

Rapport d'activité 2012

Collection
Documents

**Mars
2013**

Rapport d'activité 2012

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été créé par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique. Mis en place en 2007, l'année 2012 est sa sixième année d'existence.

Cent quinze experts, organisés en six commissions spécialisées et deux comités techniques permanents ont conduit les travaux.

Dans le cadre des missions définies par la loi, le HCSP a émis en 2011, 50 avis et 10 rapports dont la majorité concerne les vaccinations et les maladies transmissibles. De plus, il a mené l'évaluation de trois plans de santé publique (Plan de lutte contre les hépatites, Plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Plan cancer 2009-2013), dans la perspective de faire des recommandations pour la poursuite des politiques dans ces domaines et il a apporté une aide méthodologique à la conception des plans pour les soins palliatifs et pour la santé des personnes sous main de justice.

Le HCSP dans sa mission de prospective a fait des propositions en matière de prévention : vaccinations, lutte contre le tabagisme, santé à l'école mais également en matière de systèmes d'information en santé, pour permettre un meilleur pilotage des politiques.

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
Site : www.hcsp.fr
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Responsable de la Publication :
Docteur Renée Pomarède

Bureaux

11 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75015 Paris
5^{ème} étage
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

Haut Conseil de la santé publique

Rapport d'activité 2012

Mars 2013

SOMMAIRE

ÉDITORIAL	7
PRÉSENTATION DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE	11
Les missions	11
La composition et son évolution	11
LE COMITÉ EXÉCUTIF ET LE COLLÈGE	13
Présentation	13
Activités	13
☐ Les travaux transversaux du HCSP	13
☐ Rapports en cours	19
☐ Travaux d'évaluation des plans de santé publique	19
☐ Représentation du HCSP dans les instances nationales	22
COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES TRANSMISSIBLES	25
Présentation	25
Composition	25
Activités	25
☐ Réponses aux saisines : Avis et rapports du HCSP adoptés par la CSMT	25
☐ Saisines en cours d'instruction	35
☐ Séminaires de réflexion sur la vaccination	36
☐ Participation à des groupes de travail et colloques	36
Perspectives	37
LES COMITÉS TECHNIQUES PERMANENTS	39
LE COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS	39
Présentation	39
Composition	39
Activités	39
☐ Saisines	40
☐ Auto-saisines	40
☐ Participation à des groupes de travail et colloques	40
Perspectives	41
LE COMITÉ DES MALADIES LIÉES AUX VOYAGES ET DES MALADIES D'IMPORTATION	43
Présentation	43
Composition	43
Activités	43
☐ Programme de travail	43
☐ Saisines et Avis	43
☐ Participation à des groupes de travail et colloques	43
Perspectives	44
COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES CHRONIQUES	45

Présentation	45
Composition	45
Activités	45
☐ Participation aux travaux des groupes transversaux	45
☐ Groupe de travail sur la dimension fonctionnelle du handicap	46
☐ Groupe de travail sur le diagnostic et la prise en charge précoces des maladies chroniques	47
Perspectives	48
COMMISSION SPÉCIALISÉE RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT	49
Présentation	49
Composition	49
Activités	49
☐ Saisines en cours d'instruction et groupes de travail	49
☐ Réponses aux saisines : Avis et rapports du HCSP validés par la CSRE	51
Perspectives	53
COMMISSION SPÉCIALISÉE SÉCURITÉ DES PATIENTS : INFECTIONS NOSOCOMIALES ET AUTRES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS ET AUX PRATIQUES	55
Présentation	55
Composition	55
Activités	55
☐ Les saisines	55
☐ Programme de travail	57
☐ Avis et rapports du HCSP adoptés par la CSSP	57
☐ Participation à des groupes de travail extérieurs et colloques	58
Perspectives	59
COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ	61
Présentation	61
Composition	61
Activités	61
☐ La mise en œuvre du programme de travail de la Commission	62
☐ Les autres activités	63
☐ Avis du HCSP adoptés par la CSPEPS	63
Perspectives	65
COMMISSION SPÉCIALISÉE ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE	67
Présentation	67
Composition	67
Activités	67
☐ Travaux réalisés	67
☐ Évaluation de plans	67
☐ Aide à la préparation d'évaluations	68
☐ Réflexion sur les évaluations de plans de santé publique	69
☐ Autres travaux	69
Perspectives	69

LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU HCSP	71
Présentation	71
Activités	71
☐ Assurance qualité	71
☐ Soutien aux travaux	72
☐ Fonctionnement	73
☐ Commandes aux prestataires et gestion budgétaire	73
☐ Communication	74
☐ Activité de valorisation des travaux : sites Internet et Extranet	75
☐ La revue Actualité et Dossier en santé publique	75
PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS	77
ANNEXES	80
Liste des productions du HCSP en 2012	82
Textes régissant le HCSP	84
Composition du HCSP	85
☐ Personnalités qualifiées du HCSP par commission spécialisée	85
☐ Personnalités qualifiées du HCSP par comité technique permanent	87

L'année 2012 a été marquée par une intense activité du HCSP. Le contenu de ce rapport d'activité en témoigne. Il présente les réponses à un très grand nombre de saisines, concernant majoritairement les maladies transmissibles, mais également le domaine de l'environnement. Le HCSP a également conduit l'évaluation finale ou intermédiaire de plusieurs plans de santé publique : plan pour l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, plan de lutte contre les hépatites, plan cancer 2 (évaluation intermédiaire), plan santé environnement.

De sa propre initiative (autosaisine), le HCSP s'est attaché à deux problèmes essentiels :

- La vaccination
- La santé à l'école.

Le thème de la vaccination a été approfondi au cours d'une série de séminaires de travail régulièrement conduits sur un semestre et largement ouverts à de nombreux experts. Les débats ont été très riches, il en ressort un certain nombre de points.

Pour la vaccination :

- Il existe un manque de confiance croissant et un recul de certaines vaccinations en France. Il convient de s'en préoccuper et d'agir clairement.
- La pratique de l'acte de vaccination devrait être permise de manière plus élargie à des personnels non médecins : infirmières, sages-femmes.
- Le coût des vaccins est certainement excessif et une mutualisation des achats devrait pouvoir les réduire.
- La liste des vaccins actuellement obligatoires devrait pouvoir être revue et éventuellement modifiée régulièrement.
- Le caractère obligatoire de certaines vaccinations devrait être réexaminé par rapport à la notion de simple recommandation. Pour une vaccination donnée, en se fondant sur des critères scientifiques, passer d'une obligation à une recommandation est un exercice délicat qui évidemment pourrait être utilisé par certains lobbies comme un argument antivaccinal. Le HCSP, devant ces difficultés dans la communication, n'a pas encore fait connaître son point de vue.

A ces travaux sur la vaccination, s'ajoute notre ferme opposition à toute publicité sur les vaccins réalisée par les firmes pharmaceutiques alors même qu'une loi va malheureusement dans ce sens, même si elle encadre et limite cette pratique.

En matière de santé à l'école, le HCSP, qui est un fervent avocat pour que ce thème soit une forte priorité en France, fait des propositions ; c'est en effet certainement à l'âge scolaire que prennent racine de nombreuses inégalités ayant un impact sur la santé. L'école, dès le plus jeune âge, est un lieu privilégié pour un éveil à la protection de la santé (une forme d'éducation à la citoyenneté sanitaire), au refus des conduites addictives. Une implication du corps enseignant (qui doit être formé pour cela) est nécessaire à la réussite de ce type de projet qui doit s'inscrire dans une démarche globale de promotion de la santé à l'école, incluant une amélioration des dépistages et de la prise en charge précoce des troubles sensoriels des enfants. Ce projet majeur pour l'avenir, qui devrait mobiliser les financements et les professionnels de plusieurs ministères, est confronté à d'évidentes difficultés de mise en œuvre.

A côté de ces activités, le HCSP s'est interrogé face à la méfiance accrue de la population française vis-à-vis des experts ou des administrations de la santé. Tout concourt en effet à insinuer le doute dans l'esprit de la population :

- Des scandales ont révélé des défauts de vigilance, des conflits d'intérêt, des inerties administratives. L'affaire du Médiateur l'illustre fort bien.

- Des crises ont mis à jour des maladroites sinon des fautes en matière de communication. La grippe H1N1 en est un récent exemple, le nuage de Tchernobyl est encore dans la mémoire.
- La population très informée par Internet s'inquiète face aux risques environnementaux liés aux progrès technologiques. Il apparaît peu à peu dans le champ de la santé un nouveau paradigme : le citoyen qui auparavant aspirait à être bien soigné, semble aujourd'hui revendiquer de ne plus être malade.
- Les médias ont bien compris l'intérêt croissant de la population pour la santé et n'hésitent pas à transmettre et amplifier toute information parfois sans vérification préalable et toujours avec une attirance bien compréhensible pour le sensationnel.

Tout cela concourt à une remise en cause de « l'establishment » : des décideurs politiques dont on se méfie des arrière-pensées, des agences ou des administrations à qui l'on reproche une trop grande passivité, des experts scientifiques dont la compétence n'est pas reconnue et l'intégrité remise en cause.

Cette situation appelle des améliorations en matière de qualité de l'expertise, de lutte contre les conflits d'intérêt, de gestion des crises, de communication vers la population ; cela devrait conduire à un progrès en matière de santé publique, et je n'aurai alors qu'à m'en réjouir.

D'où vient alors mon inquiétude ? Sans doute du constat que les remèdes proposés risquent de s'avérer délétères.

Le principe de précaution

Il consiste à agir par anticipation face à un risque possible mais non avéré. C'est bien sûr une excellente idée... sauf qu'en appliquant trop aveuglément, sans analyser sérieusement la balance coût-avantage des actions proposées, il peut conduire à des décisions insensées.

Il faut utiliser avec précaution le principe de précaution.

La lutte contre les conflits d'intérêt

Cette lutte est nécessaire, mais il faut éviter certaines dérives ; déjà circulent certains textes règlementaires qui font de tout candidat expert un suspect *a priori*, qui obligent à des déclarations complexes et encore multiples et surtout qui imposent pour toute réunion, des enregistrements qui rendront muets de nombreux experts.

La prévention des conflits d'intérêt doit évidemment être renforcée, en évitant néanmoins des procédures exagérées qui risquent de réduire considérablement le vivier des experts ou d'en exclure les meilleurs.

Les lanceurs d'alerte

Quelques exemples ont mis en relief la difficulté pour certains chercheurs ou praticiens, souvent isolés, de se faire entendre face à la lourdeur administrative, à la puissance des lobbies, à l'élitisme des organismes de recherche ou de l'Université. Ce fut le cas pour une pneumologue brestoise qui a trop longtemps vainement cherché à faire reconnaître et prendre en compte les risques pour la santé du Médiateur.

Mais à côté d'une telle exception, combien de pseudo-experts ont lancé des alertes plus ou moins farfelues avec parfois des conséquences néfastes pour la santé de nos concitoyens ? Attirés par les médias, soucieux de promouvoir un ouvrage dont ils sont l'auteur, militant de tel ou tel lobby, ces lanceurs de fausses alertes prennent une place de plus en plus importante et bien inquiétante. Combien de messages n'a-t-on entendu sur les risques pour la santé des relais de téléphonie mobile, sur les effets cancérigènes des OGM chez la souris, sur le caractère dangereux de l'aluminium dans les vaccins, sur le risque d'Alzheimer induit par l'aluminium dans l'eau potable, sur une liste ébouriffée et ébouriffante de médicaments dangereux ou inutiles... que sais-je encore...

Tous ces pseudos-experts bénéficient d'une écoute favorable. Ils ont le beau rôle ainsi déguisés en chercheurs isolés, luttant contre un establishment qui les entrave, alors que seuls contre tous ils veulent protéger notre santé.

Il ne faudrait pas qu'ils soient encore renforcés par une sorte de glorification du lanceur d'alerte, mis en valeur dans une structure spécifique. S'il est indispensable de mieux organiser et valoriser l'alerte et la surveillance, il faut que les objectifs soient très clairement affichés. Un des objectifs majeurs est de faire la chasse aux pseudo-experts lanceurs de fausses alertes, en proposant des moyens efficaces pour les empêcher de nuire.

La démocratie sanitaire

On en parle beaucoup et nous pouvons tous y être attachés. Encore faut-il s'entendre sur ce que cela représente :

- S'agit-il de renforcer le droit des patients, de lutter contre les déserts médicaux, d'empêcher les excessifs dépassements d'honoraires ? alors c'est très bien.
- S'agit-il de responsabiliser la population, d'inciter chacun à mieux prendre en charge sa santé, de renforcer la prévention et la promotion de la santé par la participation ? alors c'est très bien.
- S'agit-il de tenir compte des avis de la population pour préciser la mise en œuvre de certains axes d'une politique de santé afin de la rendre acceptable et mieux adaptée à la vraie vie ? alors c'est très bien.
- S'agit-il en termes de méthode, d'associer dans le même exercice, les experts scientifiques et les utilisateurs du système de santé (via leurs représentants dont les associations de patients) pour faire des propositions ou donner des avis ? alors c'est une très mauvaise idée qui contribuera à décrédibiliser l'expertise. Il est indispensable de bien distinguer ce qui est du domaine de l'expertise (évaluer un risque par exemple) de ce qui est du domaine de la décision (gérer le risque) pour laquelle, et là seulement, le terme « démocratique » est adapté et souhaitable.

La dernière loi de santé publique remonte à 2004. Depuis 2009 nous attendons vainement la loi suivante. Le Président de la République annonce une loi pour 2013 ou 2014 en insistant sur la prévention et la promotion de la santé, c'est une excellente nouvelle. Il faudra être vigilant pour éviter certains écueils, ce qui n'est pas seulement souhaitable, mais qui est heureusement possible !

Pr Roger SALAMON
Président du HCSP

PRÉSENTATION DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) est une instance d'expertise indépendante placée auprès du ministre chargé de la santé. Mise en place en mars 2007, elle effectue depuis mars 2011 son deuxième mandat.

LES MISSIONS

- Contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi.
- Fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire.
- Fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

Le Haut Conseil de la santé publique peut être consulté par tous les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

L'aide à l'élaboration de la politique de santé publique et à la définition des objectifs pluriannuels afférents est un travail essentiel du Haut Conseil de la santé publique. En effet, le gouvernement précise, dans un rapport annexé au projet de loi, les objectifs de sa politique et les principaux plans d'action à mettre en œuvre. Le Haut Conseil produit à cette fin, un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer. Il fait notamment un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques en matière de santé.

LA COMPOSITION ET SON EVOLUTION

Le Haut Conseil de la santé publique, dans son deuxième mandat, est composé de 115 experts nommés par arrêté du 14 mars 2011 et répartis dans les six commissions spécialisées et les deux comités techniques permanents. Leur mandat est de quatre ans, il est renouvelable une fois pour les présidents et deux fois pour les membres.

Le collège comprend le président et le vice-président du HCSP, les présidents des commissions spécialisées et les présidents des comités techniques permanents. Ses membres de droit sont essentiellement les commanditaires, directions d'administration centrale mais aussi assurance maladie et autorités indépendantes du domaine sanitaire.

La Direction générale de la santé (DGS) assure le secrétariat général du HCSP (SG-HCSP) avec une équipe de 14 personnes.

Les six Commissions spécialisées (CS) : « Maladies transmissibles » (CSMT), « Maladies chroniques » (CSMC), « Risques liés à l'environnement » (CSRE), « Sécurité des patients » (infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques) (CSSP), « Prévention, éducation et promotion de la santé » (CSPEPS), et « Évaluation, stratégie et prospective » (CSESP) et les deux comités techniques

permanents (CTP), le Comité technique des vaccinations (CTV) et le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI), rattachés à la Commission spécialisée « Maladies transmissibles » ont élus leurs présidents parmi leurs pairs (respectivement en mars , juin et juillet 2011).

Le comité exécutif du HCSP (Comex) composé du président et du vice-président du HCSP, des présidents des commissions spécialisées et des présidents des comités techniques permanents, définit les axes stratégiques de la structure et prend les décisions nécessaires à la bonne marche quotidienne du HCSP. Il se réunit tous les mois.

LE COMITÉ EXÉCUTIF ET LE COLLÈGE

PRESENTATION

Président : Roger Salamon

Vice-présidente : Catherine Le Galès

Pour son deuxième mandat, le HCSP est présidé par Roger Salamon, qui préside également le Comité exécutif et le Collège chargé d'assurer la cohérence et la coordination des travaux du HCSP. Catherine Le Galès est la vice-présidente. Le Comité exécutif établit le programme stratégique de travail pour les quatre ans du mandat, arrête le programme annuel de travail dont il est garant de l'exécution, examine et attribue toute question soumise au HCSP. Le Collège, qui réunit l'ensemble des présidents des commissions spécialisées et des comités techniques permanents mais aussi huit membres de droit, coordonne les travaux et assure le dialogue formalisé entre le HCSP et ses commanditaires. Le Comité exécutif a tenu neuf réunions en 2012, il a préparé le programme de travail de l'année 2012 et il a à ce titre, examiné l'ensemble des fiches projets des CS et CTP ainsi que des groupes transversaux. Il a également suivi l'élaboration des évaluations de plan de santé publique (Plan cancer, plan de lutte contre les hépatites, plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, soins palliatifs) et l'élaboration de certains avis tel que l'avis sur la santé scolaire.

Le Comex réunit régulièrement les groupes permanents transversaux afin de piloter leurs travaux. Il organise les journées plénières du HCSP. En 2012 une journée autour de la lutte contre le tabagisme s'est tenue le 22 mai, en lien avec la Direction générale de la santé. Le contenu des travaux a été en grande partie repris dans le numéro 81 de la revue ADSP : Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité. La deuxième journée du HCSP le 26 septembre 2012, était un séminaire interne de travail sur les évaluations de plan de santé publique. Il devrait être complété en 2013 par une journée scientifique ouverte sur le même sujet.

Le Comex a également analysé la portée et la mise en œuvre pour le HCSP de la loi du 29 décembre 2011, en particulier ses implications pour la transparence des liens d'intérêts.

Enfin, pour remplacer les experts démissionnaires, le Comex a joué le rôle de comité de sélection pour apprécier la compétence, l'indépendance et la disponibilité des experts amenés à être proposés à la ministre.

Le collège s'est réuni trois fois en 2012 (16 mars, 22 juin et 19 décembre 2012). Il a voté le rapport d'activité 2011 de l'instance, il a approuvé le programme de travail 2012 et a été informé de la conduite de certains travaux en matière de vaccinations par exemple.

Le collège est également un espace de dialogue entre le HCSP et ses commanditaires et lors des séances de juin et décembre ont été rapportés les résultats de l'étude régulière de la satisfaction des commanditaires, menée sur chaque saisine.

ACTIVITES

▪ Les travaux transversaux du HCSP

Au moment de la mise en place du deuxième mandat, quatre thèmes transversaux ont été identifiés par le président du HCSP comme pertinents mais complexes et devant être

traités sur toute la durée du mandat. Certains d'entre eux poursuivent ou approfondissent un travail initié pendant le premier mandat.

- **Groupe de travail transversal « Inégalités sociales de santé »**

Présentation

Président : Thierry Lang (personnalité qualifiée de la CSPEPS)

Référent SG-HCSP : Béatrice Tran

Secrétaire : Catherine de Pretto

Composition

Le groupe de travail est composé de 16 membres provenant des diverses commissions du HCSP, de représentants des membres de droit et d'experts extérieurs.

Activités

Le groupe de travail poursuit le programme de travail engagé l'année précédente, qui consiste à mettre en œuvre les principales recommandations présentées dans le rapport : « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » élaboré et publié au cours de la mandature précédente :

1. Se donner les moyens de suivre les évolutions

La DGS avait adressé au HCSP en décembre 2010 une saisine relative à la mise en œuvre de la mesure 8.1 du plan cancer 2009-2013 (« améliorer l'observation des inégalités »), suite à laquelle un calendrier prévisionnel des travaux avait été transmis par le groupe en février 2011. En avril 2012, une note complémentaire faisait état de la nécessité de poursuivre les travaux pour pouvoir mettre en œuvre cette mesure. En effet, les effectifs insuffisants des enquêtes en population générale pour analyser les évolutions des inégalités sociales en matière de cancer (Enquête santé protection sociale de l'Irdes, Baromètre cancer de l'Inpes), la nécessité d'insérer des indicateurs sociaux à ce jour inexistant dans les systèmes d'information sanitaire de routine et les enquêtes *ad hoc*, le cas échéant par appariement des bases de données sanitaires aux données sociales recueillies dans d'autres systèmes, rendent ce travail nécessaire.

Une autre saisine de la DGS a été adressée en août 2012, portant sur la hiérarchisation des indices de défavorisation sociale et sur les possibilités de prendre en compte les caractéristiques sociales dans les indicateurs transversaux et spécifiques de suivi des objectifs associés à la loi de santé publique de 2004.

Le groupe s'attache à répondre de façon concrète et complémentaire à ces deux saisines très liées.

Il s'agit d'approfondir la réflexion sur la définition de données individuelles ou écologiques qu'il faut mesurer, dans les enquêtes relatives à la santé et les systèmes d'information en santé, de façon à prendre en compte et suivre l'évolution des inégalités sociales dans la surveillance de l'état de santé en France. La réflexion se poursuit d'une part, en lien avec le groupe sur les systèmes d'information en santé, sur l'évolution nécessaire du système statistique pour exploiter les caractéristiques sociales des individus dans les bases de données médico-administratives. D'autre part, une analyse plus approfondie des différents indicateurs utilisés ou existant dans la littérature scientifique a été amorcée et sera menée à son terme au cours du premier semestre 2013.

2. Développer l'expertise dans le domaine des inégalités sociales de santé

Le groupe est partie prenante d'une action conjointe européenne sur la réduction des inégalités sociales de santé pour la mise en place d'un réseau d'expertise au niveau européen.

La France participe au work-package n°6, atelier consacré à la connaissance, qui a pour principal objet de produire des revues de la littérature. La France est ainsi chargée d'une revue sur l'impact sociétal des coupes dans les politiques de protection sociale (financée à hauteur de 40 000 € par la DGS). Un cahier des charges pour cette revue a été proposé.

3. Inscrire l'objectif de réduction des inégalités sociales dans toutes les politiques

La question posée concerne la méthode de travail à mettre en œuvre pour que cet objectif soit effectivement introduit dans toutes les politiques, ce qui rejoint la problématique générale du groupe de travail. Au sein du HCSP, il s'agit de trouver comment articuler les réflexions de ce groupe avec l'ensemble des autres activités.

Le travail cette année a visé à fournir aux commissions du HCSP un outil d'aide à la prise en compte des inégalités sociales de santé au moment de la production des avis (analyse « ex ante » des avis en cours d'élaboration). La première version de grille d'analyse, qui constitue une check-list pour questionner de façon systématique l'impact des recommandations produites sur les différents déterminants de santé, a été validée par le Comex en décembre 2012 ; elle sera diffusée pour une utilisation large en 2013. Une évaluation de son utilisation et de son impact sera faite après un an.

D'autre part, un travail de définition respective et de délimitation des inégalités sociales de santé et des inégalités territoriales de santé a été engagé, dans la perspective de mieux cerner les déterminants ou facteurs, les domaines et les leviers d'action respectifs dans ces deux champs aux limites encore assez mal explicitées.

• **Groupe de travail transversal « Systèmes d'information en santé »**

Présentation

Président : Marcel Goldberg (personnalité qualifiée de la CSESP)

Référent SG-HCSP : Gérard Badéyan

Secrétaire : Catherine de Pretto

Composition

Le groupe de travail est composé de 15 membres provenant des diverses commissions du HCSP, de représentants des membres de droit et d'experts extérieurs responsables dans les services gestionnaires des principales sources de données administratives.

Activités

Le groupe de travail s'est donné comme programme le suivi de la mise en œuvre des principales recommandations présentées dans le rapport « Les systèmes d'information pour la santé publique » issu des travaux réalisés pendant la mandature précédente. Le groupe de travail s'intéressera plus particulièrement aux possibilités suivantes :

- la réalisation d'appariements systématiques entre les bases de données nationales de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse ;
- la mise à disposition de données à des niveaux territoriaux fins permettant d'établir des indicateurs pertinents ;
- l'analyse régulière de la mortalité en fonction de la position sociale ;
- et d'une façon générale, une veille active des sources de données mobilisables pour l'évaluation des objectifs de la loi et des plans de santé publique.

1. Au cours de l'année 2012, le groupe de travail a tenu six réunions qui ont donné lieu à une série d'auditions concernant la présentation du SNIIR-AM et de l'EGB qui en est issu, du PMSI ainsi que de l'utilisation de ces différentes bases, concernant les possibilités de recueil et d'utilisation des variables sociales et sur divers projets particuliers comme la base HYGIE sur les indemnités journalières.

2. En réponse à une saisine du Directeur général de la santé portant plus particulièrement sur la question de l'appariement des grandes bases de données administratives, le HCSP, sur proposition du groupe, a produit un rapport qui a permis de préciser :

- la nature et l'intérêt des différents types d'informations que peut apporter l'appariement de données issues des principales grandes bases de données nationales dans le cadre de systèmes de surveillance, d'études et de travaux de recherche en santé, en identifiant les types de travaux de recherche et de surveillance et les bases de données concernées dans chaque cas ;
- les obstacles réglementaires limitant actuellement les possibilités de réaliser ces appariements ;
- les difficultés techniques à résoudre pour assurer d'une part la faisabilité de ces appariements, et d'autre part la protection des personnes et la sécurité des données ;
- les solutions déjà mises en œuvre ou qui peuvent être envisagées pour répondre à ces difficultés techniques.

3. Un avis a été émis sur le DMP (Dossier Médical Personnel) concernant l'intérêt potentiel des données issues du DMP :

- pour la surveillance en santé publique en tant que source de données pour fournir des informations en complément des bases de données existantes ;
- pour la recherche, comme outil permettant la validation de cas de maladies repérées via le SNIIR-AM et la constitution d'échantillons de malades présentant des caractéristiques médicales particulières.

En conclusion, l'avis présente quelques conditions nécessaires pour rendre ces utilisations possibles.

4. Dans le courant du second semestre, le Groupe de travail a préparé un séminaire à tenir en février 2013 sur les systèmes d'information pour la santé publique, la surveillance et la recherche.

L'objectif général est de sensibiliser les différents décideurs et acteurs concernés à la nécessité de structurer le milieu des producteurs et utilisateurs de données pour la santé publique, la surveillance et la recherche pour partager, mutualiser et capitaliser connaissances et compétences. Plus spécifiquement, les suites du séminaire devraient se concrétiser par la mise en place de groupes de travail couvrant les principaux domaines concernés, avec une coordination transversale.

Le public attendu est celui de tous les acteurs concernés que ce séminaire vise à réunir : techniciens et décideurs des organismes producteurs (Cnamts, Cnav, Insee, CNSA...), utilisateurs (Inserm, InVS, Irdes, Inpes, ANSM, HAS, ARS, ORS, Drees...), décideurs (directions du ministère et ARS, en tant qu'utilisateurs mais aussi « demandeurs »), associations de malades.

Le programme est construit pour valoriser l'expérience existante et illustrer l'intérêt des bases médico-administratives pour la santé publique, la surveillance et la recherche, de montrer les difficultés rencontrées et des solutions possibles.

La journée est centrée sur deux grands domaines : (1) appariements de bases de données entre elles et avec des données d'enquête ; (2) utilisation pour la connaissance de la santé et l'épidémiologie. Elle se conclura par une table ronde avec des décideurs, appelés à indiquer quelles actions ils comptent entreprendre, et un appel à mobiliser la communauté concernée

- **Groupe de travail transversal « Adaptation et prospective »**

Présentation

Président : Jean-François Toussaint (personnalité qualifiée de la CSESP)

Référent SG-HCSP : Roberte Manigat

Secrétaire : Catherine de Pretto

Le groupe de travail transversal adaptation et prospective (GAP), créé au début du deuxième mandat, répond notamment à une demande de la DGS dans le cadre du Plan national d'adaptation au changement climatique (PNACC).

En effet, dans la fiche santé du PNACC qui comporte trois actions, une mesure est mise en exergue dans son action n°3 : Évaluer les risques de conséquences pour la santé humaine liées aux événements extrêmes et expertiser les impacts sanitaires des mesures d'adaptation, notamment à travers la création d'un groupe de veille « santé-climat » au sein du Haut conseil de la santé publique.

Composition

Le GAP est composé d'experts de nombreuses disciplines scientifiques, dont certains sont membres d'une commission du HCSP.

Activités

Il s'est réuni quatre fois en 2012. Au cours de ces réunions, des experts ont été auditionnés sur les thématiques suivantes :

- Impacts climatiques sur la forêt française : conséquences sanitaires et sociales ;
- Conséquences médicales du changement climatique en France (Rapport à l'Académie de médecine) ;
- Thermodynamique de l'évolution ;
- Mécanismes biologiques d'adaptation aux xénobiotiques chez l'homme - propriétés et limites ;
- Rôle de l'analyse stratégique et prospective pour la décision.

Les membres du GAP ont également conduit une réflexion relative à la méthode de travail du groupe

• Groupe de travail transversal « Santé en régions »

Présentation

Président : Anne Tallec (personnalité qualifiée de la CSESP)

Référent SG-HCSP : Élisabeth Roche

Secrétaire : Aline Orriols

Composition

Le groupe de travail, constitué en juin 2012, est composé de six personnalités qualifiées du HCSP, provenant des commissions CSESP, CSMC, CSMT, CSPEPS et CSSP.

Le groupe de travail pourra associer dans un second temps à ses travaux des personnalités extérieures susceptibles d'apporter une expertise complémentaire : représentant des agences régionales de santé (ARS) et des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), spécialiste des politiques publiques, élu régional, acteurs de terrain...

Objectifs et mission

Le groupe de travail « Santé en régions » a pour objectif de favoriser le développement au sein du HCSP d'une réflexion sur la santé et les politiques de santé en région et sur l'articulation des politiques nationales et régionales.

Les missions de ce groupe sont :

- de constituer un groupe-ressources sur ce champ et de représenter le HCSP lorsqu'il est sollicité à divers titres sur ce thème ;

- de contribuer à la prise en compte de la dimension régionale dans les différents domaines d'activité du HCSP, et en particulier dans les travaux d'évaluation des plans.

L'activité de ce groupe se développe en complémentarité avec celle des commissions spécialisées, notamment de la commission Évaluation, stratégie et prospective, et des autres groupes de travail transversaux : « Inégalités sociales de santé », « Système d'information en santé » et « Objectifs de santé publique ».

Activités et perspectives

Trois réunions ont été organisées en 2012 (5 septembre, 22 octobre, 28 novembre). Ces premières réunions ont eu pour objectif de définir le programme de travail à moyen terme.

Deux axes de travail ont été privilégiés : la dimension régionale des plans de santé publique et les travaux des commissions spécialisées dans leur dimension régionale.

Chaque membre du groupe de travail a présenté dans un premier temps les projets en cours au sein de sa commission dans cette perspective régionale.

Concernant les plans de santé publique, le groupe de travail vise à mieux comprendre la façon dont ils sont mis en œuvre par les agences régionales de santé et l'articulation entre les niveaux national et régional. Le groupe se propose de mener cette analyse au travers des évaluations conduites par le HCSP et d'apporter sa contribution au travail engagé par la commission Évaluation, stratégie et prospective sur l'élaboration d'un référentiel de l'évaluation.

• **Groupe de travail transversal « Objectifs de santé publique »**

Présentation

Président : Catherine Le Galès (vice-présidente du HCSP)

Référents SG-HCSP : Béatrice Tran, Brigitte Haury, Kiran Ramgolan

Secrétaire : Aline Orriols

Composition

Le groupe de travail est composé de 13 membres provenant des diverses commissions du HCSP ainsi que de Gérard Badéyan, ancien chargé de mission du SG-HCSP.

Activités

Le groupe s'est fixé trois orientations de travail :

- le pilotage par objectif et l'opérationnalisation des plans ;
- la mesure des objectifs ;
- les actions visant à atteindre les objectifs fixés.

1. Pilotage par objectif et opérationnalisation des plans

Une réflexion de fond sur la conduite de l'action publique par objectifs, par plans ou selon d'autres modalités est engagée, en vue d'une clarification conceptuelle.

Le groupe a conduit une réflexion sur l'intérêt d'un dispositif de tableau de bord pour objectiver les résultats d'une politique de santé, qui sera versée à une contribution plus globale du HCSP dans la perspective d'une future loi de santé publique en 2013.

2. Mesure des objectifs

Le groupe a engagé, en réponse à une saisine de la DGS dans le cadre de la refonte des indicateurs des objectifs de la loi de santé publique de 2004, un travail d'analyse de la littérature et des expériences européennes en matière d'indicateurs de mortalité prématurée et évitable. Cette réponse sera finalisée au premier trimestre 2013 et fera l'objet d'une réflexion plus approfondie du groupe, pour aboutir à un rapport complet du HCSP.

3. Réflexion sur les actions efficaces dans le but d'atteindre les objectifs

Cette réflexion n'a pas pu être engagée en 2012 et débutera en 2013.

▪ Rapports en cours

• Rapport sur l'état de santé en France

A l'initiative du président du HCSP, Stéphane Le Bouler, membre de la commission Évaluation, stratégie et prospective, coordonne la rédaction d'un ouvrage sur l'état de santé en France. Celui-ci aborde les problèmes de santé de la population et les facteurs susceptibles de l'influencer, mais aussi la lecture qu'il convient d'en faire en termes d'analyse de politique publique et de conduite stratégique. Ce travail répond à la mission confiée au HCSP par la loi de santé publique de 2004 de préparer la loi suivante.

L'ouvrage comprend deux grandes parties. La première porte sur les données de santé. Elle est déclinée en trois sous-parties, la première relative aux problèmes de santé et aux pathologies, la deuxième aux déterminants de santé, la dernière sur les inégalités sociales et territoriales. La deuxième partie de l'ouvrage analyse les politiques de santé publique.

Il est réalisé par un ensemble d'experts qui sont majoritairement des experts du HCSP mais qui peuvent également être des membres de droit ou des experts externes selon les thématiques abordées.

Ce travail débuté en septembre 2012, devrait aboutir à un ouvrage en septembre 2013 et alimenter la réflexion pour une prochaine loi de santé publique prévue en 2014.

• État de santé des Français comparé à l'état de santé européen

Réalisé pour la première fois par le Haut Conseil de la santé publique, ce rapport de mars 2012, prend appui sur l'ensemble des indicateurs de santé ECHI (European Community Health Indicators), défini par la Commission européenne en vue d'établir une cohérence dans les données statistiques à l'échelle communautaire.

La France a l'un des meilleurs taux d'espérance de vie dans l'Union européenne, mais, il se situe dans la moyenne haute pour la mortalité par suicide. Le poids des dépenses de santé dans le produit intérieur brut est le plus élevé de l'Union européenne, mais le niveau de dépenses par habitant n'arrive qu'en sixième position. Voici quelques-uns des enseignements de ce rapport comparatif France-Union européenne sur l'état de santé mais également sur l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé nationaux au sein de l'Union à vingt-sept. Le rapport met ainsi en exergue les atouts et les handicaps de la situation française en indiquant des pistes d'amélioration possible.

▪ Travaux d'évaluation des plans de santé publique

La loi du 9 août 2004 a confié au HCSP la mission d'évaluer l'atteinte des objectifs nationaux quantifiés. A ce titre, le HCSP est amené à évaluer la contribution des plans de santé publique à l'atteinte de ces objectifs.

La CSESP se positionne comme la commission spécialisée porteuse d'une réflexion et d'un travail de fond continu sur l'évaluation en santé publique. La CSESP participe systématiquement à toutes les évaluations, mais le travail est mené de manière transversale et pluridisciplinaire (comité d'évaluation composé de membres issus de différentes commissions et de différentes disciplines, voire d'experts extérieurs au HCSP).

- **Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2012**

Le HCSP a été saisi en juin 2011 par le Directeur général de la santé d'une demande d'évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, qui est l'un des cinq plans stratégiques prévu par la loi relative à la politique de santé publique de 2004. Il était demandé au HCSP d'évaluer les quatre axes du plan et de faire des recommandations pour un deuxième plan ou sur les mesures phares à renforcer, développer ou créer.

Un comité d'évaluation (Codev), piloté par Franck Chauvin et Claudine Berr, a été constitué, composé au total de neuf membres, personnalités qualifiées de la CSESP et de la CSMC ; le SG-HCSP était représenté par Brigitte Haury et Elisabeth Roche.

L'analyse de la demande s'est appuyée sur la grille d'analyse, outil élaboré par la CESP. Le Codev a reprecisé les objectifs généraux du plan, identifié les thèmes transversaux qui émergeaient et rencontré les parties prenantes. Une vingtaine d'auditions ont été ainsi menées entre juin et septembre 2012 auprès de près de 40 personnes, membres des services de l'administration centrale, des groupes de travail du comité de suivi du plan, experts, représentants d'associations de patients, médecins. Les membres du Codev ont ensuite procédé à l'analyse des quinze mesures du plan et des thèmes transversaux identifiés.

La rédaction du rapport est en cours ; la version finale est attendue au cours du premier trimestre 2013.

- **Plan Cancer 2009-2013 (mi-parcours)**

Le HCSP a été saisi en mars 2011 par le Directeur général de la santé d'une demande d'évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013. Il était demandé au HCSP d'évaluer quatre des cinq axes du plan, l'évaluation de l'axe recherche étant confié à l'AERES, et de faire si nécessaire des recommandations qui pourraient infléchir certaines mesures pour la seconde partie du plan.

Un comité d'évaluation (Codev), piloté par Marie-Hélène Metzger (CSESP) et François Boué (CSMC), a été constitué, composé au total de huit personnalités qualifiées de la CSESP et de la CSMC et de deux représentants du SG-HCSP : Béatrice Tran et une interne de santé publique, Kristel Cosker.

Le Codev a identifié les questions évaluatives répondant à quatre thèmes transversaux qui constituaient des enjeux structurants du plan et analysé la littérature scientifique relative à ces thèmes au cours de la période écoulée, ainsi que tous les documents relatifs au suivi et aux réalisations du plan pendant la période écoulée. Une rencontre et des échanges par voie électronique avec l'AERES en charge de l'évaluation de l'axe recherche ont été organisés. Une vingtaine d'auditions ont été ainsi menées entre septembre et octobre 2012 auprès de 63 personnes, membres des services de l'administration centrale, du comité de pilotage du plan, des ARS, experts, agences sanitaires, autres opérateurs nationaux ou régionaux, représentants d'associations de patients, médecins. Les membres du Codev ont ainsi procédé à l'analyse de l'ensemble des mesures et actions du plan sous le prisme des thèmes transversaux d'évaluation.

Le rapport a été remis au Directeur général de la santé fin mars 2012, puis mis en ligne sur le site Internet du HCSP. Une présentation des résultats a été faite en juin 2012 au comité de pilotage du plan, au conseil d'administration de l'Inca et au Séminaire conjoint du Comité des malades, des proches et des usagers et du Comité consultatif des professionnels de santé de l'Inca.

- **Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012**

Le HCSP a été saisi le 31 janvier 2012 par le Directeur général de la santé d'une demande d'évaluation de la mise en œuvre du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Il était demandé au HCSP d'une part d'évaluer l'évolution des onze indicateurs inscrits dans le plan et des deux objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique ; d'autre part de déterminer la part du plan dans les évolutions constatées, son impact vis-à-vis des publics les plus exposés, son effet sur la mobilisation des différents acteurs, son articulation avec les autres plans de santé publique et son application au niveau régional et local. Il était également demandé de proposer des perspectives d'évolution de la politique de lutte contre les hépatites virales.

Un comité d'évaluation (Codev), piloté par Philippe Morlat (CSMT) et Daniel Kamelgarn (CSESP), a été constitué, composé au total de six personnalités qualifiées de la CSESP, la CSMT et la CSMC, de deux personnalités extérieures, et d'un représentant du SG-HCSP : Béatrice Tran.

Les pilotes du Codev et la représentante du SG-HCSP ont rencontré dans un premier temps les responsables du dossier à la DGS, ainsi que le président et le vice-président du comité de suivi du plan, afin de préciser les termes de la saisine et les questions évaluatives avec eux.

Le Codev a défini huit questions évaluatives, sur la base desquelles les termes de référence de l'évaluation ont été rédigés. Les membres du Codev se sont répartis en quatre binômes pour analyser plus spécifiquement les différents axes du Plan.

Le Codev s'est réuni 12 fois entre mai 2012 et février 2013. Il a effectué 27 auditions. Le Codev a été assisté de deux prestataires de service pour :

- une assistance à maîtrise d'ouvrage (Cemka-Eval),
- la réalisation de monographies régionales (Planète Publique).

Une trentaine d'auditions ont été ainsi menées par les membres du Codev entre septembre et décembre 2012 auprès de 37 personnes, membres des services de l'administration centrale, du comité de pilotage du plan, experts, agences sanitaires, autres opérateurs nationaux ou régionaux, représentants d'associations de patients, médecins.

D'autre part, des entretiens ont été menés dans trois régions (Ile de France, PACA, Auvergne) avec 75 personnes et des focus groups avec une vingtaine de médecins généralistes.

La rédaction du rapport est cours. La version finale sera disponible à la fin du premier trimestre 2013.

- **Évaluation du deuxième Plan National Santé-Environnement (PNSE2)**

Le deuxième Plan National Santé-Environnement (PNSE2) pour la période 2009-2013 a été adopté le 24 juin 2009 en Conseil des ministres. Il s'inscrit dans la continuité des actions portées par le premier PNSE prévu par la loi de santé publique du 9 août 2004 et fait suite aux tables rondes du Grenelle de l'environnement.

L'objectif du PNSE2 est de renforcer la cohérence des actions portant sur les facteurs environnementaux affectant la santé. Les 58 actions du PNSE2 sont développées selon deux grands axes structurants : la réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé et la prise en compte et la gestion des inégalités environnementales, c'est-à-dire la limitation des nuisances écologiques susceptibles d'induire ou de renforcer des inégalités de santé (liées à l'âge, à l'état de santé, au contexte socio-économique et au territoire). Douze mesures phares sont mises en avant. Par ailleurs, les plans régionaux de santé-environnement (PRSE2) représentent l'application du PNSE2 au niveau local et régional.

Le PNSE2 arrive à échéance fin 2013. Dans la saisine du 16 novembre 2012, la Direction générale de la santé demande au HCSP de procéder à l'évaluation du PNSE2, en coordination avec l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), le CGEDD (Conseil général de l'environnement et du développement durable), l'IGAENR (Inspection générale

de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche) et l'OPECST (Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques) qui seront également saisis pour évaluer le PNSE2.

L'évaluation du PNSE2 par le HCSP est coordonnée par un comité d'évaluation chargé de l'élaboration de la méthodologie de l'évaluation, de la collecte et de l'analyse des données ainsi que de la rédaction du rapport d'évaluation. L'évaluation par le HCSP portera sur l'analyse des effets/résultats du PNSE2 (atteinte des objectifs du PNSE2), c'est-à-dire sur l'efficacité et la pertinence du plan. Le HCSP proposera également des recommandations pour l'élaboration d'un futur PNSE3. Par la suite, il réalisera l'évaluation de l'atteinte des objectifs n°18 à 25 figurant en annexe de la loi de santé publique du 9 août 2004 relevant de l'environnement, lorsqu'ils ne figurent pas dans le PNSE2, et des objectifs n°14 à 17 relevant de la santé au travail et repris dans le cadre du PST (Plan Santé au Travail, 2010-2014).

D'autre part, un comité consultatif composé des différentes parties prenantes au Plan et de ses impacts a été constitué. Celui-ci sera consulté sur les questions méthodologiques de l'évaluation et appuiera le processus en fournissant les informations nécessaires pour son déroulement. Enfin les membres de ce comité consultatif participeront à la discussion sur les recommandations proposées par le Comité d'évaluation pour le prochain Plan National Santé Environnement.

Le rapport sera rendu en 2013.

▪ Représentation du HCSP dans les instances nationales

De façon réglementaire ou bien sur demande des autorités sanitaires, le HCSP est représenté dans différentes instances. Le président du HCSP, avec l'aval du Collège, a donc désigné ses représentants :

- **Conférence nationale de santé (décret n° 2011-503 du 9 mai 2011)**

Le décret n° 2011-503 du 9 mai 2011 relatif à la Conférence nationale de santé qui prévoit la représentation du HCSP par sa secrétaire générale qui est membre de droit.

- **Comité économique, éthique et social du Haut Conseil des biotechnologies (décret n° 2008-1273 du 5 décembre 2008)**

Valérie Buthion et Monique Allés-Jardel ont été proposées respectivement en tant que représentante du HCSP et suppléante. Les missions du comité du Haut Conseil des biotechnologies (HCB) sont d'examiner les protocoles et les méthodologies d'observation nécessaires à la mise en œuvre de la surveillance biologique du territoire, et de formuler des avis en matière d'évaluation des risques pour l'environnement de la santé publique. A la fin de l'année 2012, Valérie Buthion a démissionné de cette instance. Le HCSP ne l'a actuellement pas remplacée.

- **Conseil supérieur de la médecine légale (décret n° 2010-358 du 6 avril 2010 modifiant le décret n° 94-1210 du 30 décembre 1994 portant création d'un Conseil supérieur de la médecine légale)**

Frédérique Claudot, personnalité qualifiée de la Commission spécialisée « Sécurité des patients », a été proposée pour représenter le HCSP au sein de cette instance.

- **Conseil scientifique de l'Inpes (art. L.1417-6 du code de la santé publique)**

Quatre personnalités qualifiées du HCSP siègent au conseil scientifique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), qui se réunit au moins deux fois par an. Ont été nommés : Franck Chauvin, Thierry Lang, Hélène Grandjean et Benoît Dervaux.

- **Association du HCSP aux travaux du Comité d'animation du système d'agences**

Le Comité d'animation du système d'agences (Casa) a été mis en place par la DGS et regroupe toutes les agences sanitaires ainsi que la Haute Autorité de santé (HAS), pour mettre en commun les travaux d'organisation de l'expertise et l'élaboration de procédures. Depuis mai 2010, le président du HCSP est invité aux travaux du Casa.

Issu du Casa, un groupe déontologie s'est mis en place pour définir les modalités opérationnelles de mise en œuvre de la loi du 29 décembre 2011, titre 1^{er} transparence des liens d'intérêts. Le secrétariat général du HCSP participe à ce groupe.

COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES TRANSMISSIBLES

PRESENTATION

Président : Christian Perronne
Vice-présidente : Hélène Peigue-Lafeuille
Coordonnatrice : Corinne Le Goaster
Chargée du suivi : Claudine Le Grand

La Commission spécialisée « Maladies transmissibles » (CSMT) réunit l'expertise scientifique nécessaire à l'analyse de l'ensemble des questions liées aux pathologies infectieuses, et notamment aux principaux risques infectieux pouvant menacer la santé de la population et à l'évaluation des stratégies de gestion de ces risques.

Deux comités techniques permanents sont rattachés à cette commission :

- Le Comité technique des vaccinations (CTV) ;
- Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI).

COMPOSITION

La CSMT, mise en place dans le cadre du deuxième mandat du Haut Conseil de la santé publique, compte :

- 15 personnalités qualifiées ;
- six membres de droit : InVS, Inpes, Anses, ANSM, EFS, HAS ;
- deux membres invités permanents : les présidents du CTV et du CMVI.

En 2012, la Commission spécialisée « Maladies transmissibles » :

- a tenu neuf séances plénières ;
- a animé huit groupes de travail, dont deux en collaboration avec la Commission spécialisée « Sécurité des patients » et un avec la Commission spécialisée « Risques liés à l'environnement » et la Commission spécialisée « Sécurité des patients ».

ACTIVITES

Les travaux de la Commission spécialisée « Maladies Transmissibles » ont été constitués principalement par les réponses aux saisines ou aux auto-saisines. Ces réponses ont été élaborées par des groupes de travail ou directement par la commission ou les comités.

- 39 avis ont été validés par la CSMT ;
- neuf de ces avis sont accompagnés d'un rapport validé par la commission.

■ Réponses aux saisines : Avis et rapports du HCSP adoptés par la CSMT

- **Avis relatif à une éventuelle évolution des recommandations de vaccination des nourrissons contre les infections invasives à pneumocoque par le vaccin pneumococcique conjugué 13 valent**

L'épidémiologie des infections invasives à pneumocoques (IIP), c'est-à-dire des méningites et des infections bactériémiques à pneumocoque, a évolué au cours des dix dernières années, notamment depuis l'introduction en 2003 dans le calendrier vaccinal du vaccin pneumococcique conjugué 7-valent. L'augmentation, dans toutes les tranches

d'âge, de l'incidence des IIP liées à des sérotypes non couverts par le vaccin conjugué heptavalent a amené à remplacer ce vaccin par un vaccin 13-valent en 2010.

Le HCSP a été saisi par la Direction générale de la santé afin d'examiner la nécessité éventuelle de faire évoluer les recommandations vaccinales.

Le HCSP ayant pris en compte les dernières données épidémiologiques concernant la période 1998-2010 :

- recommande le maintien de la stratégie vaccinale pour la prévention des infections invasives à pneumocoque chez le nourrisson ;
- insiste sur la nécessité de maintenir une couverture vaccinale élevée permettant la mise en place d'une immunité de groupe ;
- rappelle l'importance du suivi de l'épidémiologie et des souches de pneumocoques circulantes afin de pouvoir détecter l'émergence des souches de remplacement et le cas échéant de mettre en œuvre de nouvelles stratégies.

Avis du 2 février 2012.

- **Avis relatif à l'adaptation des recommandations et du calendrier vaccinal du département de Mayotte**

Mayotte est devenue un département français en mars 2011. De par son contexte géographique et socio-économique, le département de Mayotte présente une situation épidémiologique particulière vis-à-vis de certaines maladies infectieuses à prévention vaccinale.

Le HCSP a été saisi par la Direction générale de la santé en octobre 2011 afin d'examiner l'opportunité d'adapter les recommandations et le calendrier vaccinal pour ce département. Le HCSP a pris en considération les particularités propres au département de Mayotte, tant du point de vue épidémiologique que du point de vue des pratiques, de la population et de l'organisation des soins et recommande :

- la vaccination contre la tuberculose et l'hépatite B chez les nourrissons à la maternité ;
- l'amélioration du suivi épidémiologique de l'hépatite A.

En outre le HCSP recommande le renforcement des mesures d'assainissement et l'éducation sanitaire de la population sur les mesures d'hygiène

Avis du 2 février 2012.

- **Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2012**

Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012, validés par le HCSP, fixent les vaccinations obligatoires ou recommandées pour les personnes résidant en France en fonction de leur âge. Outre les préconisations générales, le calendrier vaccinal comporte des recommandations spécifiques pour des populations exposées à des risques particuliers.

Le calendrier vaccinal 2012 introduit notamment pour la grippe saisonnière un nouveau vaccin destiné aux enfants, des recommandations pour les femmes enceintes et les personnes obèses. Un calendrier spécifique est proposé pour Mayotte et un tableau synoptique général fixe les recommandations vaccinales chez les personnes immunodéprimées.

Avis du 16 février 2012.

- **Avis relatif à l'actualisation de la vaccination contre la grippe saisonnière dans certaines populations (femmes enceintes et personnes obèses)**

En cas de grippe, les femmes enceintes et les personnes obèses, en particulier celles présentant un indice de masse corporelle (IMC) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, présentent un risque accru de survenue de complications pulmonaires et cardiaques et d'hospitalisation en réanimation. Les nourrissons âgés de moins de 6 mois ont un risque élevé d'être hospitalisés et un risque augmenté de décéder de la grippe.

De nouvelles données scientifiques démontrent la sécurité d'emploi des vaccins grippaux inactivés et l'efficacité de la vaccination grippale chez les femmes enceintes qui acquièrent des anticorps dont le passage transplacentaire confère une protection des nouveau-nés et des nourrissons jusqu'à 6 mois. Concernant les personnes obèses, la balance bénéfique/risque est également favorable à la vaccination anti-grippale.

En conséquence, le Haut Conseil de la santé publique recommande que soient vaccinées contre la grippe saisonnière :

- les femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grossesse ;
- les personnes obèses avec un IMC ≥ 40 .

Avis du 16 février 2012

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Avis relatif aux recommandations vaccinales spécifiques des personnes immunodéprimées ou aspléniques**

La vaccination chez les personnes atteintes d'une immunodépression congénitale ou acquise, ou d'une sensibilité accrue aux infections sévères, qu'elles soient enfants ou adultes, présente des particularités qui justifient des recommandations spécifiques.

Dans cet avis, le Haut Conseil de la santé publique :

- présente un tableau de synthèse des recommandations vaccinales en fonction des situations d'immunodépression ou chez les personnes aspléniques ;
- rappelle que la vaccination de l'entourage de ces patients, y compris du personnel soignant, est importante.

Ces recommandations seront intégrées au Calendrier vaccinal avec notamment comme objectif d'améliorer la couverture vaccinale de ces populations à risque d'infections sévères, d'harmoniser les pratiques et *in fine* de diminuer la morbidité et la mortalité de ces patients.

Avis du 16 février 2012 (Tableau de synthèse).

Avis des 25 mai, 29 juin et 12 juillet 2012 (Chapitres du rapport).

Ces avis sont accompagnés d'un rapport.

- **Avis relatif à l'utilisation des antiviraux en période de circulation du virus grippal A(H3N2) pendant l'hiver 2011-2012**

Dans le contexte épidémique de la grippe (mars 2012), avec une circulation prédominante de virus de sous-type A(H3N2) non observé au cours des deux saisons précédentes et touchant surtout les personnes âgées, le HCSP, saisi en urgence par la Direction générale de la santé, recommande pour la prise en charge des patients suspects de grippe dans les collectivités de personnes âgées, que tout soit mis en œuvre pour que des prélèvements, destinés à documenter l'infection grippale, soient réalisés :

- uniquement sur le ou les premiers cas ;
- en commençant le traitement antiviral prophylactique post-exposition dans les 48 heures suivant un contact avec une personne ayant présenté un syndrome grippal et sans attendre la confirmation virologique.

Avis du 5 mars 2012.

- **Avis relatif au délai à respecter entre l'administration d'immunoglobulines polyvalentes en post-exposition de la rougeole et du vaccin trivalent ROR**

La France a connu entre 2008 et 2011 une forte épidémie de rougeole qui a conduit à une utilisation significative des immunoglobulines en post-exposition de la rougeole, pratique risquant de se répéter en cas de survenue d'une nouvelle vague épidémique.

Le HCSP a été saisi par le Directeur général de la santé afin de définir le délai à respecter entre l'administration d'immunoglobulines polyvalentes et de vaccins viraux vivants atténués comme le vaccin trivalent ROR.

Après prise en compte d'éléments tels que les résumés des caractéristiques du produit (RCP) des deux vaccins ROR disponibles en France, le texte Afssaps-HAS relatif à la prophylaxie des sujets à risque après exposition à un cas confirmé de rougeole, les recommandations d'autres pays, le HCSP recommande :

- que le délai à respecter entre l'administration d'une dose de 200 mg à 400 mg/kg d'immunoglobulines en prophylaxie post-exposition de la rougeole et l'administration d'un vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons soit d'au moins neuf mois ;
- qu'une dose supplémentaire de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons soit proposée, sans sérologie préalable, aux personnes ayant reçu une dose d'immunoglobulines en prophylaxie post-exposition de la rougeole et ayant été vaccinées dans un délai inférieur à neuf mois. Ces personnes recevront donc au total trois doses de vaccin, les deuxième et troisième doses devant être espacées d'au moins un mois.

Avis du 16 avril 2012.

- **Avis relatif à l'antibioprophylaxie des sujets contacts lors de situations impliquant plusieurs cas d'infection invasive à méningocoque dans une même communauté**

L'incidence globale des infections invasives à méningocoque (IIM), dans la population générale en France, est d'environ 1/100 000 habitants. Les risques d'IIM parmi les contacts familiaux et les contacts en collectivité (crèche, maternelle, milieu scolaire) d'un cas d'IIM sont très élevés ce qui justifie la mise en route d'une prophylaxie chez les sujets contacts.

Le HCSP a été saisi par le Directeur général de la santé afin de préciser si, à l'occasion de la survenue d'un nouveau cas dans une communauté chez les personnes ayant reçu une prophylaxie autour d'un premier cas d'IIM, il faut prescrire une nouvelle antibioprophylaxie, la molécule à utiliser pour cette nouvelle prophylaxie, et combien de temps après la première cure et pendant quelle durée s'appliquerait cette nouvelle prophylaxie.

Le HCSP a pris en compte les caractéristiques épidémiologiques des IIM et les éléments d'antibiorésistance et recommande, à l'occasion de la survenue d'un nouveau cas d'IIM dans une même communauté impliquant des sujets contacts communs :

- de prescrire une nouvelle cure d'antibioprophylaxie aux sujets contacts à qui une première cure de prophylaxie avait été prescrite, si cette cure s'est terminée il y a plus de dix jours ;
- que ce nouveau traitement prophylactique soit effectué à l'aide d'un antibiotique différent de celui utilisé lors de la cure précédente et en application de l'instruction n° DGS/RI1/2011/33 du 27 janvier 2011 relative à la prévention des infections invasives à méningocoques. En pratique, la rifampicine sera remplacée par de la ciprofloxacine ou de la ceftriaxone.

Cette recommandation est applicable pendant les cinq mois qui suivent la survenue du cas index dans la communauté.

Avis du 16 avril 2012.

- **Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2012 (à l'attention des professionnels de santé)**

Ces recommandations ont été élaborées par le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation et approuvées par le Haut Conseil de la santé publique. Elles tiennent compte notamment du Calendrier vaccinal 2012, des données du Centre national de référence du paludisme, du CNR des arboviroses et du Département international de l'Institut de veille sanitaire ainsi que, pour les vaccins et médicaments, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Elles concernent tous les voyageurs, quelles que soient leur destination et les conditions du voyage. Elles rappellent l'importance, dans la prévention des pathologies liées aux

voyages, de la vaccination, de la chimioprophylaxie du paludisme, des mesures de protection contre les moustiques et autres arthropodes, des mesures d'hygiène alimentaire et de lavage des mains.

Cette année, des informations ont été apportées pour des modes particuliers de voyages ou des groupes particuliers de voyageurs telles les personnes qui vont se faire soigner à l'étranger. En effet, cette pratique n'est pas sans risque d'infections nosocomiales et de portage de bactéries multirésistantes.

Les parties relatives à la prévention de la maladie thromboembolique et aux contre-indications au voyage aérien ont également été développées.

Avis du 16 avril 2012.

- **Avis relatif à la liste des vaccins pouvant faire l'objet de campagnes publicitaires non institutionnelles auprès du grand public**

La loi du 29 décembre 2011, relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, stipule que les campagnes publicitaires non institutionnelles auprès du public pour des vaccins soumis à prescription médicale ou remboursables ne sont autorisées que sous certaines conditions et notamment que s'ils figurent sur une liste établie pour des motifs de santé publique par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis du Haut Conseil de la santé publique.

Saisi par la direction générale de la Santé sur cette liste, le Haut Conseil de la santé publique :

- rappelle que dans un avis du 17 octobre 2008, il avait déploré « *que les firmes productrices de vaccin soient autorisées à faire des publicités télévisuelles et radiodiffusées pour le grand public* » ;
- ne souhaite pas alimenter à ce jour la liste des vaccins qui pourraient faire l'objet de campagnes publicitaires non institutionnelles ;
- propose de contribuer à la mise en place de procédures permettant des actions de communication indépendantes des firmes. Celles-ci nécessiteraient la consultation d'un panel de personnes représentant les différents acteurs de la vaccination, incluant les associations d'usagers et les professionnels de santé, ceci en fonction de critères définis par le HCSP.

Avis du 25 mai 2012.

- **Rapport relatif au programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017**

Une réflexion a été engagée par la Direction générale de la santé dans l'objectif d'améliorer la protection vaccinale en France.

Le HCSP a été saisi le 26 mars 2012 afin de faire part de ses observations sur le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 qui est décliné en cinq axes stratégiques et douze actions. Il était demandé au HCSP d'identifier les aspects qu'il considère comme prioritaires, ainsi que les points manquants ou insuffisamment développés.

Le rapport présente pour chacune des actions du Programme, l'analyse réalisée par le HCSP en fonction de plusieurs critères, pertinence, priorité, existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre. D'une manière générale, le HCSP a jugé ce plan de manière très positive tout en y apportant des remarques complémentaires.

Le HCSP a également identifié des points additionnels qui mériteraient une réflexion, notamment relatifs aux modalités d'acquisition et de fourniture des vaccins à la population en dehors de situations exceptionnelles, et à la mise en œuvre et au financement d'études permettant de valider des stratégies vaccinales lorsque les données disponibles sont considérées comme insuffisantes.

Avis du 25 mai 2012.

- **Avis relatif à la fermeture des établissements scolaires et autres lieux collectifs dans le cadre de la révision du plan pandémie grippale**

En cas de pandémie grippale, la fermeture des établissements scolaires et autres lieux collectifs pourrait avoir un impact sanitaire si ceux-ci sont fermés à temps et assez longtemps.

Le HCSP émet un avis sur l'intérêt, l'opportunité et les limites de ces fermetures.

Il considère qu'il n'existe pas de règle préétablie permettant de déterminer avec certitude les critères de fermeture et de réouverture de ces structures.

La décision devra être prise en fonction de plusieurs paramètres, tels que l'importance de la transmission du virus et la gravité clinique de la maladie, en prenant aussi en compte les impacts économique et sociétal liés notamment à l'absentéisme induit.

Ces décisions de fermeture devront être accompagnées de messages d'information en direction de la population et de recommandations dans le but de favoriser l'isolement à domicile et d'éviter que de nouveaux regroupements d'élèves se forment alors en dehors des établissements scolaires, ce qui serait contre-productif et compromettrait l'impact de la fermeture sur la réduction de la pandémie.

Avis du 12 juillet 2012.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Avis relatif aux mesures à prendre pour les voyageurs se rendant en Grèce suite à la mise en évidence de cas autochtones de paludisme**

Des cas de paludisme autochtone à *Plasmodium vivax* ont été signalés en Grèce, notamment dans la région de Laconie. Le Haut Conseil de la santé publique considère qu'il existe un risque potentiel de survenue de nouveaux cas, notamment au moment de l'activité vectorielle qui démarre lorsque les conditions climatiques sont favorables, soit probablement à partir de mai-juin.

En conséquence, le HCSP :

- recommande aux personnes qui envisagent un séjour en Grèce dans les six mois à venir, dans la région de Laconie ou dans d'autres régions où des cas ont été signalés, de se prémunir des piqûres de moustiques et de consulter en urgence en cas de fièvre ;
- ne recommande pas à ces voyageurs, dans les conditions actuelles, la prise d'une chimioprophylaxie anti-palustre.

Avis du 12 juillet 2012.

- **Avis relatif à l'utilisation du vaccin méningococcique tétravalent conjugué A, C, Y, W135 Nimenrix® et place respective des vaccins méningococciques tétravalents conjugués et non conjugués**

Afin d'émettre des recommandations sur l'utilisation des vaccins méningococciques tétravalents A,C,Y,W135 et la place respective des vaccins méningococciques tétravalents conjugués et non conjugués, le Haut Conseil de la santé publique a analysé les données épidémiologiques récentes concernant les infections invasives à méningocoque en France et les données disponibles concernant l'immunogénicité et la tolérance des vaccins méningococciques tétravalents conjugués A, C, Y, W135 Menveo® et Nimenrix® ainsi que celles concernant l'hyporéactivité immunologique observée avec les vaccins polysidiques non conjugués.

À l'issue de ce travail, le HCSP rappelle la liste des personnes relevant d'une vaccination par un vaccin méningococcique tétravalent A,C,Y,W135 et recommande que l'utilisation des vaccins tétravalents méningococciques conjugués soit privilégiée dès l'âge autorisé par leurs Autorisations de mise sur le marché respectives (1 an pour le Nimenrix®, 2 ans pour le Menveo®).

Avis du 12 juillet 2012.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Avis relatif à la liste des vaccins mentionnés à l'article L.5122-6 du code de la santé publique**

Certaines vaccinations souffrent d'une couverture vaccinale très inférieure aux objectifs de santé publique, ce qui nécessite une communication active et crédible.

Le HCSP, dans cet avis concernant la liste des vaccins établie pour des motifs de santé publique et mentionnée à l'article L.5122-6 du code de la santé publique, confirme que les vaccinations contre rougeole-oreillons-rubéole, méningocoque C, grippe saisonnière dans la population cible, diphtérie, tétanos, coqueluche, devraient figurer dans cette liste et recommande que soient ajoutées les vaccinations contre la tuberculose et les infections invasives à pneumocoque pour les populations à risque.

Par ailleurs, le HCSP souligne que les vaccins inscrits au calendrier vaccinal le sont tous pour des motifs de santé publique et rappelle sa position de réserve concernant la publicité non institutionnelle sur les vaccins auprès du grand public.

Avis du 28 septembre 2012.

- **Avis relatif à la révision de l'âge de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles**

L'évolution des données concernant les vaccins papillomavirus et leur Autorisation de mise sur le marché (AMM), la constatation d'une couverture vaccinale très insuffisante en France et les perspectives d'évolution du calendrier vaccinal justifient la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles.

Le Haut Conseil de la santé publique recommande que la vaccination des jeunes filles contre le papillomavirus puisse être pratiquée entre les âges de 11 et 14 ans et que toute opportunité, y compris le rendez-vous vaccinal de 11-14 ans, soit mise à profit pour initier la vaccination avec une possibilité de co-administration avec un autre vaccin (vaccin tétravalent diphtérie-tétanos-coqueluche-polio, vaccin hépatite B) ou pour compléter un schéma vaccinal incomplet et notamment pour administrer la 3^e dose de vaccin.

Le HCSP recommande également que l'âge de rattrapage soit limité à 20 ans (*i.e.* 19 ans révolus), cette vaccination étant d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque de l'infection HPV.

Par ailleurs, le HCSP rappelle que l'obtention d'une couverture vaccinale élevée représente un objectif prioritaire tant pour la protection des jeunes filles que pour l'induction d'une immunité de groupe. Il souligne par ailleurs que ces niveaux de couverture vaccinale élevés sont obtenus dans les pays (Royaume-Uni, Australie) qui vaccinent dans les écoles.

Avis du 28 septembre 2012.

- **Avis relatif à l'utilisation des vaccins contre la typhoïde pour faire face aux difficultés d'approvisionnement prévisibles en raison de retrait de lots du vaccin Typhim Vi®**

Du fait d'un retrait volontaire de lots du vaccin contre la typhoïde Typhim Vi® en raison d'un contenu antigénique inférieur aux spécifications, des difficultés d'approvisionnement en vaccins contre la typhoïde sont à prévoir.

Dans cet avis, le HCSP rappelle les recommandations concernant la vaccination contre la typhoïde en population générale en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, en milieu professionnel et dans le cadre des conseils aux voyageurs.

Afin que les stocks limités actuellement disponibles puissent dans la mesure du possible leur être réservés prioritairement, le HCSP a défini les personnes les plus à risque d'exposition à la fièvre typhoïde : les militaires se rendant en mission outre-mer, en opérations extérieures ou en affectation embarquée, et les professionnels de santé ciblés par l'obligation vaccinale.

La prescription limitée aux centres de vaccination permettra de mieux contrôler l'utilisation du vaccin chez les voyageurs à risque.

Le HCSP rappelle également l'importance des mesures d'hygiène à respecter pour réduire le risque de contracter la typhoïde et les autres maladies à transmission digestive.

Avis du 12 octobre 2012.

- **Avis relatif à la vaccination contre le méningocoque de séro groupe C au vu de la situation épidémiologique du Finistère**

Depuis début 2012, plusieurs cas d'infections invasives à méningocoque (IIM) liés à une nouvelle souche de méningocoque de séro groupe C, ont été déclarés dans le département du Finistère en particulier chez des nourrissons âgés de moins de 1 an. Ces nourrissons auraient dû être protégés de façon indirecte si une couverture vaccinale suffisante avait été obtenue dans la population ciblée par les recommandations.

Dans cet avis, le HCSP recommande :

- qu'une vaccination méningococcique C conjugué soit proposée de manière transitoire dans le département du Finistère aux jeunes nourrissons âgés de 2 à 11 mois selon un schéma comportant deux doses espacées de deux mois suivies d'un rappel dans la seconde année,
- que la situation épidémiologique soit réévaluée à la fin du mois de juin 2013,
- que cette période soit mise à profit pour mettre à jour la vaccination contre le méningocoque C de la population du Finistère ciblée par les recommandations en vigueur.

Des situations similaires risquant de se reproduire tôt ou tard dans d'autres départements où la couverture vaccinale est comparable, le HCSP demande que la vaccination des sujets âgés de 1 à 24 ans révolus soit renforcée sur le territoire national et qu'une campagne de promotion de la vaccination soit menée, en application des recommandations de 2010.

Le HCSP recommande également que la surveillance microbiologique et épidémiologique renforcée des IIM C soit maintenue dans le département du Finistère et qu'un suivi épidémiologique de ce clone soit effectué sur le territoire national.

Avis du 19 octobre 2012.

- **Avis relatif à l'adaptation éventuelle de la conduite à tenir lors de la survenue d'un cas de diphtérie cutanée dans le département de Mayotte**

Des cas de diphtérie cutanée, majoritairement importés des Comores, surviennent épisodiquement à Mayotte. Or la couverture vaccinale contre la diphtérie dans la population de Mayotte est insuffisante pour assurer une immunité collective suffisamment protectrice.

Dans cet avis, le HCSP recommande que soit mise en place sur l'île de Mayotte, une procédure pérenne permettant un diagnostic rapide de portage de *C. diphtheriae* et la mise en évidence du gène *tox*. Pour la prise en charge des cas de diphtérie, le HCSP a fait des recommandations concernant le recours à la sérothérapie et/ou à l'antibiothérapie curative en insistant sur la nécessité d'intervenir précocement en se référant aux informations en vigueur relatives à la sécurité d'emploi de ces spécialités (contre-indications, précautions d'emploi, interactions médicamenteuses). Concernant la conduite à tenir vis-à-vis des personnes contacts d'un cas de diphtérie cutanée, le HCSP recommande :

- pour les professionnels de santé : vérification du statut vaccinal et réalisation systématique d'un prélèvement de gorge ; l'antibiothérapie curative ne sera instituée qu'en cas de prélèvement avec résultat positif ; les cures itératives d'antibiotiques ne sont pas recommandées.
- pour l'entourage : prélèvement des ulcérations cutanées chroniques et prélèvement pharyngé et antibiothérapie préventive systématique.

De plus, le HCSP recommande que soit réalisée à Mayotte une étude prospective de prévalence de *C. diphtheriae* au niveau d'ulcérations cutanées chroniques afin de disposer de données épidémiologiques.

Enfin, le HCSP rappelle l'importance du respect des règles de prévention, hygiène et vaccination.

Avis du 9 novembre 2012.

- **Avis relatif à l'utilisation des antiviraux chez les patients en extra-hospitalier pour le traitement curatif et le traitement en post-exposition en période de circulation des virus de la grippe saisonnière**

Les antiviraux (inhibiteurs de la neuraminidase) ont une efficacité démontrée en traitement curatif sur la réduction du risque d'hospitalisation dans les cas de gripes saisonnières touchant des personnes à risque de complications. Toutefois, il existe un risque d'acquisition de résistance et des données récentes incitent à une utilisation raisonnée de ces antiviraux.

En période de circulation des virus de la grippe saisonnière, le HCSP recommande donc une utilisation ciblée des antiviraux en population générale et dans les collectivités de personnes à risque aussi bien en traitement curatif qu'en traitement post-exposition.

L'efficacité du traitement étant corrélée à la précocité de son administration, celui-ci doit être initié le plus rapidement possible, sans attendre le résultat du test de confirmation virologique du diagnostic s'il a été réalisé.

Le HCSP rappelle également l'importance de la vaccination grippale saisonnière pour les populations ciblées par les recommandations du calendrier vaccinal en vigueur.

Le HCSP ne recommande pas l'utilisation des antiviraux en curatif ou en post-exposition chez les personnes sans facteur de risque de complications grippales graves.

L'argumentaire sur lequel s'appuient ces recommandations est détaillé dans le rapport qui accompagne l'avis.

Avis du 9 novembre 2012.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Rapport relatif aux conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes**

La prévention des maladies infectieuses en collectivité vise à lutter contre les sources de contamination et à réduire la transmission. Les collectivités d'enfants ou d'adultes mettent en contact de nombreux individus dans un espace relativement restreint, ce qui favorise la transmission des agents infectieux.

Dans ce guide, chaque maladie infectieuse a fait l'objet d'une fiche individuelle précisant la période d'incubation, la durée de la contagiosité, les mesures à prendre concernant l'éviction du sujet malade, l'hygiène et la prévention de l'entourage.

De ce fait, les dispositions prévues s'appliquent à l'ensemble des collectivités. Le cas échéant, les mesures de contrôle recommandées ont été adaptées aux types de collectivités.

Ce guide s'adresse aux médecins traitants, aux médecins de ces collectivités qui ont en charge les mesures à prendre en cas de maladies infectieuses en coordination avec les directeurs de collectivité, et aux gestionnaires

Rapport du 9 novembre 2012.

- **Avis relatif à l'antibioprophylaxie et à la vaccination méningococcique des personnes traitées par éculizumab (Soliris® 300 mg solution à diluer pour perfusion)**

Le Soliris® (éculizumab) a obtenu en 2007 une Autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne pour le traitement des patients adultes atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN). Fin 2011, une extension d'indication de cette AMM a été accordée au traitement des adultes et enfants atteints de syndrome hémolytique et urémique atypique

(SHUa). Chez les patients traités par cette molécule, des mesures de prévention des infections invasives à méningocoque (IIM) sont nécessaires. Du fait de l'extension d'AMM, le Haut Conseil de la santé publique a été saisi afin de mettre à jour les recommandations relatives à la vaccination anti-méningococcique et à l'antibioprophylaxie pour ces patients. Le HCSP confirme les données de son avis du 12 juillet 2012 relatif aux indications du vaccin quadrivalent méningococcique A,C,Y,W135 conjugué, qui le recommandait aux personnes traitées par eculizumab (Soliris®). Cette vaccination doit être effectuée selon les AMM respectives des deux vaccins tétravalents conjugués disponibles (à partir de l'âge de 1 an pour le Nimenrix®, de 2 ans pour le Menveo®).

Il juge qu'aucun élément ne remet en cause aujourd'hui, ni l'intérêt, ni le rationnel des choix antibiotiques (pénicilline V, macrolides en cas d'allergie) et que ces antibiotiques doivent continuer à être préconisés chez l'adulte et sont maintenant à préconiser chez l'enfant. Il recommande un traitement antibiotique prophylactique pendant toute la durée du traitement par Soliris® qui devra être poursuivi jusqu'à 60 jours après l'arrêt de celui-ci. Dans tous les cas, les patients sous traitement par Soliris® doivent être informés des bénéfices et des risques liés à ce traitement, des signes et symptômes d'infection à méningocoque, ainsi que de la conduite à tenir pour obtenir une prise en charge immédiate. En cas de suspicion d'infection, une antibiothérapie appropriée doit être instaurée.

Avis du 9 novembre 2012.

- **Mentions minimales obligatoires pour la publicité des vaccins**

Le Code de la santé publique précise, notamment dans l'article L.5122-6 modifié par l'article 29 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011, que les campagnes publicitaires non institutionnelles auprès du public pour des vaccins ne sont autorisées que si les conditions suivantes sont réunies :

- « ils figurent dans une liste de vaccins établie pour de motifs de santé publique par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Haut Conseil de la santé publique ;
 - le contenu des ces campagnes publicitaires est conforme à l'avis du Haut Conseil de la santé publique et est assorti, de façon clairement identifiée, des mentions minimales obligatoires déterminées par cette instance. Ces mentions sont reproduites *in extenso*, sont facilement audibles et lisibles, selon le support du message publicitaire concerné, sont sans renvoi et sont en conformité avec des caractéristiques définies par arrêté du ministre chargé de la santé ».
- Vaccin méningococcique conjugué tétravalent A, C, Y, W135 Nimenrix®
 - Vaccin méningococcique conjugué tétravalent A, C, Y, W135 Menveo®
- Avis du 12 juillet 2012.

- Vaccins contre la grippe saisonnière : Vaxigrip®, Influvac ®, Agrippal®, Immugrip®, Fluarix®
 - Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite : Revaxis®
 - Vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche : Tetravac acellulaire®, Infanrix tetra®
 - Vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b : Pentavac ® et Infanrix quinta®
 - Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b et l'hépatite B : Infanrix hexa®
 - Vaccins contre le méningocoque C : Meningitec®, Menjugatekit® ; Neisvac®
 - Vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : Priorix®, MMRVaxPro®
 - Vaccin contre la rougeole : Rouvax®
- Avis du 21 décembre 2012.

Certains avis rendus en 2012 n'ont pas encore été rendus publics.

- **Avis relatif aux Recommandations relatives à la stratégie de vaccination dans le cadre de la révision du plan de lutte contre une pandémie grippale**

Avis du 12 juillet 2012.

- **Avis relatif à la vaccination ciblée contre les infections invasives à méningocoque liées au clone B ; PorA VR1 = 19-1, PorA VR2 = 15-11, du complexe clonal ST- 269 avec le vaccin Bexsero® en Alsace**

Avis du 28 septembre 2012.

- **Avis relatif à l'actualisation des recommandations relatives à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale**

Avis du 9 novembre 2012.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Avis relatif à la simplification du calendrier vaccinal**

Avis du 21 décembre 2012.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Avis relatif à la révision du Plan Variole**

Avis du 21 décembre 2012.

- **Avis relatif au projet d'arrêté fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du Code de la santé publique, personnes qui en raison de leur activité professionnelle sont soumises à certaines obligations d'immunisation.**

Avis du 21 décembre 2012.

- **Avis relatif à la révision de l'arrêté du 10 mars 1977 servant de base à la surveillance des salariés manipulant des denrées alimentaires.**

Avis du 9 novembre 2012.

▪ **Saisines en cours d'instruction**

- **Élaboration de recommandations de prise en charge des personnes infectées par *Coxiella burnetii*, et des personnes exposées à *Coxiella burnetii* dont les acteurs des filières d'élevage**

Saisine du 6 juillet 2011.

- **Révision du guide d'aide à l'investigation des cas de légionellose**

Saisine du 13 juillet 2011 – Groupe de travail commun avec la CSRE et la CSSP.

- **Révision de l'arrêté du 10 mars 1977 servant de base à la surveillance des salariés manipulant de denrées alimentaires et à l'élaboration d'un guide sur la prévention de la contamination des aliments par ces derniers (2^{ème} partie)**

Saisine du 26 juillet 2011.

- **Actualisation des recommandations de mise en œuvre des enquêtes autour de cas de tuberculose**

Saisine du 25 avril 2012.

- **Prise en charge du paludisme grave en précisant la place de l'artésunate injectable dans ce traitement chez l'adulte et chez l'enfant**

Saisine du 16 mai 2012.

- **Mise à jour des recommandations de rappel des vaccinations contre la rage**

Saisine du 11 juillet 2012.

- **État des connaissances sur l'épidémiologie, le diagnostic et le traitement de la borréliose de Lyme**

Saisine du 12 juillet 2012.

- **Présence d'aluminium dans certains vaccins**

Saisine du 12 juillet 2012.

- **Mentions minimales obligatoires des vaccins pouvant faire l'objet d'une campagne publicitaire non institutionnelle à destination du public**

Saisine du 25 octobre 2012.

- **Vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes atteintes d'une cirrhose ou d'une maladie hépatique évolutive**

Saisine du 7 décembre 2012.

- **Éventuelle vaccination contre le méningocoque B :14P1.7,16 au vu de la situation épidémiologique des Pyrénées-Atlantiques**

Saisine du 27 décembre 2012.

▪ **Séminaires de réflexion sur la vaccination**

La CSMT et le CTV se sont associés à la CSPEPS pour organiser en 2012 trois séminaires de réflexion sur la vaccination. L'objectif était pour chacun des thèmes abordés au cours de ces séminaires, de faire un état des lieux sur la problématique retenue, de débattre et de proposer des recommandations.

- Séminaire du 18 janvier 2012 : « Obligation vaccinale *versus* recommandations »
- Séminaire du 14 mars 2012 : « Prise en charge financière des vaccins »
- Séminaire du 23 mai 2012 : « Mesure de la couverture vaccinale ».

▪ **Participation à des groupes de travail et colloques**

Christian Perronne a participé en tant que président de la CSMT aux travaux suivants :

- **Colloque**
 - Ricai 2012 (Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse) : intervention présentant les travaux de la CSMT.

- **Organisation mondiale de la santé (OMS)** : au titre du ministère de la santé
 - Christian Perronne a été renouvelé fin décembre 2011 dans sa fonction de vice-président du groupe ETAGE (European Technical Advisory Group of Experts on Immunization) de l'OMS et est invité permanent du groupe SAGE (Strategic Advisory Group of Experts) de l'OMS ;
 - animation d'ateliers sur la mise en place de Comités techniques des vaccinations indépendants dans les pays d'Europe de l'Est et dans les républiques russophones d'Asie centrale ;
 - animation d'ateliers sur la gestion des crises médiatiques alléguant la dangerosité des vaccins ;

PERSPECTIVES

Le programme de travail de la commission tout comme ceux des deux comités techniques permanents est principalement constitué de réponse aux saisines auquel il faut ajouter trois missions pérennes annuelles que sont l'actualisation du calendrier vaccinal et l'audition des firmes pharmaceutiques présentant les vaccins dont les demandes d'AMM sont en cours pour le CTV, et l'actualisation des recommandations sanitaires aux voyageurs pour le CMVI.

Pour 2013, les travaux concerneront pour une grande part la finalisation des réponses aux saisines en cours et l'instruction des nouvelles saisines qui seront soumises, dans les champs de compétences de ces trois instances.

Un nouveau calendrier vaccinal simplifié devrait être publié en 2013.

Une réflexion est en cours sur une proposition de modification du régime obligatoire des vaccins.

Un groupe de travail devrait soumettre au Collège du HCSP une proposition visant à mettre en commun les processus d'expertise sur les recommandations vaccinales entre les Comités d'experts des pays de l'Union européenne. Cette proposition devrait ensuite être discutée avec la DGS et le Cabinet de la ministre de la Santé.

LES COMITÉS TECHNIQUES PERMANENTS

LE COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS

PRESENTATION

Président : Daniel Floret
Vice-présidente : Odile Launay
Coordinatrice : Corinne Le Goaster
Secrétariat : Isabelle Douard

Le Comité technique des vaccinations a pour missions :

- d'assurer la veille scientifique sur les évolutions et les perspectives en matière de vaccins ;
- d'élaborer la stratégie vaccinale en fonction des données épidémiologiques et d'études bénéfice-risque individuel et collectif et d'études médico-économiques relatives aux mesures envisagées ;
- de proposer des adaptations en matière de recommandations et d'obligations vaccinales pour la mise à jour du calendrier vaccinal.

Un bureau du Comité technique des vaccinations (CTV) a été créé avec pour mission d'analyser la recevabilité des dossiers vaccins, des saisines et des auto-saisines, de préparer les réunions plénières du CTV, d'élaborer des procédures.

COMPOSITION

La CTV mis en place dans le cadre du nouveau mandat du Haut Conseil de la santé publique est composé de :

- 17 personnalités qualifiées avec voix délibérative ;
- 9 membres de droit sans voix délibérative : Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA), Direction générale de l'enseignement scolaire (DGES), Direction générale de la santé, Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction générale du travail (DGT), ANSM (anciennement Afssaps), InVS, Inpes, HAS, et le président ou le vice-président de la CSMT en tant qu'invité permanent.

ACTIVITES

Le programme de travail du CTV en 2012 a comporté :

- l'audition annuelle des firmes pharmaceutiques concernant leur politique de développement de vaccins ;
- l'actualisation du Calendrier des vaccinations, qui fait l'objet d'un numéro annuel du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'InVS (N°14-15 du 10 avril 2012) ;
- la révision des recommandations vaccinales ;
- l'émission de recommandations sur les vaccins dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est en cours ou a évolué ;
- des réponses aux saisines dont certaines en urgence.

En 2012, le Comité technique des vaccinations a :

- tenu 12 sessions plénières ;
- animé 10 groupes de travail ;
- élaboré 29 avis dont 10 avis concernant les mentions minimales obligatoires (MMO) pour la publicité des vaccins ;
- rédigé cinq rapports à l'appui d'avis.

■ Saisines

L'activité principale du CTV a été d'élaborer les réponses aux saisines, en provenance principalement de la DGS. Celles-ci ont été approuvées par la CSMT (voir pp. 25 à 35).

■ Auto-saisines

En cas d'enregistrements de nouveaux vaccins (AMM) ou de modifications de libellés d'AMM de vaccins anciens, le CTV analyse si un travail de définition (ou de redéfinition) des indications est nécessaire et se saisit du sujet (auto-saisine) pour produire un avis.

■ Participation à des groupes de travail et colloques

Daniel Floret a participé en tant que président du Comité technique des vaccinations aux :

- **Comités**
 - Cellule d'aide à la décision en cas d'infection à méningocoque
 - Comité de suivi du plan d'élimination de la rougeole
- **Rencontres institutionnelles**
 - Réunion DGS : inscription des vaccins sur la liste des substances vénéneuses. 13 février 2012
 - Audition Cour des Comptes : 15 février 2012
 - Réunion DGS : collaboration DGS/CTV/Réseaux sentinelles. 3 mai 2012 - 9 juillet 2012
 - Audition Cour des Comptes : 24 septembre 2012
 - Audition Commission des Affaires Sociales du Sénat : 12 décembre 2012
 - Audition secrétaire d'ambassade du Japon. Politique vaccinale. Paris 18 décembre 2012
- **Colloques**
 - Séminaire sur la vaccination HCSP : 18 janvier 2012
 - Préparation Semaine européenne de la vaccination (SEV), Inpes 13 mars 2012
 - Séminaire vaccination HCSP : 14 mars 2012
 - Société française de microbiologie : couverture vaccinale vis-à-vis des agents pathogènes responsables d'encéphalites. Paris, 11 avril 2012
 - Formation à la vaccinologie des médecins du réseau Sentinelle. Bastia, 13 avril 2012
 - Conférence de presse ARS/ SEV. Lyon, 23 avril 2012
 - ARS Rhône-Alpes : la rougeole. Lyon, 23 avril 2012
 - Conférence Débat SEV. Lyon, 24 avril 2012
 - Café Nile : avenir de la vaccination. Paris, 23 mai 2012
 - Séminaire de la vaccination HCSP : 23 mai 2012
 - Journée mutualiste française. La vaccination. Paris, 5 juin 2012
 - Réseau Mère Enfant de la Francophonie : la stratégie du cocooning. Bordeaux, 14 juin 2012

- Société française de médecine générale : politique vaccinale. Nice, 22 juin 2012
 - Colloque vaccinologie IMMI : 6 juillet 2012
 - "World Vaccine Congress Decision Making Process". Lyon, 16 octobre 2012
 - Congrès enseignants de biologie. Calendrier vaccinal, aspects réglementaires. Polémiques sur les vaccins. Lyon, 22 octobre 2012.
 - ECDC. ESCAIDE L'épidémie de rougeole en France. Edinburgh, 24- 26 octobre 2012
 - EUSAHN Calendriers de vaccination européens. Malte, 8 novembre 2012
 - RICAI Vaccins méningococciques conjugués et non conjugués. Paris, 23 novembre 2012
 - OMS/ AMP. Decision making process. Les Pensières, Annecy, 28 novembre 2012
 - Inserm/Réseaux Sentinelle. Mise en place étude OPTIVAC. Paris, 13 décembre 2012
- **Ecrits / Interviews**
 - Editorial du BEH, Calendrier vaccinal 2012
 - Avant-propos du Guide des vaccinations Edition 2012
 - Interview Medscape : politique vaccinale. 22 juin 2012
 - Interview Inpes/Ifop 10 juillet 2012
 - Nombreux interviews presse publique et médicale, radios, télévisions...

PERSPECTIVES

En sus de la réponse aux nouvelles saisines, le CTV travaillera notamment sur :

- l'évaluation de l'impact sur la couverture vaccinale, de l'utilisation d'outils tel que le carnet de vaccination électronique ;
- la gradation des avis rendus sur les vaccins.

LE COMITÉ DES MALADIES LIÉES AUX VOYAGES ET DES MALADIES D'IMPORTATION

PRESENTATION

Président : Eric Caumes
Vice-président : Daniel Camus
Coordinatrice : Corinne Le Goaster
Secrétariat : Isabelle Douard

Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation a pour missions :

- d'assurer la veille scientifique en matière de pathologies liées aux voyages ;
- d'élaborer des recommandations pour les voyageurs en fonction des données épidémiologiques et des connaissances actualisées en matière de prévention ;
- d'élaborer des recommandations pour éviter l'importation de maladies infectieuses.

COMPOSITION

Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI) mis en place dans le cadre du nouveau mandat du HCSP est composé de :

- 13 personnalités qualifiées avec voix délibérative ;
- 9 membres de droit sans voix délibérative : centres nationaux de référence (CNR) du paludisme, CNR des arbovirus, DCSSA, DGS, Inpes, InVS, ANSM, Direction du tourisme, Direction des Français à l'étranger et des étrangers en France.

En 2012, le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation a :

- tenu sept sessions plénières ;
- animé deux groupes de travail ;
- élaboré deux avis et un rapport à l'appui d'un avis.

ACTIVITES

■ Programme de travail

Le programme de travail du CMVI a comporté :

- l'actualisation des Recommandations sanitaires pour les voyageurs, qui font l'objet d'un numéro annuel du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'InVS (N°20-21 du 29 mai 2012) ;
- la délégation d'un membre du CMVI au comité chargé d'élaborer une stratégie nationale pour l'amélioration de la politique vaccinale.

■ Saisines et Avis

L'une des activités principales du CMVI a été de répondre aux saisines en provenance principalement de la DGS. Ces réponses ont été votées par la commission Maladies transmissibles (voir pp.25-35).

■ Participation à des groupes de travail et colloques

Eric Caumes a participé en tant que président du CMVI à la réunion de la Société de médecine des voyages (SMV) qui s'est tenue à Strasbourg les 5 et 6 octobre 2012.

PERSPECTIVES

Le CMVI travaillera notamment sur :

- l'élaboration d'un Guide des recommandations sanitaires pour les voyageurs (équivalent du Guide des vaccinations) ;
- l'évaluation des risques d'introduction en France des maladies d'importation et les moyens de prévention à recommander.

COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES CHRONIQUES

PRESENTATION

Présidente : Claudine Berr

Vice-président : Serge Briançon

Coordonnatrice : Geneviève Guerin

Secrétaire : Catherine de Pretto

La Commission spécialisée « Maladies chroniques » (CSMC) réunit l'expertise scientifique nécessaire à l'analyse de l'ensemble des questions liées aux pathologies chroniques, et notamment aux limitations d'activité et aux altérations de la qualité de vie liées à des problèmes de santé, qu'elles soient dues à des maladies chroniques, au vieillissement, à des affections d'origine anténatale ou périnatale, ou à des traumatismes d'origine accidentelle.

Elle doit en outre décliner deux missions imparties au HCSP :

- faire des recommandations pour permettre aux personnes handicapées de bénéficier pleinement des plans d'action en santé ;
- participer avec les autres commissions à l'évaluation de la réalisation des objectifs annexés à la loi de santé publique et à la définition des objectifs de la future loi et à l'évaluation des plans de santé publique

COMPOSITION

La CSMC compte quinze personnalités qualifiées (santé publique, épidémiologie, médecine interne, médecine générale, pédiatrie, gériatrie, oncologie, hépato-gastroentérologie, pneumologie, cardiologie, économie de la santé...) et cinq membres de droit : InVS, Inpes, Institut national du cancer (INCa), HAS, Agence de la biomédecine (ABM).

En 2012, la commission a tenu cinq séances plénières.

Elle a participé aux travaux transversaux du HCSP et mis en place en janvier 2012 des groupes de travail sur des thèmes spécifiques : *La dimension fonctionnelle du handicap : mesure et prise en charge - Le diagnostic et la prise en charge précoces des maladies chroniques.*

ACTIVITES

■ Participation aux travaux des groupes transversaux

La commission a participé aux travaux des groupes suivants :

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 (C. Berr copilote avec F. Chauvin, H. Grandjean, B. Satger, C. Sermet)
- Comité d'évaluation du plan hépatites (E. Monnet)
- GT Inégalités sociales de santé (I. Grémy)
- GT Systèmes d'information en santé (C. Berr, I. Grémy, C. Sermet)
- GT Adaptation et prospective (S. Briançon)

- GT Santé en régions (J.-F. Mathé, E. Monnet)
- GT Objectifs et politique de santé 2012 (S. Briançon)
- GT Santé 2014 (S. Briançon)
- GT Education pour la santé à l'école (M. Roussey)
- Comité de rédaction de la revue ADSP (J.-F. Mathé, E. Monnet, B. Sandrin)

▪ Groupe de travail sur la dimension fonctionnelle du handicap

Présidents : J.-F. Mathé, H. Grandjean

La commission Maladies chroniques (CSMC) a reçu du collège du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), en novembre 2011, le mandat de produire dans un délai de deux ans un rapport sur la dimension fonctionnelle du handicap centré sur la mesure et la prise en charge. L'objectif final est de proposer des politiques de santé publique conjuguant approches sanitaire, médico-sociale et sociale pour atteindre une meilleure prise en compte des limitations d'activité.

Ce mandat décline la mission impartie au HCSP de faire des recommandations pour permettre aux personnes en situation de handicap de bénéficier pleinement des plans d'action en santé.

La CSMC a installé le 9 janvier 2012 un groupe de travail coprésidé par deux membres de la CSMC, le Pr. Jean-François Mathé et le Dr Hélène Grandjean. La CNSA, partenaire incontournable sur le sujet, est représentée par le Dr Juliette Bloch, directrice scientifique de la CNSA.

Ce groupe a tenu en 2012 huit réunions présentielles ou téléphoniques.

L'objectif initial du groupe de travail était de repérer les outils de mesure permettant d'évaluer les niveaux de handicap, outils dont l'utilisation est réputée soumise à de grandes disparités sociales et régionales. L'objectif *in fine* est de repérer les outils qui fonctionnent bien et d'analyser les facteurs influençant leur diffusion et leur utilisation.

Après avoir procédé à l'audition du médecin expert handicap à la direction de la compensation de la CNSA et de plusieurs responsables de MDPH, et analysé les rapports de l'IGAS « *Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées* » (novembre 2010) et « *Évaluation de la prestation de compensation du handicap* » (août 2011), le groupe de travail est arrivé à la conclusion que les disparités apparentes de traitement du handicap pouvaient provenir de disparités dans l'évaluation des demandes, en lien avec l'utilisation du GEVA (guide pour l'évaluation des besoins de compensation).

Il semble cependant que le GEVA soit diversement utilisé selon les MDPH, que les objectifs d'harmonisation des pratiques ne soient pas atteints, ce qui pourrait entraîner des inégalités dans les propositions de plan de compensation du handicap entre départements (inégalités territoriales), mais peut-être aussi selon le profil des demandeurs (enfants / adultes) ou selon le type / niveau de handicap.

L'évaluation du GEVA apparaît donc nécessaire, à un moment où des recommandations peuvent encore être formulées pour infléchir son développement.

Toutefois, les investigations visant à fournir des éléments en vue de la réduction des disparités de proposition de plan de compensation du handicap ne sauraient se limiter à l'étude du GEVA ou des outils d'évaluation du handicap utilisés par les MDPH. Elles impliquent également l'analyse des disparités de l'ensemble du processus de l'évaluation entre MDPH.

Il manque en effet actuellement une standardisation dans l'élaboration des réponses à partir de l'évaluation des besoins, qui reste à « outiller ».

Le groupe de travail a en conséquence considéré qu'une évaluation quantitative et qualitative des processus d'évaluation devait être faite au niveau de l'ensemble des MDPH, pour tenter d'objectiver à la fois l'étendue des disparités de traitement, d'éventuels mécanismes explicatifs (organisation interne, ressources des structures, nature des demandes, types de déficiences, caractéristiques des demandeurs, etc.) et les efforts faits pour les réduire.

Le groupe de travail a donc soumis à l'approbation de la Commission maladies chroniques, qui l'a accepté, le principe d'une étude quantitative des modalités du processus d'évaluation de l'ensemble des MDPH, à partir d'un questionnaire d'enquête.

L'appel d'offres, préparé en 2012, a été lancé en février 2013.

▪ **Groupe de travail sur le diagnostic et la prise en charge précoces des maladies chroniques**

Présidente : L. Euler-Ziegler

La commission maladies chroniques (CSMC) a reçu du collège du HCSP, en novembre 2011, le mandat de proposer des politiques de santé publique visant à réduire les carences de diagnostic et de prise en charge précoces des personnes atteintes de maladies chroniques et/ou de déficiences chroniques.

La CSMC a installé le 24 janvier 2012 un groupe de travail présidé par le Pr. Liana Euler-Ziegler, membre de la CSMC, qui s'est fixé deux axes de travail :

1. établir un état des lieux des carences ou écarts de diagnostic et/ou de prise en charge précoces des personnes atteintes de maladie chronique et de leurs conséquences mesurables pour la personne et la société ;
2. s'attacher à documenter et analyser les mécanismes de ces écarts en vue de proposer des politiques de santé publique pour y remédier.

Huit réunions se sont tenues depuis janvier 2012. Le groupe a convenu que le diagnostic précoce, qui ne s'apparente pas au dépistage, consiste dans la présence d'un symptôme clinique ou biologique, quelles que soient les conditions de sa découverte. Il a également souligné le caractère transversal de la problématique. Une liste de 22 pathologies a été dressée pour lesquelles une grille a été construite avec des critères concernant la maladie, son fardeau dans la population, l'histoire naturelle connue et le traitement disponible ainsi que des critères concernant le test diagnostique, sa viabilité/fiabilité, son applicabilité, ses aspects économiques et sa sécurité. Ont été incluses les recommandations de bonnes pratiques, émanant de la HAS ou, à défaut, de sources nationales ou internationales.

Les recommandations de bonne pratique évoquent notamment la prise en charge précoce, d'autant qu'il existe des traitements d'efficacité prouvée et des mesures sociales pour les patients et leur entourage. Pourtant, chez un certain nombre de personnes atteintes de maladie chronique, le diagnostic n'est pas effectué et des retards dans la prise en charge peuvent exposer ces personnes à une évolution péjorative et la constitution de lésions irréversibles. Or ces conséquences restent aujourd'hui mal évaluées. Des données solides existent pour un nombre réduit de pathologies. Le groupe de travail s'est donc attaché à la problématique du diagnostic précoce des maladies chroniques et à leur prise en charge précoce adaptée, effective et évaluée, et à la recherche des leviers de la perte de chance qui touche toutes les tranches d'âge et toutes les pathologies, pour dégager des propositions de mesures de santé publique adaptées.

Une fiche de contribution a également été établie, et envoyée aux instances et experts concernés par les pathologies (conseils nationaux professionnels, sociétés savantes ou des associations d'utilisateurs agréées). Le groupe a choisi d'établir une fiche unique, libellée de façon claire, qui s'adresse aussi bien aux professionnels qu'aux patients, afin de permettre le rapprochement des points de vue des généralistes, des spécialistes, des utilisateurs ou de leurs familles.

Le groupe de travail se propose de procéder si nécessaire à des auditions complémentaires. Il prépare par ailleurs une revue de la littérature nationale et internationale sur ses deux axes de travail.

PERSPECTIVES

En 2013, les travaux de la CSMC concerneront :

1. La poursuite des travaux des groupes Diagnostic et Handicap, production des rapports qui seront remis à la CSMC pour approbation avant d'être soumis au Comex ;
2. La poursuite des travaux d'évaluation débutés en 2012 ;
3. La contribution à prochaine loi relative à l'avancée en âge ;
4. La contribution à la prochaine loi de santé publique.

COMMISSION SPÉCIALISÉE RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

PRESENTATION

Président : Denis Zmirou-Navier

Vice-président : Marcel Lourel puis Francelyne Marano

Coordonnatrice : Kiran Ramgolam

Chargée du suivi : Claudine Le Grand

La Commission spécialisée « Risques liés à l'environnement » (CSRE) réunit l'expertise nécessaire à l'évaluation des principaux risques liés à l'environnement et au travail pouvant menacer la santé de la population, et à l'évaluation des stratégies de gestion de ces risques.

COMPOSITION

Cette commission compte :

- 18 personnalités qualifiées de profils variés dans le domaine de la santé publique et des sciences de l'environnement (toxicologie ; évaluation du risque ; métrologie environnementale), de l'analyse des risques en santé au travail, dans l'eau, l'air, les bâtiments, les sols, les déchets ou le bruit, risques infectieux environnementaux ; et dans le domaine des sciences humaines et sociales (sociologie, économie, science politique, psychologie).
- 4 membres de droit qui représentent l'InVS, l'Anses, l'INCa et l'IRSN.

En 2012, la commission :

- a tenu sept réunions plénières ;
- a animé sept groupes de travail.

ACTIVITES

L'essentiel de l'activité de la CSRE a été centré sur la réponse à des saisines, dont le principal commanditaire est la DGS. Ces réponses ont été élaborées par des groupes de travail ou des experts mandatés par le HCSP (désamiantage) et ont abouti à des avis.

En 2012, la CSRE a validé six avis, dont trois ont été accompagnés d'un rapport.

- **Saisines et autosaisines en cours d'instruction et groupes de travail**
 - **Définition d'un seuil de déclenchement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux amiantés, en référence à l'article R.1334-18 du Code de la santé publique**

Dans le cadre de la refonte de la partie réglementaire du Code de la santé publique relative à l'amiante, le HCSP a été saisi le 6 janvier 2010 sur la définition d'un nouveau seuil de déclenchement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux amiantés. Un groupe de travail a été constitué pour l'instruction de cette saisine. Le groupe a d'abord été sollicité pour répondre à des questions ponctuelles sur des textes réglementaires (cf. rapport d'activité 2011).

Les travaux sur la définition du seuil de déclenchement du désamiantage, sujet initial de la saisine du 6 janvier 2010, ont repris en 2012 : le groupe d'experts s'attache actuellement à préciser les points concernant d'une part, l'assurance qualité et les procédures relatives au diagnostic, d'autre part les circonstances et le type de matériaux et de fibres concerné dans le diagnostic. Ensuite le groupe d'experts formulera ses recommandations pour un abaissement du seuil de déclenchement des travaux de désamiantage (rapport prévu pour fin 2013).

- **Valeurs de référence pour les polluants de l'air des espaces clos**

La DGS a saisi le HCSP le 20 juillet 2008, afin de déterminer des valeurs repères d'aide à la gestion (VR) pour différents polluants de l'air des espaces clos, traités successivement depuis lors. La démarche initiée par le HCSP vient à la suite de l'établissement par l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset, aujourd'hui Anses) de valeurs guides de qualité d'air intérieur (VGAi) pour une série de polluants. Quatre rapports et deux avis ont été publiés : la démarche méthodologique qui guide ces propositions de valeurs a fait l'objet du premier rapport (octobre 2009).

Ce cadre méthodologique a été appliqué à cinq polluants, menant à la proposition de valeurs repères d'aide à la gestion pour le formaldéhyde (rapport d'octobre 2009), le benzène (rapport et avis du 16 juin 2010), le tétrachloroéthylène (rapport et avis du 16 juin 2010), le naphthalène (rapport et avis du 5 janvier 2012, cf. infra avis et rapports validés par la CSRE) et le trichloroéthylène (rapport et avis du 6 juillet 2012, cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

Ce groupe de travail poursuivra ses travaux en 2013 pour proposer des valeurs repères pour les particules en suspension dans l'air intérieur.

- **Exposition aux niveaux sonores élevés dans les basses fréquences de la musique – détermination d'indicateurs de référence et de valeurs sanitaires associées**

Un groupe de travail a été mis en place en mars 2011 pour répondre à une saisine de la DGS en date du 30 août 2010, demandant au HCSP de proposer des indicateurs et des valeurs de gestion pour protéger le public exposé à des niveaux sonores élevés de la musique amplifiée dans les lieux de loisir.

En effet, les valeurs limites de niveaux sonores prévues par la réglementation pourraient ne plus être cohérentes avec les niveaux sonores mesurés actuellement lors d'événements festifs. De plus, la contribution des basses fréquences a beaucoup augmenté durant les dernières années. Or l'indicateur proposé par la réglementation (niveau sonore continu équivalent pondéré A) ne permet pas de prendre en compte ces basses fréquences, dont les effets sur l'audition commencent à être bien caractérisés.

Cette saisine a été complétée par une saisine rectificative du 31 janvier 2012 demandant que les indicateurs et valeurs de gestion proposés permettent une protection du public, adultes et enfants, exposé à la musique amplifiée quelle que soit la répartition en fréquence du spectre de la musique.

Le rapport sera rendu au premier semestre 2013.

- **Propositions relatives à la gestion locale des situations de non-conformité de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine**

Ce projet est issu d'une autosaisine entérinée par le Comex et discuté avec le ministère en charge de la santé. Un groupe de travail s'est mis en place en 2012 afin de s'intéresser à la mise en œuvre des règles relatives à la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine à chacune des différentes étapes du contrôle.

Quand l'autorité sanitaire est amenée à constater dans l'eau un écart par rapport aux valeurs limites fixées par la réglementation, elle peut instaurer un régime de dérogation limité dans le temps et conditionné à la mise en œuvre de mesures visant à améliorer la situation. Ces régimes dérogatoires se doivent d'être explicites et connus, et leur

pertinence évaluée. Il s'avère que les critères de dérogation sont disparates et pas toujours explicites.

Ce travail pourrait déboucher sur un guide de recommandations à destination des services compétents dans les ARS ou à destination des administrations centrales.

Ces recommandations pourraient par exemple porter sur la définition de critères pour la fixation d'un calendrier de réévaluation des situations de non-respect à court, moyen ou long terme et sur la proposition de règles d'information des consommateurs. Elles pourraient dessiner les éléments pouvant faire l'objet d'un guide de bonnes pratiques à l'usage notamment des ingénieurs sanitaires dans les ARS. Elles pourraient enfin concerner l'établissement d'un programme de formation des membres des CoDERST¹ aux principes et critères de gestion des risques pour la santé, qui pourrait être rendu obligatoire lors de leur prise de fonction et périodiquement actualisé.

- **Expositions au plomb**

Dans sa saisine du 15 octobre 2012, la Direction générale de la santé demande au HCSP de formuler des recommandations relatives à la gestion des expositions au plomb, et plus précisément sur les points suivants :

- une révision possible du seuil individuel déclenchant la procédure de soustraction des enfants à l'exposition au plomb (aujourd'hui 100 µg/L) et la proposition d'un nouveau seuil ;
- la définition de la (des) population(s) cible(s) d'un éventuel dispositif de gestion des plombémies modérées ;
- l'évaluation de la pertinence de créer une (ou des) valeur(s) collective(s) de plombémie au-delà de laquelle (desquelles) des actions de prévention doivent être engagées au niveau des populations concernées ; la proposition de valeurs ;
- si de telles valeurs sont proposées, la formulation des orientations majeures des mesures de prévention et de gestion du risque à développer.

Un groupe de travail a été mis en place en octobre 2012 et rendra son rapport au cours du deuxième semestre 2013.

- **Analyse et évaluation de l'efficacité des actions engagées pour respecter la future limite de qualité 10 mg/L de plomb dans l'eau du robinet et propositions d'actions**

Une saisine du 23 octobre 2012 de la DGS confie au HCSP une mission d'analyse et d'évaluation de l'efficacité des actions engagées pour respecter la future (fin 2013) limite de qualité 10 mg/L de plomb dans l'eau du robinet et demande des propositions d'actions. Le HCSP vient en appui du Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD), également saisi sur le sujet, sur les aspects sanitaires de cette saisine. Un rapport est attendu pour début 2013.

- **Réponses aux saisines : Avis et rapports du HCSP validés par la CSRE**

- **Demande de prorogation du délai de désamiantage de la Cité administrative de Bordeaux**

Avis du 5 janvier 2012 en réponse à la saisine de la préfecture de la Gironde du 29 avril 2011 (le dossier de demande a été complété en août 2011). La réglementation impose dans certains cas aux propriétaires d'immeubles de grande hauteur et aux établissements recevant du public de procéder à des travaux de confinement ou de retrait des flocages, calorifugeages ou faux-plafonds contenant de l'amiante. Ces travaux doivent être achevés dans un délai de trois ans. Une prorogation de ce délai, renouvelable une fois, peut être

¹ Conseil de l'Environnement et des Risques sanitaires et technologiques ; commission consultative départementale qui délibère dans les cas où la loi le prévoit, sur convocation du Préfet (qui préside le CoDERST) pour lui donner des avis sur certains projets essentiellement d'actes réglementaires, juste avant la prise de décision finale par le préfet. Les avis du CoDERST n'ont aucune valeur décisionnaire.

accordée par arrêté préfectoral, pris après avis du Haut Conseil de la santé publique (art. R. 1334-19 du code de la santé publique).

Le présent avis concerne le dossier de demande de prorogation relatif à la cité administrative de Bordeaux.

Le Haut Conseil de la santé publique, constatant que la demande a été présentée trop tardivement, a considéré qu'il n'était pas en situation d'émettre un avis sur la prorogation de délai, tout en attirant l'attention des autorités compétentes sur l'importance du respect d'un certain nombre de dispositions de nature à garantir la santé publique.

- **Pollution par les particules de l'air ambiant**

Rapport du 22 mars 2012, saisine de la DGS et de la Direction générale de l'énergie et du climat (DGEC) du 12 mai 2010 (en complément de la saisine du 8 avril 2008).

Le HCSP a été sollicité pour 1) donner son avis sur la pertinence des seuils d'information et d'alerte en vigueur pour les particules en suspension, 2) élaborer des recommandations sanitaires et des messages adaptés à différents publics cibles, 3) apporter des conseils sur les modes de communication, 4) émettre un avis sur des projets de textes de gestion des pics de pollution. La démarche et les conclusions de ce travail ont été présentées à un groupe d'expert de l'OMS-Euro en mai 2012 et lors du colloque préparatoire aux journées nationales de l'air en novembre 2012.

- **Consultation sur le projet d'arrêté ministériel relatif au déclenchement des procédures préfectorales lors d'épisodes de pollution et au document simplifié d'information mentionné à l'article R.222-13-1 du Code de l'environnement**

Saisine de la DGEC du 13 avril 2012. Avis du 4 mai 2012

Dans le contexte du dernier point de la co-saisine de la DGS et de la DGEC du 12 mai 2010 relative à la pollution par les particules dans l'air ambiant, le HCSP a été consulté une première fois le 22 février 2011 (saisine de la DGEC complémentaire à celle de la DGS et la DGEC du 12 mai 2010) sur une version précédente de ce projet d'arrêté. Le HCSP a donc rendu un premier avis le 17 mai 2011 dans lequel était préconisé, en plus des recommandations formulées, que le HCSP soit consulté à nouveau une fois les conclusions du rapport sur les particules dans l'air ambiant rendu.

L'arrêté ministériel concerné précise notamment les seuils d'information et de recommandation et d'alerte pour les particules PM₁₀² et abroge les dispositions antérieures définies dans l'arrêté du 17 août 1998 et dans les lettres circulaires aux préfets.

- **Valeurs de référence pour les polluants de l'air des espaces clos**

Ces avis répondent à une saisine de la Direction générale de la santé (saisine de la DGS du 20 juillet 2008) et s'inscrivent dans la suite de l'établissement par l'Anses de valeurs guides de qualité de l'air intérieur pour une série de polluants. La démarche méthodologique générale d'élaboration des valeurs repères suivie par le HCSP (Rapport, octobre 2009) intègre, outre les critères sanitaires incorporés dans les valeurs guides de l'Anses, le résultat des valeurs mesurées dans diverses enquêtes et la faisabilité des mesures correctives ; elle a déjà été appliquée pour le benzène, le formaldéhyde.

En 2012, le HCSP a proposé des valeurs repères d'aide à la gestion dans l'air intérieur pour les deux polluants suivants :

- le naphthalène (rapport et avis du 5 janvier 2012) : considérant le naphthalène pour sa toxicité propre et comme indicateur de la présence de sources d'émission de multiples polluants nocifs, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande que soient

² PM₁₀ : *particulate matter* ou particules atmosphériques de diamètre aérodynamique inférieur ou égal à 10 µm.

respectées les concentrations limites suivantes pour le naphthalène dans l'air des espaces clos :

- 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ comme valeur repère de qualité d'air intérieur, immédiatement applicable et visant à protéger des effets à long terme de l'exposition au naphthalène, notamment des irritations nasales ;
- 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ comme valeur d'action rapide, qui doit amener à la mise en œuvre d'actions correctives visant à abaisser la concentration dans les bâtiments à moins de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ dans un délai de moins de trois mois.

Le naphthalène est, notamment, le principal composant de la naphthaline, un antimitose encore très présent dans les domiciles. Le HCSP recommande la mise en œuvre d'une campagne publique d'information pour encourager l'abandon de l'utilisation des antimitoses à base de naphthalène et leur élimination dans des conditions appropriées. Ces produits (naphthaline), interdits à la commercialisation depuis 2009, présentent un risque d'accident, parfois mortel, chez les enfants, par ingestion ou inhalation.

- Le trichloroéthylène (ou trichloréthylène) (rapport et avis du 6 juillet 2012) : classé « cancérigène pour l'homme » par l'Agence américaine de protection de l'environnement (US-EPA), peut être retrouvé dans l'air des locaux suite à l'utilisation de produits domestiques (détachant moquette, nettoyant vitres, lingette sols, etc.) ou de construction. Grâce aux mesures réglementaires prises ces dernières années, la contribution de ces sources a fortement diminué, et actuellement les niveaux élevés correspondent généralement à des émissions issues d'eaux contaminées ou de sols pollués par des hydrocarbures chlorés sous le bâtiment ou à proximité.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande, pour le trichloroéthylène dans l'air intérieur des immeubles d'habitation ou locaux ouverts au public :

- 2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ comme valeur repère de qualité d'air ; applicable dans un délai de cinq ans, elle vise à protéger des effets cancérigènes du trichloroéthylène ainsi que des effets chroniques non cancérogènes : hépatiques, rénaux, neurologiques, immunologiques, effets sur la reproduction et le développement.
- 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ comme valeur d'action rapide ; elle déclenche la mise en œuvre d'actions correctives pour abaisser la concentration à moins de 2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ dans les bâtiments dans un délai de moins de six mois.

Le HCSP recommande que, dans un délai de deux ans, des mesurages des concentrations intérieures soient effectués dans les immeubles d'habitation ou locaux ouverts au public situés à proximité d'une source de contamination (ex. : sol pollué). Il préconise que ces mesurages aient un caractère obligatoire pour les propriétaires de bâtiments accueillant du public ou pour les propriétaires bailleurs de logements et soient recommandés pour les propriétaires occupants. Si la valeur d'action rapide est atteinte, l'organisme ayant réalisé les mesures devrait être tenu d'en informer les autorités compétentes (ARS, DREAL) afin de conduire les investigations de manière à identifier les sources et les risques pour le voisinage.

PERSPECTIVES

En 2013, la CSRE poursuivra les travaux qu'elle a initiés :

- les réponses aux saisines en cours (valeurs repères dans l'air intérieur pour les particules, procédures de gestion du risque amiante, bruit de basse fréquence dans les lieux de loisirs ; expositions des enfants au plomb ; respect de la directive européenne relative à la présence de plomb dans l'eau de boisson) ;
- l'analyse de la gestion locale des situations de non-conformités de l'eau de boisson ;

Elle procèdera également à l'instruction des nouvelles saisines qui seront soumises au HCSP dans le champ des risques liés à l'environnement.

COMMISSION SPÉCIALISÉE SÉCURITÉ DES PATIENTS : INFECTIONS NOSOCOMIALES ET AUTRES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS ET AUX PRATIQUES

PRESENTATION

Président : Bruno Grandbastien

Vice-président : Philippe Michel

Coordonnatrice : Brigitte Haury

Chargée du suivi : Claudine Le Grand

La Commission spécialisée « Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques » (CSSP) réunit l'expertise nécessaire à l'évaluation des risques liés aux infections nosocomiales, des risques liés à des soins et des risques liés à des pratiques pouvant avoir un impact sur la santé de la population et à l'évaluation des stratégies de gestion de ces risques. En tant que de besoin, elle établit une collaboration avec la Commission spécialisée « Maladies transmissibles » dans le domaine des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.

COMPOSITION

Depuis le 22 mars 2011, elle compte 15 personnalités qualifiées et cinq membres de droit : ABM, ANSM, EFS, HAS, InVS. Suite à la démission d'une personnalité qualifiée, Mme D. Bonnet-Zamponi a été nommée le 2 août 2012.

ACTIVITES

En 2012, la commission a tenu huit séances plénières. Elle a poursuivi ou organisé cinq groupes de travail au long de l'année et participé à des groupes pilotés par la CSMT (gale et légionellose). Plusieurs de ses membres ont représenté le HCSP à différents colloques.

▪ Les saisines

Les saisines ont émané de la Direction générale de la santé, de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction générale du travail (DGT) et ont concerné principalement les risques infectieux et les risques liés aux pratiques non conventionnelles.

• Saisine sur les risques liés à la biologie totale des êtres vivants

Saisine de la DGS du 7 février 2012. Cette pratique repose sur le postulat que la pensée humaine aidée par un thérapeute idoine peut guérir de nombreuses maladies organiques. L'Inserm avait fait une revue de la littérature montrant que le risque majeur était de détourner les patients de traitements évalués. La CSSP a estimé n'avoir pas d'éléments à ajouter.

Le président du HCSP a fait un courrier en ce sens au Directeur général de la santé.

- **Saisine sur les risques liés à la pratique de la fish therapy**

Saisine de la DGS du 30 mars 2012. Cette technique est essentiellement à visée esthétique, mais elle est parfois utilisée dans l'eczéma ou le psoriasis. La DGS a sollicité la Société française de dermatologie qui a fait une revue de la littérature et n'a pas mis en évidence d'efficacité de la méthode dans l'eczéma ou le psoriasis. Elle en a souligné le risque infectieux. Très peu de données existent dans la littérature et la HAS qui avait été sollicitée par la DGS avait répondu qu'elle ne pouvait se prononcer. Le HCSP a proposé de répondre sous réserve de disposer d'éléments complémentaires qui ont été énoncés.

- **Saisine sur les risques liés à la mésothérapie**

Saisine de la DGS du 13 avril 2012. La mésothérapie est une technique qui pose le principe d'administrer au plus près de la lésion de faibles doses de médicaments. Les indications proposées sont très variées : tendinite, lombalgie, migraines, asthme...

Une étude de l'Inserm avait conclu en 2010 que les risques de transmission de pathogènes étaient avérés et que les bénéfices n'étaient pas établis. L'Inserm ajoutait qu'il fallait développer des études pour se prononcer sur l'efficacité et les risques liés à la mésothérapie. Compte tenu de ces éléments et de l'absence d'études nouvelles, le HCSP n'a rien ajouté aux termes de la réponse de l'Inserm.

Pour ces trois dossiers, il apparaît que parler des risques de façon isolée n'a pas de sens et qu'il faut évaluer les bénéfices et les risques pour toute pratique médicale. Ce type de travail semble davantage relever de la compétence de la HAS que de celle du HCSP.

- **Saisine sur l'intérêt de l'utilisation du formaldéhyde ou de substituts pour le diagnostic en anatomo-cytopathologie**

Saisine de la DGS, de la DGOS et de la DGT du 17 juillet 2012. Le HCSP a estimé que cette saisine ne relève ni de la compétence de la commission spécialisée Sécurité des patients, ni de la commission spécialisée Risques liés à l'environnement.

- **Saisine sur les conditions d'exercice et les risques liés à la thanatopraxie**

Saisine de la DGS et de la DGT du 8 février 2012 sur les risques liés aux pratiques de thanatopraxie et sur la possibilité de lever l'interdiction des soins de thanatopraxie pour les personnes décédées d'une des pathologies infectieuses mentionnées dans l'arrêté du 20 juillet 1998 (maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires, parmi lesquelles le VIH et les hépatites virales).

Dans son rapport et son avis, envoyés à la DGS et au cabinet de la ministre fin décembre 2012, le Haut Conseil de la santé publique rappelle que les soins de thanatopraxie sont des actes invasifs, nécessitant l'utilisation de produits toxiques voire cancérogènes. Quelles que soient les conditions dans lesquels ils sont réalisés, ils génèrent des risques pour le thanatopracteur. L'objectif du HCSP est de proposer un encadrement des conditions de travail des thanatopracteurs tel que ces risques soient réduits à un niveau aussi faible que possible. L'acceptabilité du risque résiduel devrait être analysée dans une perspective bénéfice-risque, qui nécessite un débat sociétal.

Le HCSP recommande :

- qu'une bonne information des familles de défunts sur la réalité des soins de thanatopraxie soit délivrée ;
- que les actes soient réalisés exclusivement dans des locaux dédiés, spécifiques, et dans des conditions qui permettent de réduire les risques ;
- que les thanatopracteurs soient correctement formés à l'hygiène et à la sécurité.

Il recommande, sous ces conditions, la levée de l'interdiction des soins de corps pour les personnes décédées des infections par le VIH et les virus de l'hépatite B ou C.

- **Saisine sur la tuberculose multirésistante**

Saisine de la DGS du 21 novembre 2012. Elle porte sur le diagnostic et la thérapeutique de la tuberculose multirésistante. La CSSP a souhaité étendre le champ des recommandations aux aspects de prévention de la transmission en cohérence avec le travail qu'elle réalise sur les BHR provenant de l'étranger. Ce travail sera mené en lien avec la CSMT.

Deux saisines ont été confiées à la CSMT en 2011, avec constitution d'un groupe de travail inter-commissions. Les avis et/ou rapports seront rendus début 2013 :

- **Révision du guide d'aide à l'investigation des cas de légionellose.**
- **Actualisation des recommandations relatives à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale.**

- **Programme de travail**

- **Bactéries hautement résistantes**

Comme prévu dans son programme de travail, la CSSP a mis en place un groupe de travail sur la conduite à tenir pour prévenir la dissémination des bactéries hautement résistantes survenant notamment lors de rapatriement de personnes de l'étranger. Cet important travail issu de la réflexion de plus de vingt experts sera terminé au 1^{er} trimestre 2013.

- **Avis et rapports du HCSP adoptés par la CSSP**

- **Aide à la définition d'indicateurs de résultats destinés à la publication dans le cadre du programme de prévention des infections nosocomiales (PROPIN) et des autres programmes sectoriels à venir pour la prévention des infections associées aux soins**

Suite à la saisine de la DGOS en date du 21 septembre 2010, le groupe de travail a utilisé la méthode formalisée de consensus d'experts (Delphi). Une vingtaine d'experts extérieurs au groupe de travail ont été sollicités à deux reprises et réunis pour discuter des indicateurs sélectionnés. Le groupe de travail a rendu ses conclusions dans une synthèse adressée à la DGOS en juillet 2012. Le rapport détaillé sera disponible à la fin du 1^{er} trimestre 2013.

- **Actualisation du guide sur la conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës (IRA) en collectivités de personnes âgées**

En 2005, un rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la conduite à tenir face à des cas groupés d'IRA en collectivité pour personnes âgées a été publié en annexe d'une circulaire du 22 novembre 2006. Depuis différents guides ou recommandations sur la prévention du risque infectieux en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont été publiés qui ont conduit le HCSP à actualiser ces recommandations de 2006 à la demande de la DGS (saisine DGS du 8 juillet 2011).

Suite à cette saisine, un groupe de travail s'est mis en place en lien avec la CSMT et a rendu ses conclusions en juillet 2012.

Les fiches portent sur les points suivants : 1) données épidémiologiques et diagnostiques, 2) particularités des personnes âgées, 3) prévention des IRA en collectivité pour personnes âgées, 4) conduite à tenir devant un cas isolé d'IRA en Ehpad, 5) conduite à tenir devant plusieurs cas d'IRA en Ehpad, 6) démarche de recherche étiologique.

Les recherches étiologiques sont rarement effectuées ou ne ciblent que quelques agents pathogènes. Les infections virales occupent une part importante. La recherche étiologique

apparaît nécessaire et importante, principalement dans un contexte d'épidémie d'IRA. En l'absence de diagnostic microbiologique, la prescription d'antibiotiques est fréquente et le plus souvent inadaptée.

Malgré une amélioration de la réactivité des établissements accueillant des personnes âgées pour identifier et contrôler les épisodes infectieux depuis les recommandations de 2006, il apparaît toujours nécessaire de renforcer la surveillance et la prise en charge de ces épisodes. La protection du personnel et de son entourage est, par ailleurs, un objectif important.

- **Procédure de désinfection avant ponction ovocytaire dans le cadre de l'AMP**

L'Agence de la biomédecine a sollicité le HCSP sur l'opportunité de rédiger des recommandations à l'attention des professionnels concernés. Les recommandations présentées dans cet avis ont été élaborées par un groupe de travail spécifique réunissant des experts du HCSP (commission spécialisée « Sécurité des patients »), des experts gynécologues, épidémiologistes, hygiénistes et biologistes.

Au-delà de la recherche bibliographique, un état des lieux, large mais non exhaustif, portant sur les pratiques actuelles a été réalisé auprès des centres agréés.

Le HCSP a rédigé des recommandations sur la procédure de désinfection avant une ponction ovocytaire chez les femmes bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation (AMP) à la demande de l'Agence de la biomédecine (Avis septembre 2012). Les risques infectieux ne se situent pas uniquement au niveau de la procédure de désinfection, mais tout au long du processus intégré que représente l'acte global de ponction ovocytaire.

C'est pourquoi le HCSP recommande plusieurs mesures préventives, dont la procédure de désinfection avant ponction, pour concourir à la maîtrise des risques infectieux. Sont abordés : la préparation cutanéomuqueuse de la patiente, l'intérêt d'une antibioprophylaxie, la gestion des dispositifs médicaux ainsi que l'information de la patiente et le signalement des événements indésirables.

Le HCSP recommande par ailleurs que soient réalisées des recherches sur les effets de la povidone et d'autres désinfectants non encore embryotestés. Enfin, il propose que soient élaborées des bonnes pratiques globales sur l'activité de ponction ovocytaire.

- **Participation à des groupes de travail extérieurs et colloques**

- **Groupes de travail**

La CSSP a participé à deux groupes de travail de la DGOS :

- Commission de suivi du programme de prévention des infections associées aux soins (CoSPIN).
- Comité de coordination du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin).

Un membre de la CSSP représente le HCSP à la Commission amélioration des pratiques professionnelles et sécurité des patients de la Haute Autorité de santé (CAPPSP).

- **Colloques**

Philippe Michel. Pour une politique de sécurité des patients, globale et intégrée : Principes et préconisations. Journée interrégionale de la Haute Autorité de santé, Bordeaux, 5/10/12.

Philippe Michel. Pour une politique de sécurité des patients, globale et intégrée : Principes et préconisations. XIVème congrès de la Société française de pharmacie clinique, Bordeaux, 02/02/12.

Philippe Michel. Pour une politique de sécurité des patients, globale et intégrée : Principes et préconisations. Colloque du ministère de la Santé pour la Semaine Sécurité des Patients, Paris, 23/11/11.

Philippe Michel. Pour une politique de sécurité des patients, globale et intégrée : Principes et préconisations. 3^{ème} colloque sur l'erreur médicale, Palais des Congrès, Paris 27/09/12.

PERSPECTIVES

Outre les saisines en cours ou à venir, la CSSP a décidé pour 2013 et 2014 de travailler sur deux projets :

- **Sécurité des patients au niveau régional** : il s'agit de réaliser un état des lieux des projets régionaux en matière de sécurité des patients (PRS) et de faire des préconisations pour l'améliorer.
- **Sécurité des personnes âgées sortant d'établissements de santé** : le champ précis doit encore être défini (gériatrie ou personnes âgées sortant de diverses unités). Il s'agit d'identifier les points de risque quels qu'ils soient (médicamenteux, suites d'actes invasifs et infectieux) et de proposer des actions de prévention.

COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRESENTATION

Président : François Bourdillon

Vice-président : Didier Jourdan

Coordonnatrice : Roberte Manigat

Secrétaire : Catherine de Pretto

La Commission spécialisée « Prévention, éducation et promotion de la santé » (CSPEPS) réunit l'expertise scientifique nécessaire à :

- l'analyse des déterminants individuels et collectifs des comportements affectant la santé ;
- l'évaluation des interventions susceptibles de soutenir et de renforcer les capacités des individus et des populations à accroître le contrôle sur leur santé et à améliorer celle-ci.

COMPOSITION

La commission est composée de :

- 18 personnalités qualifiées : médecins de santé publique et praticiens de diverses spécialités médicales, professionnels de santé compétents en prévention, éducation et promotion de la santé, spécialistes en sciences humaines et sociales dans le champ de la santé ;
- 3 membres de droit représentant les directeurs des institutions suivantes : INCa, Inpes et HAS.

Le bureau de la commission est composé du président, du vice-président et de la coordonnatrice.

ACTIVITES

En 2012, la CSPEPS a tenu sept réunions plénières. Une réunion téléphonique du bureau de la commission s'est tenue environ une semaine avant chacune des réunions plénières de l'année.

L'essentiel de l'activité de la CSPEPS a été centrée sur la mise en œuvre du programme de travail du HCSP, tel que validé au début de la seconde mandature, fin 2011. Sur les six groupes de travail constitués pour conduire des expertises dans un des grands domaines retenus comme prioritaire (cf. infra), tout au long de la mandature actuelle, cinq ont démarré leurs travaux.

Les autres activités concernent la participation aux travaux transversaux du HCSP : groupes transversaux, évaluation de plans de santé publique, participation à la revue ADSP.

▪ La mise en œuvre du programme de travail de la Commission

- **Groupe sur les politiques de lutte contre le tabagisme et la consommation de tabac**

Le projet d'avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France, qui prolonge celui du 22 septembre 2010 relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme, a été finalisé en janvier 2012 et publié sur le site Internet du HCSP en février 2012.

L'approche transversale développée a permis de prendre en compte la position et les apports du groupe de travail transversal sur les inégalités sociales de santé. De plus, s'agissant d'un projet émanant du HCSP, cet avis a donné lieu à une validation du Comex.

Par ailleurs, la première réunion plénière de l'ensemble du HCSP de l'année, qui a eu lieu le 22 mai 2012, a été consacrée à cette thématique et un numéro de la revue Actualité et dossier en santé publique (Adsp) intitulé « Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité » daté de décembre 2012 sera publié en janvier 2013.

- **Groupe de travail sur la prévention, l'éducation et la promotion de la santé en milieu scolaire**

Un premier avis relatif à la Politique de santé à l'école a été approuvé par la commission lors de sa réunion plénière du 7 décembre 2011. S'agissant d'un projet émanant du HCSP, cet avis a donné lieu à une présentation devant le Comex, suivi de nombreux échanges durant le premier semestre 2012. Il a été finalement publié sur le site du HCSP en juillet 2012.

Une seconde expertise centrée sur le dispositif de médecine scolaire est en cours. En dehors des nombreux échanges électroniques, l'élaboration de cet avis a donné lieu à trois réunions physiques et quatre auditions. Le projet d'avis a été régulièrement présenté et discuté en séance plénière de la Commission et sera soumis au vote début 2013.

- **Groupe de travail sur l'implication des collectivités territoriales dans la prévention au travers des Ateliers Santé-Ville**

Le travail d'expertise porte sur le dispositif des Ateliers Santé Ville (ASV) dans la promotion de la santé et la réduction des inégalités de santé au niveau territorial.

Des auditions ont été organisées en séance plénière dans le cadre d'une première phase en vue du recensement et du bilan relatif à l'organisation des ASV et aux acteurs impliqués. Une réunion physique du groupe de travail a été consacrée à la rédaction et au recadrage d'un premier avis qui sera soumis à l'approbation de la commission début 2013.

- **Groupe de travail sur la promotion de la santé mentale**

Ce groupe, qui a vocation à produire des expertises tout au long de la mandature, a concentré son activité sur un premier thème : les programmes de soutien et d'aide à la parentalité. En 2012, trois réunions (dont deux réunions téléphoniques) se sont tenues pour élaborer la démarche en vue de l'élaboration de l'avis. Devant les incertitudes liées aux programmes EST (Empirically Supported Treatment) émanant des pays anglo-saxons qui commencent à être utilisés en France, la Commission a statué sur la nécessité de réévaluer leur impact.

- **Groupe de travail sur les mesures susceptibles de contribuer à la promotion d'une alimentation de qualité et visant à réduire les inégalités**

Le travail d'expertise proposé en 2011, qui portera sur quatre dispositifs³ visant à réduire les inégalités et susceptibles de contribuer à la promotion d'une alimentation de qualité, se déroulera sur toute la mandature actuelle et devrait démarrer durant le second trimestre 2013.

- **Séminaire inter-commission sur les vaccinations**

Trois séminaires sur des thématiques relatives à la mise en œuvre de la politique de vaccination en France ont été organisés en 2012 par un groupe de travail commun au Comité technique des vaccinations (CTV), à la Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT) et à la CSPEPS. Le premier séminaire traitant des obligations vaccinales *versus* les recommandations en la matière s'est tenu le 18 janvier, le second sur la prise en charge financière des vaccins a eu lieu le 14 mars et le dernier portant sur les outils de mesure de la couverture vaccinale a clôturé le cycle le 23 mai.

Les deux premiers thèmes traités font l'objet d'élaboration d'avis en cours.

▪ **Les autres activités**

La CSPEPS a aussi contribué à la mise en œuvre de la mission d'évaluation des politiques sanitaires du HCSP : Virginie Halley des Fontaines a co-piloté le premier axe de l'évaluation du Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques « Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer ».

La coordination d'un numéro de la revue *Actualité et dossier en santé publique (Adsp)* sur « Collectivités territoriales et santé » a été proposée par la commission et sera assurée par Didier Febvrel en lien avec le groupe de travail sur l'implication des collectivités territoriales dans la prévention au travers des Ateliers Santé-Ville (ASV). Ce numéro paraîtra en 2013.

Par ailleurs, la Commission prend une part active dans certains groupes de travail transversaux du HCSP : le groupe objectifs de la loi de santé publique, le groupe inégalités sociales de santé, le groupe santé en régions, le groupe adaptation et prospective, ainsi qu'au Comité de rédaction de la revue *Adsp*.

▪ **Avis du HCSP adoptés par la CSPEPS**

- **Avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France**

Avis du 25 janvier 2012, relatif au système de taxation dans le cadre de la lutte contre le tabagisme. Trois constatations conduisent le Haut Conseil de la santé publique à émettre un avis relatif à la fiscalité des produits du tabac. La première est qu'aujourd'hui le tabagisme est reparti à la hausse aussi bien en population générale que chez les jeunes. La deuxième est son coût, lié à ses conséquences sur la santé des fumeurs estimé à plus de 47 milliards d'euros par an. La troisième est que l'outil de lutte contre le tabagisme le plus efficace, à savoir les augmentations des taxes sur les produits du tabac, n'a plus été mobilisé depuis 2004, dernière année de forte augmentation des taxes sur le tabac.

³ Il s'agit des 4 dispositifs suivants : la création d'un logo nutritionnel positif pour aider les consommateurs dans leurs achats ; la régulation de la publicité télévisuelle aux heures de grande écoute ; la fourniture de coupons fruits-légumes pour les populations les plus défavorisées ; les mesures de régulation fiscales des aliments intégrant une approche positive pour la santé.

Partant de ces constatations et considérant les contraintes que représentent l'impact de la consommation de tabac sur le revenu des populations les plus défavorisées ainsi que la contrebande et les achats transfrontaliers de tabac, le Haut Conseil de la santé publique recommande d'augmenter les taxes sur tous les produits du tabac en vue d'en augmenter le prix, de taxer à la même hauteur tous les produits du tabac (cigarettes, cigares, tabac à rouler, ...) et, pour contenir la possible aggravation des inégalités de santé, de redéfinir les actions de prévention. Le Haut Conseil de la santé publique recommande en particulier d'adapter les messages et les actions de prévention aux différents groupes de populations de fumeurs, de développer des actions de recherche spécifiques, y compris des recherches interventionnelles pour diminuer le tabagisme des fumeurs appartenant aux catégories sociales les plus vulnérables et enfin d'augmenter le remboursement du sevrage tabagique.

Afin d'éviter la dilution des responsabilités de la politique de lutte contre le tabac et pour mieux prendre en compte les aspects sanitaires, le HCSP préconise la création d'un pilotage unique du contrôle du tabac et de l'application de la Convention Cadre de Lutte contre le Tabac de l'OMS, dépendant directement du Premier ministre.

• Avis relatif à une politique de santé à l'École

Le HCSP s'est saisi de la question de la santé à l'école. Le travail, issu de la CSPEPS a fait l'objet d'une large concertation au sein du HCSP qui a rendu en janvier 2012 un avis général proposant les axes d'une politique de santé à l'école.

L'enfance et l'adolescence constituent des périodes clé du développement au cours desquelles peuvent se créer, s'amplifier ou au contraire s'atténuer les inégalités de santé. C'est en référence à ses missions, en tant que milieu de vie qui accueille les élèves français pendant plus d'une décennie et comme espace privilégié d'éducation, que le système éducatif peut contribuer à l'amélioration de la santé de tous.

C'est dans un contexte d'évolution rapide du système éducatif que le Haut Conseil de la santé publique a décidé de se saisir de cette problématique. Sur la base d'une analyse approfondie des données disponibles, il appelle à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'une politique de santé en milieu scolaire renouvelée.

Le HCSP appelle à une clarification des missions de l'école en matière de santé. Il met en avant la nécessité de l'ancrage de la politique de santé scolaire au sein des politiques régionales d'éducation et de santé. Il appelle à une démarche qui fait des écoles primaires et des établissements du second degré, au sein de leur environnement local, l'échelon opérationnel de la définition, de la mise en œuvre et de l'évaluation des dispositifs. Par conséquent, c'est dans une perspective de soutien et d'accompagnement des écoles et des établissements que les moyens doivent être prioritairement mobilisés.

Ainsi, le HCSP recommande spécifiquement :

- de fournir aux équipes des établissements scolaires un curriculum national définissant les étapes de la construction des compétences des élèves vis-à-vis de la santé, de la maternelle au lycée ainsi que des ressources pédagogiques adaptées;
- la création d'un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé » ;
- le développement d'un ambitieux dispositif de formation initiale et continue des acteurs, appuyé sur un consortium d'universités.

Cet avis général devrait être suivi de quatre avis spécifiques sur le contenu du curriculum national d'éducation à la santé, la médecine scolaire, les politiques des établissements scolaires au sein des territoires et la formation des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé à l'École.

PERSPECTIVES

La plupart des groupes de travail constitués en 2011 vont poursuivre leur activité tout au long de la mandature, même si leur composition est susceptible d'évoluer notamment en fonction de l'objet précis d'un projet d'avis particulier.

■ Groupe de travail santé à l'école :

Quatre avis supplémentaires seront émis durant la mandature, dont au moins deux en 2013. Ils porteront sur les questions suivantes :

- le service de médecine scolaire ;
- l'établissement d'un curriculum d'éducation à la santé tout au long de la scolarité des élèves ;
- la formation des acteurs de la promotion de la santé en milieu scolaire ;
- les politiques locales de santé scolaire et les modalités de structuration des liens entre les établissements et leur territoire d'implantation.

■ Groupe de travail sur l'implication des collectivités territoriales dans la prévention au travers des Ateliers Santé-Ville : un avis est programmé en 2013.

■ Groupe de travail sur la promotion de la santé mentale : travail sur toute la mandature avec un premier avis en 2013 portant sur les programmes de soutien et d'aide à la parentalité.

■ Groupe de travail sur les mesures susceptibles de contribuer à la promotion d'une alimentation de qualité et visant à réduire les inégalités :

Quatre avis seront émis durant la mandature, dont un en 2013. Ils porteront sur les quatre dispositifs suivants :

- la création d'un logo nutritionnel positif pour aider les consommateurs dans leurs achats ;
- la régulation de la publicité télévisuelle aux heures de grande écoute ;
- la fourniture de coupons fruits-légumes pour les populations les plus défavorisées ;
- les mesures de régulation fiscales des aliments intégrant une approche positive pour la santé.

D'autres thèmes de travail sont évoqués : les addictions (poursuite de la réflexion sur la lutte contre le tabagisme, initier une réflexion sur l'alcoolisme et l'usage de substances psycho-actives), les dépistages et la santé sexuelle.

COMMISSION SPÉCIALISÉE ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE

PRESENTATION

Président : Franck Chauvin
Vice-présidente : Valérie Buthion
Coordonnateur : Elisabeth Roche
Secrétaire : Catherine de Pretto

Chargée de la coordination des travaux sur l'évaluation : Béatrice Tran

COMPOSITION

La Commission spécialisée « Évaluation, stratégie et prospective » (CSESP) compte 15 personnalités qualifiées et cinq membres de droit : InVS, Anses, Inpes, INCa, HAS. La Drees est invitée permanente.

En 2012, elle a tenu neuf séances plénières.

Elle réunit l'expertise nécessaire pour :

- analyser l'évolution de la santé de la population ;
- identifier les principaux déterminants de cette évolution ;
- évaluer les plans et programmes de santé ainsi que l'impact sur la santé des autres politiques publiques.

ACTIVITES

■ Travaux réalisés

Les travaux de la CSESP ont principalement porté sur l'évaluation de plans de santé publique pour lesquels la commission est le référent méthodologique :

- évaluation de plans un an avant leur échéance (plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, plan hépatites B et C) ou de plan à mi-parcours (plan cancer 2) ;
- soutien méthodologique à l'élaboration de l'évaluation de plans en cours (programme de soins palliatifs, plan en faveur des personnes placées sous main de justice, plan « accidents vasculaires cérébraux »).

Les membres de la commission ont également entrepris un travail de réflexion sur les méthodes de l'évaluation des plans de santé publique et organisé un séminaire de travail sur le sujet.

■ Évaluation de plans

Pendant l'année 2012, la CSESP a co-piloté trois évaluations de plan de santé publique commanditées par le Directeur général de la santé, elle sera également co-pilote de l'évaluation du PNSE2 :

- Evaluation finale du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2012,
- Evaluation de la mise en œuvre du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012
- et évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013.

Ces travaux sont décrits dans le chapitre des travaux transversaux validés par le comité exécutif (pages 13 à 18)

▪ Aide à la préparation d'évaluations

• Programme national de soins palliatifs 2008-2012

Le HCSP a été sollicité par la Directrice générale de l'organisation des soins pour une aide méthodologique à l'élaboration du plan d'évaluation du programme national de soins palliatifs 2008-2012. L'objectif du plan est axé sur la culture palliative dans la pratique de tous les professionnels de santé et sur l'introduction de cette culture dans la réflexion citoyenne. Des moyens organisationnels, académiques et orientés vers les aidants familiaux ont été définis pour atteindre cet objectif. Un groupe de travail a été constitué piloté par Franck Chauvin et a travaillé en étroite communication avec les commanditaires. Le SG-HCSP était représenté par Béatrice Tran. Des propositions d'études à mettre en place ont été faites sur la base d'une analyse du programme à partir du modèle de Green.

La note de réponse a été remise au commanditaire et mise en ligne sur le site du HCSP en septembre 2012.

• Plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014

En septembre 2011, la Directrice générale de l'offre de soins et le Directeur général de la santé ont saisi le HCSP d'une demande de soutien méthodologique pour l'évaluation du plan d'actions stratégiques pour une « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ». Le HCSP était sollicité précisément pour aider à définir des indicateurs d'impact du plan en vue de son évaluation finale.

Un groupe de travail a été mis en place début 2012 ; il était constitué de cinq personnalités qualifiées de la CSESP et piloté par Caroline Weill ; le SG-HCSP était représenté par Brigitte Haury. L'analyse de la demande a été faite à partir de la grille d'analyse complétée avec la participation du directeur de projet attaché à la DGOS et la responsable des actions sur ce thème à la DGS. Le groupe de travail s'est appuyé sur l'analyse de documents publiés ou communiqués par les parties prenantes et sur des auditions pour définir les questions évaluatives renvoyant aux objectifs stratégiques du plan et élaborer une proposition de méthode d'évaluation ; les principales recommandations ont porté sur l'organisation du comité d'évaluation, l'ajout de modules spécifiques sur la santé des personnes sous main de justice à programmer dans les grandes enquêtes nationales, la réalisation d'enquêtes *ad hoc* quantitatives et d'études qualitatives.

Le rapport a été remis aux commanditaires en septembre 2012 et présenté aux parties prenantes en novembre 2012.

• Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux » 2010-2014

En mars 2012, la Directrice générale de l'offre de soins a saisi le HCSP d'une demande de soutien méthodologique pour la préparation de l'évaluation de l'impact du plan, dont l'objectif principal est de réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC. Les personnes en charge du suivi du plan à la DGOS ont présenté la demande aux membres de la CSESP le 29 mars ; un groupe de travail a été mis en place, constitué de quatre personnalités qualifiées de la CSESP et son pilotage confié à Marie-Hélène

Bouvier Colle ; le SG-HCSP était représenté dans ce groupe de travail par Béatrice Tran et Elisabeth Roche. Après analyse de la demande fondée sur la grille d'analyse, les membres du groupe de travail ont procédé à des auditions et à l'analyse de documents publiés ou fournis par les personnes auditionnées et l'équipe projet de la DGOS. Le groupe de travail s'est attaché principalement à analyser la qualité des indicateurs prévus et disponibles pour évaluer l'atteinte des objectifs du plan et à proposer si ces indicateurs étaient insuffisants, des indicateurs ou des méthodes d'évaluations complémentaires.

Le rapport final devrait être présenté et remis au commanditaire au premier trimestre 2013.

▪ **Réflexion sur les évaluations de plans de santé publique**

L'analyse des demandes d'évaluation, la place des parties prenantes dans le processus évaluatif, le rôle du HCSP dans les demandes d'appui méthodologique à l'évaluation des plans sont des sujets débattus au sein de la CSESP. La nécessité de s'appuyer sur un référentiel commun s'est rapidement imposée.

Un séminaire de travail a été organisé en septembre 2012. Ouvert à l'ensemble des membres du HCSP, il avait pour objectif de faire un retour d'expérience sur les évaluations menées par le HCSP depuis sa création en 2007, évaluations *ex-post* ou *ex-ante*, et sur les outils à disposition, notamment la grille d'analyse des demandes d'évaluation conçue pour apprécier l'évaluabilité d'un plan et utilisée comme un outil de dialogue avec les parties prenantes ; les voies de progrès possibles ont été également discutées. Ce séminaire a réuni 61 membres du HCSP. Le rapport de synthèse et des propositions de recommandations sont attendus pour le premier trimestre 2013. Ces éléments appuieront le travail qui se poursuit au sein de la CSESP en vue de l'élaboration d'un référentiel HCSP de l'évaluation.

▪ **Autres travaux**

• **Participation aux groupes de travail transversaux**

Les membres de la CSESP sont fortement impliqués dans les travaux des cinq groupes transversaux.

Les groupes transversaux « Systèmes d'information en santé », « Adaptation et prospective et « Santé en régions » sont présidés chacun par une personnalité qualifiée de la commission.

Des membres de la commission participent également au groupe de travail sur les inégalités sociales de santé et à celui sur les objectifs de santé publique.

PERSPECTIVES

En 2013, les travaux de la CSESP seront consacrés essentiellement à l'évaluation :

■ **Finalisation des rapports concernant :**

- l'évaluation du plan national de lutte contre les hépatites B et C ;
- l'évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques;
- l'aide méthodologique à l'évaluation du plan « accidents vasculaires cérébraux ».

■ Évaluation finale du plan Cancer 2009-2013

■ **Évaluation d'un autre plan à échéance** en 2013, sous réserve, compte tenu des engagements des personnalités qualifiées du HCSP sur les autres travaux en cours.

■ Élaboration d'un référentiel HCSP de l'évaluation

Un groupe de travail « Méthodologie de l'évaluation », issu de la CSESP, a été constitué en décembre 2012. Constitué de cinq personnalités qualifiées de la CSESP, piloté par Franck Chauvin et Valérie Buthion, le SG-HCSP étant représenté par Béatrice Tran et Elisabeth Roche, il proposera à la CSESP des recommandations pour l'élaboration de ce référentiel. Il préparera également un séminaire sur l'évaluation des plans de santé publique.

■ **Organisation d'un séminaire sur l'évaluation des plans de santé publique** au HCSP, prévu pour la fin 2013. Ce séminaire ouvert à un large public vise à mieux définir les attentes des commanditaires, à mieux faire connaître le rôle du HCSP dans l'évaluation des plans de santé publique, ainsi qu'à échanger sur les bonnes pratiques en la matière, au niveau national voire international. Il a également pour objectif de présenter des propositions de cadre méthodologique et identifier les points conceptuels ou méthodologiques qui restent à clarifier.

LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU HCSP

PRESENTATION

Secrétaire générale : Renée Pomarède

Assistante : Aline Orriols

La Direction générale de la santé assure le secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique (art. R. 1411-57 du code de la santé publique).

Le secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique (SG-HCSP) coordonne, accompagne, soutient et valorise les travaux du HCSP.

Par son appui, il doit permettre au HCSP de répondre aux saisines des ministres, des directions des ministères au premier rang desquels celui de la santé et d'être en mesure de faire des recommandations au ministre en charge de la santé pour l'élaboration de la future loi de santé publique.

ACTIVITES

▪ Assurance qualité

Chargée de mission : Elisabeth Roche

• Procédures

Les procédures qui visent à formaliser les processus liés à l'exercice de l'expertise portent notamment sur le fonctionnement des instances du HCSP, le traitement des saisines, la gestion des divergences et la prévention et la gestion des conflits d'intérêt.

Ces procédures ont été validées par la Secrétaire générale et le président du HCSP en 2012. Concernant la procédure relative aux conflits d'intérêt, elle intègre les nouvelles dispositions requises par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

• Déclaration d'intérêt

En application de la loi du 29 décembre 2011, le décret n° 2012-745 du 9 mai 2012 unifie et étend le champ de la déclaration publique d'intérêt depuis le 1er juillet 2012. Le formulaire de déclaration, fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012, est commun aux institutions et agences sanitaires. Ce formulaire sera mis à disposition des membres du HCSP début 2013 dans le cadre de la déclaration annuelle

• Évaluation de la satisfaction des commanditaires

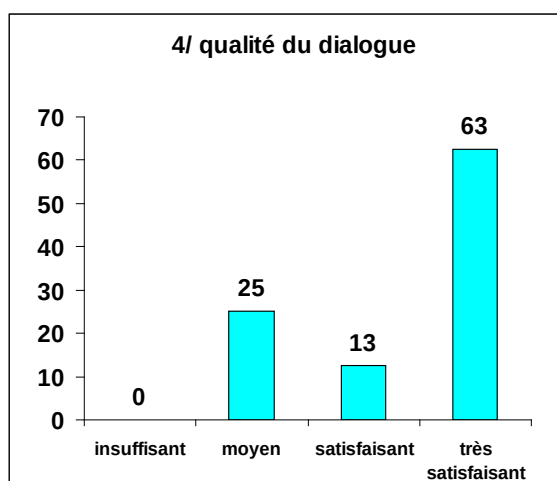
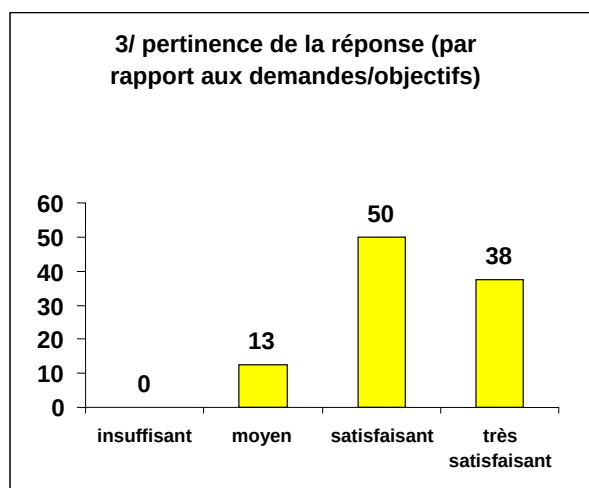
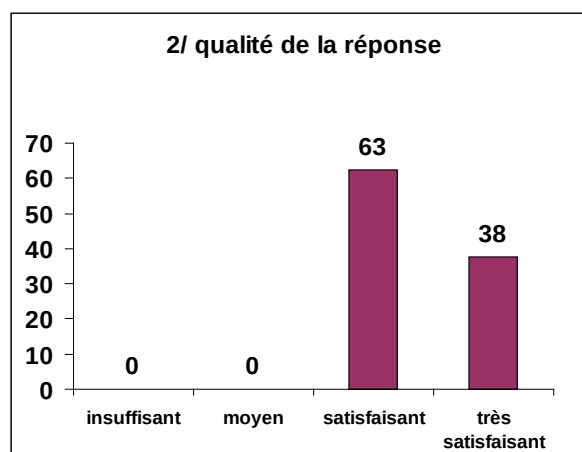
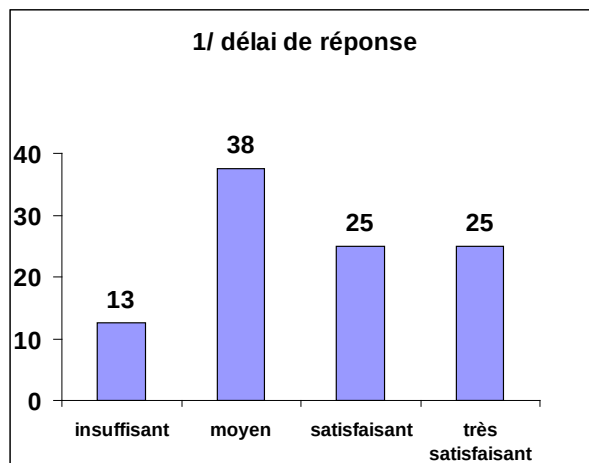
Évaluer la satisfaction des commanditaires s'inscrit dans la démarche qualité engagée par le HCSP. Outil de dialogue, le suivi mis en place par le HCSP répond à plusieurs objectifs : s'assurer de l'adéquation de la réponse du HCSP aux objectifs formulés de la saisine, évaluer la qualité des travaux menés, connaître le devenir des avis et des rapports émis par le HCSP, identifier les points d'amélioration envisageables.

Ce suivi se présente sous la forme d'un court questionnaire adressé aux responsables des services concernés et aux personnes spécifiquement en charge du dossier dans les semaines ou mois suivant l'avis et/ou le rapport du HCSP selon les cas. Après une phase d'expérimentation menée fin 2011, la phase de mise en œuvre a été lancée en 2012 avec l'envoi de 20 questionnaires en juin 2012, 17 questionnaires en novembre 2012, portant

sur 34 saisines et 3 évaluations confiées au HCSP, principalement par la DGS (28) et par la DGOS (3), les préfectures (3), le ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Énergie (3), l'Agence de la biomédecine (1).

Au total, 31 réponses ont été reçues des commanditaires depuis la phase d'expérimentation.

La synthèse de ces réponses a été présentée au Collège le 19 décembre 2012. Quelques résultats, exprimés en pourcentage, sont présentés ci-dessous.



La qualité des travaux est globalement soulignée, Les commanditaires émettent certaines suggestions comme l'intégration d'une approche économique dans les travaux du HCSP, la prise en compte de la société civile, ou encore la définition d'un contrat précisant les modalités d'échanges entre le commanditaire et le HCSP.

Enfin, il faut noter que les délais de réponse du HCSP sont jugés trop longs dans la moitié des cas et posent vraiment question dans 13 % des cas.

▪ Soutien aux travaux

En 2011, le SG-HCSP a organisé 76 réunions plénières de l'ensemble des instances dont trois réunions du Collège et neuf réunions du Comex. Il a assuré la production et la diffusion des comptes rendus des réunions correspondantes du Collège, du Comex, des commissions spécialisées et des comités techniques permanents.

Par ailleurs, le SG-HCSP a coordonné au cours de l'année 2011 les travaux de près d'une cinquantaine de groupes de travail, techniques ou de réflexion.

Il a organisé l'évaluation de quatre plans de santé publique.

Ces travaux ont permis au HCSP d'élaborer au total 79 avis et 18 rapports, dont deux ont été publiés à la Documentation française.

■ **Fonctionnement**

Il s'agit des moyens de fonctionnement nécessaires à la réalisation des travaux des experts imputés sur le Programme 124 de la DGS :

■ L'indemnisation des experts s'élève à 55 200 € pour participation aux travaux et 15 120 € pour perte de revenus. S'y ajoutent 178 350 € de frais de déplacement : 656 ordres de mission pour l'ensemble des réunions organisées en 2012.

Personne en charge du dossier : Catherine de Pretto

■ Les frais de fonctionnement propres aux agents du SG-HCSP se répartissent comme suit : les frais de déplacement des agents du SG-HCSP s'élèvent à 1 829 €, les frais d'inscription aux colloques s'élèvent à 560 €.

Personne en charge du dossier : Aline Orriols

■ Les frais de réception s'élèvent à 13 814,13 € et les frais de fournitures sont pris en charge dans les dépenses globales de la DGS.

Personnes en charge du dossier : Aline Orriols et Isabelle Douard

■ **Commandes aux prestataires et gestion budgétaire**

Chargée de mission : Dominique Guillemain

• **Achats de prestations**

La conduite des travaux a nécessité le recours à des prestations.

■ **Un marché à deux lots, selon la procédure adaptée (MAPA) a été organisé**

Afin de soutenir les travaux d'évaluation du plan de lutte contre les hépatites B et C, un appel d'offres pour deux lots a été conduit et deux prestataires choisis pour :

- Une assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'évaluation
- La réalisation de monographies régionales.

■ **Huit marchés sont en cours**

L'exécution est faite et suivie pour les marchés suivants :

- Réalisation de la pré-impression de la revue *Adsp* élaborée par le HCSP (renouvellement du marché) 2011-2015.
- Pré-impression des autres documents du HCSP
- Prestations de traductions des documents pour le HCSP
- Veille des médias relative aux activités du HCSP
- Correction des épreuves maquetées des publications du HCSP dont la revue *Adsp*.
- Prestations de communication pour le HCSP
- Gestion des sites Internet et Extranet du HCSP
- Aide à la maîtrise d'ouvrage pour l'élaboration de valeurs repères pour trois polluants de l'air intérieur : le naphthalène, le trichloroéthylène et les particules.

■ L'actualisation des prix de deux marchés pluriannuels sur quatre ans

- Marché pour la pré-impression des publications du HCSP.
- Gestion des sites Internet et Extranet du HCSP.

■ Des commandes d'achat directes hors marché

Les commandes d'achat complémentaires (éditions et frais de fonctionnement) représentent respectivement un budget de 33 033,21 € TTC en autorisation d'engagement et en crédits de paiement.

• Gestion budgétaire

Sur le programme budgétaire 204 « Santé publique et prévention » : le montant des engagements s'élève à 324 089, 67 € TTC (259 813 € TTC en 2011) et les montants réglés à 426 032,87 € TTC (462 406 € TTC en 2011).

■ Communication

Chargée de mission : Patricia Siwek

• Communiqués de presse

- 2 mai 2012 : Parution du rapport « Pollution par les particules dans l'air ambiant : recommandations pour protéger la santé ».
- 23 mai 2012 : Sortie du rapport « La santé en France et en Europe : convergences et contrastes ».
- 17 décembre 2012 : Politique de lutte contre le tabac : position du HCSP.

• ■ Présence à des colloques

Le HCSP a tenu un stand présentant ses publications à l'université d'été francophone de Besançon, du 4 au 9 juillet 2012.

• ■ Veille presse et notoriété du HCSP

Une veille de la presse est réalisée par une agence. Les articles de la presse écrite et électronique mentionnant le HCSP ou le nom de son président sont recensés. Chaque jour un envoi sélectif des articles est adressé aux présidents et vice-présidents des commissions.

Durant l'année 2012 le HCSP a été cité 602 fois par la **presse écrite**. La moitié des articles (344) mentionnant le HCSP faisait état des recommandations en matière de vaccinations (81 : méningite ; 107: rougeole ; 57: HPV ; 144 : grippe...). 21 articles rendaient compte des rapports d'évaluation réalisés par le HCSP, 32 reprenaient les informations contenues dans le rapport « La santé en France et en Europe », les autres faisaient suite aux avis rendus (environnement : 35 ; opérations funéraires: 15 ; tabac : 21....).

Dans la **presse électronique** le HCSP a fait l'objet de 217 articles.

▪ **Activité de valorisation des travaux : sites Internet et Extranet**

Chargées de mission : Geneviève Guérin, Kiran Ramgolam

Webmestre : Philippe Ferrero, prestataire

• **Internet**

Entre janvier et décembre 2012, le site hcsp.fr a reçu 970 763 visites, 778 704 pages ont été vues, la lettre de diffusion qui annonce les nouveautés du site a été adressée à 4 362 abonnés (l'inscription à la lettre est accessible sur la page d'accueil), et 1 548 personnes suivent les messages postés par le HCSP sur Twitter.

Le site internet présente l'actualité du HCSP, les nouveaux avis et rapports, de nombreux extraits de la revue Actualité et Dossier en santé publique ; les missions et l'organisation du HCSP, ses rapports d'activité ; les membres, leur activité et leurs publications HCSP, et leur déclaration d'intérêt. Sont également accessibles les avis et les rapports des deux instances qui ont fusionné dans le HCSP, le Haut Comité de la santé publique et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

• **Extranet**

Cet espace de navigation est réservé aux membres des commissions et des comités techniques permanents du HCSP, et pour ce qui les concerne, aux membres des groupes de travail.

Le site participatif hcspi.fr a été mis en service par le HCSP en mars 2008, afin de faciliter le travail de ses membres et de ses experts et leur permettre l'accès aux informations gérées par les coordonnateurs du SG-HCSP. Il comprend pour chaque commission, comité technique et groupe de travail plusieurs espaces de consultation : un tableau de bord, la liste des membres, la liste chronologique des réunions, les comptes rendus de celles-ci, les ouvrages et articles de référence indispensables au travail collaboratif des membres, les textes en cours d'élaboration, etc.

▪ **La revue Actualité et Dossier en santé publique**

Rédacteur en chef : Patricia Siwek

Secrétaire de rédaction : Catherine de Pretto

La revue Adsp est publiée par le Haut Conseil de la santé publique afin de diffuser une culture de santé publique auprès des acteurs de santé.

■ Adsp est une publication trimestrielle qui existe depuis 1992.

■ Le tirage est de 2 000 exemplaires par numéro.

■ Le lectorat est composé d'acteurs de santé publique (agents de l'État, des collectivités territoriales, des hôpitaux, des caisses de sécurité sociale, du domaine associatif, médecins) mais aussi d'établissements de formation et d'étudiants des domaines sanitaire et social.

Cette revue se veut pédagogique. Sa spécificité est son dossier : chaque trimestre un dossier est constitué sur un thème important de santé publique. Il a pour ambition de donner un panorama complet de la problématique abordée, avec des données épidémiologiques, des informations juridiques et économiques, une description du dispositif dans lequel elle s'inscrit, l'état de la recherche, les problèmes particuliers, les perspectives ainsi que des informations sur les expériences étrangères.

Les articles sont, pour la majorité, des articles de commande sur des thèmes décidés par le comité de rédaction qui sollicite, pour les rédiger, des auteurs dont la compétence est reconnue.

- **Organisation**

Le directeur de la publication est le président du HCSP. Le comité de rédaction est composé de membres du HCSP (chaque commission est représentée par un de ses membres) et de personnalités représentant les différents champs de la santé publique. Il se réunit chaque trimestre (une fois par numéro) et décide des thèmes à aborder dans la revue en fonction de l'actualité et des actions prioritaires de santé publique. Il désigne, en fonction de leur compétence reconnue, les auteurs à solliciter.

La réalisation graphique et la correction d'épreuves sont confiées à des prestataires. L'impression est assurée par la Documentation française.

- **Échanges de sommaires**

Les rédactions des revues "La santé de l'Homme", "Santé publique" et "Alcoologie-Addictologie »" dans le cadre d'échanges entre revues de santé publique, publient les sommaires de leurs numéros dans la revue *Adsp*.

- **Indexation de la revue dans les bases de données**

La revue *Adsp* est référencée dans la Banque de données de santé publique (BDSP) ; l'interrogation est libre mais la consultation des notices bibliographiques et du texte intégral se fait sur abonnement. Elle est également référencée dans la Base Pascal gérée et produite par l'Institut de l'information scientifique et technique (Inist) du Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Cette base est pluridisciplinaire et multilingue, analysant la littérature internationale dans le domaine de la médecine. Elle comprend environ 17 millions de notices.

- **Diffusion de la revue**

Adsp est éditée par la Documentation française et diffusée auprès de 800 abonnés. Une moyenne de 200 exemplaires par revue est vendue au numéro par la Documentation française. Elle est servie à titre gratuit aux services de l'administration sanitaire et sociale de l'État, aux cabinets ministériels, aux membres du HCSP, aux organes de presse, etc. (fichier de 800 personnes environ).

Adsp répond aux critères de qualité définis par les Conseils nationaux de formation médicale continue et donne ainsi droit à quatre crédits par an dans la limite de 40 crédits sur cinq ans pour les abonnements.

- **Consultation en ligne de la revue**

Adsp est consultable par les abonnés à la Banque de données en santé publique, sur le site de la BDSP. Sur le site du HCSP, une sélection d'articles est mise en ligne (10 %). Les membres du HCSP et du Comité de rédaction ont accès à l'intégralité de la revue sur ce site, après inscription.

- **Quatre numéros *Adsp* ont été publiés en 2012**

- Mars 2012, « Apport des cohortes à la connaissance de la santé », dossier coordonné par Marcel Goldberg et Marie Zins : n° 78
- Juin 2012, « Sécurité des patients : mieux connaître et réduire les risques », dossier coordonné par Philippe Michel : n°79
- Septembre 2012 « 20 ans de santé publique », dossier coordonné par Bernard Basset, René Demeulemeester et Eric Jouglu : n° 80
- Décembre 2012, « Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité », dossier coordonné par François Bourdillon : n° 81

PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABM	Agence de la biomédecine
AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
Anses	Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
Casa	Comité d'animation du système d'agences
CGEDD	Conseil général de l'environnement et du développement durable
Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie (InVS)
CMVI	Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation
CNR	Centre national de référence
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
Codev	Comité d'évaluation
Comex	Comité exécutif
CSESP	Commission spécialisée « Évaluation, stratégie et prospective »
CSMC	Commission spécialisée « Maladies chroniques »
CSMT	Commission spécialisée « Maladies transmissibles »
CSPEPS	Commission spécialisée « Prévention, éducation et promotion de la santé »
CSRE	Commission spécialisée « Risques liés à l'environnement »
CSSP	Commission spécialisée « Sécurité des patients » (infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques)
CTV	Comité technique des vaccinations
DCSSA	Direction centrale du Service de santé des armées
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEC	Direction générale de l'énergie et du climat
DGES	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DMP	Dossier médical personnel
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EFS	Établissement français du sang
EGB	Échantillon généraliste des bénéficiaires
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GEVA	Guide pour l'évaluation des besoins de compensation
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCa	Institut national du cancer
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

InVS	Institut de veille sanitaire
IRA	Infection respiratoire aiguë
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNSE2	Plan national santé environnement 2
RSI	Règlement sanitaire international
SG-HCSP	Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique
SNIIR-AM	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie

ANNEXES

- Productions du HCSP en 2012
- Textes régissant le HCSP
- Composition du HCSP

Liste des productions du HCSP en 2012

CS : Commissions spécialisées

MT Maladies transmissibles

SP Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et pratiques

RE Risques liés à l'environnement

ESP Évaluation, stratégie et prospective

PEPS Prévention, éducation et promotion de la santé

<i>Date validation</i>	<i>Intitulés</i>	<i>CS</i>
05/01/2012	Avis : Achèvement des travaux de retrait de l'amiante de la Cité administrative de Bordeaux	RE
05/01/2012	Avis et Rapport : Valeurs repères d'aide à la gestion pour le naphtalène dans l'air des espaces clos	RE
25/01/2012	Avis : Augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France	PEPS
02/02/2012	Avis : Adaptation des recommandations et du calendrier vaccinal du département de Mayotte	MT
02/02/2012	Avis : Vaccination des nourrissons contre les infections invasives à pneumocoque par le vaccin pneumococcique conjugué 13 valent	MT
16/02/2012	Avis : Recommandations vaccinales spécifiques des personnes immunodéprimées ou aspléniques	MT
16/02/2012	Avis et Rapport : Vaccination contre la grippe saisonnière. Actualisation des recommandations : femmes enceintes et personnes obèses	MT
16/02/2012	Rapport : Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2012	MT
20/02/2012	Rapport : Évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013	ESP
01/03/2012	Rapport : La santé en France et en Europe : convergences et contrastes	ESP
05/03/2012	Avis : Utilisation des antiviraux en période de circulation du virus grippal A(H3N2) - Hiver 2011-2012	MT
09/03/2012	Rapport : Pour une meilleure utilisation des bases de données administratives et médico-administratives nationales pour la santé publique et la recherche	ESP
22/03/2012	Avis : Seuils d'intervention et mesures de gestion pour prévenir les effets sur la santé des populations exposées à l'hydrogène sulfuré provenant d'algues brunes échouées sur les côtes de La Martinique et de La Guadeloupe	ER
13/04/2012	Rapport : Pollution par les particules dans l'air ambiant : recommandations pour protéger la santé	ER
16/04/2012	Avis : Méningite : quel traitement antibiotique préventif prescrire à l'entourage d'un nouveau malade ?	MT
16/04/2012	Avis : Délai entre l'administration d'immunoglobulines après contact avec un cas de rougeole et le vaccin ROR	MT

<i>Date validation</i>	<i>Intitulés</i>	<i>CS</i>
16/04/2012	Avis : Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2012	MT
17/04/2012	Rapport : Aide méthodologique à l'évaluation du programme soins palliatifs 2008-2012	ESP
25/05/2012	Rapport : Pour une amélioration de la politique vaccinale en France	MT
25/05/2012	Avis : Vaccins et campagnes publicitaires des firmes pharmaceutiques auprès du grand public	MT
03/07/2012	Rapport : Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës en Ehpad	SP
06/07/2012	Avis et Rapport : Valeurs repères d'aide à la gestion pour le trichloroéthylène dans l'air des espaces clos	RE
12/07/2012	Avis : Cas de paludisme en Grèce : mesures à prendre pour les voyageurs	MT
12/07/2012	Avis et Rapport : Pandémie grippale et fermeture des établissements scolaires	MT
12/07/2012	Avis et Rapport : Vaccins méningococciques tétravalents A, C, Y, W135 : recommandations d'utilisation	MT
12/07/2012	Avis : Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin méningococcique A, C, Y, W135 Menveo®	MT
12/07/2012	Avis : Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin méningococcique A, C, Y, W135 Nimenrix®	MT
19/09/2012	Rapport : Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice »	ESP
28/09/2012	Avis : Liste des vaccins autorisés à faire l'objet d'une publicité auprès du public	MT
28/09/2012	Avis : Procédure de désinfection avant ponction ovocytaire dans le cadre de l'AMP	SP
28/09/2012	Avis : Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination	MT
28/09/2012	Rapport : Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité. Conduites à tenir	MT
12/10/2012	Avis : Stocks limités de vaccins contre la typhoïde. Recommandations d'utilisation	MT
19/10/2012	Avis : Vaccination contre le méningocoque C. Recommandations pour le Finistère	MT
09/11/2012	Avis et Rapport : Utilisation des antiviraux en extra-hospitalier en période de grippe saisonnière	MT
09/11/2012	Avis : Diphtérie cutanée : adaptation de la conduite à tenir pour Mayotte	MT
09/11/2012	Avis : Personnes traitées par Soliris® : recommandations relatives à la vaccination et à l'antibioprophylaxie	MT
20/12/2012	Avis et Rapport : Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie	SP

Textes régissant le HCSP

- Décret n° 2006-1676 du 22 décembre 2006 relatif au Haut Conseil de la santé publique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Décret n° 2010-83 du 22 janvier 2010 prorogeant le mandat des personnalités qualifiées membres des instances du Haut Conseil de la santé publique
- Décret n° 2010-1732 du 30 décembre 2010 relatif au Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 1er février 2011 relatif aux commissions spécialisées (composant le Haut Conseil de la santé publique)
- Arrêté du 1er février 2011 relatif au comité technique des vaccinations
- Arrêté du 1er février 2011 relatif au comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation

Composition du HCSP

Président du HCSP : M. Roger Salamon.

Vice-présidente du HCSP : Mme Catherine Le Galès.

▪ Personnalités qualifiées du HCSP par commission spécialisée

Au titre de la commission spécialisée « maladies transmissibles »

M. Fabrice Carrat.

Mme Céline Cazorla.

M. Fabrice Chandre.

M. Gérard Chéron.

M. Christian Chidiac.

M. François Dabis.

M. Emmanuel Debost.

M. Philippe Morlat.

Mme Anne-Marie Moulin.

Mme Hélène Peigue-Lafeuille.

M. Christian Perronne.

M. François Puisieux.

Mme Sylvie Quelet.

Mme Nathalie Van Der Mee Marquet.

M. Patrick Zylberman.

Au titre de la commission spécialisée « maladies chroniques »

M. Fadi Antoun.

Mme Claudine Berr.

M. François Boué.

M. Serge Briançon.

Mme Liana Euler-Ziegler.

Mme Hélène Grandjean.

Mme Pascale Grosclaude.

M. Jean-Yves Limeul.

M. Jean-François Mathé.

Mme Maria Melchior.

Mme Elisabeth Monnet.

M. Michel Roussey.

Mme Brigitte Sandrin.

Mme Bernadette Satger.

Mme Catherine Sermet.

Au titre de la commission spécialisée « risques liés à l'environnement »

Mme Geneviève Abadia-Benoist.

M. Francis Allard.

M. Daniel Bley.

M. Jean-Marc Brignon.

Mme Claude Casellas.

M. Thierry Debrand.

M. Eric Gaffet.

M. Philippe Hartemann.

M. Emmanuel Henry.

M. Marcel Lourel.

M. Laurent Madec.

Mme Francelyne Marano.

M. Laurent Martinon.

M. Jacques Puch.

M. Jean-Louis Roubaty.

M. Jean Simos.

M. Laurent Visier.

M. Denis Zmirou-Navier.

Au titre de la commission spécialisée « sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques »

M. Pascal Astagneau.
M. Yves Auroy.
M. Louis Bernard.
M. Philippe Berthelot.
Mme Dominique Bonnet-Zamponi.
Mme Frédérique Claudot.
M. Rémy Collomp.
M. Pierre Czernichow.
M. Jean-François Gehanno.
M. Bruno Grandbastien.
M. Dominique Grimaud.
M. Didier Lepelletier.
M. Philippe Michel.
Mme Marie-Laure Pibarot.
M. Christian Rabaud.

Au titre de la commission spécialisée « prévention, éducation et promotion de la santé »

Mme Monique Alles-Jardel.
M. Christian Ben Lakhdar.
M. Eric Billaud.
M. Dominique Bouglé.
M. François Bourdillon.
M. Xavier Briffault.
M. Pierre Chauvin.
Mme Laure Com-Ruelle.
M. Didier Febvrel.
M. Jean Godard.
M. Virginie Halley Des Fontaines.
M. Serge Herberg.
M. Didier Jourdan.
M. Thierry Lang.
Mme Zeina Mansour.
Mme Marie Preau.

Au titre de la commission spécialisée « évaluation, stratégie et prospective »

M. Avner Bar-Hen.
Mme Marie-Hélène Bouvier-Colle.
Mme Valérie Buthion.
Mme Chantal Cases.
M. Franck Chauvin.
M. Marcel Goldberg.
M. Eric Jouglu.
M. Daniel Kamelgarn.
Mme Viviane Kovess-Masfety.
M. Stéphane Le Bouler.
M. Alain Letourmy.
M. Brunon Maresca.
Mme Anne Tallec.
M. Jean-François Toussaint.
Mme Caroline Weill.

- **Personnalités qualifiées du HCSP par comité technique permanent**

Au titre du comité technique des vaccinations

Mme Dominique Abiteboul.
Mme Brigitte Autran.
M. Jean Beytout.
Mme Agathe Billette de Villemeur.
M. Benoît Dervaux.
M. Daniel Floret.
M. Serge Gilberg.
M. Emmanuel Grimpel.
M. Thomas Hanslik.
Mme Odile Launay.
M. Thierry May.
Mme Anne-Marie Monnier-Curat.
Mme Elisabeth Nicand.
M. Henri Partouche.
M. Muhamed-Kheir Taha.
M. Didier Torny.
M. Benoît De Wazières.

Au titre du comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation

M. Thierry Ancelle.
M. Daniel Camus.
M. Eric Caumes.
M. Thierry Debord
Mme Florence Fouque.
Mme Laetitia Gambotti.
M. Gaétan Gavazzi.
Mme Catherine Goujon.
M. Philippe Minodier.
M. Renaud Piarroux.
M. Christophe Schmit.
M. Didier Seyler.