

**Haut Conseil de
la santé publique**

Rapport d'activité 2007

juin 2008

**Haut Conseil de
la santé publique**

Rapport d'activité 2007

juin 2008

Sommaire

4 Éditorial

7 Présentation du Haut Conseil de la santé publique

7 Les missions

7 La composition

9 Le Collège

9 Présentation

9 Activités

9 Élaboration du règlement intérieur :

9 Appel à candidature pour les experts des comités techniques permanents (CTP)

10 Modalités de travail

10 Définition du programme de travail du HCSP pendant les 3 ans de son mandat

10 Début de mise en œuvre du programme de travail

11 Participation à des instances nationales

11 Représentation du HCSP dans les instances

13 CS1 Commission Sécurité sanitaire

13 Présentation

13 Activités

14 Saisines et auto saisines

15 L'évaluation de l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique

15 Les comités techniques permanents

17 **Production : Avis et rapports du HCSP validés
par la Commission spécialisée Sécurité sanitaire**

21 CS2 Commission Maladies chroniques et incapacités

21 Présentation

21 Activités

21 Évaluer la réalisation des objectifs de la loi de santé publique : trente-quatre des cent objectifs relèvent de son champ de compétence (voir liste en annexe).

22 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

22 Mener une réflexion collégiale afin de proposer des avis et recommandations sur les questions transversales communes à l'ensemble des maladies chroniques et des handicaps

25 CS3 Commission Prévention et déterminants de santé

25 Présentation

25 Activités

25 Évaluer la réalisation des objectifs de la loi de santé publique

26 Répondre aux saisines

27 CS4 Commission Évaluation, stratégie et prospective

27 Présentation

27 Activités :

27 Groupe de travail sur les indicateurs manquants

28 Groupe de travail sur les indicateurs transversaux et synthétiques

28 Groupe de travail sur les méthodes évaluatives

28 Groupe de travail sur les indicateurs géographiques

31	Le secrétariat général
32	La mission information et documentation
32	Revue de presse documentaire
32	Appui documentaire aux membres du HCSP et aux chargés de mission du secrétariat général
32	Les sites Internet et Extranet
33	La revue <i>Actualité et dossier en santé publique</i>
33	Organisation
33	Indexation de la revue dans les bases de données
34	Diffusion de la revue
34	Consultation en ligne de la revue
34	Activité en 2007
37	ANNEXES
39	Liste des membres
39	En qualité de membres du Collège du Haut Conseil de la santé publique
39	Président
39	Vice-présidente
39	Présidents des Commissions spécialisées
39	Membres de droit
40	En qualité de membres de la Commission spécialisée «sécurité sanitaire»
40	Président
40	Personnalités qualifiées
40	Membres de droit
41	En qualité de membres de la Commission spécialisée «maladies chroniques et incapacités»
41	Président
41	Personnalités qualifiées
41	Membres de droit
42	En qualité de membres de la Commission spécialisée «prévention et déterminants de la santé»
42	Président
42	Personnalités qualifiées
42	Membres de droit
43	En qualité de membres de la Commission spécialisée «évaluation, stratégie et prospective»
43	Président
43	Personnalités qualifiées
43	Membres de droit
45	Liste des objectifs de la Loi relative à la politique de santé publique de 2004
51	Bibliographie
51	Liste des plans stratégiques 2004-2008

Éditorial

Le HCSP, créé par la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004, n'a été mis en place qu'en 2007.

« *On pouvait donc s'en passer* » diront certains, j'ai bien envie de leur répondre « *Il était temps!* ».

Dans un souci louable et à la mode de rationaliser les moyens, il a été décidé de regrouper les structures d'expertise en santé publique, et le ministère de la santé a ainsi intégré dans le HCSP les anciens : *Haut Comité de la santé publique* et *Conseil supérieur d'hygiène publique de France*.

Le regroupement des missions de ces deux structures nous a confrontés à une double difficulté :

- D'une part, il nous a fallu gérer une demande où l'urgence est la règle et les saisines nombreuses, en matière de sécurité sanitaire, en même temps qu'un travail plus lent et d'une nature bien différente, en matière d'évaluation des politiques sanitaires, notamment les objectifs et les plans de santé publique intégrés à la loi d'août 2004 ;
- D'autre part, comme on pouvait évidemment s'y attendre, pour soutenir les travaux, le secrétariat général du HCSP fut doté d'une quantité de personnel bien inférieure à l'addition de celle précédemment affectée aux deux structures qu'il absorbe.

Malgré ces difficultés auxquelles s'ajoutent les charges de mise en place d'une nouvelle entité, nous avons réussi à développer une activité importante qui, je pense, apparaîtra clairement aux lecteurs de ce rapport.

Cela fut permis grâce à la participation remarquable de tous.

Je souhaite ici remercier :

- le secrétariat général,
- les membres du HCSP, personnalités qualifiées,
- et les membres de droit.

Après cette première année de fonctionnement, il fut assez rapidement évident qu'il fallait apporter certaines améliorations au moins à deux niveaux :

- Premièrement, il fallait modifier le nombre et le rôle des commissions du HCSP en évitant notamment que le domaine des maladies transmissibles ne soit envisagé que sous le seul aspect de la sécurité sanitaire.

Nous avons proposé la mise en place de six commissions spécialisées :

- maladies transmissibles
- maladies chroniques
- risques liés à l'environnement
- risques associés aux soins
- prévention, éducation et promotion de la santé
- évaluation, stratégie et prospective

Cette refonte en augmentant le nombre de nos membres experts et le rythme de réunions des commissions spécialisées, permettra une plus grande fluidité des réponses notamment en situation d'urgence.

- Des propositions (mesurées) ont par ailleurs été faites pour valoriser le travail des membres du HCSP (personnalités qualifiées). Ces propositions vont dans le sens de celles du ministère de la Santé visant à mieux reconnaître l'expertise en santé publique. Elles devraient permettre aux experts de se sentir respectés ce qui est la première condition d'un travail bien fait à destination des décideurs, ainsi éclairés dans leurs choix.

Avant de terminer cet éditorial qu'il me soit permis de soulever deux problèmes de fond qui ne manquent pas de nous préoccuper :

- D'une part, l'évaluation des objectifs et des plans, en termes de résultats sur la santé publique, impose fréquemment des délais importants ; ce n'est pas en un, deux ou trois ans que l'on peut apprécier l'impact d'une campagne de dépistage sur la morbidité ou la mortalité. Pour en juger il faut également disposer de sources de données fiables, d'accès facile dans des délais raisonnables, ce qui n'est pas aujourd'hui la règle générale en France.
- D'autre part, les évaluations en matière de politique de santé publique n'ont de sens que si les différents acteurs y participent activement et si les décideurs les crédibilisent en les prenant en compte pour la décision publique.

Pour les décideurs on peut espérer une évolution favorable en lien avec la volonté politique explicite d'une évaluation de l'action publique à tous les niveaux.

Pour les acteurs, c'est sans doute plus difficile et il faudra qu'une véritable culture de l'évaluation se mette en place chez les professionnels de la santé, à tous les stades de leur formation et de leur pratique.

Le HCSP devra jouer un rôle essentiel et passionnant à ce niveau.

Pr Roger SALAMON

Présentation du Haut Conseil de la santé publique

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 juillet 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 prochaine loi de santé publique devrait intervenir fin 2009.

La composition

Le Haut Conseil de la santé publique est composé 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

Le Collège

Présentation

Président : Roger Salamon

Vice-Présidente : Isabelle Momas

Le Haut Conseil de la santé publique a été mis en place, avec retard, en mars 2007. Roger Salamon est le président du HCSP et Isabelle Momas en est la vice-présidente. Le Collège a tenu cinq réunions durant cette année (avril, mai, juin, septembre, novembre).

La mise en place du HCSP a entraîné pour le Collège une activité de structuration : définition des modalités de travail avec l'élaboration du règlement intérieur, structuration des équipes avec l'appel à candidatures pour mettre en place les comités techniques permanents, structuration des travaux avec la formalisation d'un programme pour toute la durée du mandat.

Activités

Élaboration du règlement intérieur

Le texte définit les principes de fonctionnement du HCSP : indépendance, confidentialité, transparence et les modalités concrètes de travail notamment pour les saisines, la conduite des réunions et les formats des productions ainsi que la communication qui en est faite.

Le règlement intérieur a été adopté par le Collège dans sa séance de mai 2007. Il a ensuite été approuvé par la ministre chargée de la santé par un arrêté en date du 19 octobre 2007.

Appel à candidatures pour les experts des comités techniques permanents (CTP)

Conformément au règlement intérieur, les besoins d'expertise des CTP rattachés à la Commission Sécurité sanitaire ont été définis et un appel public à candidatures a été lancé en juin 2007.

Un comité composé d'experts du HCSP et des présidents des conseils scientifiques des agences sanitaires a sélectionné les candidats qui ont ensuite été nommés par arrêté ministériel (voir chapitre Commission Sécurité sanitaire).

Modalités de travail

Le Collège a souhaité que tous les membres du HCSP puissent bénéficier d'un outil collaboratif d'échange de données et de travail en ligne. Un appel d'offres pour se doter d'un extranet a été lancé.

Le prestataire choisi travaille à la mise en place de cet outil.

Le Collège a débattu sur les modalités de la communication externe du HCSP. L'intégralité de ses avis et rapports seront disponibles sur le site HCSP.fr.

Par ailleurs, chaque fois que le président l'estime nécessaire une communication grand public, via un communiqué de presse ou une conférence de presse, sera entreprise.

Définition du programme de travail du HCSP pendant les 3 ans de son mandat

Selon les missions définies par la loi et sur proposition de son président, le Collège a adopté en juin 2007 un programme de travail comportant l'évaluation en matière de santé publique de la loi du 9 août 2004 et particulièrement de l'atteinte des 100 objectifs de santé publique, l'évaluation des plans stratégiques de santé publique qui sont achevés (ou en passe de l'être) soit le Plan cancer et le Plan maladies rares. Le programme comporte par ailleurs la mise en place des travaux nécessaires à l'élaboration du rapport sur les problèmes de santé de la population permettant au parlement d'élaborer une nouvelle loi de santé publique.

La loi de santé publique prévoit notamment une analyse des inégalités de santé et l'analyse des inégalités d'accès des personnes handicapées à la prévention et aux soins. Le travail du HCSP sera complété par la réponse aux saisines que les ministres adresseront au Haut Conseil.

Début de mise en œuvre du programme de travail

Il s'est fait dès septembre 2007 :

- Évaluation de l'atteinte des 100 objectifs de la LPSP : les objectifs ont été répartis entre les 4 commissions spécialisées selon leur compétence. La Commission Évaluation, stratégie et prospective a élaboré une méthodologie commune. Il s'est agi, à partir des travaux déjà réalisés par la Drees sur le suivi des indicateurs associés aux objectifs d'en juger l'atteinte puis en mettant en regard les plans de santé publique, de déterminer l'imputabilité des évolutions aux actions mises en œuvre.
- Évaluation du Plan cancer : en 2007, seul le principe de cette évaluation a été retenu. Il devait être confirmé par une saisine de la ministre chargée de la santé en janvier 2008.
- Évaluation du Plan maladies rares : un travail préparatoire à l'évaluation de ce plan a été réalisé par Anne Tursz, membre du Collège du HCSP. Ceci devait permettre une mise en place du comité d'évaluation dès le premier trimestre 2008.

Parallèlement, afin de nourrir le futur rapport sur l'état de santé de la population prévu par la LPSP, le Collège a mis en place des groupes transversaux de travail :

- Un groupe relatif aux politiques régionales de santé, présidé par Anne Tallec a pour mandat de faire des préconisations, dans le cadre de la mise en place des ARS sur les modalités d'élaboration des objectifs de santé publique en région, de l'élaboration et du suivi des plans de santé publique ainsi que de leur évaluation.
- À la demande de la Direction générale de la santé, le HCSP s'est doté d'un groupe de réflexion sur l'impact sanitaire des nanotechnologies. Un débat a eu lieu au sein du Collège sur l'intérêt de ce groupe. Celui-ci a été jugé important notamment dans une vision prospective. Les membres proposés par la DGS ont été complétés par des membres du HCSP. Ce groupe ne tiendra sa première réunion qu'au début de l'année 2008.

D'autres groupes techniques ou groupe de réflexion devront être mis en place en 2008 pour répondre aux besoins identifiés pour l'élaboration des recommandations aux autorités sanitaires pour la prochaine loi de santé publique.

Participation à des instances nationales

Au-delà de la représentation institutionnelle en qualité de membre de droit du Collège et des commissions spécialisées, les agences, directions d'administration centrale et autres structures nationales ont activement participé aux travaux du HCSP.

L'Institut de veille sanitaire, l'Afssaps, l'Afssset, l'IRSN, l'INPES ont apporté leur concours à la Commission Sécurité sanitaire, à ses groupes de travail et aux CTP.

La Drees, la HAS, l'InVS, l'IRSN, l'ABM, l'INCA, l'Afssaps, l'Afssset, l'INPES ont participé à l'évaluation des 100 objectifs de la loi de santé publique de 2004.

S'agissant des travaux méthodologiques de la Commission Évaluation, stratégie et prospective, la Drees, l'INPES, l'InVS ont été particulièrement impliqués.

Représentation du HCSP dans les instances

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 relatif à la Conférence nationale de santé) : Anne Tallec, membre du Collège
- 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, Serge Boarini, membre de la Commission Sécurité sanitaire (mandat 4 ans) 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 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.

- 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, président de la Commission spécialisée sécurité sanitaire et Daniel Floret, président du comité technique des vaccinations. 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.
- 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, présidente de la Commission Maladies chroniques et incapacités.

CS1 Commission Sécurité sanitaire

Présentation

Président : Christian Perronne

Vice-présidents : Denis Zmirou-Navier et Dominique Grimaud

La Commission spécialisée « Sécurité sanitaire » compte 30 personnalités qualifiées et 7 membres de droit (InVS, Inpes, Afssa, Afsset, Afssaps, ABM, IRSN).

Elle évalue les principaux risques pouvant menacer la santé de la population et évalue les stratégies de gestion de ces risques.

Elle comprend 3 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 (CTINILS).

Activités

Les travaux de la CS1 se sont articulés autour de deux axes : les réponses aux saisines et auto saisines d'une part et l'analyse évaluative des objectifs de la loi de santé publique d'autre part.

En 2007, la CS1 a tenu cinq réunions plénières et a validé 17 avis.

Saisines et auto saisines

Réponses aux saisines en 2007

Les saisines ont émané en premier lieu de la Direction générale de la santé, puis des autres directions du ministère de la santé, d'autres ministères, ou encore d'institutions ou services de l'Etat centraux ou décentralisés.

Elles ont concerné pour l'essentiel des demandes d'expertise et d'avis sur des sujets intéressant la sécurité sanitaire au sens large. Certaines saisines entrent dans le champ de la consultation obligatoire du HCSP instaurée par décret - en lieu et place du CSHPF supprimé en 2007 (dossier de désamiantage par exemple).

Des groupes de travail ont été constitués au sein de la CS1 pour répondre aux saisines sur :

- La classification pour le transport des tests au gaïac imprégnés de matières fécales (dépistage du cancer du colon), P. Pothier.
- Le projet de décret (conseil d'État) sur la radioprotection des personnes, A. Aurengo.
- Le projet de circulaire interministérielle (Intérieur-Santé) relative à l'adaptation de la réglementation funéraire aux situations de crise liées à la pandémie grippale, M. Rosenheim.
- Le projet de décret sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux des patients en auto traitement, D. Grimaud.
- Les demandes de renouvellement de la prorogation du délai d'achèvement des travaux de désamiantage : Tour Mercure, Campus de Jussieu, Maison des sciences de l'Homme (Préfecture de Paris), D. Zmirou-Navier, M. Chiron, Y. Le Moullec, F. Marano.

Auto saisines

Dans le cadre du Grenelle de l'Environnement, et pour répondre à la saisine du ministre de l'Ecologie, du Développement et de l'Aménagement durables adressée au HCSP le 5 octobre, la CS1 a émis un avis sur le rapport du groupe de travail 3 « Santé-Environnement » (22 octobre 2007) et s'est prononcée sur le projet de directive européenne sur la qualité de l'air ambiant (avis du 7 novembre 2007).

La question de l'intérêt de la détection des légionelles dans l'eau par la technique de PCR, présentée à la Commission spécialisée par le CNR des légionelles, a débouché sur une demande de saisine conjointe de l'Afssa et l'Afsset *via* leurs autorités de tutelle (ministères chargés de l'écologie, du travail et de la santé). Le courrier du HCSP adressé à ces dernières précise que les conclusions leur soient soumises dans un deuxième temps.

Validation des travaux antérieurs du CSHPF aboutis en 2007

Les travaux de plusieurs groupes mis en place par la section maladies transmissibles du CSHPF ou ses groupes techniques permanents, arrivés à leur aboutissement en 2007, ont été présentés pour validation à la Commission spécialisée :

- La pertinence d'instaurer pour la réalisation d'actes invasifs médico-chirurgicaux un ordre de passage des patients porteurs de virus VIH, VHC ou VHB – CTINILS
- Les recommandations d'utilisation des gaines de protection à usage unique pour dispositifs médicaux réutilisables – CTINILS
- Les recommandations sanitaires pour les voyageurs 2007 – CMVI

- Le calendrier vaccinal 2007 – CTV
- L'avis relatif aux recommandations de vaccination contre la varicelle – CTV

L'évaluation de l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique

Les membres de la Commission se sont consacrés à la première étape de l'évaluation de la réalisation des 28 objectifs de la loi de santé publique (liste des objectifs en annexe) entrant dans leurs champs de compétence : compléter les deux premières parties de la fiche type d'évaluation élaborée par la CS4 et le Collège (éléments quantitatifs ; plans et actions correspondants).

Ces 28 objectifs ont été répartis au sein de 5 groupes de travail thématiques :

- Santé travail : objectifs 14 à 17 (2 réunions)
- Santé environnement : objectifs 18 à 25 (1 réunion – 1 séance d'auditions)
- Iatrogénie : objectifs 26 à 29, 100 (1 réunion)
- Maladies infectieuses – résistance aux antibiotiques : objectifs 30 (1-2-3), 36 à 43, 56 (2 réunions)
- Cancer de la thyroïde : objectif 52 (pilotage par CS2)

Le groupe constitué autour des objectifs relatifs à la santé au travail (14 à 17) est transversal à la CS1 et la CS3. Les auditions des responsables et personnes ressources ont été programmées pour se dérouler courant janvier 2008.

Une séance d'auditions de responsables de plans de santé publique a été consacrée aux objectifs relatifs à la santé environnementale (18 à 25). Elle avait pour finalité d'aider les experts du HCSP à établir le degré de mise en œuvre des actions initialement prévues et apprécier leur effet sur l'atteinte ou non de l'objectif.

Les objectifs relatifs à la iatrogénie (26, 27, 28, 29 et 100) ont été analysés au sein d'un groupe associant des membres de la CS2 et de la CS3 (pour l'objectif 100 relatif aux prescriptions inadaptées chez les personnes âgées).

La fiche d'évaluation relative à l'objectif 52 (cancer de la thyroïde), 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 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 56 (VIH et toxicomanie), des membres de la CS2 et de la CS3 sont associés à la réflexion.

Une première synthèse par groupe thématique doit être réalisée au premier trimestre 2008.

Les comités techniques permanents

Les missions des trois comités techniques permanents rattachés à la Commission spécialisée sécurité sanitaire du Haut Conseil de la santé publique 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 qu'à 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.

La mise en place des comités techniques permanents a été réalisée en trois étapes :

- élaboration d'arrêtés de création, comportant missions, composition et règles de fonctionnement ;
- mise en œuvre d'un appel à candidatures pour les personnalités qualifiées des comités techniques permanents, par voie de publication dans la presse, suivi d'une procédure de choix des candidats sous la forme d'une commission de sélection présidée par le président du HCSP ;
- élaboration d'arrêtés de nomination des personnalités qualifiées.

Le Comité technique des vaccinations

Président : Dr Daniel FLORET

Les membres du CTV se sont réunis deux fois fin 2007 pour procéder à l'élection du président, examiner les saisines en cours (dossiers du CTV/CSHPF) et proposer un programme de travail.

Les travaux que le CTV se propose de développer en 2008 et 2009 se regroupent en trois domaines :

- l'élaboration de recommandations vaccinales générales ou ciblées, destinées à la population et aux professionnels de santé, contribuant à la définition d'une politique nationale de prévention des maladies infectieuses ;
- l'aide à la décision des pouvoirs publics pour la gestion ou l'anticipation d'épidémies pour lesquelles une prévention vaccinale auprès de la population exposée est disponible ;
- la définition de la place et de l'efficacité des vaccinations recommandées dans une perspective de santé publique.

Un groupe de travail a été constitué pour répondre à une saisine de la DGS sur la vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent (P. Pothier, M. Rosenheim). Le projet d'avis a été validé par la Commission spécialisée sécurité sanitaire le 14 décembre 2007.

Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation

Président : Dr Martin DANIS

Lors de la réunion inaugurale de décembre 2007, les membres du CMVI ont procédé à l'élection du président et défini le programme de travail pour 2008.

En ce qui concerne l'activité de veille scientifique, elle doit porter sur les cas de paludisme importés en France métropolitaine, la situation épidémiologique de la fièvre

jaune en Amérique du Sud et les risques d'émergence de maladies vectorielles liées à *Aedes albopictus*, dans le sud de la France.

Le Comité réfléchit également à d'autres types de questions, telles que :

- le risque d'importation de la fièvre jaune à Mayotte ;
- les indications de la Primaquine et la fréquence des cas de paludisme à *P. vivax* ;
- les conséquences du rapport du Comité national de toxicovigilance sur les répulsifs ;
- les souches de méningocoques W 135 en Afrique pour l'épidémie 2008 ;
- les risques de rupture de stock de vaccins (encéphalite japonaise Jevax[®], méningite Menomune[®]).

Le CMVI est, en outre, en charge de la mise à jour annuelle des recommandations sanitaires pour les voyageurs à l'intention des professionnels de santé, publiées dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'InVS.

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

Président : Dr Bruno GRANDBASTIEN

Les membres du CTINILS se sont réunis en séance plénière en décembre 2007 pour élire leur président et proposer un programme de travail pour les deux années à venir.

Cinq priorités ont été identifiées :

- élaborer des recommandations de prévention ;
- gérer des pathogènes à haut risque épidémique ;
- réfléchir sur les organisations (missions des structures en charge de la lutte contre les infections associées aux soins – IAS) ;
- travailler sur les indicateurs dans la lutte contre les IAS ;
- étudier les IAS hors des établissements de santé.

Production : Avis et rapports du HCSP validés par la Commission spécialisée Sécurité sanitaire

- Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2007 – 12/06/2007. Ces recommandations, élaborées chaque année par le CMVI et publiées dans le *BEH* avant la période estivale, rassemblent, au vu des connaissances scientifiques actualisées, les conseils destinés aux voyageurs afin de prévenir les pathologies liées aux voyages.
- Avis relatif aux recommandations de vaccination contre la varicelle – 05/07/2007
- Avis sur la classification des tests au gaiac imprégnés de matières fécales, utilisés pour le dépistage du cancer du colon – 05/07/2007. Cet avis répond à une saisine de la DGS, visant, dans le cadre de la mise en œuvre du plan cancer, à identifier le niveau de risque présenté pour les agents de La Poste par le transport des tests de dépistage dans des enveloppes banalisées.

- Avis sur le projet de décret fixant les règles d'hygiène et de salubrité à respecter lors de la pratique du tatouage par effraction cutanée et du perçage – 05/07/2007. Cet avis est pris en considération de la consultation obligatoire du HCSP imposée par l'art. L1311-1 du Code de la santé publique.
- Avis sur la pertinence d'instaurer pour la réalisation d'actes invasifs médico-chirurgicaux un ordre de passage dans les programmes quotidiens d'interventions où figurent des patients porteurs de virus VIH, VHC ou VHB – 05/07/2007. Cette réflexion a été conduite par le CTINILS à la suite d'un jugement de la cour d'appel de Douai retenant la responsabilité d'un gastroentérologue ayant pratiqué une coloscopie à une patiente examinée après un même examen pratiqué chez une personne porteuse d'hépatite C, la patiente étant devenue consécutivement séropositive au VHC. La conclusion du rapport et l'avis confirment la primauté des recommandations d'hygiène standard sur la prise de mesures discriminatoires vis-à-vis des patients infectés et dont l'efficacité n'est pas établie.
- Avis sur la demande de renouvellement de prorogation du délai de fin de travaux de désamiantage de la tour Mercure, Paris – 05/07/2007. Cet avis est pris en considération de la consultation obligatoire du HCSP imposée par l'art. R1334-19 du Code de la santé publique.
- Calendrier vaccinal 2007 – 24/07/2007. Ces recommandations, élaborées chaque année par le CTV puis publiées par le ministère chargé de la santé dans le BEH, font état, au vu des connaissances scientifiques actualisées, des recommandations nationales relatives à la vaccination de la population générale et des populations spécifiques.
- Avis sur le projet de décret relatif à la protection des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants et portant modification du Code de la santé publique (dispositions réglementaires) – 14/09/2007
- Avis sur le projet de décret relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux produits par les patients en auto-traitement – 26/10/2007. Ce projet de décret vise à introduire dans le Code de la santé publique les bases nécessaires à la mise en place d'un circuit de collecte et d'élimination de ces déchets à partir des officines de pharmacie.
- Avis sur le projet de circulaire interministérielle relative à l'adaptation de la réglementation funéraire aux situations de crise liées à la pandémie grippale – 26/10/2007. En cas de pandémie grippale, la réglementation funéraire risquerait de s'avérer trop stricte pour faire face à la gestion de décès massifs en urgence dans les conditions de risque sanitaires minima. Ce projet de circulaire vise à proposer aux préfets des modèles d'arrêtés-types utilisables en cas de survenue de pandémie grippale, permettant d'octroyer les dérogations alors devenues indispensables à la réglementation funéraire en vigueur.
- Avis sur les travaux du groupe 3 « santé-environnement » du Grenelle de l'environnement – 22/10/2007. Le HCSP a été saisi par le MEDAD pour réagir aux propositions formulées par le groupe du Grenelle de l'environnement chargé des questions de santé. L'avis a été validé par le Collège.
- Avis relatif au projet de directive européenne sur la qualité de l'air ambiant - 07/11/2007. Cette auto saisine émanant de la CS1 et validée par le Collège avait pour but de porter à la connaissance des ministères concernés l'insuffisance des propositions contenues dans le projet de directive européenne en cours de discussion au Parlement de Strasbourg par rapport à l'état des connaissances scientifiques relatives à l'effet des particules fines sur la santé.
- Avis sur la demande de renouvellement de prorogation du délai de fin de travaux de désamiantage du campus de Jussieu, Paris – 23/11/2007. Cet avis est pris en considération de la consultation obligatoire du HCSP imposée par l'art. R1334-19 du Code de la santé publique.

- Avis sur la demande de renouvellement de prorogation du délai de fin de travaux de désamiantage de la Maison des sciences de l'homme, Paris – 14/12/2007. Cet avis est pris en considération de la consultation obligatoire du HCSP imposée par l'art. R1334-19 du Code de la santé publique.
- Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent (sur proposition du Comité technique des vaccinations) – 14/12/2007. Dans le cadre de la procédure de traitement d'une demande de remboursement pour un nouveau vaccin, l'avis du CTV sur la population cible à vacciner et la stratégie vaccinale recommandée est requis, pour permettre à la Commission de transparence de la HAS d'émettre un avis concernant le service médical rendu, celui-ci permettant à son tour d'établir le taux de remboursement du produit candidat. La vaccination anti-papillomavirus vise à prévenir les infections contre les virus HPV responsables ultérieurement de lésions précancéreuses. Il s'adresse principalement aux jeunes filles n'ayant pas encore eu de rapports sexuels. Un premier vaccin, dirigé contre quatre types de ces virus, était déjà sur le marché et remboursé au moment de cette saisine de la DGS.
- Avis relatif aux recommandations de vaccination contre l'hépatite B en France (sur proposition du Comité technique des vaccinations) – 14/12/2007. La vaccination contre l'hépatite B est recommandée en France et dans la plupart des pays chez les nourrissons, avec un rattrapage pour ceux qui y ont échappé au plus tard à l'adolescence. Cette vaccination est obligatoire pour les professionnels de santé. Malgré la décision des pouvoirs publics d'indemniser un professionnel de santé ayant développé dans les suites de sa vaccination une sclérose en plaque, il n'est pas établi de lien scientifiquement indiscutable entre la vaccination et la survenue d'une sclérose en plaque. À la suite de la publication d'une récente étude de cohorte ne montrant pas de lien entre la vaccination des nourrissons et la survenue d'une sclérose en plaque, le CTV a confirmé les recommandations vaccinales existantes contre ce virus.
- Gaines de protection à usage unique pour dispositifs médicaux réutilisables : recommandations d'utilisation (rapport du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins) – 14/12/2007. Le concept de protection à usage unique est inscrit dans la circulaire n° 138 du 14 mars 2001 relative à la prévention de la transmission par les soins des agents des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles. Aussi, différentes situations (endoscopes thermosensibles, incompatibilité des sondes d'échographie avec les désinfectants recommandés, nombre élevé d'actes, altération du matériel par les désinfections répétées) ont conduit des professionnels à opter pour l'utilisation de gaines de protection.

Le rapport du CTINILS expertise la nécessité d'une procédure spécifique de traitement des sondes d'échographie et des endoscopes thermosensibles sans canal opérateur lorsque ces dispositifs sont munis de gaine de protection à usage unique.

CS2 **Commission Maladies chroniques et incapacités**

Présentation

Présidente : Brigitte Sandrin-Berthon

Vice-président : Serge Briançon

La Commission spécialisée Maladies chroniques et incapacités analyse les limitations d'activité et les altérations de la qualité de vie liées à des problèmes de santé (maladies chroniques, vieillissement, affections anténatales ou périnatales, traumatismes d'origine accidentelle). Elle doit également faire des recommandations pour permettre aux personnes handicapées de bénéficier pleinement des plans d'action en santé.

Elle compte 20 personnalités qualifiées et 4 membres de droit (InVS, Inca, Afssaps, ABM). La HAS et l'Inpes ont également délégué des représentants dans la Commission, peu après son installation, pour lui apporter leurs compétences respectives sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques et sur l'éducation thérapeutique.

Installée le 19 avril 2007, la CS2 a mis en place son organisation sous l'impulsion de sa présidente (le Dr Brigitte Sandrin-Berthon, directrice du Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon) et de son vice-président (le Pr Serge Briançon, directeur de l'Ecole de santé publique de Nancy).

Activités

Elle a, en 2007, tenu 5 séances plénières, 3 réunions de sous-groupes et 2 auditions.

Elle a notamment identifié les principaux axes de son activité pour la durée de son mandat :

Évaluer la réalisation des objectifs de la loi de santé publique : trente-quatre des cent objectifs relèvent de son champ de compétence (voir liste en annexe).

Afin de contribuer à cette mission du HCSP classée prioritaire par le Collège, la CS2 a consacré l'intégralité de son activité 2007 à l'élaboration des fiches d'évaluation de ses 34 objectifs. Ceux-ci ont été répartis en 6 sous-groupes :

- cancer (objectifs 48 à 52),

- psychiatrie et toxicomanie (objectifs 57 à 60),
- douleur et pathologies neurologiques (objectifs 31 et 32, 62 à 65, 72),
- pathologies gynécologiques (objectifs 77 à 79),
- limitations fonctionnelles et pathologies ostéo-articulaires (objectifs 35, 82 à 87),
- autres maladies chroniques : diabète, insuffisance cardiaque, maladies respiratoires, MICI, insuffisance rénale chronique (54 et 55, 73 à 76, 80 et 81).

Le champ du travail pour 2007 était d'instruire pour chaque objectif les deux premiers volets éléments quantitatifs (données d'ensemble, inégalités régionales et sociales, comparaisons internationales) et relevés des plans et programmes.

Les fiches élaborées par le sous-groupe cancer, auquel ont collaboré des membres de la CS3, ont été transmises au groupe d'évaluation du plan cancer, dès sa mise en place, pour contribuer à la première phase de l'évaluation (prévention et dépistage).

Une séance d'audition de responsables de plans de santé publique (DGS et DHOS) a été conduite par le groupe responsable des objectifs relatifs à la santé mentale.

Une audition publique dédiée à l'objectif AVC (72) a réuni autour des experts du groupe neurologie les représentants des sociétés savantes concernées.

Les représentants de l'INVS, de l'ABM, de la HAS et de l'INCA ont apporté une contribution importante au sein des groupes de travail cancer et autres maladies chroniques.

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 deux premières réunions de ce comité, installé le 29 novembre 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 sera assuré par quatre 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,
- à l'accompagnement social des personnes malades,
- à l'approche régionale et à la proximité avec le terrain.

Au titre du HCSP, le président doit s'assurer de la définition d'indicateurs de suivi et de leur recueil, ainsi que la programmation de l'évaluation.

Mener une réflexion collégiale afin de proposer des avis et recommandations sur les questions transversales communes à l'ensemble des maladies chroniques et des handicaps

- favoriser l'approche globale des maladies chroniques et des handicaps, le décroisement entre les réponses médicales, sociales, psychologiques, éducatives, environnementales...,

- modéliser la prise en charge, les filières et les parcours de soins,
- articuler les activités de recherche et les décisions de santé publique,
- améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique ou d'incapacité, notamment par l'éducation thérapeutique,
- optimiser la gestion des ressources et évaluer l'impact médico-économique des décisions relatives à la prise en charge des maladies chroniques et des incapacités.

Cet axe de travail n'a pas été développé en 2007 faute de temps, il sera mis en œuvre au cours de l'année 2008.

CS3 **Commission Prévention et déterminants de santé**

Présentation

Président : Jean-François Toussaint
Vice-présidente : Marie-Hélène Bouvier-Colle

La Commission spécialisée Prévention et déterminants de santé 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.

La Commission est composée de 32 membres dont 30 personnes qualifiées et 2 membres de droit, le directeur de l'Institut national du cancer et le directeur de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Activités

En 2007, la Commission a tenu 6 réunions plénières. L'analyse et l'évaluation des objectifs ainsi que la réponse aux saisines ont conduit par ailleurs à la constitution de groupes de travail.

Évaluer la réalisation des objectifs de la loi de santé publique

La Commission a réalisé la première étape d'évaluation des 36 objectifs de la loi de santé publique qui relèvent de sa compétence.

Il s'agissait d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs en fonction des indicateurs de suivi proposés par le rapport annexé à la loi de santé publique du 9 août 2004.

Ces objectifs ont été regroupés autour de plusieurs thématiques :

- Alcool, tabac, toxicomanie (objectifs 1 à 3, 56, 58)
- Nutrition (objectifs 5 à 13)
- Santé et travail (objectifs 14 à 25)
- Intégration (objectifs 26 à 29, 100)
- Maladies infectieuses (objectif 46)

- Santé de la mère, santé anté et périnatale, santé du jeune enfant (objectifs 44 à 47, 67, 67, 77, 89,91, 93, 95 à 97)
- Maladies cardio-vasculaires (objectifs 69 à 71, 73)
- Santé mentale (suicide) (objectif 92)
- Vieillesse (objectifs 98 à 100)
- Cancer (objectifs 48, 50,53)
- Atteintes sensorielles (objectif 68)
- Traumatismes liés à la violence routière (objectif 94)
- Sédentarité et inactivité physique (objectif 9)
- Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes (objectif 89)
- Atteinte sensorielle chez l'enfant (objectif 67)
- Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles du langage oral et écrit (objectif 96)
- Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO mixte moyen à 6 ans et 12 ans (objectif 91)
- Habitat (objectif 18) :
 - Réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l
 - Réduire de 30 % l'intoxication par le monoxyde de carbone
- Traumatismes non intentionnels dans l'enfance (objectif 95).

Les résultats enregistrés à la fin de cette première phase devront être mis en regard des mesures mises en œuvre (plans, programmes).

L'Enquête nationale Nutrition Santé, dont les résultats ont été présentés le 12 décembre 2007, a constitué à cet égard, l'instrument de référence pour l'analyse des objectifs du groupe thématique nutrition.

Répondre aux saisines

- La première émanait de la Direction générale de la santé sur le contenu de la visite médicale obligatoire à 12 ans. Cette saisine s'inscrivait dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance instaurant quatre visites obligatoires à 6, 9, 12 et 15 ans pour tous les enfants au cours de leur scolarité. Ces visites devront comporter un bilan de l'état de santé physique et physiologique des enfants. Un groupe de travail sous la présidence de Virginie Halley des Fontaines s'est constitué et a rendu un avis le 13 juillet 2007.
- La seconde était une auto saisine de la Commission et portait sur «le soutien à l'application intégrale au 1^{er} janvier 2008 de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif». Le groupe de travail constitué à cet effet et présidé par Jean-François Toussaint a fait parvenir un avis le 21 novembre au Premier Ministre, aux ministres en charge de la santé, de l'environnement et du travail.

Enfin, la Commission a également initié, sous l'autorité de Thierry Lang, un groupe de réflexion sur le thème des inégalités de santé. Ce thème sera traité de façon transversale par les différentes commissions, après validation par le Collège du HCSP.

CS4 **Commission Évaluation, stratégie et prospective**

Présentation

Président : Roland Sambuc
Vice-présidente : Chantal Cases

La Commission Évaluation, stratégie et prospective compte 15 personnalités qualifiées et 7 membres de droit (InVS, INPES, Afssa, Afsset, Afssaps, ABM, IRSN).

Elle analyse l'évolution de la santé de la population, 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. Et elle propose des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population.

Activités

La Commission a tenu 5 réunions en 2007

La Commission a été en charge de l'évaluation des objectifs 33, 34 (précarité et inégalités), 61 (affections neuropsychiatriques), 88, 89 (affections d'origine anténatale), 90 (maladies rares), 93 et 95 (traumatismes intentionnels et non intentionnels dans l'enfance).

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

Ce groupe, présidé par Chantal Cases comporte 9 membres et s'est réuni 2 fois en 2007.

Le groupe de travail a pour mandat de poursuivre la réflexion sur les indicateurs « manquants », que ce soit parce que 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 « indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 » ou parce que ce groupe a estimé que les conditions n'étaient pas encore réunies pour formuler des

propositions. Dans le premier cas, le groupe de travail sur les indicateurs manquants devra suggérer des systèmes d'information adaptés en les priorisant, et si possible en réfléchissant à la multiplicité d'indicateurs potentiellement concernés par une même source de données. Dans le second cas, il s'agira de définir à la fois l'indicateur adapté et la source d'information qui pourrait le produire.

Au cours de ses deux premières réunions le groupe a passé en revue l'ensemble des objectifs concernés en classant les problèmes par nature et défini une série d'auditions nécessaires pour élaborer des solutions.

Groupe de travail sur les indicateurs transversaux et synthétiques

Ce groupe présidé par Eric Jouglà comporte 10 membres et s'est réuni 2 fois en 2007

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 passera 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.

Le groupe de travail a défini son programme de travail pour la prochaine période :

- les indicateurs de qualité de santé (santé positive, santé perçue, etc.);
- les inégalités sociales (avec une réflexion sur les indices de défavorisation);
- une réflexion sur l'indicateur de mortalité prématurée (selon lequel la France se classe plutôt mal en Europe), ainsi qu'une réflexion sur les indicateurs de mortalité évitable, pour se mettre d'accord sur les causes, l'âge et la proportion des décès à intégrer à cet indicateur;
- la notion d'indicateur synthétique (tel que l'indicateur sur l'espérance de vie sans incapacités), d'une grande importance politique.

Groupe de travail sur les méthodes évaluatives

Ce groupe, présidé par Bernard Perret comprend 7 membres et s'est réuni 3 fois.

Le groupe a établi une note de problématique générale sur les principes à suivre par le Haut Conseil pour ses missions d'évaluation et a produit le cadre de l'évaluation des objectifs.

Groupe de travail sur les indicateurs géographiques

Ce groupe, présidé par Emmanuel Vigneron comprend 7 membres et s'est réuni 3 fois

Le mandat du groupe, défini sur la base de ces réunions, sera d'émettre des recommandations pour la définition des objectifs pluriannuels de la prochaine loi de santé publique et de leurs indicateurs de suivi notamment dans le souci de :

- proposer la mesure d'indicateurs de dispersion associés aux indicateurs de position déjà mesurés et permettant de mieux suivre l'évolution des indicateurs;

- proposer la mesure de la variation géographique d'indicateurs « socio-économiques » synthétiques connus pour être des déterminants majeurs de la santé ;
- proposer des moyens d'isoler les effets des facteurs géographiques (naturels ou humains) pour montrer s'ils sont ou non sous-estimés ou lancer des études permettant la mise en évidence de ces effets ;
- proposer le recours à des typologies de territoires dont l'évolution mériterait un suivi ;
- proposer l'inclusion d'indicateurs d'offre et de recours aux soins, de mise en œuvre locale des politiques de santé publique et d'accessibilité géographique aux soins et à la prévention, dans les indicateurs de suivi des objectifs de la loi.

Le secrétariat général

Le Haut Conseil de la santé publique, mis en place le 14 mars 2007, dispose, pour l'aider dans son travail, d'un secrétariat général rattaché à la Direction générale de la santé.

Le secrétariat général accompagne, soutient et valorise les travaux du Haut Conseil. En 2007 il a organisé 30 réunions plénières de l'ensemble des instances : Collège, commissions spécialisées et comités techniques permanents. Il a mis en place et a suivi 7 groupes de travail techniques ; il a en outre, assuré la conduite des travaux nécessaires pour répondre aux 28 saisines reçues en 2007. Par ailleurs, le secrétariat général a organisé l'analyse évaluative des 100 objectifs de la loi de santé publique. Toutes ces prestations ont nécessité un soutien documentaire fourni par le secrétariat général (voir ci-après). Celui-ci a également valorisé les travaux du Haut Conseil, essentiellement par leur mise à disposition en ligne sur le site Internet du HCSP (voir ci-après).

Enfin, l'équipe de rédaction de la revue ADSP a permis la sortie des quatre numéros annuels (voir ci-après).

Le secrétariat général dispose d'un budget de fonctionnement.

Ont été dépensés en 2007 :

- 45 000 € sur la ligne budgétaire 228 « Veille sanitaire et sécurité sanitaire ». Ceci permet la conduite des réunions : frais de transcription et frais de bouche.
- 148 000 € sur la ligne budgétaire 204 « Santé publique et prévention ».
- Outre la conduite des réunions (frais de transcription et frais de bouche), ces financements ont permis l'organisation de la journée de mise en place du HCSP, le développement d'un site extranet participatif pour permettre aux membres de travailler ensemble ainsi que l'édition d'une plaquette de présentation du HCSP.
- En outre une ligne particulière permet l'indemnisation des membres pour perte de revenus ou pour travaux (4 260 € en 2007).

La mission information et documentation

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

Revue de presse documentaire

La revue de presse du HCSP a paru tout au long de l'année 2007 (du n° 112 à 129 compris).

Elle est composée de résumés originaux de textes officiels, d'articles, d'études, de rapports et d'ouvrages servant de veille documentaire et d'appui à l'ensemble des 105 membres du HCSP. Elle dépasse le public du HCSP, car elle se trouve sur le site du HCSP où s'abonnent des lecteurs intéressés par la santé publique. Ainsi en 2007, la revue de presse a été consultée sur le site du HCSP avec un pic de 2 251 personnes en février 2007. Le plus bas taux de téléchargement a été de 500 personnes fin décembre 2007. Sur 17 numéros parus en 2007, 10 numéros ont dépassé 1 500 lecteurs, 3 numéros 1 000 lecteurs, 4 autres entre 500 et 1 000 lecteurs.

Appui documentaire aux membres du HCSP et aux chargés de mission du secrétariat général

Recherche thématique préalable se rapportant aux 100 objectifs de la loi de santé publique de 2004 et **élaboration de la bibliographie des divers plans** (comprenant textes officiels, discours de ministres, conférences de presse, articles, études, statistiques, avis, rapports et ouvrages) : Plan cancer, Plan maladies rares, Plan maladies chroniques, Plan santé-environnement, Plan santé mentale, Plan santé au travail... et de thèmes plus ciblés (ex : les GRSP et les PRSP) ou ponctuels se rapportant à la santé publique (bibliographie des études européennes en santé publique parues en 2007).

Synthèse d'études à la demande des commissions (ex : synthèse de deux études à la demande de la CS1 concernant les pratiques et la politique de prévention des risques professionnels dans les très petites entreprises et l'évaluation des risques professionnels auprès des entreprises...).

Appui documentaire aux chargés de mission du secrétariat général dans la préparation des dossiers qui ont eu lieu tout au long de l'année 2007.

Les sites Internet et Extranet

Le site internet www.hcsp.fr, hérité du Haut Comité de la santé publique, a été restructuré pour présenter les productions du Haut Conseil sous un rubriquage adapté, et pour permettre aux internautes de continuer à accéder aux rapports du Haut Comité et aux avis et rapports du Conseil supérieur d'hygiène publique de France dont le fonds a été intégré au site à cet effet. Le nombre d'impact web entre mars et décembre 2007 a été de 4 163 000, soient 126 000 pages servies (14 000 pages par mois en moyenne sur 2007), et la lettre de diffusion a été envoyée à 2 900 abonnés.

L'élaboration d'un site participatif www.hcspi.fr, espace de travail dédié aux membres du HCSP, a été lancée.

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.

Un comité de rédaction 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 confiés à des prestataires.

L'impression est assurée par la Documentation française.

Échanges de sommaires : Les rédactions des revues *La santé de l'Homme*, *Santé publique* et *Alcoologie* 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.

Et 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...

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 2007

- En 2007, le comité de rédaction a été renouvelé, faisant appel à de nombreux membres du HCSP.
- Une rubrique d'Actualité du HCSP a été créée : un article (rédigé par les coordonnateurs du SG-HCSP) fait le point chaque trimestre sur les travaux du Collège, des commissions et des comités techniques.
- Une rubrique « repère » fait le point sur les textes européens parus dans le trimestre dans le champ de la santé publique.
- Des démarches ont été entreprises afin que l'abonnement à *Adsp* réponde 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. Cette qualité pourra servir de support publicitaire à la Documentation française lors de ses actions de promotion.
- La revue a réalisé une enquête auprès de son lectorat (1 184 abonnés et 543 bénéficiaires à titre gratuit). Un questionnaire sur feuille volante a été inséré dans le numéro 60 en décembre 2007. Seize questions étaient posées, la plupart (12) étaient des questions fermées et 4 questions étaient ouvertes. 33 personnes ont répondu à cette enquête.
- Cette enquête a permis un débat au sein du comité de rédaction et l'adoption d'une note redéfinissant la politique éditoriale de la revue.

Quatre numéros ont été publiés :

- Mars 2007 : numéro 58 - dossier « Le dossier médical personnel » coordonné par Cyril Colin
- Juin 2007 : numéro 59 - Dossier « Les affections de longue durée » coordonné par Pascal Perrot
- Septembre 2007 : numéro 60 - Dossier « Prévenir les addictions » coordonné par Alain Morel, Pierre Poloméni et Pascale Gayard
- Décembre 2007- mars 2008 : numéro double 60/61- Dossier « Naître en France » coordonné par Anne Françoise Pauchet-Traversat

ANNEXES

Liste des membres

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

Liste des plans stratégiques

Bibliographie

Liste des membres

En qualité de membres du Collège du Haut Conseil de la santé publique

Président

M. Roger Salamon

Vice-présidente

Mme Isabelle Momas

Présidents des Commissions spécialisées

M. Christian Perronne

M. Roland Sambuc

Mme Brigitte Sandrin-Berthon

M. Jean-François Toussaint

Personnalités qualifiées

Mme Sophie Bejean.

M. Marc Eloït.

Mme Marie-Alix Ertzscheid.

Mme Anne Laude.

M. Stéphane Le Bouler.

Mme Isabelle Momas.

M. Roger Salamon.

M. Fernand Sauer.

Mme Anne Tallec.

Mme Anne Tursz.

Membres de droit

Président du Collège de la Haute Autorité de santé,

Directeur général de la Santé,

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,

Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

En qualité de membres de la Commission spécialisée « sécurité sanitaire »

Président

M. Christian Perronne

Personnalités qualifiées

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

En qualité de membres de la Commission spécialisée « maladies chroniques et incapacités »

Président

Mme Brigitte Sandrin-Berthon

Personnalités qualifiées

M. Jean-Marie André.

M. Bernard Bioulac.

M. François Boue.

M. François Bourdillon.

M. Serge Briançon.

Mme Marie-Odile Carrère.

Mme Laure Com-Ruelle.

Mme Hélène Fagherazzi-Pagel.

M. Guy Gozlan.

Mme Hélène Grandjean.

M. Jacques Hugon.

M. Claude Jeandel.

Mme Sylvie Legrain.

M. Jean-François Mathe.

M. Vincent Meininger.

M. Jean-Jacques Mourad.

M. Philippe Ravaud.

M. Jean Sengler.

Mme Elisabeth Spitz.

Membres de droit

Directeur de l'Institut national de lutte contre le 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

En qualité de membres de la Commission spécialisée « prévention et déterminants de la santé »

Président

M. Jean-François Toussaint

Personnalités qualifiées

Mme Carole Baeza.

M. François Baudier.

M. Eric Billaud.

Mme Marie-Hélène Bouvier-Colle.

Mme Betty Brahmy.

M. Denis Caillaud.

M. Pierre Chauvin.

Mme Dominique Combret.

Mme Marie-Josée Couteau.

Mme Véronique de la Source.

M. Michel Debout.

Mme Nelly Dequidt.

M. Jean-François Duhamel.

Mme Laurence Fond-Harmant.

M. Olivier Ganry.

M. Marcel Goldberg.

M. Jean-François Guegan.

Mme Sophie Guillaume.

Mme Virginie Halley des Fontaines.

M. Serge Hercberg.

Mme Martine Huot-Marchand.

M. Thierry Lang.

M. Franck Le Duff.

M. Yves Lecarpentier.

M. Patrick Peretti-Watel.

M. Pierre Polomeni.

Mme Monique Rousset.

M. Bernard Siano.

M. Alain Trugeon.

Membres de droit

Directeur de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé,

Directeur de l'Institut national de lutte contre le cancer

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

Président

M. Roland Sambuc

Personnalités qualifiées

M. François Alla.
M. Jean-Claude André.
Mme Chantal Cases.
M. Yves Charpak.
M. Franck Chauvin.
M. Benoît Dervaux.
M. Jean-Jacques Eledjam.
M. Jean-Claude Healy†.
M. Eric Jouglu.
M. Alain Letourmy.
M. Gérard Parmentier.
M. Bernard Perret.
Mme Marie-Paule Serre.
M. 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°	Libellé 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	Abaisser 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 carenciel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carenciel
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 8 g/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

N°	Libellé de l'objectif
015	Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures 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 cancérigènes (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/m3 (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 : S. pneumoniae (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G -CMI > 0,06 mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 %, avec moins de 5 % de souches résistantes -CMI > 1 mg/l-; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 %; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (< à 0,5 % en 2001)) et S. aureus (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %)
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

N°	Libellé de l'objectif
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'Affsaps 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

N°	Libellé de l'objectif
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 précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant, (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois, et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans)
068	Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences
069	Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; thromboses veineuses profondes : de 15 % d'ici à 2008.
070	Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS)
071	Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008
072	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC
073	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque
074	Asthme : réduire de 20 % la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63000 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 MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes
077	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs.

N°	Libellé de l'objectif
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	Lombalgies : réduire de 20 % en population générale la fréquence des lombalgies 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

Bibliographie

Liste des plans stratégiques 2004-2008

Le plan national de lutte contre le cancer

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/plan.htm>

Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement

Plan National Santé Environnement

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/sommaire.htm>

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/rapport.pdf>

Le plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf - avril 2007

Le plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

Rapport Violences et santé Docteur Anne TURSZ mai 2005

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence_sante/rapport.pdf

L'état de santé de la population en France - rapport 2007

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop2007.htm>

Rapport d'activité 2007

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 juillet 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.

Il n'a été mis en place qu'en avril 2007 et sa première année d'exercice a consisté à élaborer ses règles de fonctionnement: règlement intérieur, constitution des comités techniques permanents et bien sûr de répondre aux premières saisines dont il était destinataire. Le HCSP s'est également attaché à mettre en œuvre un des grands chantiers que lui confie la loi de 2004: l'évaluation des 100 objectifs et les plans de santé publique.

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
18 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris
1^{er} étage, accueil pièce 1131
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

