lien éventuel entre la contamination de l'eau potable et l'augmentation des cas de gastro-entérites.

Une triple approche

Pour cela, plusieurs approches sont retenues : des enquêtes "cas témoins" et environnementale, ainsi qu'une étude auprès des pharmaciens. L'enquête "cas-témoins" permet de comparer les habitudes de consommation d'eau du robinet des personnes atteintes, avec celles d'habitants non malades résidant dans la même zone géographique. Plus de 50 cas sont sélectionnés à partir des listings de consultations fournis par le SAMU, SOS Médecin et un médecin libéral de garde

À la source

Afin d'en savoir plus sur l'assainissement et la distribution d'eau potable, les obligations des communes ou les aides financières, vous pouvez consulter le site des agences de l'eau (www.eaufrance.com). Autre source d'information : la base documentaire "Fontaine" du ministère de l'Environnement (www.ate.tm.fr/fontaine), qui regroupe près de 10 000 références bibliographiques sur le sujet.

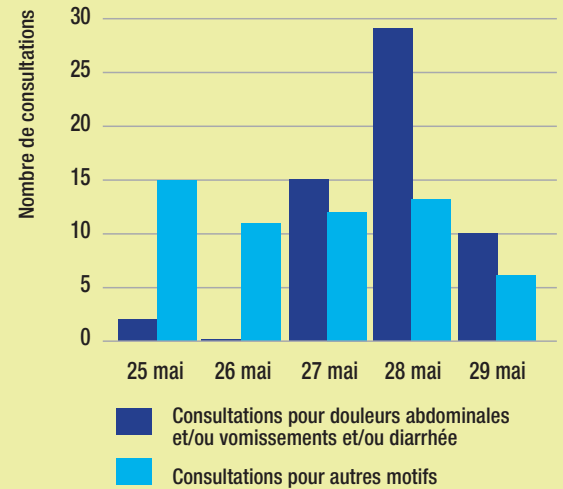
Enfin, le site conçu par l'Office international de l'eau et le Centre d'appui et de ressources télématiques des élus locaux (www.oieau.fr) présente notamment 200 fiches d'analyse de la réglementation et permet l'accès aux textes juridiques et à la jurisprudence.

à Strasbourg pendant le week-end du 27 mai. De leurs côtés, les 88 témoins - sélectionnés à partir d'une liste de 600 personnes tirées au sort dans l'annuaire téléphonique - répondent à un questionnaire standardisé. L'analyse des données met en évidence une association forte entre la consommation d'eau et la survenue d'une gastro-entérite : le risque augmente avec la quantité d'eau ingérée. Pour sa part, l'étude réalisée auprès de 78 pharmaciens apporte d'autres enseignements : la vente de médicaments pour le traitement de cette maladie a augmenté de 57 % dans la zone touchée entre les deux semaines précédant

“ Un Français sur deux boit de l'eau du robinet. ”



Répartition des consultations dans la zone concernée par la pollution à Strasbourg



le 29 mai et les deux semaines suivantes. Enfin, l'analyse environnementale révèle des niveaux maximum de contamination microbiologique à la date du 26 mai. Des résultats positifs sont ensuite retrouvés sur différents points du réseau jusqu'au 5 juin. Le 10 juin, après trois prélèvements négatifs sur chaque point, les autorités locales lèvent l'interdiction de consommation d'eau. Pour les enquêteurs, tous ces résultats plaident en faveur d'une origine hydrique de l'épidémie.

Chercher les causes

Changement de décor... direction Gourdon, dans le Lot. Le 23 août dernier, un généraliste de la ville alerte la DDASS après avoir recensé 25 cas de gastro-entérites dans un centre de vacances. Aussitôt, celle-ci diligente une

enquête sanitaire à laquelle sont associées la Direction départementale de la jeunesse et des sports et celle des services vétérinaires. Très rapidement, une origine purement alimentaire est écartée. En revanche, l'analyse des prélèvements d'eau du robinet effectués à cette occasion révèle une contamination microbiologique d'origine fécale du réseau d'adduction d'eau. Le lendemain, de nouveaux cas se déclarent : les médecins de ville recensent 104 consultations pour gastro-entérite, en dehors du centre de vacances. Un communiqué de la préfecture recommande de ne pas consommer d'eau du robinet ou de l'utiliser après au moins cinq minutes d'ébullition. La CIRE du Sud-Ouest et l'InVS sont alors sollicités par les autorités locales avec plusieurs objectifs :

confirmer la réalité de l'épidémie, définir son ampleur, déterminer le rôle de l'eau comme source de contamination et contribuer à identifier la cause de cette dernière. Tout d'abord, une enquête auprès des médecins libéraux et de l'hôpital de la commune montre que 1 037 personnes ont consulté pour gastro-entérite entre le 1^{er} août et le 11 septembre. Plus que le nombre, la distribution des consultations dans le temps apporte une information intéressante : près de la moitié d'entre elles (44 %) ont eu lieu sur cinq jours, entre le 24 et le 28 août (pic de l'épidémie), contre seulement 6 % au début du mois. Ensuite, la CIRE réalise une étude rétrospective auprès d'un échantillon d'habitants de Gourdon. Plus de 700 personnes réparties dans 300 foyers répondent à un questionnaire. Selon les

critères de gastro-entérite définis, elles sont classées en "cas certains", "cas probables" ou "non malades".

Un bien précieux

Comme dans l'exemple de Strasbourg, les résultats obtenus confirment l'existence d'une épidémie et une forte association entre la consommation d'eau et l'apparition d'une gastro-entérite. Une extrapolation des résultats suggère que près de 1 800 personnes auraient été atteintes. Ce total serait même doublé en intégrant la présence des touristes - une population non prise en compte dans le cadre de l'étude - pendant la période de l'épidémie. Côté microbiologique, l'identification de multiples pathogènes et de virus humains dans les selles des patients infectés et dans l'eau du réseau

indique une origine fécale de la contamination. Enfin, l'enquête environnementale met en évidence des dysfonctionnements du système de chloration du réseau d'adduction. Une expertise du réseau d'assainissement et de distribution est ordonnée. Ces deux exemples prouvent que les risques de pollution microbiologique et chimique de l'eau potable n'appartiennent pas au passé. Il s'agit d'une ressource fragile qui nécessite une attention de tous les instants. Sachant qu'en France, une personne sur deux consomme régulièrement l'eau du robinet, la vigilance reste plus que jamais de rigueur.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire N°02/2001, 9 janvier 2001, pages 5-7 (téléchargeable sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr/beh/2001/02/index.html).

Le 26 avril 1986, l'accident de Tchernobyl provoque la dispersion d'importants rejets radioactifs dans l'atmosphère. Le nuage se propage sur différents pays d'Europe. L'Hexagone n'est pas épargné. Vent de panique, rumeur : la catastrophe industrielle est-elle à l'origine de cancers de la thyroïde en France ? Info ou intox ? Esquisse de réponse...

Cancer de la thyroïde

Un effet Tchernobyl ?

Quinze ans après, l'événement nourrit encore bon nombre d'inquiétudes ! On sait que l'Est du pays a été plus exposé aux rejets radioactifs que le reste de l'Hexagone. Mais quelles sont les conséquences réelles de la catastrophe sur la population française ? En janvier 2000, la Direction générale de la santé (DGS) saisit l'Institut de protection et de sûreté nucléaire (IPSN) et l'InVS. Les deux organismes devront fournir un état des connaissances sur les conséquences



sanitaires de Tchernobyl, ainsi qu'une analyse sur les investigations à mener pour mettre en évidence d'éventuels effets sur la santé, notamment sur les cancers de la thyroïde.

Retombées ou meilleur diagnostic ?

En France, ces derniers représentent 1% des cancers. Toutefois, les **registres généraux** révèlent une augmentation de leur **incidence**. Quelle en est l'origine ? Pour tenter d'apporter une réponse, l'évaluation du risque sanitaire relatif aux retombées de Tchernobyl a été réalisée en calculant le nombre de **cancers de la thyroïde en excès** parmi les personnes âgées de moins de 15 ans en 1986 et résidant dans l'Est de la France. L'exposition à une irradiation externe aiguë est en effet un facteur de risque avéré du cancer

de la thyroïde, car cet organe est l'un des plus radiosensibles, surtout chez les enfants. En France, ceux-ci ont toutefois été exposés à des doses 100 fois moindres que celle reçues par la population de Biélorussie. Aucun risque de cancer thyroïdien n'a jamais été observé à des niveaux aussi faibles, mais on ne peut cependant l'exclure. Pour l'étude, l'IPSN a donc extrapolé les données disponibles pour les expositions à de fortes doses, sur la base d'une relation dose-effet linéaire et sans effet de seuil. Sur la période 1991-2000, entre 0,5 et 22 cancers seraient ainsi en excès pour 97 cas spontanés attendus. Sur une durée plus longue (1991-2015), les chiffres prévisibles sont de 7 à 55 cancers en excès pour 899 cas spontanés attendus, soit un ratio inférieur. Ces calculs de risque ne permettent pas d'imputer à Tchernobyl la montée de cette pathologie. La fréquence de ce type de cancer est d'ailleurs en hausse depuis vingt ans, c'est-à-dire avant la catastrophe. Une hypothèse - en cours de vérification - pourrait lier cette évolution à une meilleure détection, elle-même imputable à l'évolution des pratiques de diagnostic. Enfin, l'une des

recommandations de l'étude est de renforcer la surveillance des cancers de la thyroïde en France. Indépendamment de son origine, l'augmentation de ces derniers justifie à elle seule un suivi accru.

IPSN/InVS : Évaluation des conséquences sanitaires de l'accident de Tchernobyl en France : dispositif de surveillance épidémiologique, état des connaissances, évaluation des risques et perspectives. Rapport (75 p.) et synthèse (20 p.) téléchargeables sur les sites www.ipsn.fr ou www.invs.sante.fr.

Registres généraux de cancer : structures recensant tous les types de cancer survenus dans la population générale.

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population déterminée pendant une période donnée.

Cancers de la thyroïde en excès : cas supplémentaires par rapport au nombre de cancers attendu en l'absence de tout nouveau facteur externe.

Une surveillance nationale renforcée

Ce projet répond à la demande des autorités de renforcer les outils de surveillance des effets de rayonnements ionisants. Il est mené par un groupe multidisciplinaire, coordonné par l'InVS. En 2001, un rapport devrait fournir aux autorités sanitaires des éléments de réponse sur la part jouée par l'évolution des techniques d'exploration de la thyroïde dans l'augmentation de l'incidence du cancer thyroïdien. Il précisera les indicateurs de surveillance utiles pour la décision de santé publique et la gestion des risques. Le document proposera également des pistes d'optimisation et d'extension du dispositif de surveillance. Enfin, il établira des recommandations en termes de standardisation diagnostique et de suivi sanitaire en cas d'éventuel accident nucléaire.

Prévalence

ÉDITION :
INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
Tél. 01 41 79 68 66
www.invs.sante.fr
Directeur de la publication :
Professeur Jacques Drucker,
Directeur général de l'InVS
Rédacteur en chef :
Fahima Lekhchine

CONCEPTION-RÉDACTION,
ICONOGRAPHIE
PCA : tél. 01 42 84 18 17
Chef de projet :
Isabelle Servais
**Iconographe, secrétaire
de rédaction** : Karine Renvois
Rédacteurs : Pascal Clouet, Jean-Noël
Escudé, Isabelle Hélie, Virginie Lepienne,

CRÉATION ET RÉALISATION
GRAPHIQUE
PARIMAGE : tél. 01 44 24 22 22
PHOTOGRAVURE
ET IMPRESSION (10 000 ex)
STEDI : tél. 01 40 38 65 40

Photos : D. Burdon - S. Cunningham -
D. Stewart/Stone - N. Prado/Image Bank -
John Foxx - PhotoAlto.

ISSN : 1627-3346