

# **Haut Conseil de la santé publique**

## **Rapport d'activité 2009**

**Mars 2010**



## SOMMAIRE

### Editorial

### Présentation du Haut Conseil de la santé publique

Les missions  
La composition

### Le Collège

Présentation

Activités

Travaux d'évaluation des plans stratégiques de santé publique et d'évaluation des 100 objectifs de la loi de santé publique de 2004

Travaux techniques ou thématiques

Organisation des séances plénières du HCSP

Représentation du HCSP dans les instances nationales

Perspectives concernant les missions et l'organisation du HCSP

### Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT)

Présentation

Activités

Les comités techniques permanents

Saisines

Auto-saisines

Avis et rapports du HCSP validés par la commission spécialisée Maladies transmissibles

Évaluation de l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique et élaboration de propositions d'objectifs

Représentation par les présidents de la commission et des CTP.

### Commission spécialisée Maladies chroniques

Présentation

Activités

Évaluation de la réalisation des objectifs de la loi de santé publique de 2004

Définition de nouveaux objectifs dans la perspective de la prochaine loi de santé publique

Rapports élaborés sur des problématiques proposées par la présidente et le vice-président de la commission spécialisée Maladies chroniques

Participation aux travaux du comité de suivi de la mise en œuvre du Plan pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

### Commission spécialisée Risques liés à l'environnement

Présentation

Activités

Groupe de veille sur les impacts sanitaires des nanotechnologies

Evaluation de l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique de 2004

Saisines

Auto-saisines

Avis et rapports du HCSP validés par la commission spécialisée Risque liés à l'environnement.

## **Commission spécialisée Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements liés aux soins et aux pratiques**

Présentation

Activités

Saisines

Auto-saisines

Avis et rapports du HCSP validés par la commission spécialisée Sécurité des patients

## **Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé**

Présentation

Activités

Evaluation de la réalisation des objectifs de la loi de santé publique de 2004

Saisine

Auto-saisine

## **Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective**

Présentation

Activités

Groupes de travail sur les objectifs de la loi de santé publique de 2004

Saisines

Auto-saisines

Avis et rapports du HCSP validés par la commission spécialisée Evaluation, stratégie et prospective

## **Le Secrétariat général**

Présentation

Soutien aux travaux et logistiques

Commandes aux prestataires et gestion budgétaire

La mission d'information et documentation

La communication

L'activité de valorisation des travaux : Sites Internet et Extranet

La revue Actualité et dossier en santé publique

## **ANNEXES**

- **Arrêté du 6 octobre 2008 relatif aux commissions spécialisées composant le Haut Conseil de la santé publique**
- **Arrêté du 4 février 2009 modifiant l'arrêté du 26 janvier 2007 portant nomination au Haut Conseil de la santé publique**
- **Liste des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique de 2004**
- **Sigles**

## ÉDITORIAL

2009 devrait être la dernière année de notre mandat et nous l'avons abordée dans cet esprit avec le souci de remettre au Ministère chargé de la Santé l'évaluation des 100 objectifs de la Loi de Santé Publique de 2004 assortie de propositions d'objectifs pour la prochaine loi, mais aussi de finaliser un certain nombre de projets et enfin d'analyser notre fonctionnement pour élaborer des recommandations pour l'avenir du Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

Tout cela a pu être réalisé d'une manière assez satisfaisante :

- L'évaluation des 100 objectifs de la Loi de Santé Publique et les propositions d'objectifs pour la prochaine loi ont pu être menées à bien et présentées à la Ministre en charge de la Santé dans une journée de restitution organisée au Ministère de la Santé et des Sports le 18 décembre 2009. Date mémorable pour nous car outre qu'elle marquait, à ce moment là, la fin de notre mandat avec la satisfaction d'avoir réussi à atteindre nos objectifs elle nous a permis d'entendre, dans son dernier discours public, une leçon magistrale du très regretté Philippe Seguin.
- Les travaux de la plupart de nos groupes de travail ont pu être finalisés : Inégalités de santé, Maladies chroniques, Systèmes d'information en santé – Maladies émergentes ou réémergentes. Les rapports ont été ou seront très bientôt mis en ligne et édités par la Documentation Française.
- Parallèlement à l'évaluation que nous avons sollicitée, du HCSP par l'IGAS, nous avons beaucoup réfléchi aux forces et faiblesses du HCSP et proposé au Cabinet de la Ministre en charge de la Santé quelques idées d'amélioration (assez proches d'ailleurs de celles de l'IGAS) que nous espérons voir adopter.

Ce fut donc une année de travail soutenu (agrémentée de deux déménagements) et je voudrais ici avec une grande sincérité remercier tous ceux, nombreux, qui nous ont permis de réaliser avec succès nos travaux :

- d'abord les 140 experts du HCSP qui ont accepté un statut d'expert pas toujours suffisamment respecté en France (bénévolat, conditions de travail non optimales, urgences parfois excessives des saisines parfois trop nombreuses...) et ont démontré un grand sens des responsabilités,
- mais aussi le secrétariat général du HCSP qui m'a épater par sa capacité de travail et sa conscience professionnelle face à des tâches parfois ingrates,
- enfin bien sûr la Ministre en charge de la Santé et le Directeur Général de la Santé qui ont su nous faire confiance et nous témoigner leur soutien.

Sans doute serez-vous surpris que je n'aie pas encore abordé le thème de la grippe. Ce fut pour nous un moment très intense, une activité très lourde, le Comité technique des vaccinations et la Commission Maladies Transmissibles du HCSP ont su se montrer à la hauteur des attentes et remplir un rôle très apprécié. Ce fut pour le HCSP le moment où il a pu se positionner de manière indiscutable dans le panorama des structures nécessaires dans le secteur de la Santé en France.

Il y a donc tout lieu d'être satisfait pourrait-on me dire, en rajoutant sans doute que je fais preuve d'une certaine autosatisfaction et qu'il y a là de ma part un conflit d'intérêt (non financier... ils ne sont pas tous financiers !) qui pourrait rendre mon jugement peu crédible. Je suis sûr que le bilan d'activité 2009 présenté ici pourra tous vous convaincre qu'il y a bien lieu d'être satisfait.

Pr. Roger SALAMON



## PRESENTATION DU HAUT CONSEIL DE LA SANTE 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 qui reprend, en les élargissant, les missions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et celles du Haut Comité de la santé publique. Le HCSP a été mis en place en mars 2007 et son organisation a été modifiée par l'arrêté du 6 octobre 2008 par la création de trois commissions spécialisées en remplacement de la commission spécialisée « sécurité sanitaire » prévue par le texte initial. Cette nouvelle organisation assortie de nouvelles nominations (4 février 2009) a permis de servir l'activité de l'année 2009 et de mieux répondre aux missions qui n'avaient pas changé.

### ■ Les missions

Les missions du Haut Conseil de la santé publique sont de :

- 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 les ministres intéressés et par les présidents des commissions compétentes du Parlement.

L'aide à l'élaboration de la loi quinquennale de santé publique 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 évolution

Le Haut Conseil de la santé publique est composé de 140 experts qualifiés nommés par le ministre chargé de la santé pour une période allant jusqu'à janvier 2010 (trois ans à partir de la nomination initiale du 26 janvier 2007). Il comprend en outre 16 membres de droit. Il est organisé en six commissions spécialisées : maladies transmissibles ; maladies chroniques ; risques liés à l'environnement, sécurité des patients (infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques) ; prévention, éducation et promotion de la santé et évaluation, stratégie et prospective. La coordination est assurée par un Collège.

L'arrêté du 6 octobre 2008 relatif aux commissions spécialisées composant le HCSP et l'arrêté du 4 février 2009 portant nomination au HCSP figurent en annexe.

Deux comités techniques permanents (CTP) sont rattachés à la Commission spécialisée « Maladies transmissibles » :

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



## LE COLLEGE

### ■ Présentation

Président : Roger SALAMON  
Vice- Présidente : Isabelle MOMAS

Le HCSP est présidé par Roger Salamon (vice présidente, Isabelle Momas). Il préside également le Collège qui a tenu sept réunions durant cette année (janvier, mars, mai, juin, septembre, octobre, novembre). Il a en outre organisé deux réunions plénières du HCSP, en mars et en décembre, rassemblant toutes les personnalités qualifiées et les membres de droit autour des points forts du programme de travail.

Lors de cette dernière année du premier mandat du HCSP, l'aboutissement du programme de travail a été la préoccupation essentielle du collège afin d'assurer les productions requises par les missions confiées au HCSP au premier rang desquelles « l'évaluation des objectifs nationaux de la loi de santé publique de 2004 » et les « propositions en vue d'améliorer l'état de santé de la population » (art. L 1411du Code de la santé publique).

Le 18 décembre 2010, le HCSP a convié ses commanditaires à une journée pour leur présenter l'ensemble des travaux du premier mandat.

En janvier 2010, le HCSP verra le mandat de ses membres prorogé jusqu'au 31 décembre 2010.

### ■ Activités

#### Aboutissement des travaux du HCSP

##### 1) travaux d'évaluation des plans stratégiques de santé publique et d'évaluation des 100 objectifs de la loi de 2004.

###### ■ Évaluation des plans stratégiques de la loi de 2004

###### ■ Evaluation du Plan cancer

###### ■ Mandat :

Le HCSP a été saisi par la ministre de la santé d'une demande d'évaluation du Plan cancer 2003-2007 par lettre du 9 janvier 2008. Cette évaluation avait pour objectif « d'évaluer l'impact du plan qui vient à expiration, afin de permettre de mesurer les avancées réalisées et de dégager les principales orientations du futur plan ».

L'évaluation a tenté de répondre aux questions suivantes :

- Les axes retenus et les objectifs choisis sont-ils pertinents ?
  - Les actions inscrites dans le Plan sont-elles de nature à permettre l'atteinte des objectifs ?
- Les objectifs du plan sont-ils en cohérence avec les objectifs de la loi de santé publique et avec les autres dispositions législatives parues ultérieurement ?
- Les actions prévues ont-elles bien été mises en œuvre ? les budgets consentis ont-ils été bien orientés de manière à servir au mieux les objectifs ?

###### ■ Composition :

Pilotes de l'évaluation : François ALLA – HCSP et Marie-Paule SERRE, HCSP

Membres : Chantal CASES, HCSP, Yves CHARPAK, HCSP, Gérard DURU, Joëlle KIVITZ, Christophe LANNELONGUE, IGAS, Lucile OLIER, DREES, Bernard PERRET, HCSP.

Juliette DJADI-PRAT, Marc DURIEZ, Renée POMAREDE, SG-HCSP

Ce travail a été soutenu par une équipe de consultants d'Ernst et Young.

Pendant la période d'évaluation, prenant acte de l'annonce d'un nouveau Plan cancer, le HCSP a été régulièrement en contact avec le Pr Grünfeld qui avait pour mission de le préfigurer, afin de porter à sa connaissance les résultats de l'évaluation au fur et à mesure de leur production. Le rapport d'évaluation du Plan cancer a été remis à la ministre chargée de la santé en février 2009.

### ■ Résultats :

L'évaluation met en évidence l'intérêt d'une mobilisation sociale et des acteurs du soin autour d'une maladie, le cancer, devenue la première cause de mortalité en France. Il est toutefois difficile d'imputer clairement les résultats obtenus à l'un ou l'autre des plans et interventions de santé publique mis en œuvre au cours de la même période. L'évaluation montre également les limites d'une approche par maladie s'agissant en particulier des facteurs de risque, pour la plupart non spécifiques du cancer. Dans ces domaines, le Plan cancer a surtout permis de surmonter les résistances à la mise en œuvre de mesures de santé publique à caractère plus général.

Les réalisations et résultats du plan sont contrastés. Les effets sur la santé des populations ne seront mesurables qu'à moyen terme. Par ailleurs, bon nombre de mesures ont été initiées en fin de période et ne produiront leurs effets qu'au-delà de la période du plan. Enfin, certaines mesures n'ont pas été mises en œuvre pendant cette période. Le plan 2003-2007 présentait de plus un certain nombre de lacunes, en particulier l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins dans ses objectifs. Le dispositif de gestion du plan a trouvé une certaine cohérence au fil du temps. La répartition des rôles entre les divers opérateurs, dont l'INCa, reste cependant à clarifier, et un pilotage interministériel est à organiser afin que toutes les dimensions de plan soient prises en compte. Enfin, le HCSP regrette que la conception même du plan et sa mise en application n'aient pas permis de mieux suivre ses réalisations et d'évaluer ses résultats. Il appelle à une meilleure prise en compte de la problématique de l'évaluation dans une future politique de lutte contre le cancer.

*Le texte, la synthèse et les recommandations de ce rapport sont en ligne sur le site [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)*

## ■ Evaluation du Plan national Maladies rares

### ■ Mandat :

Le Plan national maladies rares est un plan stratégique prévu par la loi de 2004 que le HCSP s'est attaché à évaluer.

Prenant acte de la volonté politique d'inscrire à l'agenda une meilleure prise en compte des maladies rares, l'évaluation devra répondre aux questions suivantes :

- Les questions soulevées et les objectifs choisis sont-ils pertinents ?
- Les actions inscrites dans le plan sont-elles de nature à permettre l'atteinte des objectifs ?

Dans quelle mesure les actions prévues ont-elles été mises en œuvre ? Les budgets consentis ont-ils été orientés de manière à servir au mieux les objectifs ?

- A partir d'exemples analyser l'impact du plan c'est-à-dire l'atteinte de l'objectif n° 90 de l'annexe à la loi de santé publique - "Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la "prise en charge des maladies rares".

### ■ Composition du comité d'évaluation

Pilotes de l'évaluation : Bernard PERRET, HCSP et Gil TCHERNIA, professeur de médecine.

Membres : Danièle CARRICABURU sociologue, Benoît DERVAUX, HCSP, Dominique LEBOEUF, HCSP, Bernadette ROUSSILLE, IGAS, Fernand SAUER, HCSP, Anne TURSZ, HCSP.

Renée POMAREDE et Béatrice TRAN, SG-HCSP.

Ce travail a été soutenu par une équipe de consultants de Cemka Eval.

Le rapport d'évaluation du Plan national maladies rares a été remis à la ministre chargée de la santé en mars 2009.

### ■ Résultats

Une maladie rare se définit par le fait qu'elle atteint moins de 5 personnes pour 10 000 habitants. Il en existe de très nombreuses : au moins 7 000 sont répertoriées et l'on estime qu'environ 6 % de la population mondiale est affectée par l'une d'entre elles. La majorité de ces maladies

apparaissent précocement au cours de la vie et leur impact est lourd en termes de handicap et de réduction de l'espérance de vie. L'insuffisance des connaissances et la difficulté d'accès à l'information liée à la diversité des pathologies en font un champ à part.

Depuis les années 1990, la France s'est dotée d'une politique spécifique, en lien étroit avec les associations de malades. Le Plan national maladies rares (PNMR) 2005-2008 inscrit dans la loi de santé publique du 9 août 2004 est venu donner une nouvelle impulsion à cette politique, en matière notamment d'information des malades, de développement de la recherche et d'accès aux soins.

L'évaluation de ce plan a été conduite par un comité d'évaluation créé sous l'égide du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Sur la base d'enquêtes, d'auditions et d'échanges avec l'ensemble des acteurs concernés, le rapport d'évaluation s'efforce d'analyser les conditions de mise en œuvre des actions prévues par le plan et d'en mesurer l'impact. Il en ressort que le plan a permis de progresser vers une plus grande équité en assurant aux personnes souffrant d'une maladie rare un meilleur accès au diagnostic et aux soins. Le rapport souligne également le caractère innovant des solutions développées dans le cadre du plan, l'impulsion donnée aux réseaux d'acteurs et le développement exemplaire de la coopération européenne. Mais l'évaluation met aussi en évidence le chemin qui reste à accomplir, la fragilité de certaines avancées et la nécessité de poursuivre l'effort entrepris, notamment en assurant la pérennité d'Orphanet, outil internationalement reconnu.

*Le texte, la synthèse et les recommandations de ce rapport sont en ligne sur le site : [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr);*

## ■ Évaluation des 100 objectifs de la loi de santé publique et propositions

### ■ Mandat :

L'évaluation de la réalisation des objectifs annexés à la loi de santé publique du 9 août 2004 est un chantier lourd porté par l'ensemble du HCSP : il implique tous les experts des commissions spécialisées et du collège. Cette évaluation permettra d'une part, d'apporter une contribution à l'analyse de l'état de santé de la population et d'autre part d'adopter et d'améliorer la formulation d'objectifs de santé dans une double perspective d'évaluation quinquennale et de réduction des inégalités sociales et territoriales.

Production : rapport d'évaluation à la fin de l'année 2009 et propositions pour une prochaine loi de santé publique. Mars 2010

### ■ Composition

Roger SALAMON, Isabelle MOMAS, HCSP.

Béatrice TRAN, Brigitte HAURY, Gérard BADEYAN, SG-HCSP.

### ■ Résultats

L'analyse des objectifs de la loi d'août 2004 a mis en évidence la difficulté à déterminer des objectifs quantifiés explicites, pertinents et dont l'évaluation était réalisable et interprétable à une échéance quinquennale. Ainsi, 56 objectifs ont pu être évalués, alors que pour les autres, la mesure ou l'interprétation n'était pas possible.

Toutefois, le bilan est globalement positif : près de la moitié des objectifs évaluables en 2009 sont atteints, au moins partiellement. Cependant, dans tous les thèmes, il y a des objectifs qui ne peuvent être évalués, ce qui rend difficile l'appréciation des progrès en matière de santé publique dans ces différents champs. Ce premier exercice, qui montre des résultats encourageants, doit donc être poursuivi, mais il suppose d'améliorer la capacité de production des données nécessaires.

Les propositions d'objectifs pour une prochaine loi de santé publique ont été construit sur la base des constats et analyses tirés de l'évaluation des objectifs 2004. Elles sont organisées au sein de vingt thèmes de santé groupés selon les trois rubriques « déterminants », « pathologies » et populations spécifiques. Des objectifs généraux, structurant des axes stratégiques pour une politique de santé, sont déclinés en objectifs spécifiques, dont la plupart sont ou ont vocation à être

quantifiés. Certains appellent des travaux complémentaires, visant notamment à préciser les systèmes d'information spécifiquement requis pour les documenter, dans les suites immédiates de la promulgation de la future loi.

Une attention particulière est portée au ciblage des groupes de populations et aux territoires géographiques ayant les indicateurs les plus défavorables, et des propositions transversales sont faites en termes d'objectifs et d'actions, issues d'une part de la réflexion globale du HCSP sur la réduction des inégalités de santé, d'autre part de l'évaluation des objectifs et des recommandations en termes de systèmes d'information.

## 2° Les travaux techniques ou thématiques:

Dans le cadre de ses missions et dans la perspective de l'élaboration de la prochaine loi de santé publique, le HCSP a identifié des thématiques méritant d'être approfondies.

Pour ce faire, il a mandaté des groupes de travail spécifiques. Deux cadres pathologiques ont fait l'objet d'un travail particulier : les maladies chroniques et les maladies transmissibles émergentes. Les résultats seront présentés dans les travaux des commissions spécialisées correspondantes. Deux questions transversales, essentielles dans l'élaboration de la prochaine loi de santé publique sont développées au niveau du collège : les inégalités sociales de santé et les systèmes d'information en santé.

Par ailleurs, dans une vision prospective, le HCSP a rendu des avis sur la recherche en santé.

### ■ Inégalités sociales de santé

#### ■ Mandat :

Les inégalités sociales de santé font référence non seulement aux groupes de démunis et précaires (objectif n°34 de la Loi relative à la politique de santé publique) mais aussi au gradient continu, qui existe dans l'ensemble de la population, en fonction des positions sociales, et concerne non seulement les marges et les groupes extrêmement défavorisés, mais plus généralement la population bien insérée socialement (ce gradient est continu des ouvriers, employés aux cadres en passant par les professions intermédiaires). Cette question ne fait l'objet aujourd'hui daucun plan de santé publique explicite.

Les objectifs de ce groupe sont de :

- Faire le point sur les données descriptives,
- Réfléchir à l'intérêt et la nature d'indicateurs de santé concernant les inégalités sociales de santé,
- Faire des propositions d'interventions et d'objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités de santé afin d'atteindre des objectifs, comme pour les autres problèmes de santé.

#### ■ Composition :

Président : Thierry LANG – HCSP

Membres : Chantal CASES, HCSP, Pierre CHAUVIN, HCSP, Virginie HALLEY des FONTAINES, HCSP, Claude JEANDEL, HCSP, Eric JOUGLA, HCSP, Lucille OLIER, DREES, Elisabeth SPITZ, HCSP.

Gérard BADEYAN, Marc DURIEZ, Geneviève GUERIN, SG-HCSP

Durée : juin 2008 -juin 2009

#### ■ Résultats :

En France, l'objectif d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble a été atteint mais celui d'améliorer la santé de chacun en particulier, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale, ne l'est pas. Les progrès n'ont pas profité à tous et les inégalités sociales de santé ont tendance à se creuser et sont particulièrement marquées en France par rapport à d'autres pays.

Les inégalités sociales de santé n'opposent pas des populations vulnérables, exclues ou précaires à une population dont l'état de santé s'amélioreraient de façon homogène, mais elles

traversent l'ensemble de la population. Il est donc nécessaire de développer une approche générale de ces inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, les déterminants sont multiples et intersectoriels (sanitaires, socio-économiques, comportementaux).

Enfin dans le domaine des inégalités sociales de santé, très peu d'indicateurs sont disponibles « en routine ».

Réduire les inégalités sociales de santé, comme l'on décidé certains pays, est un choix politique impliquant une action durable et constante.

La démarche du HCSP reflète une double préoccupation :

- élargir la problématique des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble, sans pour autant occulter l'importance des efforts spécifiques en direction des populations en situation de précarité, exclues ou marginalisées ;

- souligner le rôle majeur des déterminants socio-économiques sur la santé, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé.

## ■ Propositions

Cinq objectifs généraux sont proposés :

- Afficher clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé
- Se donner les moyens de mesurer les évolutions
- Mettre en place des interventions et des politiques publiques
- Accroître certains efforts en recherche
- Concrétiser la volonté de réduire les inégalités sociales de santé

Ces objectifs généraux à mettre en œuvre dans la prochaine loi de santé publique, sont déclinés dans le rapport en objectifs opérationnels.

*Le texte, la synthèse et les recommandations de ce rapport sont en ligne sur le site : [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr);*

## ■ Systèmes d'information en santé

### ■ Mandat

Un groupe de travail sur les systèmes d'information, composé de membres du HCSP et d'experts, sous la conduite de Marcel Goldberg, s'est constitué au début de l'année 2009 par décision du Président du HCSP pour contribuer à la réflexion globale sur les besoins, l'organisation et l'articulation des systèmes d'information nationaux et régionaux dans le cadre de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique.

### ■ Composition

Président : Marcel GOLDBERG

Membres : Chantal CASES, HCSP, Jean-Claude DESENCLOS, InVS, Eric JOUGLA, HCSP, Annette LECLERC, INSERM, Yvon MERLIERE, CNAMTS, Lucile OLIER, Corinne ROUXEL, DREES, Alain TRUGEON, HCSP, Alain WEILL, CNAMTS.

Avec la participation de Paul AVILLACH, Université de Bordeaux II et de Gérard BADEYAN, SG-HCSP.

Le rapport a été remis en décembre 2009.

### ■ Résultats :

#### ■ Des sources nombreuses, mais difficilement accessibles et insuffisamment coordonnées

Le groupe de travail du HCSP a établi un état des lieux des grandes sources de données utilisées pour établir les objectifs de la loi relative à la santé publique et les plans de santé publique. Il a également auditionné les principaux grands producteurs de données utilisées pour l'établissement d'indicateurs de santé.

Les sources de données peuvent être classées en grands groupes tels que les sources à vocation exhaustive (fichiers de l'Assurance maladie, du PMSI, données de mortalité), les registres de morbidité et les données issues des systèmes de déclaration obligatoire, les grandes enquêtes nationales en population générale ou auprès des professionnels et structures de soins, les grandes enquêtes européennes et internationales en population générale.

Bien qu'il existe une réelle volonté de la part des producteurs de ces données de les mettre à disposition de la recherche publique et de la surveillance épidémiologique, cette diffusion ne fait en général pas explicitement partie des missions de l'institution qui les produit, et les moyens nécessaires pour ce faire font souvent défaut.

Au total, les sources d'information sur la santé et ses déterminants sont nombreuses, mais elles ne suffisent pas à suivre et évaluer l'ensemble des objectifs de la loi. De plus, elles sont souvent difficilement accessibles et la coordination entre ses différentes sources est insuffisante.

Le Groupe de travail propose un certain nombre de recommandations pour remédier aux manques et limites identifiées. Certaines sont spécifiques de certaines sources, d'autres sont plus générales et concernent la gouvernance des systèmes d'information pour la santé publique.

## ■ Recommandations spécifiques et à court terme

- Régler de façon urgente certains problèmes juridiques tels que la transmission des données des Instituts médico-légaux au CépiDc, les causes médicales des morts nés.
- Entreprendre une réflexion sur les textes qui encadrent l'utilisation du Numéro d'identification au répertoire (NIR), afin de faciliter l'appariement de données provenant de diverses sources en veillant à ce que la mise en place de l'Identifiant national de santé ne rende pas impossible les appariements de données avec des sources utilisant le NIR comme identifiant.
- Initier ou développer certains systèmes d'information relevant d'organismes publics dans des domaines actuellement non couverts, notamment en médecine ambulatoire.
- Soutenir la mise en place d'une structure technique d'interface entre producteurs et utilisateurs de données médico-administratives, incluant un « guichet conseil » pour les utilisateurs.
- Renforcer les moyens de la CNIL dans le secteur santé.

## ■ Recommandations générales

- Améliorer la coordination des différentes actions de pilotage et de suivi des systèmes d'information pour la santé publique.
- Inciter les organismes producteurs et utilisateurs de données à dégager les ressources nécessaires à une meilleure utilisation des données pour la recherche, la surveillance et la santé publique et ce en concertation avec les professionnels de santé.
- Faciliter les travaux techniques et méthodologiques nécessaires pour l'accès aux données des organismes producteurs.
- Faciliter l'appariement à l'échelle individuelle de sources différentes.
- Développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier.
- Mettre en place un dispositif de surveillance systématique et permanente des inégalités sociales et territoriales de santé, incluant des indicateurs de défavorisation appropriés à une échelle fine.
- Entreprendre une réflexion sur l'acceptabilité des recueils de données, leur gestion et leur utilisation à des fins de santé publique et de recherche, en associant les producteurs de données, les utilisateurs et les représentants de la société civile.

*Le texte, la synthèse et les recommandations de ce rapport sont en ligne sur le site : [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)*

## ■ Orientation de la Recherche en santé

### ■ Mandat :

Mis en place pour aider le comité ministériel d'orientation de la recherche (COMIOR), présidé par le directeur général de la santé, le groupe « Recherche » a pour mission de donner un avis sur les documents produits par cette instance chaque fois que cet avis est requis. De plus, il doit organiser

des travaux pour faire des propositions d'orientation de la recherche à la fin du mandat du HCSP.

### ■ Composition :

Président : Roger SALAMON

Membres : Marc ELOIT, Jean-Claude ANDRE, André AURENGO, Anne LAUDE, Benoît DERVAUX, Bernard BIOULAC, Pierre CHAUVIN, Denis ZMIROU, Hélène GRANDJEAN, Laure COMRUELLE, Stéphane LE BOULER, Marie-Hélène BOUVIER-COLLE, Serge HERCBERG, membres du HCSP auxquels s'associent Pierre DUCIMETIERE, INSERM, Alfred SPIRA, INSERM.

Renée POMAREDE, SG-HCSP.

Le HCSP a été saisi par la Direction générale de la santé aux fins de contribuer à enrichir la réflexion des pouvoirs publics sur la recherche en santé publique et l'élaboration d'orientations ministérielles en la matière, notamment vis-à-vis des opérateurs de recherche, dont au premier chef l'Inserm.

Le ministère en charge de la Santé a mis en place un Comité ministériel d'orientation de la recherche et constitué un dispositif de prospective ambitieux en la matière.

Compte tenu de son positionnement, de ses travaux à la fois sur les objectifs de santé publique, sur les plans stratégiques, sur les problématiques de sécurité sanitaire et sur des problématiques transversales (notamment une sensibilité particulière à la question des inégalités sociales et territoriales), il paraîtrait opportun que le HCSP joue un rôle en continu d'éclairage des orientations publiques de recherche (en prenant le relai du dispositif de prospective mis en place par le ministère de la santé), d'incitation à la prise en charge de certaines thématiques délaissées et d'évaluation des plans et actions de santé publique sur le terrain de la recherche, en lien le cas échéant avec l'AER

## Organisation des séances plénières du HCSP

En 2009, le collège a organisé deux séances plénières du HCSP. Ces rencontres visent à informer l'ensemble des membres (personnalités qualifiées et membres de droit) et à les faire participer collégialement aux travaux.

### ■ Quatrième séance plénière du 11 mars 2009

Cette journée a permis au président du HCSP, Roger Salamon d'accueillir en même temps que les nouvelles commissions, les nouveaux membres du HCSP composé dorénavant de 140 experts. Cette journée, consacrée à l'évaluation, a abordé successivement l'évaluation du Plan cancer dont les résultats et les recommandations ont été présentés par Marie-Paule Serre et François Alla, puis l'évaluation du Plan maladies rares présentée par Bernard Perret, Gil Tchernia et Anne Turz. L'évaluation des 100 objectifs de la loi de santé publique de 2004 présentée ensuite par Béatrice Tran a permis de faire le point sur l'état d'avancement à la date du 11 mars : 54 objectifs pourront être évalués en 2009. Cependant la mesure des indicateurs n'est pas toujours équivalente à la mesure de l'objectif dans la mesure où les indicateurs ont été élaborés après la loi sur la base des données qui étaient disponibles. Après les débats qui ont suivi la présentation de ces diverses évaluations, Roger Salamon a conclu la matinée en faisant état des travaux en cours sur les inégalités sociales de santé et sur les systèmes d'information en santé.

### ■ La rencontre du 18 décembre 2009 a permis de faire le point sur l'atteinte des objectifs nationaux de la loi de santé publique de 2004 et de présenter des propositions pour la nouvelle loi quinquennale de santé publique.

Mme Roselyne Bachelot, ministre en charge de la santé a ouvert la journée du 18 décembre du Haut Conseil de la santé publique. Après une intervention de Philippe Seguin, président de la Cour des Comptes sur l'évaluation des politiques publiques, Roger Salamon et plusieurs membres du HCSP sont intervenus pour faire le point sur l'atteinte des objectifs nationaux de la loi de santé publique de 2004 et présenter des propositions pour la future loi de santé publique. Le HCSP a

estimé que l'évaluation n'avait été possible que pour 54 des 100 objectifs (pour les objectifs évaluables, 9 ont été jugés globalement atteints, 16 partiellement et 29 non atteints. Pour 12 de ces derniers, les indicateurs font apparaître une amélioration). Sous forme de bilan général, les travaux des différentes commissions ont été présentés par la Secrétaire générale, Renée Pomarède, pour fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires et proposer des recommandations pour la future loi de santé publique. Trois exemples de saisines dans des domaines différents (alcool, vaccination contre l'hépatite B, pollution intérieure) et une évaluation de plan de santé publique ont permis d'illustrer le niveau d'expertise attendue d'un Haut Conseil sur ce thème. De plus, l'analyse des objectifs par thèmes (pathologies, déterminants de santé...) présentés par Isabelle Momas, Béatrice Tran et Brigitte Haury ont également contribué à fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives, des conseils sur les questions de santé publique et la proposition d'objectifs pluriannuels pour la future loi.

## 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 avec l'aval du Collège a donc désigné ses représentants :

- **Conférence nationale de santé** (décret n°2005 -1540 du 8 décembre 2005)

Anne Tallec, membre du collège, représente le Haut Conseil de santé publique à la Conférence nationale de santé (CNS), dans l'objectif notamment d'assurer une bonne connaissance réciproque des travaux menés par ces deux instances.

- **Conseil supérieur de la médecine légale** : décret 94-1210 du 30 décembre 1994 portant création d'un Conseil supérieur de la médecine légale) : Michel Debout, membre de la Commission Prévention, éducation et promotion de la santé.

- **Conseil supérieur des opérations funéraires**: article R 1241-1 du Code général des collectivités territoriales : comme membre suppléant (mandat de 4 ans), Serge Boarini. Le Conseil national des opérations funéraires est consulté sur les projets de textes relatifs à la législation et à la réglementation funéraire.

- **Conseil supérieur des installations classées** (décret n° 2007-674 du 2 mai 2007, ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables) : Claude Casellas, Pierre Verger (mandat de 3 ans), membres de la Commission Risques liés à l'environnement. Le conseil supérieur des installations classées est appelé à donner son avis dans tous les cas où la loi et les règlements l'exigent, ainsi qu'à étudier les projets de réforme de la législation et toute autre question concernant les installations classées.

- **Comité de suivi du programme de lutte contre la tuberculose en France** (arrêté du 31 janvier 2008, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports) : Christian Perronne, membre du collège et président de la Commission spécialisée maladies transmissibles et Daniel Floret, président du comité technique des vaccinations du HCSP.

La mission de ce comité est d'apporter au ministre chargé de la santé des éléments d'orientation et de décision sur la mise en œuvre et l'impact du programme de lutte contre la tuberculose ainsi que sur la stratégie de la lutte contre la tuberculose.

Christian Perronne a participé dans ce cadre au groupe de travail intitulé « maintenir la baisse d'incidence ».

- **Comité de lutte contre la grippe** (décret n°2008-733 du 25 juin 2008, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports) : Christian Perronne, membre du collège et président de la Commission spécialisée Maladies transmissibles et Daniel Floret, président du comité technique des vaccinations du HCSP.

La mission de ce comité est d'apporter au ministre chargé de la santé une expertise sur l'ensemble

des mesures à mettre en œuvre pour contrôler et réduire l'impact d'une épidémie de grippe ou d'une pandémie grippale

■ **Haute Autorité de Santé (HAS).** Anne Tursz, membre du collège du HCSP a participé aux deux groupes concernant le « Repérage des violences sexuelles intrafamiliales chez l'enfant » et au « Certificat médical initial concernant une personne victime de violences ».

■ **Comité de suivi de la mise en œuvre du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques :** Brigitte Sandrin-Berthon, membre du collège et présidente de la Commission Maladies chroniques du HCSP a participé aux réunions plénieress et aux réunions concernant « l'éducation thérapeutique et accompagnement des patients » (voir chapitre Commission maladies chroniques).

■ **Comité économique, éthique et social du Haut Conseil des biotechnologies**

(Décret n°2008-1273 du 5 décembre 2008) : Stéphane Le Bouler, membre du collège du HCSP et membre titulaire de ce Comité et Catherine Le Galès, membre suppléant. Les missions du comité du HCB, sont d'examiner les protocoles et les méthodologies d'observation nécessaires à la mise en œuvre de la surveillance biologique du territoire et formuler des avis en matière d'évaluation des risques pour l'environnement de la santé publique.

## Perspectives concernant les missions et l'organisation du HCSP

### La vie des instances au cours du premier mandat

Le travail du collège est de coordonner les travaux. Il doit élaborer le programme de travail de l'institution et s'assurer de son bon déroulement. Il doit être l'exécutif de la structure. Il a un rôle tout particulier à jouer dans la régulation des saisines et la validation des travaux des commissions et groupes de travail.

Pour réaliser cette mission, sa composition est apparue peu adaptée : les personnalités qualifiées n'ont pas toujours trouvé leur place, faute de se voir assigner des fonctions particulières entre deux réunions plénieress du collège ; ces réunions n'ont pas toujours permis un dialogue structuré avec les responsables des commissions ; la large représentation des membres de droit n'est pas toujours apparue pertinente.

S'agissant des commissions spécialisées, leur nombre a été porté à six en cours de mandat, afin de couvrir l'ensemble du champ et de faire face à la surcharge que connaissait la commission sécurité sanitaire. Il a semblé pertinent, après un an de fonctionnement, de structurer le travail des commissions, autour de trois ensembles :

- Deux commissions spécialisées intervenant selon une approche par pathologie : la commission « maladies transmissibles » et la commission « maladies chroniques » ;
- Deux commissions spécialisées centrées sur la sécurité sanitaire : la commission « risques liés à l'environnement », concernant l'environnement général et l'environnement au travail, et la commission « sécurité des patients », pour ce qui est des risques associés aux soins, ainsi que ceux liés aux produits et pratiques visant à agir sur la santé ;
- Deux commissions spécialisées de nature transversale : la CS « Evaluation, stratégie et prospective » (inchangée), et la CS « Prévention, éducation et promotion de la santé ».

Le HCSP propose aujourd'hui de nouveaux aménagements du périmètre des instances pour tenir compte notamment du jugement porté sur la « vie » de chaque commission. (cf. infra)

Par ailleurs, le mandat a souvent été jugé un peu court. Un mandat allongé et un renouvellement par moitié assurerait une stabilité et une continuité des travaux.

Le nombre des membres dans chaque commission est souvent jugé excessif : le débat étant rendu difficile en cas de présence de tous ou impossible en cas de défections trop nombreuses. La clarification attendue quant aux rôles respectifs du HCSP, des agences et des administrations centrales permettrait aussi de préciser le positionnement de chacun (personnalités qualifiées et membres de droit) dans les commissions.

Les comités techniques permanents ont quant à eux un champ bien limité, un programme de travail précis et des saisines régulières ; la participation et la production ne posent de ce fait pas de problèmes. Ils se sentent néanmoins isolés par rapport aux autres instances.

En matière de communication interne, même si des efforts ont été accomplis, à travers la mise en place de l'intranet ou la tenue de séances plénierées réunissant tous les membres du HCSP, la pratique du Haut Conseil devra progresser : pour faire connaître les travaux du collège, pour que les Commissions échangent davantage entre elles, pour que le sentiment d'appartenance progresse avec la connaissance par le plus grand nombre de membres de l'ampleur de la tâche accomplie.

### Perspectives de l'organisation à missions constantes

A l'issue de ce premier mandat, le HCSP a souhaité faire des propositions substantielles d'évolution de l'organisation afin de mieux remplir les missions qui sont les siennes.

Une organisation à deux étages est proposée : des commissions beaucoup plus resserrées (au maximum 15 personnes, considérées comme membres du HCSP, généralistes de santé publique ou spécialistes largement impliqués dans la santé publique, aidées par des experts pointus formant un vivier auquel le HCSP ferait régulièrement appel et qui seraient les experts auprès du HCSP).

La place respective au sein du Haut Conseil des personnalités qualifiées, des membres de droit (agences, autres structures et administrations centrales), de différentes structures expertes doit être clarifiée. La place du Secrétariat général du HCSP doit également être précisée.

Pour l'organisation du travail, il est proposé de diminuer le nombre de séances du collège en formation plénière et de réunir les présidents de commissions et personnalités qualifiées du Collège tous les mois dans une formation d'organe exécutif (bureau).

Ce bureau définirait les orientations du HCSP et prendrait les décisions structurantes. Une stratégie clairement affichée et relayée par les présidents des commissions spécialisées donnerait ainsi à tous les membres une vision d'ensemble des travaux du HCSP.

Le nombre de réunions plénières des commissions spécialisées devrait lui aussi être diminué. Les commissions spécialisées proposent des modalités de fonctionnement pragmatiques et légères : bureau de la commission spécialisée pour examiner les saisines ou prendre les orientations rapidement ; des sous-commissions ou groupes de travail formés de membres du HCSP et d'experts auprès du HCSP choisis en fonction du sujet traité, en charge de sujets dans des délais déterminés et travaillant de préférence par voie électronique ou par réunion téléphonique ; les plénières, moins nombreuses, permettraient de discuter et valider les travaux produits.

S'agissant du travail des présidents, des décharges de travail ou des mises à disposition pourraient leur être proposées. Ainsi ils pourraient se consacrer plus largement à leurs fonctions au HCSP.

L'évaluation réalisée par l'IGAS au cours du deuxième semestre 2009 et dont les résultats ont été définitivement disponibles au début de l'année 2010, vont dans le même sens.

## COMMISSION MALADIES TRANSMISSIBLES

### ■ Présentation

Président : Christian PERRONNE  
Vice -Président : Jean Paul BOUTIN

Coordonnateur : Paule Deutsch  
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.

Des 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)

La CSMT compte 19 personnalités qualifiées et 4 membres de droit (InVS, INPES, Afssa, Afssaps) 2 membres invités permanents (le président du CTV et celui du CMVI) et un représentant de la HAS.

### ■ Les comités techniques permanents

Les missions des deux comités techniques permanents rattachés à la Commission spécialisée « maladies transmissibles » sont orientés vers :

- La veille scientifique sur les évolutions et perspectives en matière de vaccins, l'élaboration de la stratégie vaccinale en fonction des données épidémiologiques et des études économiques relatives aux mesures envisagées ainsi que la mise à jour du calendrier vaccinal.
- La veille scientifique en matière de pathologies liées aux voyages, l'élaboration de recommandations pour les voyageurs selon les données épidémiologiques et les connaissances actualisées en matière de prévention, ainsi que les recommandations visant à éviter l'importation de maladies infectieuses

### ■ Le comité technique des vaccinations (CTV)

Président : Daniel Floret  
Coordinateur : Paule Deutsch  
Chargé du suivi : Fabrice Silène

Le CTV compte 20 personnalités qualifiées, 16 membres de droit (InVS, INPES, Afssa, Afssaps, CNOM, EN/DGESCO, DCSSA, DGS DSS, DREES, DGAS, HAS) et deux invités permanents dont le président ou le vice président de la CSMT

Un bureau du CTV a été créé avec pour mission d'analyser la recevabilité des dossiers vaccins, des saisines et des auto-saisines, de préparer le CTV, d'élaborer des procédures.

### ■ Le comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI)

Président : Martin Danis  
Coordinateur : Paule Deutsch  
Chargé du suivi : Fabrice Silène

Le CMVI compte 11 personnalités qualifiées et 13 membres de droit (InVS, Haute Autorité de

santé, Direction du Tourisme, INPES, 2 membres Institut de médecine tropicale du service de Santé des armées (IMTSSA), DGS, 2 Afssaps, CNR des arbovirus, 2 CNR paludisme, Secrétariat d'Etat à l'outre-mer.

## ■ Activités

Les travaux de la Commission Maladies Transmissibles ont été constitués principalement par les réponses aux saisines ou auto-saisines élaborées par des groupes de travail issus des commissions ou par les commissions elle-même. A ces travaux se sont ajoutées la poursuite de l'analyse évaluative des objectifs Maladies infectieuses de la loi de santé publique du 9 août 2004 ainsi que l'élaboration de propositions d'objectifs pour la prochaine loi de santé.

A partir de mai 2009 l'activité de la commission et plus particulièrement celle du CTV a été fortement impactée par la pandémie grippale A(H1N1)

En 2009,

### ■ La Commission des maladies transmissibles, la CSMT a tenu :

- 5 groupes de travail
- 8 réunions plénières avec en moyenne les 2/3 des (12/19) personnalités qualifiées présentes
- 4 réunions extraordinaires dont 2 relatives à la pandémie grippale A(H1N1)2009, organisées en urgence avec en moyenne 13 des 19 personnes qualifiées présentes
- 1 consultation par voie électronique : 15/ 19 des membres qualifiés y ont participé

Le programme de travail a comporté :

- La validation des avis du CTV et du CMVI
- L'élaboration de recommandations concernant les maladies infectieuses

### ■ Le Comité technique des vaccinations, le CTV a tenu :

- 12 groupes de travail
- 9 réunions plénières avec en moyenne 15/ 20 membres qualifiés présents
- 5 réunions extraordinaires en urgence dont 3 consacrées à la pandémie grippale A(H1N1) 2009 avec en moyenne 16/19 membres qualifiés présents

Le programme de travail a comporté :

- L'audition annuelle des firmes pharmaceutiques concernant leur politique de développement de vaccins ;
- L'actualisation du calendrier vaccinal en 2009, publié au Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'InVS en avril 2009.
- La révision des recommandations vaccinales.
- Des recommandations émises sur les vaccins dont l'autorisation de mise sur le marché est en cours ;
- Des réponses aux saisines à caractère urgent : Pandémie grippale A(H1N1)2009, infections invasives à méningocoques B et C en Seine-Maritime, pénurie de vaccins.

La qualité de l'expertise a été améliorée par l'élaboration de procédures :

- Fonctionnement des groupes de travail
- Traitement des dossiers des vaccins

Lors des séances, la gestion des conflits d'intérêts a mené à exclure certains membres du vote ( 2 pour la CSMT et 4 pour le CTV) pour les avis concernant la pandémie grippale A (H1N1)2009. Ces éléments figurent sur les comptes rendus des réunions et sur les avis relatifs à la pandémie grippale A (H1N1)2009, publiés par le HCSP.

### ■ Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation, le CMVI a tenu :

- 5 réunions avec en moyenne la présence de 8 membres qualifiés sur 11.
- 4 groupes de travail dont 1 commun avec le CTV

Le programme de travail a comporté :

- L'actualisation des recommandations sanitaires 2009 pour les voyageurs à l'intention des professionnels de santé, publiées annuellement par le Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'InVS.
- Des recommandations émises sur les vaccins dont l'autorisation de mise sur le marché est en cours en collaboration avec le CTV (vaccin encéphalite japonais).

## 1º Les saisines et auto-saisines:

Les saisines ont émané principalement de la direction générale de la santé

### La Commission spécialisée des Maladies transmissibles

#### Saisines :

- L'actualisation des recommandations autour d'un cas de diphtérie
- L'élaboration des recommandations pratiques d'utilisation des tests de détection de la production d'Interféron gamma
- La révision liste maladies contagieuses portant interdiction certaines opérations funéraires

#### Auto-saisines :

- Les recommandations prévention Gastro-entérite aiguë (GEA) en Établissements hébergent des personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Les maladies infectieuses émergentes

### Le Comité technique des vaccinations, le CTV :

#### Saisines :

- Détermination des mentions minimales obligatoires pour les campagnes vaccinales auprès du grand public
- Demande d'avis sur l'encadrement de la publicité des vaccins
- Recommandation d'utilisation du vaccin antiméningococcique B de NOVARTIS
- Modalités de remplacement de vaccins et d'adaptation du calendrier vaccinal, dans le cas d'une suspension d'approvisionnement des vaccins Tetravac et Pentavac
- Suite saisine vaccination contre les infections invasives à méningocoque du groupe (IIM) C
- Pertinence de l'utilisation d'un vaccin pandémique dirigé contre le virus grippal A(H1N1)v (variant)
- Recommandations entre le vaccin MenBvac et le vaccin pandémique utilisé en Seine-Maritime et dans la Somme
- Différences entre les indications ouvrant droit au remboursement du vaccin grippal saisonnier en vigueur et les recommandations vaccinales émises par le HCSP retenues dans le calendrier vaccinal
- Pertinence de l'utilisation d'un vaccin pandémique dirigé contre le virus grippal A(H1N1)v (variant)
- Saisine du HCSP relative au projet de décret sur les conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmières ou infirmiers
- Recommandations sur les priorités sanitaires d'utilisation des vaccins pandémiques dirigés contre le virus grippal A(H1N1)v
- Avis du CHMP sur les vaccins dirigés vs le virus A/(H1N1)v
- Questionnaire médical préalable à la vaccination dirigée vs le virus A/(H1N1)v
- Saisine relative à la stratégie de vaccination contre le virus A/(H1N1)v pour les femmes enceintes
- Saisine HCSP concernant le projet de décret relatif aux conditions de réalisation de certaines vaccinations contre le virus de la grippe A(H1N1) 2009
- Saisine HCSP relative à la stratégie de vaccination contre la grippe pour l'année 2010-2011

#### Auto-saisines

- Révision de l'avis sur la vaccination anti-rotavirus chez les nourrissons de moins de 6 mois
- Simplification du schéma vaccinal
- Vaccinations des immunodéprimés

- Vaccination du pneumocoque lors d'une pandémie grippale
- Actualisation de l'utilisation des vaccins pandémiques contre la grippe
- Actualisation de la posologie des vaccins pandémiques contre la grippe A(H1N1) 2009 actuellement disponible en France

### **Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation, le CMVI : Saisines :**

- Rapport annuel d'activité des centres agréés pour la vaccination contre la fièvre jaune
- Mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (2005)

### **Mission**

- Recommandations aux voyageurs 2009

### **Auto-saisine**

- Effets secondaires du vaccin de la fièvre jaune

## **2<sup>e</sup> Production : Avis et rapports du HCSP validés par la commission spécialisée Maladies transmissibles**

### **La commission spécialisée Maladies transmissibles, la CSMT**

- a validé 36 avis et 9 rapports émis par la commission et les comités techniques permanents
- a élaboré 3 avis et 2 rapports

### **Le Comité technique des vaccinations, le CTV,**

- a proposé 30 avis
- 5 rapports à la validation de la CSMT

### **Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation, le CMVI,**

- a proposé 1 avis et les recommandations pour les voyageurs à la validation de la CSMT
- 1 avis et 1 rapport commun avec le CTV

### **Avis**

- Pandémie grippale A(H1N1)2009 : priorités sanitaires et utilisation des vaccins pandémiques dirigés contre le virus A(H1N1)v
- Priorités sanitaires et utilisation des vaccins pandémiques dirigés contre le virus A(H1N1)v
- Actualisation de l'utilisation des vaccins pandémiques contre la grippe A(H1N1)2009
- Actualisation de l'avis relatif aux recommandations sur l'utilisation des vaccins pandémiques dirigés contre le virus grippal A(H1N1)v
- Projet de décret sur les conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières
- Articulation des campagnes de vaccination avec le MenBvac® et avec un vaccin pandémique en Seine-Maritime et dans la Somme
- Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin Prevenar®
- Vaccination contre l'encéphalite à tiques avec le vaccin Encepur®
- Actualisation de l'avis relatif aux recommandations sur les priorités sanitaires d'utilisation des vaccins pandémiques dirigés contre le virus grippal A(H1N1)v
- Vaccination contre le pneumocoque chez l'adulte et l'enfant âgé de 5 ans et plus infectés par le VIH
- Vaccination autour d'un ou plusieurs cas de rougeole
- Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2009
- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2009
- Désinsectisation des aéronefs en provenance du Maroc et de l'Algérie
- Vaccination contre l'hépatite A des personnels de laboratoire réalisant le dépistage du cancer colorectal et sur la classification des tests immunologiques
- Surveillance de l'hépatite E en France
- Vaccination contre les IIMB en Seine-Maritime et élargissement dans la Somme
- Vaccination contre l'encéphalite à tiques avec le vaccin Encepur®
- Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin contre l'encéphalite à tiques Ticovac®

- Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin contre la grippe saisonnière Gripguard®
- Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin contre la grippe saisonnière Influvac®
- Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin contre la grippe saisonnière Mutagrip®
- Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin contre la grippe saisonnière Vaxigrip®
- Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin DTCaPHib Pentavac®
- Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin dTP Revaxis®
- Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin pneumococcique conjugué 13-valent Prevenar 13®

### Avis et rapports

- Vaccination de rattrapage contre l'hépatite B chez l'adolescent
- Vaccination autour d'un (ou de plusieurs) cas d'hépatite A
- Recommandations de vaccination préventive ciblée contre l'hépatite A
- Vaccination par le vaccin méningococcique conjugué de sérogroupe C
- Vaccination contre l'encéphalite japonaise
- Pertinence de l'utilisation d'un vaccin monovalent, sans adjuvant, dirigé contre le virus grippal A(H1N1)v
- Pertinence de l'utilisation d'un vaccin pandémique dirigé contre le virus grippal A(H1N1)v
- Vaccination par le vaccin pneumococcique conjugué 13-valent
- Maladies contagieuses interdisant certaines opérations funéraires

### Rapport

- Maladies infectieuses émergentes

### Courriers de réponse

- Courrier au DGS : remplacement de tetravac/pentavac en cas de suspension d'approvisionnement
- Courrier au DGS : utilisation du vaccin rMenB+OMV NZ dans le contexte d'hyperendémie IIMB notamment en Seine-Maritime

## 3) Evaluation de l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 et élaboration de propositions d'objectifs

L'évaluation de l'atteinte des 10 objectifs (30, 36 à 43, 56) de la loi de santé publique de 2004 revenant à la commission a été poursuivie. Des propositions pour les objectifs de la nouvelle loi de Santé publique ont été élaborées.

## 4) Représentation par les présidents de la commission et des CTP

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

- **Comités animés par la DGS**
  - Comité de lutte contre la grippe (en 2009, 40 réunions)
  - Cellule d'aide à la décision en cas d'infection à méningocoque
  - Comité stratégique pour l'amélioration de la protection vaccinale
  - Comité de suivi du plan tuberculose
- **Colloque**
  - RiCAI : une intervention présentant les travaux du HCSP a été réalisée.
- **International** : au titre du ministère chargé de la santé
  - OMS : groupe Sage et Etage
  - Missions en Ukraine et au Vietnam

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

■ **Comités**

- Comité de lutte contre la grippe (en 2009, 40 réunions)
- Cellule d'aide à la décision en cas d'infection à méningocoque
- ONIAM
- Comité de suivi plan tuberculose
- Comité stratégique pour l'amélioration de la protection vaccinale
- Comité de suivi du plan d'élimination de la rougeole

■ **Colloques**

- RiCAI
- Colloque vaccins, USA
- Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

## COMMISSION MALADIES CHRONIQUES

### ■ Présentation

Présidente : Brigitte SANDRIN-BERTHON  
Vice- Président : Serge BRIANÇON

Coordonnateur : Geneviève Guérin

La Commission spécialisée maladies chroniques (CSMC) réunit l'expertise scientifique nécessaire à l'analyse des limitations d'activité et des 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 participe 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.

Elle compte 20 personnalités qualifiées et 5 membres de droit : InVS, INPES, INCa, Afssaps, ABM. La DGS, la Drees et la HAS, membres de droit du Collège du HCSP, participent également aux travaux

En 2009 la commission a tenu 1 réunion plénière, 10 réunions de groupes de travail et a procédé à 28 auditions.

### ■ Activités

#### 1° ) Evaluation de la réalisation des objectifs de la loi de santé publique de 2004 et définition de nouveaux objectifs dans la perspective de la prochaine loi

L'évaluation de l'atteinte des objectifs débutée en 2007 s'est achevée en 2009 avec la fin du mandat.

- Maladies métaboliques : 54, 55, 80
- Santé mentale : 57 à 61
- Neurologie et douleur : 31, 32, 62 à 65, 72
- Qualité de vie : 76, 81, 87, 88
- Pathologies rhumatologiques : 82 à 87
- Cancer : 48 à 52 (les fiches correspondant à ces objectifs ont été transmises au Groupe d'évaluation du Plan cancer)
- Maladies respiratoires : 74, 75

En complément des recommandations formulées par les responsables des groupes thématiques au terme de trois années de travaux (Serge Briançon, Guy Gozlan, François Bourdillon, Elisabeth Spitz, Hélène Grandjean, Laure Com-Ruelle), certains de ces objectifs font l'objet de nouvelles propositions pour la future loi de santé publique. Il s'agit des objectifs relatifs aux cancers (inégalités géographiques de mortalité, inégalités de participation aux dépistages), aux maladies cardiovasculaires et métaboliques, maladies respiratoires chroniques (asthme, BPCO), maladies neurologiques (maladie d'Alzheimer, AVC, SEP, Parkinson, épilepsie de l'enfant et de l'adulte, SLA), santé mentale de l'adulte et de l'enfant, impact des pathologies sur la qualité de vie.)

## **2) deux rapports ont été élaborés sur des problématiques proposées par la présidente et le vice-président de la commission**

### **■ Éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours** sous la conduite de Brigitte Sandrin-Berthon

L'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de maladie chronique et leur entourage à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications.

A côté des programmes – qui évoquent un processus limité dans le temps, dont le contenu et le déroulement sont précisés à l'avance – il existe une éducation thérapeutique intégrée à la pratique des professionnels de premier recours, en particulier à celle du médecin traitant.

La commission a été mandatée en septembre 2008 par le Collège pour :

- Identifier les facteurs susceptibles de favoriser ou freiner l'implication des médecins traitants et des autres professionnels de santé, notamment libéraux, dans la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique de proximité
- Émettre des recommandations pour favoriser un développement rapide et structuré de l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire.

La commission a mis en place un groupe de travail en novembre 2008.

Ce groupe était composé de :

Brigitte Sandrin-Berthon, Claude Attali, Rémy Bataillon, Bernard Bioulac, Régis Bresson, Cécile Fournier (INPES), Patrice Gross, Dominique Le Bœuf, Gilles Leboube, Jean-François Mathé, Anne-Françoise Pauchet-Traversat (HAS), Alfred Penfornis, Philippe Ravaud, Bernadette Satger, Elisabeth Spitz.

Après avoir défini son champ de réflexion fin 2008, ce groupe s'est réuni à cinq reprises en 2009. Il a procédé à l'audition de nombreux professionnels de santé ayant une expérience de l'éducation thérapeutique en médecine générale (généralistes-enseignants, URMEL Nord-Pas-de-Calais), en pharmacie (CESPHARM, pharmacien d'officine), en réseaux et maisons de santé (médecins coordonnateurs, infirmières ETP, responsables de direction.)

Le rapport du groupe de travail a été soumis en septembre à la commission et en novembre au collège qui l'a validé. Il a été présenté le 7 janvier 2010 au Comité de suivi du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le rapport formule quatorze recommandations répondant à quatre orientations stratégiques :

- changer d'échelle
- inverser la perspective
- raisonner par territoire
- élargir la formation des professionnels de santé

articulées selon les axes suivants :

- établir un dispositif de financement pour l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours et articulée avec celle pratiquée en milieu spécialisé
- intégrer à la formation initiale des professionnels de santé l'enseignement des compétences nécessaires à la pratique de l'éducation thérapeutique
- soutenir la mise en place de formations continues
- définir, au niveau de chaque région, un schéma d'organisation et un plan de développement de l'éducation thérapeutique

Le texte, la synthèse et les recommandations de ce rapport sont en ligne sur le site hcsp.fr  
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefdomaine=4&menu=09>

### ■ La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique sous la conduite de Serge Briançon

Pour la plupart des acteurs du système de santé et en premier lieu pour les patients, la prise en charge des maladies chroniques se résume au dispositif médico-administratif des ALD (affections de longue durée). Or si les ALD, simples ou exonérantes, sont presque toujours des maladies chroniques, un certain nombre de ces dernières ne sont pas reconnues comme des ALD, et leur prise en charge est imparfairement identifiée.

La commission a été mandatée en septembre 2008 par le Collège pour :

- Faire le bilan des dispositions actuellement prévues par le système de santé pour la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques, quelles qu'elles soient, et de leurs conditions d'accès.
- Emettre des recommandations sur les moyens d'améliorer la souplesse des dispositifs afin de favoriser le continuum allant de la prévention jusqu'aux prises en charge en aval des soins.

La commission a mis en place un groupe de travail en novembre 2008.

Ce groupe était composé de :

Serge Briançon, Nelly Agrinier, Jean-Marie André, François Boué, Sandrine Danet (Drees), Hélène Fagherazzi-Pagel, Guy Gozlan, Hélène Grandjean, Jacques Hugon, Isabelle Grémy, Christian Jacquelinet (ABM), Michèle Le Fol (DGAS), André Morin (HAS), Gérard Parmentier, Stéphanie Portal (DGS), Marie-Hélène Rodde-Dunet (INCa).

Après avoir défini son champ de réflexion fin 2008, ce groupe s'est réuni à cinq reprises en 2009. Il a procédé à l'audition de plusieurs experts et représentants institutionnels dans le champ de la prise en charge des maladies chroniques : Hubert Allemand, Dominique Polton, Bertrand Fragonard, Bertrand Garros, Anne-Laurence Le Faou, Alain Lopez, Sylvain Pichetti et Denis Raynaud.

Le rapport du groupe de travail a été soumis en septembre à la commission et en novembre au collège qui l'a validé. Il doit être présenté courant 2010 au Comité de suivi du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Il a fait l'objet d'une communication lors de la conférence de presse du HCSP le 18 décembre.

Le rapport formule dix recommandations ayant deux objectifs :

- l'accès de toutes les personnes atteintes de maladie chronique à une prise en charge de qualité,
- la réduction des inégalités de restes à charge supportés par les personnes atteintes de maladie chronique,  
et articulées selon les axes suivants :
  - définir la maladie chronique,
  - faire évoluer la prise en charge,
  - mieux connaître et mieux faire connaître les maladies chroniques.

Le texte, la synthèse et les recommandations de ce rapport sont en ligne sur le site hcsp.fr  
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefdomaine=4&menu=09>

### 3° ) Participation au titre du HCSP aux travaux du comité de suivi de la mise en œuvre du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

Laure Com-Ruelle et Brigitte Sandrin-Berthon ont participé respectivement aux réunions plénières du 15 juin et du 7 décembre. Le plan, annoncé en avril 2007, comporte quinze mesures dont le

suivi est assuré par quatre sous-groupes de travail respectivement consacrés :

- Aux programmes d'accompagnement des patients et à l'éducation thérapeutique
- Au rôle des aidants et des acteurs de santé,
- A l'accompagnement social des personnes malades,
- A l'approche régionale et à la proximité avec le terrain.

Brigitte Sandrin-Berthon a participé au premier groupe de réflexion qui a essentiellement travaillé, en 2009, sur le cahier des charges national pour les programmes d'éducation thérapeutique (prévu par la loi HPST, ce cahier des charges sera la référence pour les ARS qui devront agréer les programmes.)

## COMMISSION RISQUES LIÉS A L'ENVIRONNEMENT

### ■ Présentation

Président : Denis ZMIROU-NAVIER  
Vice-président : Pierre VERGER

Coordonnateur: Roberte MANIGAT  
Chargés du suivi : Claudine Le Grand et Fabrice Silène

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.  
Créée par l'arrêté du 6 octobre 2008, elle est issue de la section Environnement de la Commission spécialisée sécurité sanitaire.

Cette commission compte 18 personnalités qualifiées et 6 membres de droit : InVS, INPES, Afssa, Afsset, INCa, IRSN.

### ■ Activités

En 2009, la commission a tenu 6 réunions plénières, dont une exceptionnelle.

Le Groupe de veille sur les impacts sanitaires des nanotechnologies (GVISN), précédemment rattaché au Collège du HCSP, est devenu un groupe de travail de la CSRE.

Sur les trois groupes de travail constitués en 2008, deux ont poursuivi leur activité en 2009 :

- le groupe de travail relatif à l'évaluation des risques sanitaires ;
- le groupe de travail relatif à la pollution de l'air intérieur.

Le groupe de travail relatif à la pollution de l'air ambiant a suspendu ses activités, la saisine de la DGS qui avait motivé sa création ayant été classée sans suite par son commanditaire.

Une nouvelle procédure relative au classement des communes en station climatique est entrée en vigueur le 3 mars 2009 et a conduit à clore l'instruction de deux saisines de reçues en 2008 : classement en station climatique de la commune de Nyons (Drôme) pour la première, et de la commune de Saint-Dié-des-Vosges (Vosges), pour la seconde.

Six saisines ont été reçues en 2009, dont quatre ont donné lieu à la constitution d'un groupe de travail spécifique et une orientée sur le GVISN :

- le groupe de travail sur les mesures de gestion de teneurs élevées de PCE dans l'air intérieur des logements ;
- le groupe de travail concernant les travaux de désamiantage de la Tour Boucrys ;
- le groupe de travail concernant les travaux de désamiantage de la Tour Montparnasse ;
- le groupe de travail relatif aux risques pour la santé liés aux effets qualitatifs du changement climatique.

Trois avis et trois rapports ont été élaborés dans le cadre de l'instruction des saisines reçues en 2009 ou préalablement en cours d'instruction.

La CSRE a aussi formulé quatre propositions d'auto-saisines et travaillé, dans le cadre de l'évaluation de la loi relative à la politique de santé publique de 2004, à l'élaboration des propositions de nouveaux objectifs.

## **1) Groupe de veille sur les impacts sanitaires des nanotechnologies (GVISN)**

Présidente : Francelyne MARANO

Le groupe d'expertise à portée interministérielle sur les nanomatériaux et nanotechnologies a pour mission de fournir des analyses et de faire des recommandations sur les questions qui lui seront adressées ou qu'il aura identifiées comme pertinentes. Il apporte au gouvernement (ministère chargé de la santé et ministères concernés par ce sujet : écologie, agriculture, recherche et industrie) l'appui et les conseils dont il a besoin pour définir sa politique et gérer les questions nouvelles que suscitent les nanomatériaux et les nanotechnologies en matière de sécurité sanitaire.

Il s'agit d'un groupe de travail permanent, mis en place fin 2007 à la demande de la DGS, pouvant s'apparenter aux comités techniques permanents du HCSP.

Ce groupe doit pouvoir répondre aux saisines des pouvoirs publics et peut par ailleurs s'autosaisir.

Le GVISN, qui a pris en charge une saisine de la DGS du 2 avril 2009 relative à une demande de contribution du HCSP au débat public national sur les nanotechnologies, s'est réuni 4 fois en 2009.

## **2) Évaluation de l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique de 2004**

L'évaluation de l'atteinte des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique (LPSP) de 2004 du ressort de la commission a été poursuivie en 2009 :

- objectifs santé-travail (14 à 17)
- objectifs santé-environnement (18 à 25).

La synthèse de l'ensemble des objectifs santé-environnement-travail, réalisée en 2008, a été approuvée en séance, pour une éventuelle publication.

Les membres de la CSRE ont réalisé un travail complémentaire, dans le cadre de l'harmonisation de la démarche pour l'ensemble des 100 objectifs de la LPSP. Ils ont également contribué activement à la démarche relative aux nouveaux objectifs qui seront proposés pour la future loi de santé publique.

Au-delà des 12 objectifs qui leur avaient initialement été confiés, ils ont également réalisé ce travail pour l'objectif 94 qui concerne les violences routières.

## **3) Saisines**

Bilan de l'instruction des saisines reçues pour instruction en 2009 :

### **■ Projet de décret en conseil d'Etat relatif à l'entretien annuel pour les chaudières d'une puissance comprise entre 4 et 400 kilowatts**

Saisine de la DGS du 22 décembre 2008. Instruction terminée le 10 mars 2009.

### **■ Mesures de gestion de teneurs élevées de perchloéthylène (PCE) dans l'air l'intérieur des logements**

Saisine de la DGS du 22 décembre 2008, toujours en cours d'instruction.

Le groupe de travail sur les mesures de gestion de teneurs élevées de PCE dans l'air intérieur des logements s'est réuni 5 fois et a auditionné 10 personnes.

### **■ Demande de prorogation du délai d'achèvement des travaux de désamiantage de la Tour Boucrys**

Saisine de la Préfecture de Police de Paris du 23 février 2009. Instruction terminée le 20 novembre 2009.

Le groupe de travail, constitué d'un expert du HCSP et d'un expert extérieur qui a élaboré le rapport suite à une visite sur site, a présenté son travail devant la Commission. La commission a émis un avis sur cette demande, bien qu'elle se soit avérée ne pas entrer dans le cadre de la réglementation actuelle.

■ **Demande de renouvellement de prorogation du délai d'achèvement des travaux de désamiantage de la Tour Montparnasse.**

Saisine de la Préfecture de Police de Paris du 23 mars 2009. Instruction terminée le 13 octobre 2009.

Le groupe de travail, constitué d'un membre de la CSRE et d'un expert extérieur qui a élaboré un rapport sur la base du dossier transmis par la préfecture de Paris, a présenté un avis validé par la Commission le 13 octobre 2009.

■ **Demande de contribution de la CSRE à l'avis de la CSMT sur les risques pour la santé liés aux effets qualitatifs du changement climatique**

Saisine de la DGS du 3 février 2009, demande de la CSMT du 1<sup>er</sup> juillet 2009. Instruction terminée le 26 juin 2009.

Le groupe de travail a produit un rapport et contribué à l'élaboration de l'avis de la CSMT.

Bilan de l'instruction des saisines en cours d'instruction depuis 2008 :

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

Saisine de la DGS du 8 avril 2008, classée sans suite.

■ **Evaluation des risques sanitaires et études de zone**

Deux saisines de la DGS du 21 mai 2008, toujours en cours d'instruction.

Le groupe de travail sur l'évaluation des risques sanitaires s'est réuni 5 fois et a auditionné 8 personnes. Son plan de travail pour répondre aux deux saisines a été finalisé et transmis à la direction générale de la santé.

■ **Valeurs de références pour les polluants de l'air des espaces clos**

Saisine de la DGS du 20 juillet 2008, toujours en cours d'instruction.

Le groupe sur les polluants dans les espaces clos s'est réuni 6 fois, a auditionné 9 personnes et produit 2 rapports.

## 4<sup>e</sup> Auto -saisines

Quatre auto-saisines ont été proposées et traitées de la manière suivante :

■ **Prévention du saturnisme**

Réflexion à poursuivre éventuellement dans le cadre d'un groupe de travail de la CSRE.

■ **Place du HCSP et de la CSRE dans l'analyse du risque**

Réflexion à poursuivre éventuellement dans le cadre d'un groupe de travail du HCSP.

■ **Utilisation des pesticides**

Projet d'auto-saisine transformé en proposition de nouvel objectif pour la future loi de santé publique.

■ **Impact sanitaire du nano argent**

Projet d'auto-saisine transformé en message de vigilance dont l'élaboration est confiée au GVISN.

## Avis et rapports validés par la CSRE

- Avis sur le projet de décret en conseil d'Etat relatif à l'entretien annuel pour les chaudières d'une puissance comprise entre 4 et 400 kilowatts, 10 mars 2009.
- Rapport sur les risques pour la santé liés aux effets qualitatifs du changement climatique pour l'avis de la CSMT sur le sujet, 26 juin 2009.
- Avis sur la demande de renouvellement de prorogation du délai d'achèvement des travaux de traitement de l'amiante de la Tour Maine-Montparnasse, 13 octobre 2009.
- Rapport sur les valeurs repères d'aide à la gestion dans l'air des espaces clos (démarche méthodologique), octobre 2009.
- Rapport sur les valeurs repères d'aide à la gestion dans l'air des espaces clos (application au formaldéhyde), octobre 2009.
- Avis sur la demande de prorogation du délai d'achèvement des travaux de désamiantage de la Tour Boucrys, 20 novembre 2009.

## **COMMISSION SECURITE DES PATIENTS : INFECTIONS NOSOCOMIALES ET AUTRES EVENEMENTS INDESIRABLES LIES AUX SOINS ET AUX PRATIQUES**

### **■ Présentation**

Président : Bruno GRANDBASTIEN

Vice-président : Philippe MICHEL

Coordonnateur : Brigitte HAURY

Chargés du suivi : Claudine Le Grand et Fabrice Silène

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. Autant 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.

Elle compte 27 personnalités qualifiées (une personne ayant démissionné au cours de l'année) et 6 membres de droit : InVS, INPES, Afssaps, ABM, IRSN, EFS.

### **■ Activités**

En 2009, la commission a tenu 8 séances plénières, a constitué 10 groupes de travail et a procédé à des auditions dans le cadre d'un de ces groupes.

#### **1°- Les saisines :**

Les saisines ont émané principalement de la DGS et de la DHOS.

Trois nouvelles saisines et une plus ancienne ont été à l'origine de la création de 4 groupes de travail en 2010 :

- saisine du 23 février 2009 de la DGS sur la prise en charge et la prévention des infections liées à des bactéries pathogènes hautement résistantes aux antibiotiques importées en France à l'occasion du rapatriement de patients en provenance de l'étranger.
- saisine du 25 septembre 2009 de la DGS sur la révision et l'actualisation de l'avis du CSHPF relatif à la prévention de la transmission du VHC et du VIH aux patients par les professionnels de santé.
- saisine du 30 juin 2009 de la DGS concernant la sécurité de la technique du packing, utilisée dans le traitement de certains troubles graves du comportement, notamment chez les enfants autistes. Un avis et un rapport seront publiés au cours du premier trimestre 2010.
- saisine du 24 août 2007 de la DGS sur la prévention de la transmission du VHB aux patients par les professionnels de santé, tandis que d'autres groupes poursuivaient l'élaboration de rapports entamée l'année précédente.

■ Une saisine et deux consultations pour avis portaient sur des projets de textes et ont fait l'objet de délibération en séance plénière :

- Projet de décret modifiant le décret fixant les conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage
- Projets de décret et d'arrêté sur la mise à disposition du public par l'établissement de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Projet d'arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Enfin, une saisine de la DGS sur la classification des manches de laryngoscope fera l'objet d'une réponse par courrier début 2010.

## 2°- Les auto- saisines

### ■ Actualisation des recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales et des infections associées aux soins

Un groupe de travail constitué de 40 experts a en charge l'actualisation de ces recommandations (élaborées lors d'un mandat précédent du CTINILS), à partir d'une méthodologie et de thématiques de travail préalablement définies. Ces recommandations opérationnelles sont très attendues par les professionnels des établissements. Le document est quasiment finalisé et fera l'objet d'une diffusion large en début 2010.

### ■ Elaboration des recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination

Parmi les bactéries multirésistantes, les entérobactéries productrices d'une béta-lactamase à spectre étendu (BLSE) ont pris une place aujourd'hui devenue préoccupante. Un groupe de travail s'est constitué en septembre 2008. Le rapport sera publié en début 2010.

### ■ Réflexion sur l'élaboration de recommandations pour une politique de sécurité des patients : réalisation d'une étude critique de la littérature internationale

L'étude confiée après appel d'offres à un prestataire a débuté en décembre 2009. Ce travail qui servira de base à la CSSP pour proposer les grands principes devant guider la politique en matière de sécurité des patients est suivi de très près par un comité d'une dizaine de membres de la CSSP.

### ■ Recommandations pour l'utilisation des kits de vaccination antigrippale A(H1N1)v

Parallèlement à la mise à disposition des établissements de santé de kits de vaccination antigrippale sous forme de flacon multidose (vaccin Pandemrix®), la CSSP a élaboré un document de procédure pour la bonne réalisation de la vaccination.

## Avis et rapports du HCSP validés par la commission spécialisée Sécurité des Patients

### ■ Mesures d'hygiène pour la réalisation de la vaccination antigrippale A(H1N1)v présentée en flacon multidose (Pandemrix®) .

Cet avis en date du 20 octobre 2009 est issu d'une auto-saisine ; il rappelle l'intérêt du respect des précautions d'hygiène afin de prévenir un éventuel risque infectieux. En effet, la réalisation du vaccin antigrippal A(H1N1) en présentation multidose, actuellement mis à disposition des établissements de santé pour la vaccination des professionnels de santé, nécessite, d'une part, une opération préalable de reconstitution pour ajouter l'adjuvant et, d'autre part, l'injection successive des différentes doses de vaccin.

## ■ Recommandations françaises sur la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux souches de Staphylocoque aureus communautaires résistants à la méthicilline (SARM C)

Le groupe de travail, composé d'épidémiologistes, d'hygiénistes, de dermatologues, d'infectiologues, de pédiatres, de bactériologistes et réanimateurs, s'est appuyé sur une méthode d'élaboration de recommandations pour la pratique clinique (RPC). Il s'est volontairement limité aux infections cutanées. Le SARM Co est, en effet, responsable dans la grande majorité des cas d'infections cutanées. Le caractère hautement pathogène de cette bactérie, sa virulence et son potentiel de diffusion rapide au sein des collectivités, ont amené plusieurs pays comme les Etats-Unis, la Grande-Bretagne et le Canada à la rédaction de recommandations pour mieux maîtriser sa propagation et pour la prise en charge thérapeutique et préventive.

## ■ Maîtrise de l'émergence et de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) dans les établissements de santé français

Cette saisine a été formulée par la DGS en février 2008 à la suite d'une large diffusion d'ERG en Lorraine et à l'émergence d'un grand nombre de cas dans des établissements de santé. Un groupe de travail constitué de membres du CTINILS et d'experts a élaboré un rapport qui a été approuvé lors de la séance plénière de février 2009.

## ■ Avis sur le projet de circulaire sur la prévention de la transmission des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) lors des soins

L'élaboration de cette circulaire confiée par la DGS à l'Ex-CTINILS a nécessité la participation de nombreux experts. Le projet a fait l'objet de nombreux échanges au sein de la CSSP avant d'être adopté.

## ■ Projets de décret et d'arrêté sur la mise à disposition du public des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (DHOS)

La commission a adressé un courrier à la DHOS le 20 octobre 2009 en réponse à une saisine en date du 20 août 2009 concernant des projets de décret et d'arrêté relatifs à la mise à disposition du public par les établissements de santé, des résultats en matière d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

## ■ Conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques de tatouage avec effraction cutanée et du perçage

Cette saisine a été formulée par la DGS le 21 août 2009 pour avis du HCSP sur le report de 6 mois de l'application du décret fixant les conditions d'hygiène et de salubrité des pratiques du tatouage par des professionnels. La commission a répondu par une lettre du 3 novembre 2009.

## ■ Projet d'arrêté sur le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et médico-sociaux (DHOS)

Une consultation pour avis a été transmise par la DHOS le 13 novembre 2009 ; elle a fait l'objet d'une réponse très élaborée qui a été adressée à la DHOS le 9 décembre 2009.

## ■ Proposition d'objectifs sur les risques liés aux soins pour la future loi de santé publique

Un groupe de travail a été constitué pour faire des propositions d'objectifs sur la base de l'évaluation réalisée par un responsable du thème émanant de la CSSP. Plusieurs séances de travail ont été nécessaires pour aboutir à un texte consensuel. Le texte a été intégré dans le rapport détaillé qui sera publié en 2010.



## **COMMISSION PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTE**

### ■ Présentation :

Président : Jean-François TOUSSAINT

Vice-présidente : Marie-Hélène BOUVIER-COLLE

Coordonnateurs : Marc DURIEZ

Antoinette DESPORTES-DAVONNEAU (d'août à novembre 2009)

Corinne LE GOASTER (à partir de novembre 2009)

La Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) analyse les déterminants individuels et collectifs des comportements affectant la santé.

Elle évalue aussi les 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.

L'analyse et l'évaluation des objectifs ainsi que la réponse aux saisines ont conduit par ailleurs à la constitution de groupes de travail.

La Commission est composée de 32 membres dont 30 personnes qualifiées et 2 membres de droit, les directeurs de l'INCA et de l'INPES.

Elle a tenu 8 réunions plénières en 2009 et a participé à des réunions de groupes de travail en vue de propositions d'objectifs pour la future loi de santé publique.

De même, elle a auditionné une dizaine de personnes dans le cadre des « consultations de prévention » et 8 personnes dans le cadre des « inégalités de santé » en vue des rapports qu'elle a respectivement rendus en mars et décembre 2009.

### ■ Activités :

#### **1) Évaluation de la réalisation des objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004.**

L'évaluation de l'atteinte des objectifs commencée en 2007, s'est terminée en 2009.

Les objectifs de la commission ont été regroupés autour de plusieurs thématiques,

- Lutte contre les addictions (alcool, tabac, toxicomanie) : objectifs 1 à 4, 56, 5
- Nutrition : objectifs 5 à 13, 98
- Maladies infectieuses (VIH, VHC) : objectif 56
- Santé de la reproduction : objectifs 44 à 47, 77, 89 et 97
- Santé de la mère et du jeune enfant : objectifs 67, 91, 93, 95, 96
- Maladies cardio-vasculaires : objectifs 69 à 71
- Santé mentale (suicide) : objectif 92
- Vieillissement : objectifs 98 à 100
- Cancer : objectifs 48, 50, 53
- Atteintes sensorielles : objectif 68

En complément des recommandations formées par les responsables des groupes thématiques au bout de trois années de travaux, certains de ces objectifs font l'objet de nouvelles propositions pour la future loi de santé publique. Ainsi les objectifs traités par la commission concernant les

risques liés aux addictions, à la nutrition, au diabète (maladies cardio-vasculaires), le dépistage et la prévention de certains cancers (cancers féminins) ; les objectifs relatifs à la santé aux différents âges : vieillissement, santé sexuelle (maladies sexuellement transmissibles, toxicomanies), santé de la femme (reproduction), santé de l'enfant (troubles de l'audition et du langage, santé bucco-dentaire...), atteintes sensorielles chez l'adulte... Prévention des conduites à risque et troubles de la santé mentale .des enfants et des adolescents...

Par ailleurs, la commission PEPS s'est intéressée à l'organisation de la prévention dans les futures ARS.

## 2º Saisine

### Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement.

Une saisine de la DGS sur les « Consultations de prévention » a été adressée au Haut Conseil en septembre 2008 en vue « d'expertiser la question de l'intérêt des consultations de prévention dans les programmes de prévention ». A cette question sur la pertinence des consultations comme outils de développement de prévention, la commission a réalisé un rapport piloté par François Baudier, qui en partant de constats sur les pratiques actuelles en médecine générale, propose dix recommandations parmi lesquelles celles de promouvoir des consultations dédiées à certains moments de la vie (entrée dans la vie active, retraite...), plutôt qu'aux différents âges de la vie, de tisser des liens plus étroits entre les acteurs de santé, de disposer de référentiels pour les examens périodiques de prévention avec le soutien de la HAS et de l'INPES, de bâtir des démarches d'outils de prévention à intégrer dans l'activité quotidienne des médecins libéraux... 10 personnes ont été auditionnées.

■ Le rapport a été finalisé en mars 2009.

## 3º Auto-saisine

### Une auto-saisine sur « les inégalités sociales de santé »

Elle a été proposée à l'initiative de Thierry Lang, membre de la commission pour répondre aux objectifs 33 et 34 de la loi de santé publique de 2004.

Ce groupe de travail transversal présidé par Thierry Lang, s'est ainsi constitué début septembre 2008 et s'est réuni 10 fois en 2009. La démarche du groupe de travail composé de membres de la commission spécialisée PEPS et de membres de la Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective (ESP), reflète une double préoccupation :

- élargir la problématique des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble ;
- souligner le rôle majeur des déterminants socio-économiques sur la santé, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les ISS.

Les conclusions et recommandations de ce groupe sont décrites dans les productions au niveau du collège.

Le rapport a été finalisé en décembre 2009.

## COMMISSION EVALUATION, STRATEGIE ET PROSPECTIVE

### ■ Présentation :

Président : Roland SAMBUC

Vice-présidente : Chantal CASES

Coordonnateur : Gérard BADEYAN

La Commission spécialisée Evaluation, stratégie et prospective (CSESP) compte 14 personnalités qualifiées et 8 membres de droit (InVS, Afssa, Afssset, Afssaps, ABM, INPES, INCa, IRSN). En 2009, elle a tenu 7 séances plénières et 12 réunions de groupes de travail.

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.

Elle participe de façon transversale et directement par certains de ses membres au travail de définition de nouveaux objectifs dans la perspective de la nouvelle loi de santé publique

### ■ Activités

#### 1) Groupes de travail sur les objectifs de la loi du 9 août 2004,

La commission a réalisé les fiches d'évaluation des objectifs suivants :

- Précarité et inégalités de santé : objectifs 33 et 34
- Affections d'origine anténatale : objectif 88
- Traumatismes intentionnels et non intentionnels dans l'enfance : objectifs 93 et 95

Conformément à sa mission transversale, la Commission a examiné la cohérence d'ensemble des nouvelles recommandations d'objectifs.

#### 2°) Saisines

##### Groupe d'évaluation du programme de lutte contre la tuberculose

■ Le Cabinet a saisi la commission pour évaluer le programme de lutte contre la tuberculose en France et les conséquences de la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants avant leur entrée en collectivité. Cette saisine se base sur les résultats de surveillance épidémiologiques du BEH 2009 concernant les données de surveillance 2007, montrant une augmentation de l'incidence de la tuberculose d'environ 5 %.

Un groupe de travail s'est constitué, composé d' Alain Letourmy, rapporteur, Roland Sambuc, Jean-Paul Boutin, Arnaud Fouchard et Gérard Badeyan.

Une première note de réponse, validée par le collège le 14 octobre 2009, conclut qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause la suspension de l'obligation vaccinale. Une deuxième note a été transmise fin décembre 2009 complétant la première par la prise en compte des rapports du comité de suivi.

## **Modalités d'évaluation des mesures du prochain plan cancer 2009-2013**

■ Saisine du 29 avril 2009 de la DGS sur les modalités des mesures du 2<sup>ème</sup> plan Cancer : la réponse a été transmise à la DGS, après validation en séance plénière du 20 mai 2009.

## **■ Plan d'actions national AVC 2010-2014**

En décembre 2009, la Commission a été saisie pour participer à la préparation du Plan AVC 2010-2014, en fournissant un appui méthodologique pour la définition des indicateurs et modalités de suivi et d'évaluation du plan. Le Haut Conseil est saisi en amont pour la première fois. La DHOS est chargée de coordonner les travaux de ce futur plan de santé publique.

Un groupe de travail s'est constitué, composé de Roland Sambuc, de Gérard Parmentier, de Christine de Peretti et de Gérard Badeyan. Ce groupe a répondu à cette saisine fin décembre 2009.

La Commission sera à nouveau saisie concernant le projet de plan établi suite à cette première réponse.

## **3) Auto-saisines**

### **■ Production d'un rapport sur la santé ayant comme structure le système européen d'indicateurs ECHI**

Dans le cadre du programme communautaire de surveillance de la santé puis du volet sur l'information de la connaissance en santé du programme communautaire sur la santé publique, il a été développé un système européen d'indicateurs sur la santé « European Community Health Indicators » permettant de décrire de façon homogène entre États membres de l'U.E. l'état de santé et ses principaux déterminants, le système de santé et son utilisation.

Suite à une première expérience positive conduite par l'Institut de santé publique RIVM hollandais, la commission spécialisée ESP dont les missions sont celles d'expertiser les politiques de santé a décidé d'utiliser ce système d'indicateurs pour replacer la situation française dans cette perspective de comparaisons internationales.

Gérard Badeyan a été désigné comme pilote en mars 2009 de l'équipe du projet constituée d'experts pour établir un rapport, dont la finalisation est prévue pour la fin du premier semestre 2010.

### **■ Groupe de travail sur les inégalités géographiques :**

Ce groupe, présidé par Emmanuel Vigneron et qui comprend 7 membres, a présenté ses conclusions en séance plénière de la commission : la discussion a abouti à la décision de procéder à une revue de littérature concernant le rôle de la distance géographique et des conditions matérielles dans l'accès aux soins hospitaliers dans certaines régions avec leurs répercussions dans la consommation de soins.

L'analyse bibliographique sur la relation entre distance et accès aux soins a été lancée à la fin du premier semestre et sera finie début 2010.

## **Avis et rapports du HCSP validés par la Commission Evaluation, stratégie et prospective**

### **■ Plan national Cancer**

Le 24 février 2009, Le HCSP a remis son rapport à Roselyne Bachelot (mandaté en janvier 2008 par la ministre) sur l'évaluation du Plan Cancer (2003-2007). Cette évaluation du Plan cancer a été pilotée par deux membres de la commission, François Alla et Marie-Paule Serre.

### **■ Plan national maladies rares**

Dans le cadre de l'évaluation du Plan Maladies rares (2005-2008), le Comité d'évaluation (Codev) a été piloté par Bernard Perret, membre de la commission et Gil Tchernia, membre expert extérieur.

■ Le rapport a été finalisé en avril 2009.

### ■ Groupe de travail sur les systèmes d'information

Dans la continuité du travail des deux groupes des indicateurs manquants et des indicateurs transversaux et synthétiques qui se sont réuni en 2008, un groupe de travail sur les systèmes d'information, composé de membres du HCSP et d'experts d'institutions, s'est constitué au début de l'année 2009 par décision du Président du haut Conseil de la santé publique pour contribuer à la réflexion globale sur les besoins, l'organisation et l'articulation des systèmes d'information nationaux et régionaux dans le cadre de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique.

Il a rendu son rapport en décembre 2009,

Les résultats sont donnés dans le chapitre « Production » du collège.

■ Par ailleurs, plusieurs membres de la commission ont participé au rapport sur **les inégalités sociales de santé**.



## LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

### ■ Présentation :

Secrétaire générale : Renée Pomarède

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 accompagne, soutient et valorise les travaux du Haut Conseil. Par son appui, il doit permettre au Haut Conseil d'être en mesure de faire des recommandations à la ministre en charge de la santé pour l'élaboration de la future loi de santé publique.

### Soutien aux travaux et logistique

#### 1) - Activités de soutien aux travaux

- En 2009 le secrétariat général a organisé 74 réunions plénières de l'ensemble des instances et a assuré la production et la diffusion des comptes rendus des réunions correspondantes du collège, des commissions spécialisées et des comités techniques permanents.
- Par ailleurs, une trentaine de groupes de travail, techniques ou de réflexion ont été mis en place au cours de l'année 2009 pour des sujets d'intérêt concernant par exemple les inégalités sociales de santé, les systèmes d'information en santé, les risques liés à l'environnement, l'orientation de la recherche en santé, ainsi que pour répondre aux dix saisines relatives à la grippe A (H1N1).
  - Ceci a permis au HCSP, d'une part de répondre à 33 saisines reçues en 2009 dans des délais adaptés en faisant des propositions de gestion et d'autre part de permettre les réflexions conduisant à la proposition de nouveaux objectifs de santé publique.
  - Le secrétariat général a organisé l'analyse évaluative des 100 objectifs de la loi relative à santé publique et des plans stratégiques de santé publique qui lui sont rattachés.
  - Il participe à la mise en place d'outils et de mesures destinés à faciliter le travail du HCSP et à valoriser les réflexions qui en sont issues, notamment dans la publication de rapports (9 en 2009) dont il assure la production et la diffusion.
  - Le secrétariat général a aussi pour mission d'adapter la structure du HCSP aux besoins. C'est ce qui a été fait en 2008 en réorganisant, par arrêté du 6 octobre 2008, ses missions et en renforçant son expertise en matière de sécurité sanitaire par deux nouvelles commissions et par la nomination de nouveaux membres installées en 2009.
- Toutes ces prestations ont nécessité un soutien documentaire fourni par le secrétariat général (voir ci-après).

#### 2) Logistique

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 42 480 €. Elle concerne l'indemnisation des présidences de séance, les pertes de revenus et les participations aux travaux. S'y ajoutent 133 224 € de frais de déplacement : 710 ordres de mission de l'ensemble des 100 réunions organisées en 2009 et 18 983 € de frais de restauration afférents (café, déjeuners).

- Les frais de fonctionnement propres au Secrétariat général se répartissent comme suit : les frais de déplacement des agents du SG-HCSP s'élèvent à 3184 € et les frais d'inscription aux colloques s'élèvent à 710 €. Les frais de fournitures sont pris en charge dans les dépenses globales de la DGS.

## Commandes aux prestataires et gestion budgétaire

Chargée de mission : Dominique GUILLEMIN

### 1) Les commandes aux prestataires

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

■ **Quatre marchés et un avenant passés selon la procédure adaptée (MAPA) ont été organisés :**

- Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la gestion des risques et des soins de santé ;
- Assistance à maîtrise d'ouvrage pour la production d'un rapport sur la santé ayant comme structure le système européen d'indicateurs ECHI ;
- Assistance à la maîtrise d'ouvrage pour la production d'un rapport dans le domaine de l'évaluation des risques sanitaires incluant des prestations organisationnelles.
- Pré-impression des publications du Haut Conseil de la santé publique
- Ainsi que l'avenant n° 1 de l'assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'évaluation du Plan Cancer conclu en 2008.

■ **Quatre mises en concurrence ont été réalisées :**

- Plan de communication du Haut Conseil de la santé publique
- Etude bibliographique sur les pratiques en évaluation quantitative des risques sanitaires menées dans le cadre des « études de zone » »
- Modernisation et aménagement de la Charte graphique
- Réalisation d'une conférence de presse relative au bilan du HCSP

■ **Deux conventions d'études ont été élaborées :**

- Convention entre la Direction générale de la santé et l'Université Victor Segalen Bordeaux 2, dans le cadre de la déclinaison régionale des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique de 2004
- Convention entre la Direction générale de la santé et le Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses (CMIT), pour la réalisation d'un travail de prospective sur les situations et maladies émergentes en vue de l'élaboration des recommandations en vue de la prochaine loi de santé publique

### 2) Gestion budgétaire

**Sur le programme budgétaire 204 « Santé publique et prévention »,** le montant des engagements s'élève à 456 158 € et les montant réglés à 418 943 € :

A noter que cette répartition budgétaire initiale a fait l'objet de modifications régulières du BOP au cours de l'année 2009.

Les marchés et avenant énoncés ci-dessus ont été engagés et payés, soit dans leur totalité, soit partiellement pour un montant total de 193 549 € engagés et 52 644 € réglés.

Les frais afférents à l'organisation de journées scientifiques et de communication ont représentés 20 370 € engagés et 12 456 € réglés.

La valorisation des travaux d'édition (correction de rapports, publication et correction des 4 numéros annuels de l'*adsp*) ont représenté un montant global d'engagements de 83 289 € et de paiements de 49 011

Les autres crédits accordés ont concerné les activités suivantes : frais de presse, l'élaboration du plan de communication du HCSP, maintenance des sites Internet et Extranet. Au total 57 951 € ont été engagés sur ces crédits et 49 071€ effectivement réglés.

Enfin les frais de fonctionnement de transcription de réunion du HCSP se sont élevés à 100 998 € en engagements et paiements.

## Mission d'Information et de Documentation

Chargée de mission : Antoinette DESPORTES-DAVONNEAU

### 1) Veille documentaire

La documentation au sein du HCSP vise l'appui à l'expertise.

#### ■ Participation aux réunions des 6 commissions et du Collège

Tout au long de l'année 2009 pour assurer une veille et un appui documentaires aux 140 membres du HCSP et aux chargés de mission du secrétariat général pour les accompagner dans leurs travaux d'évaluation des 100 objectifs de la loi de santé publique et des plans et programmes.

#### ■ Constitution de dossiers permanents

Réalisation de dossiers, synthèses d'études et dossiers de littérature au fur et à mesure de l'actualité pour répondre à la demande d'information des coordinateurs du secrétariat général, du collège, des groupes de travail des commissions concernant leurs travaux de recherches et les différentes saisines.

#### ■ Lien avec le CRDM (centre de ressources documentaires multimedia du ministère)

Les membres du HCSP peuvent bénéficier de documentation et demander des articles de revues françaises et étrangères en s'adressant à l'adresse mail suivante : crdm-accueil@sante.gouv.fr et demander des renseignements documentaires par téléphone au : 01 40 56 50 52

### 2) Revue de presse documentaire

■ Lettre d'information bimensuelle résument, tous les quinze jours, l'actualité en santé publique. Composée de synthèses de textes officiels français et européens, d'études, de rapports et d'ouvrages d'actualité dans les domaines du HCSP, elle s'adresse en priorité aux 140 membres du HCSP et aux membres du Secrétariat Général.

Elle est consultable sur le site du HCSP : [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr) où des abonnés extérieurs au HCSP la consultent également (taux moyen de 1 000 téléchargements).

La revue de presse a paru tout au long de l'année 2009 (du n°148 au n°169 compris)

### 3) Autres contributions :

#### ■ Contribution à la revue trimestrielle ADSP

Participation rédactionnelle à la revue ADSP du HCSP.

■ Rubrique « repères » : choix et analyse d'ouvrages, rapports en ligne, textes officiels et juridiques français et européens,

■ Rubrique « brèves internationales ».

#### ■ Correspondance de la Mission de communication de la DGS (Micom)

Correspondance pour la communication interne et l'Intranet de la DGS pour valoriser tout au long de l'année les travaux du HCSP : études, dossiers d'ADSP, rapports des commissions...

■ DGS Infos pratiques,

Participation rédactionnelle à cette lettre d'information interne de la DGS : brèves, articles

■ Acteurs Magazine

Séances plénières du HCSP, interview du Président du HCSP, rapports ...

## Communication

Chargée de mission : Patricia SIWEK

### 1) Communiqués de presse

- Libéralisation de la publicité pour l'alcool sur Internet : un danger pour les jeunes - 17 mars 2009
- Consultation et examens périodiques de prévention : 10 recommandations pour inscrire la prévention au cœur des pratiques des généralistes – 6 juillet 2009
- Pollution de l'air des espaces clos : valeurs repères de qualité d'air intérieur – 16 novembre 2009

### 2) Conférences de presse :

#### 21 janvier 2009

##### ■ Contenu :

- Présentation du HCSP et de ses missions dans le cadre des objectifs définis par la loi de santé publique : Roger Salamon
- Plan Cancer 2003-2007: des résultats positifs mais contrastés : François Alla et Marie-Paule Serre
- Nanoparticules de carbone : des effets semblables à ceux de l'amiante ?Préserver la santé des travailleurs exposés face à une utilisation croissante : Francelyne Marano
- Pollution atmosphérique (air intérieur et extérieur) : quelles mesures adopter pour s'en prémunir ? Denis Zmirou-Navier
- Hépatite B, Vaccin contre les papillomavirus (cancer du col de l'utérus) : les récentes recommandations du HCSP en matière de stratégie vaccinale Christian Perronne

##### ■ Journalistes présents

19 journalistes présents (dont Le monde, Le figaro, les Echos, AFP, APM...) ;

##### ■ Retombées presse

8 articles presses écrites nationales  
9 articles presse professionnelle  
5 articles PQR  
25 articles internet  
5 émissions de radios nationales  
1 émission TV

#### 18 décembre 2009

##### ■ Contenu

- Le HCSP : un acteur indispensable de notre système de santé : Roger Salamon
- La prochaine loi de santé publique : les propositions du HCSP :Isabelle Momas
- Le rôle du HCSP dans la stratégie vaccinale contre la grippe A (H1N1) : Daniel Floret
- La prise en charge des maladies chroniques : comment réduire les inégalités : Serge Briançon

##### ■ Journalistes présents

12 journalistes présents (AFP, France 3...)

##### ■ Retombées presse

2 interviews (TV+ radio)  
3 dépêches AFP  
1 dépêche APM  
18 articles de presse

### **3) Outils de communication**

#### **■ Plaquette de présentation du HCSP :**

Une plaquette de présentation du HCSP reprenant ses missions et la liste des membres qui le compose a été réalisée et imprimée en 1000 exemplaires.

#### **■ Charte graphique :**

Une charte graphique a été élaborée par le studio de Bussac, pour l'ensemble des productions écrites du HCSP. Quatre collections ont été prévues : *Rapport* ; *Avis et Rapports* ; *Documents et Evaluation*. Elles sont identifiées par une couleur spécifique.

Le logo a été revu et modifié.

## **Activité de valorisation des travaux : Sites Internet et Extranet**

Chargée de mission : Geneviève GUERIN

Le secrétariat général a facilité les échanges entre les membres du HCSP par l'animation de l'extranet ; Il a également valorisé les travaux en les rendant publics sur le site internet

■ **Internet** : entre janvier et décembre 2009, 6 364 500 pages ont été servies (avec un pic à 1 755 420 pages en septembre), et la lettre de diffusion (qui annonce les nouveautés du site) a été envoyée à 4 000 abonnés.

Le site internet [hcsp.fr](http://hcsp.fr) présente à la fois l'actualité du HCSP (les événements, les missions du HCSP, les instances et leurs membres, les nouveaux avis et rapports, de nombreux extraits de la revue Actualité et Dossier en santé publique) et les archives des structures qui ont fusionné dans le HCSP : avis et rapports du Haut Comité de la santé publique et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

■ **Extranet** : le site participatif hcspi.fr été mis en service par le HCSP en mars 2008, afin de faciliter le travail de ses membres et experts, leurs échanges et leur accès aux informations générées par le secrétariat général. Il comprend pour chaque commission, comité technique et groupes de travail : un tableau de bord, la liste des membres, la liste des réunions, les comptes rendus de réunions, des dossiers où sont téléchargés les ouvrages et articles de référence indispensables au travail collaboratif des membres, les textes en cours d'élaboration etc. Cet espace de navigation est réservé aux quelque 250 membres et experts du HCSP préalablement enregistrés par le secrétariat général.

## **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 2 500 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 et non scientifique. La spécificité de la revue est son dossier: chaque trimestre un dossier est constitué sur un thème important de santé publique (personnes âgées dépendantes, prévention des addictions, affections de longue durée, réforme de l'assurance maladie...). 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
- Echanges de sommaires : Les rédactions des revues "La santé de l'Homme" "Santé publique" et "Alcoolologie" dans le cadre d'échanges entre revues de santé publique, publient les sommaires de leurs numéros dans la revue.

### ■ Indexation de la revue dans les bases de données

La revue Adsp est référencée dans la Banque de données de santé publique (BDSP) interrogation libre mais consultation des notices bibliographiques et du texte intégral sur abonnement. Elle est également référencée dans la Base Pascal gérée et produite par l'Inist (Institut de l'information scientifique et technique) du 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 1 200 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'Etat (fichier de 500 personnes environ). Les autres numéros sont diffusés directement par le secrétariat général auprès des auteurs d'articles, des cabinets ministériels, de la DGS, des organes de presse....
- Adsp répond aux critères de qualité définis par les Conseils nationaux de formation médicale continue et donne ainsi droit à 4 crédits par an dans la limite de 40 crédits sur 5 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, il leur suffit de s'inscrire, il bénéficie ainsi d'un mot de passe leur permettant d'accéder à ADSP (format pdf).

### ■ Quatre numéros ont été publiés en 2009

- **Mars 2009**, « *Education thérapeutique* », dossier coordonné par Brigitte Sandrin-Berthon : numéro 66
- **Juin 2009**, « Activités physiques ou sportives et santé », dossier coordonné par le Pr Jean François Toussaint : numéro 67
- **Septembre 2009** « Associations et représentation des usagers », dossier coordonné par Etienne Caniard et Véronique Gadhi : numéro 68
- **Décembre 2009**, « *Evaluation des politiques de santé publique* », dossier coordonné par Chantal Cases, Isabelle Grémy et Bernard Perret : numéro 69

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE**

### **Arrêté du 6 octobre 2008 relatif aux commissions spécialisées composant le Haut Conseil de la santé publique**

NOR : SJSP0824433A

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,  
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1411-46 et R. 1411-48 ;  
Vu l'arrêté du 18 septembre 2007 relatif au comité technique des vaccinations ;  
Vu l'arrêté du 18 septembre 2007 relatif au comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation ;  
Vu l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2007 relatif au comité technique des infections nosocomiales et infections liées aux soins,  
Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le Haut Conseil de la santé publique comprend les commissions spécialisées suivantes :  
– maladies transmissibles ;  
– maladies chroniques ;  
– risques liés à l'environnement ;  
– sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques ;  
– prévention, éducation et promotion de la santé ;  
– évaluation, stratégie et prospective.

**Art. 2.** – La commission spécialisée « maladies transmissibles » 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.

Sont rattachés à la commission, en tant que comités techniques permanents, le comité technique des vaccinations et le comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation.

Les directeurs généraux de l'Institut de veille sanitaire, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, ou leurs représentants, sont membres de droit de cette commission spécialisée.

**Art. 3.** – La commission spécialisée « maladies chroniques » 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.

Les directeurs généraux de l'Institut de veille sanitaire, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, de l'Institut national de lutte contre le cancer, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et de l'Agence de biomédecine, ou leurs représentants, sont membres de droit de cette commission spécialisée.

**Art. 4.** – La commission spécialisée « risques liés à l'environnement » 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.

Les directeurs généraux de l'Institut de veille sanitaire, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, de l'Institut national de lutte contre le cancer et de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, ou leurs représentants, sont membres de droit de cette commission

**Art. 5.** – La commission spécialisée « sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques » 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. Autant 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.

Les directeurs généraux de l'Institut de veille sanitaire, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine, de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, de l'Etablissement français du sang, ou leurs représentants, sont membres de droit de cette commission spécialisée.

**Art. 6.** – La commission spécialisée « prévention, éducation et promotion de la santé » réunit l'expertise scientifique nécessaire à l'analyse des déterminants individuels et collectifs des comportements affectant la santé et à l'évaluation des interventions susceptibles de soutenir et de renforcer les capacités des individus et des populations à accroître leur contrôle sur leur santé et à améliorer celle-ci.

Les directeurs généraux de l'Institut de prévention et d'éducation à la santé, de l'Institut de veille sanitaire et de l'Institut national de lutte contre le cancer, ou leurs représentants, sont membres de droit de cette commission spécialisée.

**Art. 7.** – La commission spécialisée « évaluation, stratégie et prospective » réunit l'expertise scientifique nécessaire pour l'analyse de l'évolution de la santé de la population, l'identification des principaux déterminants de cette évolution, l'évaluation des plans et programmes de santé ainsi que l'évaluation de l'impact sur la santé des autres politiques publiques.

Les directeurs généraux de l'Institut de veille sanitaire, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence de biomédecine, de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, de l'Institut national de lutte contre le cancer et de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, ou leurs représentants, sont membres de droit de cette commission spécialisée.

**Art. 8.** – L'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2007 relatif au comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins et les arrêtés du 1<sup>er</sup> octobre 2007 et du 5 novembre 2007 portant nomination au comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins sont abrogés à la date de nomination des membres de la commission spécialisée « sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques ».

**Art. 9.** – L'arrêté du 22 décembre 2006 portant création des commissions spécialisées du Haut Conseil de la santé publique est abrogé.

**Art. 10.** – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 6 octobre 2008.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,*  
D. Houssin

## SANTÉ ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

**Arrêté du 4 février 2009 modifiant l'arrêté du 26 janvier 2007 portant nomination au Haut Conseil de la santé publique institué par les articles L. 1411-4 et L. 1411-5 du code de la santé publique**

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 1411-4, L. 1411-5, article R. 1411-47, article R. 1411-48 et article R. 1411-49 ;

Vu l'arrêté du 6 octobre 2008 relatif aux commissions spécialisées composant le Haut Conseil de la santé publique,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés en tant que membres du Haut Conseil de la santé publique institué par les articles L. 1411-4 et L. 1411-5 du code de la santé publique, pour la partie du mandat restant à courir :

### En qualité de membres du collège du Haut Conseil de la santé publique

M. Marc Eloit.

Mme Marie-Alix Ertzscheid.

Mme Anne Laude.

M. Stéphane Le Bouler.

Mme Catherine Le Galès.

Mme Isabelle Momas.

M. Roger Salamon.

M. Fernand Sauer.

Mme Anne Tallec.

Mme Anne Tursz.

### En qualité de membres de la commission spécialisée « maladies transmissibles »

M. Edouard Bingen.

M. Jean-Paul Boutin.

M. François Bricaire.

M. Emmanuel Camus.

M. Fabrice Carrat.

Mme Céline Cazorla.

M. Christian Chidiac.

M. Pierre Foucaud.

M. Dominique Gendrel.

M. Jean-François Gueguan.

Mme Hélène Peigue-Lafeuille.

Mme Sylvie Larnaudie.

Mme Catherine Leport.

Mme Nicole Pasteur.

M. Christian Perronne.

M. Pierre Pothier.

M. François Puisieux.

Mme Carole Swan.

M. Patrick Zylberman.

**En qualité de membres de la commission spécialisée « maladies chroniques »**

M. Jean-Marie André.  
M. Rémy Bataillon.  
M. Bernard Bioulac.  
M. François Boué.  
M. Serge Briançon.  
Mme Laure Com-Ruelle.  
Mme Hélène Fagherazzi-Pagel.  
M. Guy Gozlan.  
Mme Hélène Grandjean.  
Mme Isabelle Grémy.  
M. Jacques Hugon.  
M. Claude Jeandel.  
M. Jean-François Mathé.  
M. Alfred Penfornis.  
M. Philippe Ravaud.  
Mme Brigitte Sandrin-Berthon.  
Mme Bernadette Satger.  
M. Jean Sengler.  
Mme Elisabeth Spitz.  
M. Alain Vergnenègre.

**En qualité de membres de la commission spécialisée « risques liés à l'environnement »**

M. André Aurengo.  
M. Thomas Barnay.  
M. Serge Boarini.  
M. Patrick Brochard.  
Mme Claude Casellas.  
Mme Mireille Chiron.  
Mme Sylvie Crauste-Manciet.  
M. Frédéric De Blay.  
M. Bruno Fouillet.  
M. Emmanuel Henry.  
M. Yvon Le Moullec.  
Mme Francelyne Marano.  
M. Christophe Paris.  
M. Jacques Puch.  
M. Jean-Louis Roubaty.  
M. René Seux.  
M. Pierre Verger.  
M. Denis Zmirou-Navier.  
Mme France Wallet.

**En qualité de membres de la commission spécialisée « sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques »**

M. Antoine Andremont.  
M. Robert Anton.  
M. Gilles Berrut.  
Mme Elisabeth Bouvet-Koskas.  
M. Rémy Collomp.  
M. Pierre Czernichow.  
M. Jacques-Christian Darbord.  
M. Michel Dupon.  
M. Jean-François Gehanno.

M. Bruno Grandbastien.  
M. Dominique Grimaud.  
M. Joseph Hajjar;  
M. Philippe Hartemann.  
Mme Dominique Le Boeuf.  
Mme Régine Léculée.  
Mme Sylvie Legrain.  
Mme Chantal Léger.  
M. Alain Lepape.  
M. Jean-Christophe Lucet.  
Mme Sanaa Marzoug.  
M. Philippe Michel.  
M. Dominique Orphelin.  
Mme Marie-Laure Pibarot.  
M. Bruno Pozzetto.  
M. Christian Rabaud.  
M. Jean-Hugues Trouvin.  
M. Philippe Vanhems.

**En qualité de membres de la commission spécialisée « prévention, éducation et promotion de la santé »**

M. Paolo Antonelli.  
Mme Carole Baeza.  
M. François Baudier.  
M. Eric Billaud.  
M. François Bourdillon.  
Mme Marie-Hélène Bouvier-Colle.  
M. Denis Caillaud.  
M. Pierre Chauvin.  
Mme Dominique Combret.  
Mme Marie-Josée Couteau.  
Mme Véronique de la Source.  
M. Michel Debout.  
Mme Nelly Dequidt.  
M. Jean-François Duhamel.  
Mme Laurence Fond-Harmant.  
M. Olivier Ganry.  
M. Marcel Goldberg.  
Mme Sophie Guillaume.  
Mme Virginie Halley des Fontaines.  
M. Serge Hercberg.  
Mme Martine Huot-Marchand.  
M. Thierry Lang.  
M. Franck Le Duff.  
M. Yves Lecarpentier.  
M. Patrick Peretti-Watel.  
M. Pierre Polomeni.  
Mme Monique-Marie Rousset.  
M. Bernard Siano.  
M. Jean-François Toussaint.  
M. Alain Trugeon.

**En qualité de membres de la commission spécialisée « évaluation, stratégie et prospective »**

M. François Alla.  
M. Jean-Claude André.  
Mme Marie-Odile Carrère.  
Mme Chantal Cases.  
M. Yves Charpak.  
M. Franck Chauvin.  
M. Bertrand Dargelos.  
M. Benoît Dervaux.  
M. Eric Jougla.  
M. Alain Letourmy.

M. Gérard Parmentier.

M. Bernard Perret.

M. Roland Sambuc.

Mme Marie-Paule Serre.

M. Emmanuel Vigneron.

## Liste des objectifs de la Loi relative à la politique de santé publique de 2004

N°	LIBELLE DE L'OBJECTIF
<b>001</b>	Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008)
<b>002</b>	Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance
<b>003</b>	Abaïsser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).
<b>004</b>	Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel
<b>005</b>	Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m <sup>2</sup> ) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS).
<b>006</b>	Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suisse...) ; réduire la fréquence des goitres : passer de 11,3 % chez les hommes et 14,4 % chez les femmes actuellement à 8,5 % et 10,8 % d'ici à 2008
<b>007</b>	Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive, passer de 4 % des femmes en âge de procréer à 3 %, de 4,2 % des enfants de 6 mois à 2 ans à 3 % et de 2 % des enfants de 2 à 4 ans à 1,5 %
<b>008</b>	Rachitisme carentiel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carentiel
<b>009</b>	Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes actuellement, à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008
<b>010</b>	Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS)
<b>011</b>	Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation : La réduction du contenu en sodium, essentiellement sous forme de chlorure de sodium (sel) dans les aliments doit être visée pour parvenir à une consommation moyenne inférieure à 8g/personne/jour (la consommation moyenne a été estimée en 1999 entre 9 et 10 g/personne/jour) selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments
<b>012</b>	Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant (objectif PNNS)
<b>013</b>	Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural
<b>014</b>	Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail
<b>015</b>	Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 h par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003
<b>016</b>	Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003
<b>017</b>	Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition
<b>018</b>	Habitat : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l ; passer de 2% en 1996 à 1% en 2008
<b>019</b>	Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m <sup>3</sup> (valeur guide de l'UE)
<b>020</b>	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, Nox, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002)
<b>021</b>	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

<b>022</b>	Qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides.
<b>023</b>	Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)
<b>024</b>	Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (Ministère de l'écologie, INRETS)
<b>025</b>	Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses
<b>026</b>	Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008
<b>027</b>	Réduire la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.
<b>028</b>	Réduire d'1/3 la fréquence des évènements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire
<b>029</b>	Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques
<b>030</b>	Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : S. pneumoniae (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G -CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 %, avec moins de 5 % de souches résistantes -CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (< à 0,5 % en 2001)) et S. aureus (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %)
<b>031</b>	Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement dispos permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants
<b>032</b>	Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.
<b>033</b>	Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU
<b>034</b>	Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans
<b>035</b>	Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (3.6% des personnes âgées de 5 ans et plus en population générale selon l'enquête HID, personnes ayant répondu au module de l'indicateur de Katz)
<b>036</b>	Infection VIH – Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)
<b>037</b>	Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.
<b>038</b>	Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008
<b>039</b>	Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008
<b>040</b>	Maladies diarrhéiques : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au delà)
<b>041</b>	Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2
<b>042</b>	Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %)
<b>043</b>	Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008
<b>044</b>	Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008
<b>045</b>	Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008
<b>046</b>	Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité
<b>047</b>	Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme

048	Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV
049	Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients.
050	Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans
051	Cancer de la peau, mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome
052	Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens
053	Cancer colo-rectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage
054	Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'Afssaps et l'ANAES pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire)
055	Diabète : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires
056	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC
057	Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.
058	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs
059	Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.
060	Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique
061	Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation
062	Épilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie
063	Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients
064	Maladie de Parkinson : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes
065	Sclérose en plaques : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie
066	Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80% des affections systémiques induisant des complications ophthalmologiques
067	Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant, (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois, et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans)
068	Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences
069	Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; thromboses veineuses profondes : de 15 % d'ici à 2008.
070	Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS)
071	Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008
072	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC
073	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque
074	Asthme : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an)

<b>075</b>	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.
<b>076</b>	Réduire le retentissement des MCI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes
<b>077</b>	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs.
<b>078</b>	Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire
<b>079</b>	Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes
<b>080</b>	Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million)
<b>081</b>	Réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse
<b>082</b>	Ostéoporose : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)
<b>083</b>	Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde
<b>084</b>	Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies
<b>085</b>	Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites
<b>086</b>	Lombalgies : réduire de 20% en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici 2008
<b>087</b>	Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose
<b>088</b>	Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose
<b>089</b>	Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes
<b>090</b>	Maladies rares : assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge
<b>091</b>	Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4)
<b>092</b>	Suicide : réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an)
<b>093</b>	Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008
<b>094</b>	Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008
<b>095</b>	Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces
<b>096</b>	Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit
<b>097</b>	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours
<b>098</b>	Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008)
<b>099</b>	Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008
<b>100</b>	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées

## SIGLES

ABM	Agence de la Biomédecine
ADS	Actualité et dossier en santé publique, revue du HCSP
AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement e du travail
ARS	Agence régionale de santé
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire, revue de l'InVS
COMIOR	Comité ministériel d'orientation de la recherche
CHMP	Comité des spécialités pharmaceutiques à usage humain (traduction de l'anglais)
CMIT	Collège des universitaires des maladies infectieuses
CMVI	Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation
CNAM	Conservatoire des arts et métiers ou Caisse nationale d'assurance maladie
CNIL	Commission nationale d'informatique et de liberté
CNSP	Conférence nationale de santé publique
CNSP	Comité national de santé publique
CTP	Comité technique permanent
CTV	Comité technique des vaccinations
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
DASRI	Déchets d'activité de soins à risques infectieux
DCSSA	Direction générale du service de santé des Armées
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
ECHI	Système européen d'indicateurs sur la santé
EFS	Etablissement français du sang
GVISN	Groupe de veille sur les impacts sanitaires des nanotechnologies
HAS	Haute Autorité de santé
HPST	Loi Hôpital patients santé territoires
IAS	Infections liées aux soins
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCA	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
MICOM	Mission de communication de la Direction générale de la santé
OCDE	Organisation de coopération et dé développement économique
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'informatique
PNMR	Plan national des maladies rares
PNNS	Plan national nutrition santé
PNSE	Plan national santé-environnement
PRSP	Programmes régionaux de santé publique
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie

## Rapport d'activité 2009

**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 qui reprend, en les élargissant, les missions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et celles du Haut Comité de santé publique, siégeant respectivement depuis 1848 et 1991.**

**Mis en place en mars 2007, le HCSP a poursuivi en 2009- tout en répondant aux nombreuses saisines dont il a été destinataire tout au long de l'année – ses activités d'évaluation des 100 objectifs de la loi de santé publique de 2004 et mené à terme l'évaluation de certains plans de santé publique. Fort de l'expérience de sa première année de fonctionnement, le HCSP a souhaité modifier son organisation en fin d'année 2008 pour renforcer son expertise en matière de sécurité sanitaire tout en couvrant l'ensemble du champ de la santé publique. Cette nouvelle composition, qui porte de quatre à six, les commissions Spécialisées, a été effective en 2009.**

### **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](http://www.hcsp.fr)

Courriel : [hcsp-secr-general@sante.gouv.fr](mailto:hcsp-secr-general@sante.gouv.fr)

#### **Bureaux**

11, Place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon

5<sup>ème</sup> étage,

Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté

Bus : 88, 91

#### **Responsable de la Publication :**

Docteur Renée Pomarède

#### **Coordination :**

Antoinette Desportes-Davonneau