



Haut Conseil de la santé publique

Haut Conseil de la santé publique

Rapport d'activité 2008

Mars 2009

SOMMAIRE

Editorial	5
Présentation du Haut Conseil de la santé publique	7
Les missions	
La composition	
Le Collège	9
Présentation	
Activités	
Structuration des travaux du HCSP	
Organisation des séances plénières du HCSP	
Aboutissement des premiers travaux	
Représentation du HCSP dans les instances nationales	
Réorganisation du HCSP	
Commission Sécurité sanitaire	19
Présentation	
Activité	
Saisines.	
Evaluation de l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique de 2004	
Les comités techniques permanents	
Auto saisines et réponses aux saisines	
Avis et rapports du HCSP validés par la commission spécialisée sécurité sanitaire	
Commission Maladies chroniques et incapacités	27
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	
Auto saisines	
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 Prévention et déterminants de santé	31
Présentation	
Activités	
Evaluation de la réalisation des objectifs de la loi de santé publique	
Orientations	
Saisine et Auto-saisine	
Commission Evaluation, stratégie et prospective	35
Présentation	
Activités	
Groupe de travail sur les indicateurs manquants	
Groupe de travail sur les indicateurs transversaux et synthétiques	
Groupe de travail sur les indicateurs géographiques	

Le Secrétariat général	37
Présentation	
Activités	
Activités de soutien aux travaux	
Activités de gestion	
La mission information et documentation	
Revue de presse documentaire	
Veille documentaire (appui aux membres du HCSP et aux chargés de mission du secrétariat général)	
Autres contributions	
Les sites Internet et Extranet	
La revue Actualité et dossier en santé publique	
Organisation	
Indexation de la revue	
Diffusion de la revue	
Consultation en ligne de la revue	
Activité en 2008 : quatre numéros parus	
ANNEXES	43
Liste des membres	43
En qualité de membres du Collège du Haut Conseil de la santé publique	
Président	
Vice-président	
Présidents des commissions spécialisées	
Membres de droit	
En qualité de membres de la Commission spécialisée « Sécurité sanitaire »	
Président	
Personnalités qualifiées	
Membres de droit	
En qualité de membres de la Commission spécialisée « Maladies chroniques et incapacités »	
Président	
Personnalités qualifiées	
Membres de droit	
En qualité de membres de la Commission spécialisée « Prévention et déterminants de la santé »	
Président	
Personnalités qualifiées	
Membres de droit	
En qualité de membres de la Commission spécialisée « Evaluation, stratégie et prospective	
Président	
Personnalités qualifiées	
Membres de droit	
Liste des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique de 2004	49
Arrêté du 6 octobre 2008 relatif aux commissions spécialisées composant le Haut Conseil de la santé publique	53

Nous avons bientôt deux ans d'existence ; nous entrons pourtant déjà dans l'adolescence et notre expérience s'est aujourd'hui considérablement enrichie grâce à une activité intense que nous vous présentons dans le document ci-joint.

Notre activité de saisines a été très importante et alourdie par la mise en place du Grenelle de l'environnement et la montée de nouvelles inquiétudes (les nanotechnologies par exemple).

Cela nous a conduits à recomposer notre commission « sécurité sanitaire » en trois commissions :

- maladies transmissibles
- risques liés à l'environnement
- sécurité des patients

Nous avons de ce fait recruté de nouveaux experts (nous étions 105, et nous sommes aujourd'hui 140). Les trois présidents élus de ces trois nouvelles commissions sont respectivement Christian Perronne, Denis Zmirou-Navier et Bruno Grandbastien. Nous les remercions d'avoir accepté cette tâche importante. Ils se joignent donc à Brigitte Sandrin-Berthon, Jean-François Toussaint et Roland Sambuc pour conduire les travaux des six commissions du HCSP.

Dans le domaine de l'évaluation, nous avons réalisé celle du Plan national des maladies rares et celle du Plan cancer avec une excellente et fructueuse collaboration de l'IGAS.

Nous avons dans cette activité pu confirmer :

- que ces évaluations sont complexes mais indispensables
- que les plans stratégiques ne comportent pas toujours une claire définition des indicateurs qui doivent permettre leur évaluation.

Pour les 100 objectifs annexés à la loi, notre travail avance et devrait être terminé à l'automne 2009. C'est un travail passionnant et indispensable pour la prochaine loi.

Deux domaines nouveaux ont attiré particulièrement notre intérêt cette année :

■ d'une part, une évaluation des objectifs en relation avec les régions : nous avons constitué un réseau de correspondants régionaux avec lesquels nous travaillons sur les relations entre objectifs nationaux et objectifs régionaux.

Cette démarche, encore débutante, s'est avérée très appréciée par nos correspondants et préfigure une collaboration future, que la mise en place des ARS rendra indispensable.

■ d'autre part, à la demande du ministère de la santé, nous avons constitué un groupe « Recherche » que je préside et qui se propose de faire des recommandations en matière d'orientations de la recherche en santé publique.

Ce fut donc une année fructueuse et enrichissante qui atteste du rôle spécifique et de l'apport du Haut Conseil de la santé publique au paysage de la santé publique française.

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, siégeant respectivement depuis 1848 et 1991.

■ 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, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

L'aide à l'élaboration de la 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 en 2008, de 105 experts qualifiés nommés par le ministre pour une période de 3 ans et de 16 membres de droit (liste en annexe).

Il est organisé en quatre commissions spécialisées : sécurité sanitaire, maladies chroniques et incapacités, prévention et déterminants de santé et évaluation, stratégie et prospective. La coordination est assurée par un Collège.

Trois comités techniques permanents (CTP) sont rattachés à la Commission Sécurité sanitaire :

- Le Comité technique des vaccinations
- Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation
- Le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.

Par arrêté du 26 octobre 2008 (en annexe), la composition du HCSP a été modifiée portant à six le nombre de ses 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 mise en œuvre de cette nouvelle organisation sera effective début 2009.

LE COLLEGE

■ Présentation

Président : Roger SALAMON
Vice-Présidente : Isabelle MOMAS

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

La mise en œuvre du programme de travail a été la préoccupation essentielle du collège. Dès le début de l'année 2008, s'est révélée une inadéquation de l'organisation du HCSP aux travaux qui lui étaient demandés et le collège a donc dû réfléchir et faire des propositions de réorganisation des commissions spécialisées. Ces travaux ont abouti à un arrêté de réorganisation en octobre 2008 pour une mise en œuvre en 2009.

■ Activités

Structuration des travaux du HCSP

Les missions larges du HCSP pour l'évaluation de la loi de santé publique et pour l'élaboration de recommandations pour la suivante l'ont amené à la mise en place de nouveaux groupes de travail permanents ou temporaires pour soutenir la conduite des travaux. Ceux-ci peuvent être classés en trois catégories : les comités d'évaluation, les groupes techniques et les groupes de réflexion (à ceux-ci s'ajoutent les groupes de travail pour répondre aux saisines dont il n'est pas question dans ce chapitre). Dans tous les cas leur création donne lieu à un mandat, prévoit leur durée qui correspond dans la plupart des cas au délai de réalisation d'un travail. Ces groupes sont nommés par le président du HCSP et font l'objet d'une décision soumise au collège.

1 - les comités d'évaluation :

Ils ont vocation à coordonner les travaux aboutissant au rapport d'évaluation des plans stratégiques de santé publique, ainsi qu'à l'évaluation des 100 objectifs annexés à la loi.

■ Pour l'évaluation des plans stratégiques

■ Le comité d'évaluation 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 a 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 devra 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

Consultants : Arnaud BERTRAND, Guilhem BIANCARELLI, Gaëlle de CARMANTRAND, Elise PROULT.

Ce travail a été soutenu par une équipe de consultants d'Ernst et Young, qui ont participé au comité d'évaluation.

Le rapport d'évaluation du Plan cancer sera produit en janvier 2009.

■ **Le comité d'évaluation du Plan maladies rares**

■ **Mandat :**

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 :**

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 sera produit en mars 2009.

■ **Pour l'évaluation des 100 objectifs de la loi de santé publique**

■ **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.

2° **Les groupes techniques :**

Ils sont créés pour répondre à une question précise nécessaire à l'action du HCSP ; dans de nombreux cas, il s'agira d'interrogations méthodologiques.

Certains groupes sont nécessaires à la mission d'élaboration des objectifs de la future loi de santé publique :

■ **Groupe indicateurs manquants** (Chantal CASES).

■ **Groupe indicateurs transversaux** (Eric JOUGLA).

Leurs travaux seront présentés dans le chapitre dédié à la commission « Evaluation, stratégie et prospective ».

■ **Groupe pour aider à la définition des nouveaux objectifs quantifiés**, à mettre en place.

■ **Groupe sur les systèmes d'information** animé par Marcel Goldberg.

■ **Groupe de veille sur l'impact sanitaire des nanotechnologies (GVISN)**

Il s'agit d'un groupe technique s'apparentant aux comités techniques permanents du HCSP ; il a été mis en place fin 2007 à la demande de la DGS. Il a été provisoirement rattaché aux travaux du collège

■ **Mandat :**

Pour fournir 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 pouvoir définir sa politique et gérer les questions nouvelles que suscitent les nanomatériaux et les nanotechnologies en matière de sécurité sanitaire, le groupe d'expertise à portée interministérielle sur les nanomatériaux et nanotechnologies aura 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.

■ **Composition :**

Présidente: Francelyne MARANO – HCSP

Membres : Jean-Claude ANDRÉ, HCSP, Denis BARD, Daniel BLOCH, Serge BOARINI, HCSP, Jorge BOCZKOWSKI, Olivier BORRAZ, Jean-Yves BOTTERO, Isabelle de LAMBERTERIE, Eric GAFFET, Jean-François GERARD, Frédéric GEISSMANN, Marcel GOLDBERG, HCSP, Alain GRIMFELD, Marie-Claude JAURAND, Pierre-Benoît JOLY, Rémy MAXMILIEN, Jean Claude PAIRON, Nicolas TREICH, Jean Hugues TROUVIN, HCSP, Eric THYBAUD, Paule VASSEUR, Roberte MANIGAT, SG-HCSP

Ce groupe doit pouvoir répondre aux saisines des pouvoirs publics et peut par ailleurs s'autosaisir : il s'est réuni 6 fois en 2008.

■ **Première saisine concernant la toxicité des nanotubes de carbone**

En 2008, la commission a été consultée afin d'éclairer les pouvoirs publics face aux dangers potentiels des nanomatériaux, en particulier lors d'une exposition pulmonaire des travailleurs.

Un groupe de travail a été constitué et s'est réuni pour répondre à une saisine de la DGS intitulée « *La sécurité des travailleurs lors de l'exposition aux nanotubes de carbone* ».

Les membres du GVISN se sont réunis 4 fois en formation plénière, sous la présidence de Francelyne Marano. Un rapport relatif à la sécurité des travailleurs exposés aux nanotubes de carbone a été finalisé le 24 octobre 2008 et transmis au Collège pour validation lors de la séance du 5 novembre. L'avis du HCSP, soumis au collège devrait être rendu début 2009.

3° les groupes de réflexion :

Ils ont une mission plus longue et ont vocation à produire des travaux (rapports) alimentant directement le rapport que doit produire le HCSP à la fin de son mandat (art L1411-2) « rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer, qui propose des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population ».

■ **Groupe Politiques régionales**, animé par Anne TALLEC.

■ **Mandat :**

Dans le cadre de sa mission d'évaluation de la Loi de santé publique, le HCSP s'attachera à faire le bilan de la mise en place des instances en région en s'appuyant sur le travail déjà réalisé par la DGS.

Dans la perspective de l'évolution du dispositif administratif vers les ARS, il est demandé que soient analysés différents processus essentiels : la définition de priorités régionales, la mise en œuvre et le suivi des plans, l'évaluation externe des plans. Des recommandations devront être faites pour l'avenir sur ces différents points.

■ **Composition :**

Présidente : Anne TALLEC - HCSP

Membres : François BAUDIER – HCSP, Pierre CZERNICHOW, HCSP, Claude MICHAUD, Brigitte SANDRIN-BERTHON, HCSP, Alain TRUGEON, HCSP.

Renée POMAREDE, SG-HCSP.

Production : Rapport à la fin de l'année 2008

■ **Groupe Inégalités sociales de santé** animé par Thierry LANG.

■ **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 d'aucun 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

■ **Groupe Recherche** conduit par le président Roger SALAMON

■ **Mandat :**

Mis en place pour aider le comité ministériel d'orientation de la recherche (COMIOR), présidé par le directeur général de la santé, il 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 auquel s'associent Pierre DUCIMETIERE, Jean-Paul MOATTI et Alfred SPIRA Renée POMAREDE, SG-HCSP.

Production : avis sur les documents du Comior et rapport d'orientation de la recherche en santé publique fin 2009.

Organisation des séances plénières du HCSP

En 2008, 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.

■ La rencontre du 7 janvier 2008

Cette journée a été ouverte par la Ministre de la santé. S'adressant aux 105 experts, elle a souligné dans son discours que le HCSP, défini comme une instance d'expertise pluridisciplinaire, devrait être le creuset de cette culture de santé publique dont le pays a tant besoin. Elle lui a confié l'évaluation du Plan cancer et a rappelé qu'elle présenterait dès l'été 2008 un projet de loi sur la modernisation du système de santé.

La suite de la séance a été consacrée au programme de travail mis en œuvre par le HCSP depuis son installation en mars 2007 pour évaluer la loi de santé publique, en commençant par l'évaluation des 100 objectifs de santé publique. L'exemple des objectifs liés à la nutrition a été exposé par Serge Hercberg (CS3). Eric Jouglé a mené une réflexion sur les indicateurs transversaux de la loi de santé publique passée, pour définir ceux de la future loi. Un exemple d'évaluation des plans de santé publique a été rapporté par Isabelle Momas pour le Plan national de santé environnemental.

La matinée s'est conclue par une proposition de Bernard Perret, de ce que pourrait être l'évaluation de la loi de santé publique de 2004 pour le HCSP. Ceci va servir de base à la définition du programme du HCSP pour l'ensemble du mandat.

>Le collège du HCSP s'est également réuni le 7 janvier 2008. Il a entendu le Pr. Joël Ménard présenter son rapport d'orientation sur la maladie d'Alzheimer, *Pour le malade et ses proches, chercher, soigner et prendre soin*. Le rapport qui s'adresse délibérément aux malades est écrit selon huit approches : recherche, thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse, organisation des soins, accompagnement médico-social, parcours de soins, épidémiologie-économie, relations internationales, réflexion éthique.

■ La rencontre du 3 septembre 2008 a permis d'avancer sur le travail d'évaluation des 100 objectifs de la loi de santé publique

Béatrice Tran a réalisé une première présentation globale des éléments d'évaluation des 100 objectifs, à partir d'une analyse de fiches d'évaluation remplies pour chaque objectif par les experts du HCSP : cette analyse portait sur la nature des différents objectifs, la possibilité de les évaluer dans la période de 5 ans inscrite dans la loi de 2004 et sur le niveau d'atteinte d'une partie d'entre eux.

Plusieurs groupes d'objectifs ont fait l'objet d'une analyse thématique : Pierre Verger a montré les éléments positifs et les limites de l'évaluation des objectifs relatifs à la santé en milieu professionnel ; Denis Zmirou-Navier a souligné les nombreux progrès en santé environnementale mais insisté sur la nécessité de maintenir et de renforcer les efforts dans plusieurs domaines jugés insuffisants ; Marie-Hélène Bouvier-Colle a proposé une réflexion sur la structuration de certains objectifs au sein d'un thème centré sur la santé de la reproduction ; Pierre Czernichow a illustré la difficulté d'articuler objectifs de santé publique et programmes de santé à travers le thème de la iatrogénie ; enfin, François Bourdillon a fait le point sur les objectifs en neurologie et sur la lutte contre la douleur.

Dans une seconde partie, Franck Chauvin a présenté une démarche méthodologique mise au point par la Commission « Evaluation, stratégie et prospective » afin d'aider à identifier et caractériser les objectifs en santé publique, en vue de formuler des propositions pour l'avenir.

Un débat avec les responsables de groupes d'objectifs et la salle a permis d'aborder les axes d'analyses transversaux à l'évaluation des objectifs : lisibilité des orientations, cadre de réflexion temporel, réduction des disparités de santé...

Dans une deuxième session, ont été présentés des points d'étape des évaluations de plans : le Plan cancer avec Marie-Paule Serre et François Alla et le Plan maladies rares avec Bernard Perret.

Aboutissement des premiers travaux

Les premiers travaux ayant donné lieu à publication concernent :

■ L'évaluation des objectifs de la loi de santé publique de 2004 relatifs à la prévention et au dépistage des cancers.

Les 70 mesures du Plan cancer concernent l'observation de la santé, la prévention primaire, le dépistage, le soin et l'accompagnement des patients, la formation, la recherche et la création de l'INCa. La première étape de ce plan a consisté à évaluer l'atteinte des objectifs de la loi relative à la santé publique de 2004, portant sur la prévention et le dépistage du cancer.

Les experts observent que les informations nécessaires à l'évaluation ne sont pas toujours disponibles et que les données existantes sont peu exploitées, en particulier celles issues du système de soin. Il est cependant possible d'interpréter les grandes tendances et d'avoir les résultats globaux sur les indicateurs de santé publique. En matière de prévention primaire, certains objectifs (treize objectifs de la loi de santé publique ont été atteints ou pourraient l'être d'ici 2008, notamment dans les domaines du tabagisme et de la nutrition... D'autres, en particulier dans le domaine de l'alcool, ne sont pas atteints. Tous doivent être poursuivis dans le cadre d'un deuxième plan, en articulation avec les autres plans concernés... Enfin d'autres objectifs bien qu'identifiés, nécessitent un renfort de données et de connaissances scientifiques, comme ceux consacrés à la surveillance des facteurs environnementaux... S'agissant des dépistages des cancers, deux dépistages se font principalement dans un cadre organisé (cancer du sein et cancer du colon) et deux individuellement (cancer du col de l'utérus et mélanome). A l'exception du dépistage du mélanome pour lequel on ne peut pas conclure faute de données suffisantes, les objectifs sont atteints ou en voie de l'être. Si la couverture des dépistages a progressé, en revanche, les inégalités sociales restent encore importantes.

En conclusion, un certain nombre de recommandations et d'orientations en vue de l'élaboration d'un nouveau plan cancer sont formulées.

Le rapport a été publié en avril 2008.

■ Les politiques régionales de santé publique : éléments de constats et préconisations dans le contexte de la loi hôpital-patients-santé-territoires.

La création des agences régionales de santé, qui intégreront au sein d'une même instance le pilotage de la prévention, des soins et du secteur médico-social constitue une réelle opportunité pour développer une véritable approche globale et transversale de la santé. Mais le poids des enjeux dans le champ des soins et du médico-social risque d'occulter ceux, pourtant tout aussi essentiels, qui relèvent du champ de la santé publique. Le Haut Conseil de la santé publique a souhaité conduire une réflexion sur les politiques régionales de santé publique et élaborer un certain nombre de préconisations, pour contribuer aux débats concernant la future loi hôpital-patients-santé-territoires et les textes qui permettront sa mise en œuvre, mais aussi en perspective de la prochaine loi de santé publique. Les propositions formulées par le groupe de travail du HCSP portent successivement sur l'observation de la santé, le choix des priorités de santé, l'élaboration et la mise en œuvre des plans et programmes de santé, et leur évaluation.

Trois principes généraux sont mis en exergue :

- distinguer d'une part le dispositif général et permanent, qui comprend l'ensemble des réponses curatives et préventives mises en œuvre pour répondre en routine aux besoins de santé de la population, et d'autre part les plans ou programmes de santé publique, consacrés à des objectifs prioritaires, limités en nombre et dans le temps ;
- harmoniser le cadre d'action des différents domaines de la politique de santé. Le champ préventif doit, comme le champ curatif, faire l'objet d'une planification de ses politiques, de contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens, d'une certification des professionnels et des structures, d'une évaluation des processus et des résultats...
- favoriser l'implication des acteurs régionaux, et notamment des collectivités territoriales. Ces dernières ont (en effet) un rôle majeur à jouer, en raison notamment de leur proximité avec les populations les plus concernées par les plans de santé publique (enfants, jeunes, publics précarisés, personnes dépendantes...) et de leur possibilité d'intervention intersectorielle sur de nombreux déterminants de santé.

Le rapport a été publié en octobre 2008.

Une volonté d'aider les régions dans l'évaluation de leur politique

Prenant en compte l'importance de la région dans la conduite et l'évaluation des politiques publiques, notamment sanitaires, le président du HCSP a constitué un réseau de correspondants du HCSP en région.

A cet effet, les DRASS ont désigné un représentant, le plus souvent médecin pour participer aux travaux du HCSP.

Il s'agit pour l'évaluation de la loi de santé publique de 2004, de répertorier tous les objectifs qui ont une pertinence accrue en région et qui doivent de ce fait y être suivis et évalués.

Ce travail nécessite la disponibilité des indicateurs au niveau régional. Le travail de recensement est donc en cours.

Ces éléments seront particulièrement utiles dans la démarche de proposition de nouveaux objectifs pour la loi de santé publique à venir. En effet, dans la perspective de la mise en place des ARS, les actions de santé publique seront encore plus qu'avant de la responsabilité globale de la région et devront donc y être suivies et évaluées.

Le réseau des correspondants régionaux du HCSP devra être consolidé dès la mise en place des ARS et de leur directeur.

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. Elle a participé aux travaux de la CNS les 14 février et 15 Mai 2008.

- **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 et déterminants de 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 sécurité sanitaire. 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.

C'est un lieu de discussion, par les différentes parties prenantes (représentants industriels, des exploitants agricoles, associations, divers ministères...), de projets de textes réglementant la prévention des pollutions et des risques des installations classées industrielles et agricoles. Les problématiques de protection de la santé publique, de l'environnement et des travailleurs sont présentes directement ou indirectement dans nombre de dossiers traités par cette instance. La représentation du Haut Conseil de Santé Publique y est donc utile afin de soulever des questions relatives à ces problématiques, notamment la façon dont elles sont évaluées, gérées et contrôlées.

■ **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 sécurité sanitaire 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 sécurité sanitaire 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.

■ **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 et incapacités du HCSP a participé aux réunions plénières et aux réunions concernant « l'éducation thérapeutique et accompagnement des patients » (voir chapitre Commission maladies chroniques et incapacités).

■ **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.

Réorganisation du HCSP

Après un an de fonctionnement, le HCSP a souhaité modifier son organisation et renforcer son expertise en matière de sécurité sanitaire tout en couvrant d'avantage l'ensemble du champ de la santé publique.

Le travail a été conduit avec la direction générale de la santé et le cabinet de la Ministre chargée de la santé et a abouti à un nouvel arrêté de composition du HCSP en date du 6 octobre 2008. Cet arrêté réorganise les commissions spécialisées du HCSP, instance d'expertise pluridisciplinaire contribuant à l'élaboration et à l'évaluation des politiques de santé publique. Les quatre commissions initiales sont portées à six.

Alors que trois des quatre commissions initiales portent toujours - avec une appellation légèrement différente ou inchangée - sur les « maladies chroniques », sur « la prévention, l'éducation et la promotion de la santé » et sur « l'évaluation, la stratégie et la prospective »,

La commission spécialisée intitulée initialement « sécurité sanitaire », se scinde en trois commissions.

- La commission sur les « *maladies transmissibles* » (questions liées aux pathologies infectieuses et aux risques infectieux). Sont rattachés à cette commission, en tant que comités techniques permanents, le comité technique des vaccinations (CTV) et le comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI).

- La commission « *sécurité des patients* » (infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques). Elle traite à la fois de la gestion du risque infectieux et des autres risques associés aux soins. Autant que de besoin, elle établit une collaboration avec la commission des *maladies transmissibles* dans le domaine des infections nosocomiales. Le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) disparaît puisque ses missions sont intégrées dorénavant dans cette nouvelle commission.

- La commission « *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.

Trente spécialistes supplémentaires ont dû être requis pour accroître les capacités d'expertise du HCSP, qui regroupe six commissions spécialisées.

Pour mettre en œuvre cette nouvelle organisation, le HCSP a donc procédé à un appel à candidatures pour compléter ses effectifs. Celui-ci a été lancé d'octobre à décembre 2008. Un comité d'experts du HCSP et des présidents des conseils scientifiques des agences sanitaires a sélectionné les candidats. La proposition d'une nouvelle composition du HCSP a été faite (proposition d'arrêté de nomination au HCSP) à la ministre chargée de la santé à la fin de l'année 2008.

COMMISSION SÉCURITÉ SANITAIRE

■ Présentation

Président : Christian PERRONNE

Vice -Présidents : Denis ZMIROU-NAVIER et Dominique GRIMAUD

La Commission Sécurité sanitaire, CS1, évalue les principaux risques pouvant menacer la santé de la population et les stratégies de gestion de ces risques.

Elle compte 30 personnalités qualifiées et 7 membres de droit (InVS, Afssa, Afsset, Afssaps, ABM, IRSN).

La CS1 comprend trois sections :

- Risques liés aux maladies transmissibles
- Risques liés à l'environnement
- Risques liés au système de soins, aux produits de santé et aux pratiques visant à agir sur la santé des individus.

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)
- Le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins

■ Activités

Les travaux de la Commission Sécurité sanitaire ont été constitués par les réponses aux saisines et la poursuite de l'analyse évaluative des objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004.

En 2008, la CS1 a tenu 9 réunions plénières, dont 1 extraordinaire, et a validé 28 avis (détail ci-après).

La section « risques liés à l'environnement » de la CS1 s'est réunie à deux reprises, en marge des réunions plénières de septembre et octobre 2008 de cette Commission, afin de statuer sur la recevabilité des saisines susceptibles de relever de son champ de compétence.

1° Les saisines :

Les saisines ont émané du cabinet de la ministre de la santé, de la direction générale de la santé, de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, du ministère de l'Intérieur, du ministère de l'Ecologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire, de la direction départementale de l'équipement du Calvados.

En dehors des avis formalisés validés par la CS1, plusieurs dossiers ont fait l'objet d'un examen et d'une réponse au demandeur :

- Réponse du 5 juin du président du HCSP au Directeur général de la santé concernant une demande d'expérimentation de valorisation des eaux de pluie par un établissement de soins de suite et de réadaptation.
- Réponse du 29 octobre du président du HCSP à la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, concernant une demande d'analyse de l'application d'objectifs

d'achats durables au sein des établissements de santé.

Trois groupes de travail ont été constitués afin d'engager la réflexion concernant l'instruction de 4 saisines provenant de la DGS. Pour deux d'entre elles, relatives à la démarche d'évaluation des risques sanitaires, un travail préalable de concertation a dû être engagé avec les représentants des deux ministères concernés : le ministère de l'Ecologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire et le ministère de la Santé et des sports.

Pour chacun des trois groupes, les travaux réalisés ont été les suivants :

- Groupe de travail relatif à l'évaluation des risques sanitaires : concertation avec les deux ministères, réunion plénière de recadrage ;
- Groupe de travail relatif à la pollution de l'air ambiant : réunion plénière de cadrage ;
- Groupe de travail relatif à la pollution de l'air intérieur : présentation de la problématique et du planning prévisionnel de travail en réunion plénière de la CS1.

Les membres de la section ont aussi contribué aux travaux du « Grenelle de l'environnement » : d'une part, au sein des Comités opérationnels et d'autre part dans le cadre de la consultation des parties prenantes au sujet du projet de 2^{ème} Plan National Santé Environnement.

En 2008, **quatre saisines** adressées à la commission sécurité sanitaire entraient dans le champ de la consultation obligatoire du HCSP instaurée par décret- en lieu et place du CSHPF supprimé en 2007 :

- Projet de décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière et modifiant le Code de la santé publique (saisine de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).
- Demande de prorogation du délai d'achèvement des travaux de désamiantage du site « Côte de Nacre » du CHU de Caen (saisine de la Préfecture du Calvados).
- Projet d'arrêté modifiant l'arrêté du 18 juillet 2000 modifié relatif à l'interdiction de mise sur le marché de certains produits contenant du *nickel*.
- Projet de décret relatif à la collecte et à la destruction des médicaments à usage humain non utilisés et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires), 17 octobre 2008.

Par ailleurs **deux groupes de travail** ont été constitués pour :

- répondre à une demande d'avis pour la mise à déclaration obligatoire de l'hépatite E qui sera finalisée début 2009.
- actualiser un projet de guide de gestion de cas groupés de fièvre typhoïde autochtone en restauration commerciale. Cette actualisation n'a pu être menée à terme en raison d'une absence de suites données par les demandeurs aux recommandations préliminaires qui leur ont été adressées.

Il convient de souligner que trois saisines ont été renvoyées aux commanditaires ou réorientées vers les agences sanitaires, soit en raison d'un délai incompatible avec l'instruction, soit que la question posée n'entrant pas dans le champ des missions du HCSP.

■ Parallèlement, la commission a validé les avis et rapports émis par les comités techniques permanents

- Comité des maladies liés aux voyages et des maladies d'importation : 3
- Comité technique des vaccinations : 19
- Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins : 2

2° L'Evaluation de l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004

L'évaluation de l'atteinte des 28 objectifs de la loi de santé publique de 2004 revenant à la commission a été poursuivie. L'ensemble des fiches faisant l'état des lieux du niveau d'atteinte des 28 objectifs de santé publique a été rassemblé dans le cadre des travaux des cinq groupes thématiques mis en place fin 2007.

- Santé travail : objectifs 14 à 17 (transversal CS1/CS3)
- Santé environnement : objectifs 18 à 25
- Iatrogénie : objectifs 26 à 29, 100 en transversal avec les trois autres commissions.
- Maladies infectieuses – résistance aux antibiotiques : objectifs 30, 36 à 43, 56
- Cancer de la thyroïde : objectif 52 (pilotage par la CS2)

Deux journées d'auditions organisées en janvier 2008 et consacrées aux objectifs relatifs à la santé au travail ont eu pour finalité d'aider les experts du HCSP à établir le degré de mise en œuvre des actions prévues dans le plan « santé au travail » 2005-2009 et à apprécier leur effet sur l'atteinte ou non des objectifs de la loi.

Concernant les objectifs relatifs à la iatrogénie, des auditions ponctuelles des responsables de projets ont été également conduites au cours du premier semestre.

La fiche d'évaluation relative au cancer de la thyroïde (52), élaborée par la CS2, a fait l'objet d'une relecture et de modifications par les membres de la CS1 plus particulièrement compétents sur les aspects relatifs aux aspects iatrogènes de la radiothérapie.

Enfin, les objectifs relatifs aux maladies infectieuses (30, 36 à 43, 56) ont été analysés pour ce qui concerne le niveau d'atteinte des indicateurs et, pour certains, les actions de santé publique mises en place. Pour l'objectif relatif au VIH et toxicomanie (56), des membres des autres commissions concernées se sont associés à la réflexion. Des auditions de responsables de plans et d'actions ont eu lieu début juin.

Des synthèses thématiques ont été élaborées pour les objectifs santé-environnement, santé-travail, maladies infectieuses et iatrogénie.

■ Les comités techniques permanents

Les missions des trois comités techniques permanents rattachés à la Commission spécialisée sécurité sanitaire 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
- > la veille scientifique sur les évolutions en matière de risque infectieux en milieu de soins, l'évaluation et la gestion du risque infectieux chez l'homme en milieu de soins, l'élaboration de recommandations relatives aux bonnes pratiques d'hygiène et à la prévention du risque infectieux en milieu de soins.

■ Le comité technique des vaccinations (CTV)

Président : Daniel Floret

Ce comité a tenu 9 réunions dont 3 exceptionnelles (vaccination des jeunes femmes par Gardasil®, vaccination contre l'hépatite B et risque de sclérose en plaques, vaccination

prépandémique contre le virus A H5N1).

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 2008, publié au *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'InVS* en avril ;
- La révision des recommandations vaccinales anti-pneumococciques, anti-coqueluche, la vaccination anti-grippale des enfants et de la femme enceinte.
- Des avis émis sur les vaccins dont l'autorisation de mise sur le marché est en cours ;
- Des réponses aux saisines à caractère urgent : infections invasives à méningocoques B et C en Seine-Maritime, vaccination contre les papillomavirus, vaccination contre l'hépatite B, vaccination antigrippale prépandémique, publicité sur le vaccin anti-HPV, calendrier vaccinal en Guyane.

Une dizaine de groupes de travail s'est réunie en réponse à des saisines concernant des recommandations vaccinales.

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

Président : Martin Danis

Le CMVI a tenu 5 réunions plénières

Le comité a étudié les questions suivantes :

- L'utilisation de la Primaquine ® dans le traitement du paludisme à *P.vivax* et *P. Ovale*
- Le risque d'introduction de la fièvre jaune à Mayotte.
- La vaccination contre l'encéphalite japonaise

Par ailleurs, le CMVI a actualisé les recommandations sanitaires pour les voyageurs à l'intention des professionnels de santé, publiées annuellement par le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'InVS*.

■ **Le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS)**

Président : Bruno Grandbastien

Les membres du CTINILS ont tenu 3 réunions plénières et ont validé un programme de travail pour les deux années à venir.

L'un des thèmes prioritaires est la prise en charge des bactéries multi-résistantes (BMR).

Deux groupes de travail ont été constitués en accompagnement de la réflexion menée par les pouvoirs publics en vue de définir un programme national de prévention des BMR :

- L'un pour l'élaboration des recommandations relatives à la prévention de la transmission des entérobactéries BLSE (béta-lactamase à spectre étendu).
- Le second pour l'élaboration des recommandations françaises sur la prise en charge et la prévention des infections liées aux souches de SARM communautaires.

■ **Auto saisines**

- 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales

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. Les premières contributions sont prévues pour début 2009.

- Stratégie thérapeutique antibiotique des infections à Clostridium difficile dans les établissements de santé français.

À la suite d'une actualisation de l'autorisation de mise sur le marché de la vancomycine par l'Afssaps, il s'est avéré nécessaire de réviser la 7^e recommandation de l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 22 septembre 2006. Des experts du groupe de travail des médicaments anti-infectieux de l'Afssaps et du CTINILS ont proposé une nouvelle rédaction de la stratégie thérapeutique antibiotique de ces infections. Un rapport a été publié en juin 2008.

■ Réponses aux saisines

- 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 sera remis début 2009.

- Désinfection des sondes à échographie endocavitaire.

A la suite d'une saisine du cabinet de la ministre de la santé en février 2008, le CTINILS a demandé à l'Afssaps de se prononcer sur les questions très techniques liées à l'étirement des gaines de latex. Un avis a été émis en septembre 2008 rappelant que l'utilisation d'une gaine protégeant la sonde est une alternative aux procédures de nettoyage et de désinfection de niveau intermédiaire, sous réserve de l'application stricte de bonnes pratiques.

Production : Avis et rapports du HCSP validés par la commission spécialisée sécurité sanitaire

■ Maladies transmissibles

■ Calendrier vaccinal 2008

Les nouvelles recommandations introduites concernent les vaccinations contre la coqueluche, la grippe saisonnière, l'hépatite B, les infections à papillomavirus humains et intègre les nouvelles dispositions réglementaires relatives à la vaccination par le BCG.

Le calendrier vaccinal 2008 est paru dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°16-17 du 22 avril 2008.

■ Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2008 (à l'attention des professionnels de santé)

Les recommandations 2008 sont le reflet de l'évolution de la situation sanitaire mondiale : les épidémies de fièvre jaune survenues en 2007-2008 en Amérique du Sud (Brésil, Paraguay, Argentine et Pérou) et, pour le paludisme, l'augmentation des bi-résistances des isolats d'Afrique de l'Ouest qui ont imposé le passage de cinq pays dans le groupe 3. Les chapitres sur les risques liés aux insectes et animaux et les précautions en fonction des personnes ont été revus et enrichis.

Les recommandations sanitaires pour les voyageurs 2008 sont parues dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°25-26 du 24 juin 2008 .

■ Utilisation du vaccin Mencevax®

Cet avis fait suite au remplacement du vaccin méningococcique ACYW₁₃₅ Menomune® (actuellement retiré du marché par la firme) par le vaccin Mencevax®. Ce vaccin, qui concerne les adultes, adolescents et enfants de plus de 2 ans, est notamment obligatoire pour les personnes souhaitant se rendre en pèlerinage à La Mecque.

Le Haut Conseil de la santé publique recommande d'appliquer au Mencevax® les recommandations antérieures du vaccin Menomune®.

■ Avis relatif au risque d'introduction de la fièvre jaune à Mayotte

En raison d'une part du changement de statut juridique de l'île de Mayotte (devenue collectivité départementale) et, d'autre part, de la mise en place de vols directs en provenance du Kenya, où existe une endémie de fièvre jaune, la

réglementation applicable au contrôle sanitaire aux frontières en matière de vaccination antiamarile (arrêté du 9 septembre 1987) devra s'appliquer à l'île de Mayotte, comme c'est le cas pour les départements français d'Amérique et La Réunion.

■ Avis relatif à l'élargissement des prescriptions de la primaquine dans le cadre du traitement du paludisme à *P. vivax* et *P. ovale*

La primaquine est le seul médicament actuellement disponible pour le traitement radical du paludisme, en complément d'un traitement schizontocide érythrocytaire lors d'accès de reviviscence, et permet l'éradication des gamétozytes. Ce médicament n'est disponible aujourd'hui en France et dans les départements et collectivités d'outre-mer que par une autorisation temporaire d'utilisation nominative délivrée par l'Afssaps.

Le Haut Conseil de la santé publique recommande l'élargissement des prescriptions de ce médicament et la mise en place d'une procédure de demande d'autorisation européenne de mise sur le marché.

■ Avis relatif à l'aménagement du calendrier vaccinal en Guyane

Le Haut Conseil de la santé publique recommande l'adaptation du calendrier vaccinal à la situation de la Guyane, en tenant compte des données épidémiologiques et socio-économiques locales, afin de mieux protéger les populations (vaccination contre la fièvre jaune, l'hépatite B, anti-pneumococcique).

■ Avis relatif à la vaccination contre l'hépatite B

Cet avis fait suite à la publication dans la revue Neurology d'une nouvelle analyse issue de la cohorte neuropédiatrique KIDSEP étudiant une association éventuelle entre vaccination contre l'hépatite B et risque d'atteinte démyélinisante du système nerveux central.

Le HCSP partage l'avis et les critiques méthodologiques émises par le groupe d'experts réunis par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), ainsi que l'avis de la Commission nationale de pharmacovigilance.

Il considère que cette nouvelle publication n'apporte aucun élément scientifiquement fondé en faveur d'un lien entre la vaccination contre l'hépatite B du sous-groupe visé et la survenue d'atteinte démyélinisante du système nerveux central.

Il recommande le maintien de la politique vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B chez l'enfant, telle qu'elle est définie dans le calendrier vaccinal et le renforcement de la mise en œuvre de cette politique, compte tenu des faibles taux de couverture vaccinale actuelle.

■ Avis relatifs aux recommandations vaccinales pour le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent

En réponse à une saisine de la direction générale de la santé concernant le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prevenar®, recommandé en France à l'ensemble des enfants de moins de 2 ans afin de prévenir les infections invasives à pneumocoque, deux avis ont été élaborés par le Haut Conseil de la santé publique :

- l'un sur le schéma vaccinal applicable à ce vaccin (deux doses à 2 et 4 mois, suivies d'un rappel à l'âge de 12 mois, et nécessité d'obtenir une couverture vaccinale la plus élevée possible) ;
- le second sur la réévaluation des recommandations vaccinales dans les suites de l'extension des indications thérapeutiques de ce vaccin aux otites moyennes aiguës et aux pneumonies à pneumocoque.

■ Avis relatif à la menace de pandémie grippale, pertinence de l'utilisation d'un vaccin prépandémique dirigé contre le virus grippal A(H5N1)

Cet avis fait suite à une saisine du Haut Conseil de la santé publique par la Direction générale de la santé sur l'opportunité de réviser la stratégie de vaccination visant à prévenir et à lutter contre une pandémie grippale.

Il a été demandé au Haut Conseil de la santé publique et au Comité technique des vaccinations d'élaborer des recommandations sur la pertinence de l'utilisation d'un vaccin prépandémique dirigé contre le virus grippal A(H5N1), suite à l'octroi par l'agence européenne du médicament d'une autorisation de mise sur le marché d'un vaccin de ce type. Le rapport des experts du Comité technique des vaccinations et du Comité de lutte contre la grippe est présenté en annexe de l'avis.

■ Coqueluche

■ Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche

Ce rapport, présenté sous forme de guide, actualise les recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (section des maladies transmissibles) de septembre 2006.

Il prend en compte les nouvelles données épidémiologiques, l'évolution des techniques de diagnostic biologique et les nouvelles recommandations vaccinales en vigueur en 2008. Les informations relatives à certains cas groupés de coqueluche, qui ont fait l'objet de signalement à l'Institut de veille sanitaire (InVS), ont été intégrées.

■ Avis relatif aux tests de diagnostic de la coqueluche

Le diagnostic clinique de la coqueluche est souvent difficile, en particulier chez les personnes antérieurement vaccinées et les adultes. Or, ceux-ci représentent le réservoir essentiel de la maladie et sont à l'origine de la plupart des contaminations de jeunes enfants ainsi que des épidémies de coqueluche en collectivité.

Le Haut Conseil de la santé publique recommande le recours à un test de diagnostic de référence, la PCR (Polymerase Chain Reaction) et préconise son remboursement par l'assurance maladie.

Il recommande également de restreindre l'accès et l'utilisation des tests sérologiques actuellement disponibles en dehors du centre national de référence, en raison d'un risque d'erreurs de diagnostic important.

■ Infections invasives à méningocoque B

■ Avis relatif à la vaccination contre les infections invasives à méningocoque B :14 :P1.7,16 avec le vaccin MenBvac® en Seine-Maritime, dans la zone de Dieppe

Le vaccin MenBvac®, développé par l'Institut norvégien de santé publique (NIPH) à partir d'une souche B voisine B 15 : P1.7, 16, a montré une protection croisée contre la souche hyper endémique de Seine-Maritime.

■ Le Haut Conseil de la santé publique confirme le schéma vaccinal préconisé pour l'administration du vaccin MenBvac® aux enfants et adolescents de 1 à 19 ans résidant, scolarisés ou en mode de garde collectif, afin de poursuivre la vaccination dans la zone de Dieppe.

■ Il recommande l'extension de la vaccination par le vaccin MenBvac® aux nourrissons de moins d'un an, résidant ou en mode de garde collectif dans la même zone géographique.

Cette vaccination pourra être proposée dès l'âge de deux mois, selon un schéma à quatre doses. Il importe que cette vaccination supplémentaire ne tarde pas le début des vaccinations du calendrier vaccinal pour les enfants de moins de un an.

■ Le HCSP recommande que ces vaccinations soient réalisées en conformité avec le calendrier vaccinal et qu'un intervalle minimal d'une semaine soit respecté entre l'administration de MenBvac® et celle des autres vaccins (ou l'inverse).

■ Il préconise également :

■ L'élargissement des recommandations de vaccination avec le MenBvac : poursuite de la campagne sur la zone « Est de Dieppe » identifiée comme prioritaire puis, dans un second temps et en fonction de la mise à disposition des lots de vaccin, élargissement aux jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans des zones ciblées par la vaccination ;

■ La « non-recommandation » d'une vaccination avec le MenBvac des personnes séjournant de façon temporaire ;

■ La « non-recommandation » d'une vaccination généralisée contre les IIM de sérogroupe C.

Hors Seine-Maritime, il propose l'arrêt des recommandations de vaccination avec le MenBvac autour d'un cas confirmé d'IIM à B : 14 : P1.7,16. (avis du 12 décembre 2008)

■ Papillomavirus humains

■ Avis sur la modification éventuelle des recommandations vaccinales des jeunes femmes par le vaccin anti-papillomavirus Gardasil®

La saisine de la ministre de la Santé est consécutive au signallement par l'European Medicines Agency (EMEA) du décès inexpliqué de deux jeunes femmes récemment vaccinées par Gardasil®. Les décès ont concerné deux femmes âgées de 18 et 19 ans en Allemagne et en Autriche.

Après audition d'experts du Comité technique des vaccinations et de l'Afssaps, le HCSP a estimé qu'il n'y a pas lieu de modifier les recommandations actuelles sur le vaccin Gardasil®.

■ Avis relatif aux mentions minimales obligatoires pour les messages publicitaires télévisuels et radiodiffusés sur les vaccins contre les papillomavirus

Les campagnes publicitaires pour des vaccins obligatoires ou recommandés auprès du public, sous la forme de messages télévisuels ou radiodiffusés, sont autorisées mais encadrées en vertu de l'article L. 5122-6 du Code de la santé publique (loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007, art. 73).

Dans son avis, le Haut Conseil de la santé publique a déterminé, dans le cadre de l'application de cet article, les mentions minimales obligatoires qui doivent accompagner, de façon clairement identifiée, les messages publicitaires sur les vaccins contre les papillomavirus.

■ Système de soins, produits de santé, pratiques visant à agir sur la santé des individus

■ Avis relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé français

A la suite d'une actualisation de l'autorisation de mise sur le marché de la vancomycine par l'Afssaps, il s'est avéré nécessaire de réviser la 7^e recommandation de l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 22 septembre 2006 portant spécifiquement sur le traitement par métronidazole et vancomycine des infections à *Clostridium difficile*.

Des experts du groupe de travail des médicaments anti-infectieux de l'Afssaps et du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (comité technique permanent de la commission spécialisée sécurité sanitaire du HCSP) ont proposé une nouvelle rédaction de la stratégie thérapeutique antibiotique de ces infections, les autres recommandations antérieures restant inchangées.

■ Avis relatif à la désinfection des sondes à échographie endocavitaire

Cet avis répond à une saisine de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports du 12 février 2008. Il s'appuie sur une expertise demandée à l'Afssaps qui considère l'utilisation des gaines comme une alternative aux procédures de nettoyage et de désinfection de niveau intermédiaire, telles que recommandées jusqu'alors, sous réserve de l'application stricte des bonnes pratiques décrites dans le rapport « Gaines de protection à usage unique pour dispositifs médicaux

réutilisables : recommandations d'utilisation » du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.

■ **Avis sur le projet de décret relatif à la collecte et à la destruction des médicaments à usage humain non utilisés et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)**

Cet avis fait suite à la consultation obligatoire du HCSP (art. L. 1311-1 du Code de la santé publique). Le projet de décret en conseil d'Etat concerné précise, organise et encadre la filière de collecte des médicaments non utilisés rapportés par les particuliers aux officines de pharmacie et précise les modalités de destruction de ces médicaments, à la charge des entreprises pharmaceutiques d'exploitation de médicaments.

La mise en place d'un système spécifique répond également à l'obligation prévue par la directive 2004/27/CE du 31 mars 2004.

■ **Avis du HCSP sur le projet de décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière et modifiant le Code de la santé publique**

Cet avis fait suite à une saisine de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins conformément à la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007. Le projet de décret, qui sera codifié à l'article R.4311-5 du Code de la santé publique créé à cet effet, est limité à la vaccination antigrippale. Il organise la possibilité pour les infirmiers d'effectuer les injections de vaccination antigrippale, sans que le patient ne soit tenu d'obtenir préalablement une prescription médicale, à l'exception de la première injection qui devra continuer à être prescrite par le médecin afin de déterminer si l'état de santé du patient est compatible avec une telle vaccination. Il prévoit en outre les conditions (vérification de l'absence de contre-indication) et les modalités de réalisation par l'infirmière (traçabilité de la vaccination).

■ **Environnement**

■ **Avis sur le projet d'arrêté modifiant l'arrêté du 18 juillet 2000 modifié relatif à l'interdiction de mise sur le marché de certains produits contenant du nickel**

Cet avis fait suite à la consultation obligatoire du HCSP (art. R. 5132-45 du Code de la santé publique) sur les mesures d'interdiction, de restriction ou de prescriptions particulières concernant les substances ou préparations mentionnées à l'article L. 5132-2 du même code.

■ **Avis relatif à la demande de prorogation du délai d'achèvement des travaux de désamiantage du site « Côte de Nacre » du CHU de Caen**

La prorogation (3 ans renouvelable une fois) du délai d'achèvement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux amiantés concernant les immeubles de grande hauteur et les établissements recevant du public est accordée par arrêté préfectoral, pris après avis du Haut Conseil de la santé publique, en tenant compte des risques spécifiques à l'immeuble ou à l'établissement concerné et des mesures conservatoires mises en œuvre (art. R. 1334-18 du Code de la santé publique). Le présent avis fait suite à la demande déposée par le centre hospitalier universitaire de Caen (site Côte de Nacre).

COMMISSION MALADIES CHRONIQUES ET INCAPACITES

■ Présentation

Présidente : Brigitte SANDRIN-BERTHON

Vice-Président : Serge BRIANCON

La Commission maladies chroniques, CS2, 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 4 membres de droit : InVS, INCa, Afssaps, ABM. La DGS, la Drees et la HAS, membres de droit du Collège du HCSP, participent également aux travaux. Enfin l'INPES, d'abord invité permanent, est devenu officiellement membre de droit de la commission lors de la réorganisation des commissions spécialisées en octobre 2008.

En 2008 la commission a tenu 8 réunions et procédé à 8 auditions.

■ Activités

1°- évaluation de la réalisation des objectifs de la loi de santé publique de 2004

L'évaluation de la réalisation des objectifs de santé publique relevant du champ de compétence de la commission a été poursuivie. L'ensemble des fiches dressant l'état des lieux du niveau d'atteinte des 33 objectifs a été rassemblé dans le cadre des travaux des groupes thématiques mis en place à l'issue du séminaire de Bordeaux de février 2008.

- Maladies métaboliques : 54, 55, 80 (responsable Serge Briançon)
- Santé mentale : objectifs 57 à 61 (responsable Guy Gozlan)
- Neurologie et douleur : 31, 32, 62 à 65, 72 (responsable François Bourdillon)
- Qualité de vie : 76, 81, 87, 88 (responsable Elisabeth Spitz)
- Pathologies rhumatologiques : 82 à 87 (responsable Hélène Grandjean)
- Cancer : 48 à 52 (les fiches correspondant à ces objectifs ont été transmises au Groupe d'évaluation du Plan cancer)
- Maladies respiratoires : 74, 75 (responsable Laure Com-Ruelle)

Au cours de huit auditions, des experts, des sociétés savantes et des associations de patients sont venus échanger avec les membres du HCSP afin de permettre à ceux-ci d'approfondir leur réflexion sur certaines questions transversales à la prise en charge des maladies chroniques (*inégalités sociales de santé, qualité de vie*) ou d'estimer le degré de mise en œuvre des actions prévues dans les différents plans de santé publique relatifs aux objectifs traités (*maladies métaboliques, santé mentale, qualité de vie, maladies respiratoires*). Des synthèses thématiques ont été élaborées, la synthèse Neurologie et douleur a été présentée en séance plénière du HCSP.

Pendant toute l'année 2008, les représentants de l'InVS, de l'ABM, et de l'INCa ont apporté une contribution très active au travail d'évaluation de la commission.

2° définition de nouveaux objectifs dans la perspective de la prochaine loi de santé publique

Des propositions de nouveaux objectifs dans le champ de la santé mentale et de la qualité de vie ont été élaborées par les membres de la commission, en addition aux recommandations formulées par les responsables des groupes thématiques d'objectifs dans leurs synthèses.

3° deux auto-saisines ont été proposées à l'initiative des président et vice-président

■ L' éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques

Selon l'Organisation mondiale de la santé Europe (1998), l'éducation thérapeutique devrait être systématiquement intégrée dans les soins délivrés aux personnes souffrant de maladie chronique. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré qu'elle améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications.

Environ 15 millions de personnes sont atteintes de maladie chronique en France, et cet effectif est appelé à augmenter rapidement dans le futur en raison du vieillissement de la population. Les pouvoirs publics, les institutions de santé publique, les professionnels de santé et les associations de patients multiplient les initiatives de qualité.

Cependant la place et le rôle des professionnels de santé extrahospitaliers dans l'organisation d'une éducation thérapeutique de proximité, intégrée au parcours de soins des malades chroniques et accessible à tous restent à préciser.

La commission a été mandatée 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 oeuvre d'une éducation thérapeutique de proximité
- Émettre des recommandations pour favoriser un développement rapide et structuré de l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire.

Un groupe de travail a été mis en place en novembre ; il est composé de membres de la commission, d'experts extérieurs ayant une expérience de l'éducation thérapeutique en milieu hospitalier ou en médecine générale, et également de représentants de l'INPES, de la DGS, de la HAS, et de l'INCa. Il est présidé par Brigitte Sandrin-Berthon.

■ la prise en charge des maladies chroniques

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 imparfaitement identifiée.

La commission a été mandatée 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.
- Émettre 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.

Un groupe de travail a été mis en place en novembre, il est composé de membres de la commission et d'un membre de la CS3, et de représentants de la Drees, de la DGS, de l'ABM, de la HAS, de la DGAS et de l'INCa. Il est présidé par Serge Briançon.

4° - Participer 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

Brigitte Sandrin-Berthon a participé aux 2 réunions plénières de ce comité, installé le 29 novembre 2007 par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. 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.

La Commission Maladies chroniques et incapacités a participé aux 4 réunions du premier sous-groupe, intitulé « éducation thérapeutique et accompagnement » (auditions sur les pratiques, les formations et l'évaluation en éducation thérapeutique) et également au colloque organisé le 9 juin 2008 au ministère de la santé et des sports. Les sous-groupes poursuivront leurs travaux en 2009.

COMMISSION PRÉVENTION ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ

■ Présentation :

Président : Jean-François TOUSSAINT

Vice-présidente : Marie-Hélène BOUVIER-COLLE

La Commission Prévention et déterminants de santé, CS3, 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 directeur de l'INCA et de l'INPES. Elle a tenu 10 réunions plénières en 2008.

■ Activités :

■ Évaluation de la réalisation des objectifs de la loi relative à la santé publique du 9 août 2004.

L'évaluation de l'atteinte des 36 objectifs de la loi de santé publique, du ressort de la commission commencée en 2007, a été poursuivie en 2008.

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

- Lutte contre les addictions (alcool, tabac, toxicomanie) : objectifs 1 à 3, 56, 58
- Nutrition : objectifs 5 à 13
- Santé et travail : objectifs 14
- 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
- Traumatismes liés à la violence routière : objectif 94

■ Saisine

Consultations de prévention

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 ». Cette saisine prise en charge par la CS3 a fait l'objet d'un rapport piloté par François Baudier.

Le périmètre d'investigation comprenait les dispositifs faisant intervenir les soins de santé primaires, la médecine de premier recours, le médecin de famille, généraliste ou traitant.

Ont été exclus :

- Les examens périodiques et du petit enfant ainsi que le suivi de la grossesse,
- Tout ce qui relève de la prise en charge des pathologies chroniques et de l'éducation thérapeutique du patient, qui elle, concerne la prévention tertiaire,
- La santé bucco-dentaire.

Le travail s'est appuyé sur des rapports récents, sur le recueil d'expériences actuelles et sur des auditions de personnes ayant ou ayant eu une implication sur le sujet.

Ce rapport a été finalisé en décembre 2008 et validé par la commission début 2009.

Dans ses recommandations le rapport propose plusieurs orientations :

- Développer une logique préventive s'inscrivant dans un continuum organisé au sein d'un parcours coordonné de santé,
- Insérer le dispositif de la consultation de prévention dans la logique de soins de santé primaires proposée par la loi HPST (2009),
- Incrire les examens de prévention dans une coopération entre professionnels et une concertation pluridisciplinaire,
- Assurer une prise en charge d'aval et de proximité, à dimension principalement éducative,
- Elargir les modalités de rémunération,
- Redéfinir les modalités d'intervention du médecin traitant dans ses activités à orientation préventive,
- Promouvoir des consultations dédiées à certains "événements de vie" (plutôt qu'en fonction de tranches d'âge),
- Etablir des référentiels couvrant l'ensemble des pratiques cliniques préventives de l'adulte (HAS, INPES et sociétés savantes)
- Bâtir des démarches et des outils de prévention et d'éducation pour la santé adaptés aux approches individuelles ou collectives impliquant le médecin traitant ou d'autres professionnels
- Concevoir les modalités organisationnelles induites par la mise en œuvre de pratiques cliniques préventives de l'adulte et susceptibles de transformer les pratiques préventives au sein des cabinets de médecins ainsi que les professionnels du soin curatif.

■ Auto-saisine

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

Elle a été proposée à l'initiative de Thierry Lang. Ce thème était en fait absent de la problématique proposée par la loi de santé publique. Aucun indicateur en tant que tel ne l'évoque dans sa globalité alors que la France demeure à ce sujet à un rang médiocre par rapport aux autres pays européens. Certes un indicateur aborde le thème de l'inégalité, mais il se réfère à la situation des groupes démunis, précaires, exclus, ce qui ne représente qu'une dimension du problème. En effet, les inégalités sociales de santé font aussi référence 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).

Un groupe de travail composé de 10 personnes s'est constitué début septembre 2008, de façon transversale, avec le concours des différentes commissions du Haut Conseil. Une remise de rapport est prévue pour la fin 2009.

Le groupe de travail s'est fixé comme objectifs :

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

En s'interrogeant sur le point de savoir si une politique de santé publique peut se fixer pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé, le groupe de travail propose de faire le point sur les déterminants des inégalités sociales de santé et sur les possibilités d'intervention sans pour autant proposer des interventions ou des orientations spécifiques de politiques de santé. Il s'agira de présenter un bilan des expériences françaises et étrangères sur ce sujet et de suggérer des pistes d'action.

Des auditions d'experts français et étrangers ayant travaillé sur ce thème sont actuellement en cours.

Par ailleurs, Jean-François Toussaint a présidé et animé la « **Commission Sport et Santé** ». Il s'agissait de définir une stratégie nationale déclinée en actions concrètes dans le cadre de la mise en place d'un programme national de prévention par les activités physiques et sportives (PNAPS). Les travaux de la commission se sont déroulés d'avril à octobre 2008. Ils ont porté notamment sur les âges et les milieux de vie. Une attention particulière a été portée aux questions environnementales initiées par le Grenelle de l'environnement, le Plan national santé et environnement et son volet santé-transport.

COMMISSION EVALUATION, STRATEGIE ET PROSPECTIVE

■ Présentation :

Président : Roland SAMBUC

Vice-présidente : Chantal CASES

La Commission Evaluation, stratégie et prospective, CS4 compte 15 personnalités qualifiées et 7 membres de droit (InVS, INPES, Afssa, Afsset, Afssaps, ABM, IRSN). Elle a tenu 7 réunions en 2008

- Elle analyse l'évolution de la santé de la population et identifie les principaux déterminants de cette évolution.
- Elle évalue les plans et programmes de santé ainsi que l'impact sur la santé des autres politiques publiques.
- Elle participe au travail de définition de nouveaux objectifs dans la perspective de la nouvelle loi de santé publique.

■ Activités

■ Travail de soutien méthodologique aux activités du Haut Conseil

La commission a élaboré une grille d'aide à l'élaboration des objectifs de santé publique dans la perspective des propositions à formuler par les experts du Haut Conseil dans le cadre de la préparation de la nouvelle loi de santé publique. Cette grille et sa note de présentation ont été préparées par deux membres du HCSP, Franck Chauvin, François Alla et Pierre Ardwidson (Inpes).

- Concernant les objectifs de la loi du 9 août 2004, la commission a réalisé les fiches d'évaluation des objectifs suivants : (33 et 34) précarité et inégalités, (88) affections d'origine anténatale, (93 et 95) traumatismes intentionnels et non intentionnels dans l'enfance
- Concernant l'évaluation des plans, François Alla et Marie-Paule Serre pilotent l'évaluation du Plan cancer et Bernard Perret pilote celle du Plan maladies rares.

La commission assure son rôle de soutien méthodologique par la présentation et la discussion en séance plénière de travaux d'experts et de propositions issues des groupes de travail, dont elle a décidé la mise en place.

■ Groupe de travail sur les indicateurs manquants

Présidé par Chantal Cases et comportant 9 membres, il s'est réuni 3 fois au cours de l'année et a remis son rapport à l'automne 2008.

Ce groupe de travail a eu pour mandat de poursuivre la réflexion sur les indicateurs "manquants" : parce que, d'une part, les systèmes d'information actuels ne permettent pas de renseigner les indicateurs, (qui ont été définis par le groupe de travail Drees/DGS présentés dans le rapport méthodologique de juillet 2005 intitulé « *indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004* »), parce que d'autre part, ce groupe a estimé que les conditions n'étaient pas encore réunies pour formuler des propositions. Dans cette optique le groupe de travail a passé en revue l'ensemble des objectifs se trouvant dans une de ces

situations, a fait le point sur les derniers développements concernant l'information dans le champ concerné par l'objectif et a fait des propositions. Le groupe a ainsi identifié plusieurs thèmes transversaux dont deux ont donné lieu à des analyses spécifiques : d'une part, la question des limitations fonctionnelles, des restrictions d'activité et de la qualité de vie et d'autre part, la question des données sur la qualité de l'habitat au point de vue sanitaire.

Ce rapport constitue un apport pour le groupe de travail sur les systèmes d'information qui se réunira en 2009.

■ **Groupe de travail sur les indicateurs transversaux et synthétiques**

Ce groupe présidé par Eric Jougla et comportant 10 membres, s'est réuni 2 fois en 2008.

Ce groupe de travail a pour mandat de développer la réflexion sur les indicateurs "transversaux", indicateurs associés au suivi de la loi relative à la politique de santé publique et qui seront un des outils de l'analyse des problèmes de santé de la population qu'aura à produire le Haut Conseil de la Santé Publique. Plus précisément il passe en revue les indicateurs actuellement utilisés dans chaque domaine en termes de définition, de mode de présentation, d'exhaustivité, de fiabilité. Il proposera, si nécessaire, des indicateurs complémentaires.

Par ailleurs, le groupe a tenu des réunions de travail approfondies sur les indicateurs de qualité de santé (santé positive, santé perçue...), sur les indicateurs de défavorisation et sur les instruments de mesure des limitations fonctionnelles. Les travaux du groupe ont donné lieu à une présentation en séance plénière du Haut Conseil. Le groupe remettra son rapport à la fin du premier semestre 2009.

Dans la continuité du travail des deux groupes des indicateurs manquants et des indicateurs transversaux et synthétiques, Chantal Cases, Eric Jougla et Gérard Badéyan (coordonateur de la commission), participeront au nouveau groupe de travail transversal sur les systèmes d'information piloté par Marcel Goldberg et qui sera mis en place début 2009. Par ailleurs, ils participent au groupe de travail transversal sur les inégalités sociales de santé.

■ **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.

LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

■ Présentation :

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.

■ Activités :

1°- Activités de soutien aux travaux

- En 2008, le secrétariat général a organisé 71 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, 25 groupes de travail, techniques ou de réflexion ont été mis en place au cours de l'année 2008 pour des sujets d'intérêt concernant par exemple les politiques régionales de santé publique, les inégalités de santé.
- Ceci a permis au HCSP, d'une part de répondre à 33 saisines reçues en 2008 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. Certaines de ces évaluations sont sur le point d'être achevées pour le Plan cancer et pour le Plan maladies rares.
- 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 (4 en 2008) 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.

Toutes ces prestations ont nécessité un soutien documentaire fourni par le secrétariat général (voir ci-après).

2° Activités de gestion

■ Le budget de fonctionnement du HCSP

Ont été gérés pour le compte du HCSP en 2008 :

- 42 762 € sur le programme budgétaire 228 « Veille sanitaire et sécurité sanitaire ».

Ceci permet la conduite de réunions : frais de transcription et frais de bouche

- 225 244 € sur le programme budgétaire 204 « Santé publique et prévention ». Outre les conduites des réunions (frais de transcription et frais de bouche), ces financements ont permis le développement d'un site extranet participatif pour permettre aux membres de travailler ensemble.

Compte tenu du report sur 2009 d'une partie des travaux prévus, l'assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'évaluation du plan « cancer » a représenté un montant total de 49 676 € en 2008 (sur un montant total du marché de 93 527 €).

Les frais de fonctionnement (y compris la valorisation des productions) se sont élevés à 119 193 euros.

A noter que cette répartition budgétaire initiale a fait l'objet de modifications régulières du BOP au cours de l'année 2008.

- En outre, une ligne particulière permet l'indemnisation des membres pour perte de revenus ou pour travaux : 23 958,18 euros pour l'année 2008.

■ Les commandes aux prestataires :

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

- Assistance à maîtrise d'ouvrage pour les évaluations de plans

Deux marchés passés selon la procédure adaptée ont été organisés pour accompagner le travail des comités d'évaluation de ces deux plans.

- Assistance pour la communication presse : une mise en concurrence de 2 agences spécialisées en santé a été conduite

- Rénovation de la charte graphique du HCSP : une mise en concurrence entre 6 prestataires a permis un choix raisonné ;

- Activité de relecture et de pré-impression de la revue ADSP : quatre numéros ont été traités par l'utilisation d'un marché à bons de commande passé en 2007.

En appui de la mission information et documentation, le secrétariat général assure également la gestion budgétaire de l'abonnement à la revue de presse en ligne TNS Media Intelligence dédiée exclusivement aux articles de la presse quotidienne dans lesquels le HCSP est cité.

■ La logistique des réunions :

- Plus de 100 réunions ont donné lieu à des commandes pour retenir les salles et les équipements nécessaires ainsi que pour les frais de bouche afférents (café, déjeuners).

- Le secrétariat général a traité 527 ordres de mission de l'ensemble des cent réunions organisées en 2008 pour un montant de 73 916 euros

- Il répond en outre aux besoins propres de ses agents : indemnisation des frais afférents aux déplacements pour participation à des manifestations externes et suivi de leurs besoins matériels (fournitures, formation, mobilier, congés).

3° Mission d'information et documentation

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

■ Revue de presse documentaire

■ Lettre d'information bimensuelle résumant, 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 105 membres du HCSP.

■ Consultation : se trouvant sur le site internet du HCSP, des abonnés extérieurs au HCSP consultent également la revue de presse. Celle-ci a paru tout au long de l'année 2008 (du n° 130 au n° 147 compris) avec un taux moyen de consultation de 1 500 personnes et un pic de 1989 lecteurs. En janvier 2008, 3 188 téléchargements ont eu lieu sur l'ensemble du mois.

■ Veille documentaire

■ Participation aux réunions des commissions et du Collège, qui se sont réunies tout au long de l'année 2008 pour assurer un appui documentaire aux 105 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 et 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.

■ Autres contributions :

■ Contribution à la revue trimestrielle ADSP

(Rubrique repères : choix et analyse d'ouvrages, de rapports en ligne, de textes juridiques français et européens et de brèves internationales).

■ Correspondance pour la communication interne (MICOM) et l'Intranet de la DGS pour apporter un soutien documentaire et valoriser les productions du HCSP (lien site HCSP)

4° Activité de valorisation des travaux : sites Internet et extranet

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 2008, 2 882 461 pages ont été servies (54 386 pages par jour en moyenne), et la lettre de diffusion (qui annonce les nouveautés du site) a été envoyée à 3247 abonnés.

Le site internet www.hcsp.fr présente à la fois l'actualité du HCSP (les événements, tous les nouveaux avis et rapports, des 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

gérées 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 mise en place d'espaces de discussion est prévue en 2009.

La revue Actualité et dossier en santé publique

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 "Alcoologie" 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 700 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).

■ Activité en 2008

La revue a réalisé 2 actions de promotion en mars et en juillet 2008. L'une auprès des organismes de formation (notamment les IFSI) paramédicaux à qui un courrier accompagné d'un exemplaire de la revue a été envoyé afin de faire connaître la revue: Ainsi 366 courriers ont été envoyés. Cette même opération a été réalisée auprès de 440 directeurs d'établissements de santé. Les retombées en termes de nouveaux abonnements est en cours d'évaluation à la Documentation française.

■ Quatre numéros ont été publiés

- Mars 2008 : numéro 61/62 - dossier "Naître en France" coordonné par Anne Françoise Pauchet-Traversat
- Juin 2008: numéro 63 - Dossier "Prise en charge des maladies cardiaques" coordonné par le Pr Yves Lecarpentier
- Septembre 2008 : numéro 64 - Dossier "Nanotechnologies et santé publique" coordonné par le Pr William Dab, Franck Le Duff et Armelle George-Guitton
- Décembre 2008 : numéro 65- Dossier " La Maladie d'Alzheimer" coordonné par le Pr. François Dartigues

ANNEXES

LISTE DES MEMBRES

(Janvier 2007- février 2009)

■ Composition :

105 personnes qualifiées nommées par le ministre pour une période de trois ans.
16 membres de droit.

Président :

Roger Salamon

Vice-présidente :

Isabelle Momas

Membres du Collège du Haut Conseil de la santé publique

■ Composition :

10 personnalités qualifiées dont les 4 présidents des commissions spécialisées.
8 membres de droit.

Président des commissions spécialisées :

Christian Perronne
Brigitte Sandrin-Berthon
Roland Sambuc
Jean-François Toussaint

Personnes qualifiées :

Sophie Béjean
Marc Eloit
Marie-Alix Ertzcheid
Anne Laude
Stéphane Le Bouler
Isabelle Momas
Roger Salamon
Fernand Sauer
Anne Tallec
Anne Tursz

Membres de droit :

Président du Collège de la Haute Autorité de santé,
Directeur général de la Santé,
Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.
Directeur général de l'Autorité de sûreté nucléaire,
Directeur général de l'Action Sociale,
Directeur de la Sécurité sociale,
Directeur de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques,
Directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie,

Membres de la Commission spécialisée « sécurité sanitaire »

■ Composition :

30 personnes qualifiées.
7 membres de droit.

Président :

Christian Perronne

Personnes qualifiées :

Robert Anton
André Aurengo
Gilles Berrut
Serge Boarini
Jean-Paul Boutin
Elisabeth Bouvet-Koskas
François Bricaire
Emmanuel Camus
Claude Casellas
Mireille Chiron
François-Loïc Cosset
Sylvie Crauste-Manciet
Pierre Czernichow
Jacques-Christian Darbord
Frédéric De Blay
Bruno Fouillet
Dominique Gendrel
Dominique Grimaud
Philippe Hartemann
Dominique Le Bœuf
Yvon Le Moullec
Catherine Leport
Francelyne Marano
Nicole Pasteur
Pierre Pothier
René Seux
Jean-Hugues Trouvin
Pierre Verger
Denis Zmirou-Navier

Membres de droit :

Directeur de l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé,
Directeur de l’Institut de veille sanitaire,
Directeur de l’Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire,
Directeur de l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé,
Directeur de l’Agence française de sécurité sanitaire des aliments,
Directeur de l’Agence française de sécurité sanitaire de l’environnement et du travail,
Directeur de l’Agence de la biomédecine.

Membres de la Commission spécialisée « Maladies chroniques et incapacités »

■ Composition :

20 personnes qualifiées.
4 membres de droit.

Président :

Brigitte Sandrin-Berthon

Personnes qualifiées :

Jean-Marie André
Bernard Bioulac
François Boué
François Bourdillon
Serge Briançon
Marie-Odile Carrère
Laure Com-Ruelle
Hélène Fagherazzi-Pagel
Guy Gozlan
Hélène Grandjean
Jacques Hugon
Claude Jeandel
Sylvie Legrain
Jean-François Mathe
Vincent Meininger
Jean-Jacques Mourad
Philippe Ravaud
Jean Sengler
Elisabeth Spitz

Membres de droit :

Directeur de l’Institut national du cancer,
Directeur de l’Institut de veille sanitaire,
Directeur de l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé,
Directeur de l’Agence de la biomédecine.

Membres de la Commission spécialisée « Prévention et déterminants de la santé »

■ Composition :

30 personnes qualifiées.
2 membres de droit.

Président :

Jean-François Toussaint

Personnes qualifiées :

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

Membres de droit :

Directeur de l’Institut national de prévention et d’éducation à la santé,
Directeur de l’Institut national du cancer.

Membres de la Commission spécialisée « Évaluation, stratégie et prospective »

■ Composition :

15 personnalités qualifiées.
7 membres de droit.

Président :

Roland Sambuc

Personnes qualifiées :

François Alla
Jean-Claude André
Chantal Cases
Yves Charpak
Franck Chauvin
Benoît Dervaux
Jean-Jacques Eledjam
Jean-Claude Healy †
Eric Jouglé
Alain Letourmy
Gérard Parmentier
Bernard Perret
Marie-Paule Serre
Emmanuel Vigneron

Membres de droit :

Directeur de l’Institut national de prévention et d’éducation à la santé.
Directeur de l’Institut de veille sanitaire,
Directeur de l’Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire,
Directeur de l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé,
Directeur de l’Agence française de sécurité sanitaire des aliments,
Directeur de l’Agence française de sécurité sanitaire de l’environnement et du travail,
Directeur de l’Agence de la biomédecine.

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

N°	LIBELLE DE L'OBJECTIF
001	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)
002	Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance
003	Abaissé 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).
004	Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel
005	Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m ²) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS).
006	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
007	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 %
008	Rachitisme parentel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme parentel
009	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
010	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)
011	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
012	Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant (objectif PNNS)
013	Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural
014	Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail
015	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
016	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
017	Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition
018	Habitat : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l ; passer de 2% en 1996 à 1% en 2008
019	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 ³ (valeur guide de l'UE)
020	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)
021	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.

022	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.
023	Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)
024	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)
025	Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses
026	Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008
027	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.
028	Réduire d'1/3 la fréquence des évènements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire
029	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
030	Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : <i>S. pneumoniae</i> (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 fluoroquinololones (< à 0,5 % en 2001)) et <i>S. aureus</i> (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %)
031	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
032	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.
033	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
034	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
035	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)
036	Infection VIH – Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)
037	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.
038	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
039	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
040	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)
041	Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2
042	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 %)
043	Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008
044	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
045	Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008
046	Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité
047	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 ophtalmologiques
067	Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoce 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)

075	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.
076	Réduire le retentissement des MCI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes
077	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs.
078	Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire
079	Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes
080	Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million)
081	Réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse
082	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.)
083	Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde
084	Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies
085	Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites
086	Lombalgie : réduire de 20% en population générale la fréquence des lombalgie entraînant une limitation fonctionnelle d'ici 2008
087	Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose
088	Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose
089	Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes
090	Maladies rares : assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge
091	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)
092	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)
093	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
094	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
095	Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces
096	Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit
097	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
098	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)
099	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
100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées

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^{er} octobre 2007 relatif au comité technique des infections nosocomiales et infections liées aux soins,
Arrête :

Art. 1^{er}. – 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^{er} octobre 2007 relatif au comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins et les arrêtés du 1^{er} 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

Rapport d'activité 2008

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 2008- 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. 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, sera 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

Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Bureaux

10, Place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon

7^{ème} étage, accueil pièce 7442

Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté

Bus : 88, 91