



Rapport d'activité 2016

Collection
Documents

Janvier
2017

Rapport d'activité 2016

Ce sixième rapport d'activité clôture le deuxième mandat du HCSP. Il est enrichi d'une annexe qui présente un bilan quinquennal auquel ont participé ses partenaires et ses commanditaires, via des auditions et une enquête par questionnaire. Ce bilan évalue l'impact de ses travaux, souligne ses forces mais relève aussi ses faiblesses et propose des axes d'amélioration comme la hiérarchisation et l'opérationnalité des recommandations.

L'année 2016 a été marquée par la démission de l'ensemble des membres du comité technique des vaccinations (CTV). L'activité de ce dernier a cependant été reprise par un groupe de travail sous l'égide de la commission spécialisée des maladies transmissibles tout en préparant son transfert à la Haute Autorité de Santé (HAS) prévue en mars 2017.

Parmi les nombreux chantiers menés à terme en 2016, il faut souligner ceux relatifs à la formulation d'objectifs de résultats pour les actions du Plan national santé environnement 3 et l'énoncé d'indicateurs permettant de mesurer les avancées vers ces objectifs ; ceux permettant l'amélioration des pratiques de la thanatopraxie ; la prise en charge des patients infectés par le virus Zika et en particulier des femmes enceintes ; la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction, les vaccinations obligatoires pour les personnels de santé, le diagnostic et la prise en charge précoce des maladies chroniques ; l'évaluation des plans de santé mentale et de prévention du suicide ; l'évaluation du plan national pour les maladies rares ; la refonte du carnet de santé de l'enfant ; les bénéfices-risques de la e-cigarette étendus en population générale ; les recommandations sanitaires pour les voyageurs ; les mesures en lien avec l'émergence d'une résistance plasmidique à la colistine chez les entérobactéries ; la vaccination des personnes immunodéprimées, la vaccination des personnes âgées ;...

Ces travaux ont été présentés à la journée annuelle du HCSP, le 13 décembre portant sur le thème « de l'expertise à la décision ».

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80

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

Bureaux

10 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75015 Paris
1^{er} étage
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

Responsable de la Publication :
Docteur Régine Lefait-Robin

Coordination :
Aline Orriols

Haut Conseil de la santé publique

Rapport d'activité 2016

Janvier 2017

ÉDITORIAL

Dix ans, dix ans déjà, dix ans à peine.
Déjà parce que cela m'a semblé rapide, trop rapide..., tout comme la croissance de mon âge !

À peine car dix ans c'est bien peu et pourtant déjà le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) est sorti de l'enfance et me paraît être en pleine maturité.

Dès l'année prochaine le HCSP entamera son troisième mandat avec un nouveau président.

Mon expérience de présidence pour les deux premiers mandats m'autorise à un survol rétrospectif que je voudrais résumer ici.

Lorsque le HCSP a été créé en 2004 et mis en place en 2007 peu croyaient à son utilité ou à sa pérennité.

Aujourd'hui, il est apprécié, crédible, solide et si je m'en réjouis ce n'est pas par immmodestie tant je suis conscient que c'est grâce au travail intense des experts et non à l'action du président.

Je ne peux cacher à la fin de ma présidence que je ne m'attendais pas à un tel parcours.

Comme beaucoup, dès 2007, j'avais le sentiment qu'une centaine d'experts bénévoles dans une structure sans statut ni budget propre ne pourraient s'opposer aux critiques très tôt exprimées : *"Cela fera double emploi avec les agences sanitaires"* ; *"Quel crédit apporter à des experts, chercheurs ou universitaires, qui semblent irresponsables, naïfs face aux contraintes du champ politique et de l'administration, non obéissants ?"* ; *"Encore une nouvelle structure alors que tous nos efforts tendent à en diminuer le nombre !"* ; *"Quelle est sa valeur ajoutée alors qu'il y a une Haute Autorité de santé et des agences solides ?"* etc.

Telles étaient les critiques que l'on pouvait entendre au début de l'existence du HCSP.

À cela s'ajoutent celles de ceux qui n'avaient pas intégré que l'évaluation d'un risque nécessite un travail, des compétences et des moyens que l'on peut trouver dans des agences mais que cette évaluation doit absolument être distinguée de la gestion des risques qui nécessite d'autres compétences, plurielles, telles qu'offertes par le HCSP.

Toutes ces réserves sont aujourd'hui balayées et la place du HCSP est parfaitement claire.

Mais j'ajoute que ce bilan m'apporte d'autres certitudes.

J'étais en effet persuadé dès ma première prise de fonction que :

- 1) le bénévolat des experts n'était ni efficace ni souhaitable ;
- 2) la triste habitude française de dresser des barrières incontournables entre les chercheurs et l'administration ne permettrait pas au HCSP d'avoir une quelconque écoute ;
- 3) la Direction générale de la santé (DGS) imposerait au HCSP de devenir un de ses départements avec pour corollaire une absence d'indépendance ;
- 4) les décideurs n'écouterait pas nos recommandations que celles qu'ils auraient envie d'écouter !
- 5) l'on servirait plus souvent de « parapluie » en assumant certaines recommandations plus faciles à défendre dès lors qu'elles avaient le label HCSP.

Je suis heureux en fin de mandat de constater que mes craintes étaient infondées.

Les experts bénévoles ont souvent priorisé les travaux pour le HCSP au sein de leurs diverses fonctions ; ce bénévolat fut aussi une condition de notre indépendance.

Peu à peu, dialogue et respect se sont installés entre administratifs et chercheurs ce qui laisse espérer que le temps des séparations est révolu tant chacun a besoin de l'autre.

On peut alors espérer le réel développement d'une santé publique, encore bien en retard.

Bien sûr, et c'est de bonne guerre, la DGS qui finance notre activité a tenté de nous contraindre à une fonction d'un département sous tutelle mais très vite la DGS a compris que c'était à la fois impossible et surtout délétère car notre indépendance est pour elle un garant de la qualité de nos réponses à ses saisines.

Évidemment le ministère en charge de la santé n'est pas tenu de suivre toutes nos recommandations mais nous avons le sentiment que dans les cas assez rares où nos recommandations n'ont pas été suivies, cela n'était pas le fait du ministère, au contraire, mais de certains groupes d'influence puissants auxquels il est hélas difficile de résister, seuls.

Il est vrai aussi que nous avons parfois (rarement) eu l'impression de servir de « parapluie » mais cela est finalement bien normal et c'est peut-être aussi le rôle d'une instance de conseil. D'ailleurs en y réfléchissant bien, cela témoigne de notre crédibilité et en quelque sorte de notre pouvoir.

Pr Roger SALAMON
Président du HCSP

Après ce bref tour d'horizon, ma satisfaction ne peut qu'apparaître aux lecteurs ; elle tempère un peu la tristesse de quitter mes fonctions tant il m'apparaît aujourd'hui que ce fut un honneur et surtout une chance de présider un si bel outil.

SOMMAIRE

ÉDITORIAL	3
COMPOSITION DU HCSP	8
Personnalités qualifiées du HCSP	9
PRÉSENTATION DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE	13
Introduction : le HCSP, un « assemblier »	13
Missions	13
Composition et Organisation	13
Moyens de fonctionnement du Haut Conseil de la santé publique	15
• Secrétariat général du HCSP	15
COMITÉ EXÉCUTIF ET COLLÈGE	17
Présentation	17
Activités	18
• Travaux transversaux du HCSP	18
• Représentation du HCSP dans les instances nationales	19
COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES TRANSMISSIBLES	20
Présentation	20
Composition	20
Activités	20
• Faits marquants	21
LES COMITÉS TECHNIQUES PERMANENTS	22
COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS (jusqu'au 14 mars 2016)	22
Présentation	22
Composition	22
Activités	22
• Saisines	22
• Autosaisines	23
• Participation à des groupes de travail et manifestations hors HCSP	23
COMITÉ DES MALADIES LIÉES AUX VOYAGES ET DES MALADIES D'IMPORTATION	25
Présentation	25
Composition	25
Activités	25
• Programme de travail	25
• Saisines	25
• Participation à des groupes de travail et manifestations hors HCSP	25
Réponses aux saisines : Avis et rapports de la CSMT, du CTV et du CMVI	26
Saisines et autosaisines en cours d'instruction	35
COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES CHRONIQUES	37
Présentation	37

Composition	37
Activités	37
• Participation aux travaux des groupes transversaux	37
• Travaux réalisés	38
• Saisine en cours d'instruction	38
• Réponse aux saisines	38
Perspectives	39
COMMISSION SPÉCIALISÉE RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT	41
Présentation	41
Composition	41
Activités	41
• Saisines et autosaisines et groupes de travail	42
Réponses aux saisines	47
• Avis et rapports du HCSP adoptés par la CSRE	47
Perspectives	48
COMMISSION SPÉCIALISÉE SÉCURITÉ DES PATIENTS : INFECTIONS NOSOCOMIALES ET AUTRES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS ET AUX PRATIQUES	49
Présentation	49
Composition	49
Activités	49
Réponses aux saisines	50
• Avis et rapports adoptés par la CSSP en 2016	50
Consultations	53
• Travaux en cours	54
• Participation à des groupes de travail et à des manifestations hors HCSP	54
Perspectives	54
COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ	55
Présentation	55
Composition	55
Activités	55
• Participation aux travaux des groupes transversaux	55
• Présentations des avis du HCSP aux organismes partenaires	56
• Participation à des groupes de travail et manifestations hors HCSP	56
• La mise en œuvre du programme de travail de la Commission	56
• Les autres activités	57
• Avis du HCSP préparés par la CSPEPS et publiés en 2016	58
Perspectives	59
COMMISSION SPÉCIALISÉE ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE	61
Présentation	61
Composition	61
Activités	61
• Travaux réalisés	61

• Évaluation de plans de santé publique	62
• Autres travaux	65
Perspectives	66
MISSION STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ TABLEAU DE BORD	67
Contexte	67
Missions	67
Composition	68
Activités	68
• Poursuite des réflexions sur l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la SNS	68
• Groupe de travail sur les indicateurs	68
• Avis et rapports publiés en 2016	68
Perspectives	69
REVUE ACTUALITÉ ET DOSSIER EN SANTÉ PUBLIQUE	70
Présentation	70
Activités	70
• Organisation	70
• Échanges de sommaires	70
• Indexation de la revue dans les bases de données	70
• Diffusion de la revue	71
• Consultation en ligne de la revue	71
• Quatre numéros Adsp ont été publiés en 2016	71
Perspectives	71
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU HCSP	72
Présentation	72
Activités	72
• Coordination et suivi des saisines et des autosaisines	72
• Assurance qualité	73
• Soutien aux travaux	73
• Budget alloué au HCSP	73
• Activité de valorisation des travaux : sites internet et extranet	75
• Communication	75
ANNEXES	77
Annexe I : Liste des avis, rapports et revues publiés par le HCSP en 2016	78
Annexe II : Textes régissant le HCSP	82
Annexe III : Bilan du Haut Conseil de la santé publique - 2ème mandat 2011-2016	83

COMPOSITION DU HCSP

Président du HCSP

M. Roger Salamon



Vice-président(e) du HCSP

Mme Catherine Le Galès*
Jusqu'au 14 mars 2016



**M. Franck Chauvin depuis
le 28 juin 2016**



COORDONNEES

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr
Site : <http://www.hcsp.fr>

BUREAUX

10 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75015 Paris

Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

PERSONNALITES QUALIFIEES DU HCSP

COMMISSION SPECIALISEE MALADIES TRANSMISSIBLES (CSMT)

Jusqu'au 14 mars 2016

Président M. Christian Perronne*



Vice-Présidente Mme Hélène Peigue-Lafeuille *



À partir d'avril 2016

Président M. Christian Chidiac



Vice-Présidente Mme Céline Cazorla



Personnalités qualifiées

M. Fabrice Carrat
M. Fabrice Chandre
M. Gérard Chéron
M. François Dabis
M. Emmanuel Debost
Mme Anne-Marie Moulin

M. François Puisieux
M. Christophe Rapp
M. Pierre Tattevin
Mme Nathalie Van der Mee-Marquet
M. Patrick Zylberman

COMITE TECHNIQUE DES VACCINATIONS (CTV)

Jusqu'au 7 juin 2016

Président M. Daniel Floret*



Vice-Présidente Mme Odile Launay*



Personnalités qualifiées

Mme Dominique Abiteboul*
Mme Brigitte Autran*
M. Jean Beytout*
Mme Agathe Billette de Villemeur*
M. Benoît Dervaux*
Mme Véronique Dufour*
M. Serge Gilberg*
M. Emmanuel Grimpel*
M. Thomas Hanslik*

M. Thierry May*
Mme Anne-Marie Monnier-Curat*
Mme Elisabeth Nicand*
M. Henri Partouche*
Mme Dominique Salmon*
M. Muhamed-Kheir Taha*
M. Didier Torny*
M. Benoît de Wazières*

COMITÉ DES MALADIES LIÉES AUX VOYAGES ET DES MALADIES D'IMPORTATION (CMVI)

Président

M. Eric Caumes



Vice-Président

M. Daniel Camus



Personnalités qualifiées

M. Thierry Ancelle
M. Thierry Debord*
Mme Florence Fouque
Mme Laëtitia Gambotti
M. Gaétan Gavazzi *
Mme Catherine Goujon

M. Philippe Minodier
M. Renaud Piarroux
M. Christophe Schmit*
M. Didier Seyler*

COMMISSION SPECIALISEE MALADIES CHRONIQUES (CSMC)

Présidente

Mme Claudine Berr



Vice-Président

M. Serge Briançon



Personnalités qualifiées

M. François Boué
Mme Liana Euller-Ziegler
Mme Hélène Grandjean
Mme Pascale Grosclaude
M. Jean-Yves Limeul*
M. François Martin
M. Jean-François Mathé

Mme Maria Melchior
Mme Elisabeth Monnet
M. Jacques Piant
Mme Claire Ronder
M. Michel Roussey
Mme Bernadette Satger
Mme Catherine Sermet

COMMISSION SPECIALISEE RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT (CSRE)

Président M. Denis Zmirou-Navier



Vice-Présidente Mme Francelyne Marano



Personnalités qualifiées

M. Francis Allard	M. Marcel Lourel*
M. Daniel Bley	M. Laurent Madec
Mme Sandrine Blanchemanche	M. Laurent Martinon
M. Jean-Marc Brignon	M. Roland Masse
Mme Claude Casellas	M. Jacques Puch
M. Eric Gaffet *	M. Jean-Louis Roubaty
M. Claude Gilbert*	M. Jean Simos
M. Philippe Hartemann	M. Fabien Squinazi
M. Jean-Noël Jouzel	M. Laurent Visier *

COMMISSION SPECIALISEE SECURITÉ DES PATIENTS (CSSP)

Président M. Bruno Grandbastien



Vice-Président M. Philippe Michel



Personnalités qualifiées

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

**COMMISSION SPECIALISEE PREVENTION, EDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTE
(CSPEPS)**

Président Mme Zeina Mansour



Vice-Présidente M. Didier Febvrel



Personnalités qualifiées

Mme Monique Alles-Jardel
M. Christian Ben Lakhdar
M. Eric Billaud
M. Xavier Briffault
M. Pierre Chauvin
Mme Laure Com-Ruelle
M. Jean Godard

M. Virginie Halley Des Fontaines
M. Serge Hercberg
Mme Zoé Heritage *
M. Thierry Lang
Mme Chantal Mannoni*
Mme Marie Préau

**COMMISSION SPECIALISEE ÉVALUATION, STRATEGIE ET PROSPECTIVE
(CSESP)**

Jusqu'en juin 2016

Président M. Franck Chauvin



Vice-Présidente Mme Valérie Buthion*



À partir de juillet 2016

Présidente Mme Viviane Kovess



Vice-Président N.

Personnalités qualifiées

M. Avner Bar-Hen*

M. Alain Letourmy

Mme Marie-Hélène Bouvier-Colle

M. Bruno Maresca

Mme Chantal Cases*

Mme Gwenn Menvielle

M. Michel Cot

Mme Nora Moumjid

M. Marcel Goldberg

Mme Anne Tallec*

M. Daniel Kamelgarn

M. Jean-François Toussaint

M. Thierry Lavigne

Mme Caroline Weill

M. Stéphane Le Bouler

*Personnalités qualifiées ayant quitté le HCSP en cours d'année.

PRÉSENTATION DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

INTRODUCTION : LE HCSP, UN « ASSEMBLIER »

Le fonctionnement du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) est matriciel et s'appuie sur les expertises spécifiques des agences (ANSP, ANSES, ABM, EFS, ASN, IRSN, ANSM, ...), des centres nationaux de référence (CNR) et de la HAS.

Pour remplir les missions décrites ci-dessous, le HCSP est organisé en commissions, et groupes de travail spécifiques, et fait appel à des professionnels de santé humaine et vétérinaire, des épidémiologistes, des chercheurs, des spécialistes en métrologie environnementale, en sciences humaines et sociales, des professionnels de la prévention, et des producteurs de données.

L'année 2016 marque la fin de son deuxième mandat, lequel aura duré six ans, après avoir été prorogé par le Conseil d'État jusqu'au 14 mars 2017.

Cette année est aussi celle de la préparation du troisième mandat avec une profonde réorganisation de la structure marquée par le transfert du comité technique de vaccinations (CTV) à la Haute Autorité de santé, la réduction du nombre des commissions, de six à quatre et le renforcement du Collège.

Ainsi, l'organisation décrite ci-dessous sera modifiée à compter de mars 2017.

MISSIONS

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et mis en place en 2007. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les missions du HCSP par la nouvelle rédaction de l'article L.1411-4 du code de la santé publique.

Instance d'expertise, le HCSP a pour missions de :

- 1° contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé ;
- 2° fournir aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires et la Haute Autorité de santé, 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 ;
- 3° fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique ;
- 4° contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée.

Il peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

COMPOSITION ET ORGANISATION¹

La composition du HCSP a été fixée par le décret du 22 décembre 2006 modifié par celui du 30 décembre 2010. Le mandat initialement de trois ans a été porté à quatre ans. Ce mandat a été prorogé de 2015 à 2016 puis de 2016 à 2017.

Le Haut Conseil de la santé publique comprend un collège et des commissions spécialisées créées par arrêté du ministre chargé de la santé.

¹ Cette organisation est en cours de modifications. Ces commissions devraient être au nombre de quatre pour le 3^e mandat à compte de mars-avril 2016.

Il est composé actuellement de **94 personnalités qualifiées**, nommées par arrêtés ministériels. Ces arrêtés les qualifient pour l'une des **six commissions spécialisées ou comités techniques permanents présentés ci-dessous**. Leur mandat est de quatre ans, il est renouvelable deux fois.

Six Commissions spécialisées (CS) :

- Maladies transmissibles (CSMT) : 13 membres,
- Maladies chroniques (CSMC) : 15 membres,
- Risques liés à l'environnement (CSRE) : 16 membres,
- Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres évènements indésirables liés aux soins et aux pratiques (CSSP) : 15 membres,
- Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) : 13 membres,
- Évaluation, stratégie et prospective (CSESP) : 14 membres.

Deux comités techniques permanents rattachés à la Commission spécialisée Maladies transmissibles :

- Comité technique des vaccinations (CTV) : 19 membres, jusqu'au 7 juin 2016 ;
- Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI) : 8 membres.

Le collège prévu à l'article R. 4111-46 du code de la santé publique.

- Il se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son président ;
- L'ordre du jour est établi par le président dans le respect des fonctions du collège ;
- Le programme stratégique pluriannuel du HCSP est présenté au collège en début de mandat ;
- Le programme de travail annuel est présenté, discuté et voté au cours de la première séance de l'année du collège ;
- À l'occasion de chaque réunion du collège, les président(e)s ou vice-président(e)s des commissions spécialisées et comités techniques permanents rendent compte des travaux de leur commission tandis que les commanditaires font état de la manière dont le résultat des travaux du HCSP ont été pris en compte dans le processus décisionnel.

Le Collège comprend le président et le vice-président(e) du HCSP, les président(e)s ou vice-président(e)s des commissions spécialisées et les présidents ou vice-président(e)s des comités techniques permanents. Ses membres de droit sont : la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale de la cohésion sociale, la Direction générale de la santé, la Haute Autorité de santé, l'Autorité de sûreté nucléaire, la Direction générale de l'offre de soins, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Le comité exécutif du HCSP ou Comex.

- Il prend les décisions nécessaires au fonctionnement de l'instance. Il est composé du président et du vice-président(e) du HCSP, des président(e)s ou vice-président(e)s des commissions spécialisées et comités techniques permanents.
- Il valide les avis et rapports à la demande des présidents des commissions ou du président du HCSP.
- Le président du HCSP y invite les présidents des groupes de travail et les membres concernés du Secrétariat général mentionné à l'article R. 1411-57.
- Le Comex se réunit chaque fois que nécessaire et au moins six fois par an.
- Chaque année, le Comex prépare avec les CS et les CTP le programme annuel de travail qui est présenté au collège pour adoption. Il est garant de sa bonne exécution.

- Le Comex rend compte au collège des décisions qu'il a prises et lui propose chaque année le rapport d'activité du HCSP. Celui-ci est adopté par le collège au plus tard le 1er juin de l'année suivante. Il est rendu public.
- Le comité exécutif émet un avis sur les démissions des personnalités qualifiées et sur les candidatures de leurs remplaçants. Cet avis ainsi que les déclarations publiques d'intérêts (DPI) des experts remplaçants pressentis figurent au dossier transmis au directeur général de la santé en vue de la signature de l'arrêté ministériel.

MOYENS DE FONCTIONNEMENT DU HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE

- **Secrétariat général du HCSP**

Cf. p. 72.

COMITÉ EXÉCUTIF ET COLLÈGE

PRÉSENTATION

Président : Roger Salamon

Vice-président(e) : Catherine Le Galès jusqu'au 14 mars
puis Franck Chauvin à partir du 28 juin

Le Collège et le comité exécutif assurent la cohérence et la coordination des travaux du Haut Conseil de la santé publique.

Le comité exécutif, ou Comex, examine la recevabilité et la faisabilité des saisines que reçoit le HCSP. Il autorise les autosaisines, après s'être prononcé sur leur pertinence. Il valide les avis et rapports à la demande des présidents des commissions ou du président du HCSP. Il arrête le programme annuel de travail dont il est garant de l'exécution. Il examine toute question soumise au HCSP et l'attribue à une commission, à un comité technique permanent voire à un groupe de travail transversal.

Le Comex a tenu huit séances au cours de l'année 2016. Il a reçu 34 nouvelles saisines qui ont été jugées recevables. Cependant, il a remis en cause la faisabilité d'une dizaine d'entre elles, dans les délais impartis par les commanditaires. Des délais supplémentaires ont donc été accordés. La répartition de ces saisines est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition des saisines et autosaisines traitées HCSP (2016)*

type	nombre
Expertises	57
Évaluation de Plans	6
Vaccins + Calendrier vaccinal	3
Autosaisines**	9
TOTAL	75

*Ce chiffre est supérieur à celui des saisines reçues car certaines saisines traitées en 2016 ont été reçues en 2015.

L'évolution du nombre de saisines au cours de ce 2^{ème} mandat est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Évolution 2011-2016 - nombre de saisines

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Saisines	46	45	37	48	43	30
Évaluation de Plans	5	2	2	6	6	1
Vaccins + Calendrier vaccinal	4	4	4	12	4	3
Autosaisines	1	1	1	2	18	0
TOTAL	56	52	44	68	71	34

Le Collège réunit les membres du Comex et les huit membres de droit du HCSP. Ses travaux suivent les dispositions de l'article R. 1411-55 du code de la santé publique.

Le Collège s'est réuni deux fois en 2016 (25 avril et 1^{er} décembre).

Le Collège est également un espace de dialogue entre le HCSP et ses commanditaires.

ACTIVITES

• Travaux transversaux du HCSP

• Groupe de travail Inégalités sociales de santé

Ce groupe pérenne a été créé le 8 octobre 2009.

Présentation

Président : Thierry Lang (personnalité qualifiée de la CSPEPS)

Coordonnatrice : Béatrice Tran jusqu'en mai 2016

Secrétaire : Catherine de Pretto

Composition

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

Activités

Le groupe de travail a poursuivi ses travaux **d'analyse des effets sur la santé et sur les inégalités de santé des politiques menées en France en réponse à la situation de crise économique**. En effet, la crise économique et les mesures d'austérité qui les accompagnent ayant déjà des conséquences sanitaires documentées dans plusieurs pays, le groupe a estimé probable qu'elles en aient davantage à long terme à travers l'effet des déterminants sociaux de la santé, dans la mesure où la crise économique est aussi une crise sociale.

Pour mener à bien ce chantier, le groupe a conduit une recherche bibliographique approfondie sur les travaux internationaux et sur les expériences rapportées en France et mené une série d'auditions. Ces travaux ont abouti à la production d'un rapport en juillet 2016 : « Crise économique, santé et inégalités sociales de santé », publié par La Documentation Française (DILA).

• **Représentation du HCSP dans les instances nationales**

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

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

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

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

Le Comité d'animation du système d'agences (Casa) a été mis en place par la DGS et regroupe toutes les agences sanitaires ainsi que la Haute Autorité de santé (HAS) pour mettre en commun les travaux d'organisation de l'expertise et l'élaboration de procédures. Il se réunit chaque mois et le HCSP et son Secrétariat général participent à ses travaux.

COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES TRANSMISSIBLES

PRESENTATION

Président : Christian Perronne
(jusqu'en mars 2016), puis
Christian Chidiac

Coordonnatrice : Corinne Le Goaster
(jusqu'en avril 2016), puis
Marie-France d'Acremont

Vice-présidente : Hélène Peigue-Lafeuille
(jusqu'en mars 2016), puis
Céline Cazorla

Chargée du suivi : Claudine Le Grand

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

Deux comités techniques permanents sont rattachés à cette commission :

- Le Comité technique des vaccinations (CTV), jusqu'en mars 2016 ;
- Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI).

La ministre en charge de la santé a annoncé en janvier 2016, le transfert du CTV à la Haute Autorité de santé. Suite au souhait émis par les membres du Comité technique des vaccinations (CTV) de ne pas voir leur mandat prorogé au-delà de mars 2016, la ministre a demandé, par courrier adressé au Président du Haut Conseil de la santé publique, la mise en place d'un groupe de travail dont les missions recouvreraient celles de l'ex-CTV. Il lui a été en outre demandé de « *nourrir la contribution du HCSP aux réflexions relatives à l'évolution du CTV dans le cadre de l'adaptation de la gouvernance de la Haute Autorité de santé (HAS)* ». ».

Par décision du 21 avril 2016, le président du HCSP met en place un groupe de travail vaccinations (GTV). Ce groupe fonctionnera pendant la période intermédiaire avant les modifications législatives et le rattachement effectif du Comité technique des vaccinations (CTV) à la Haute Autorité de Santé (HAS). L'arrêté du 7 juin 2016 a supprimé le Comité technique des vaccinations et abrogé l'arrêté du 1^{er} février 2011 relatif au CTV.

COMPOSITION

La Commission spécialisée Maladies transmissibles compte, depuis le 14 mars 2016 (date de prorogation du 2^e mandat) :

- 13 personnalités qualifiées avec voix délibérative ;
- 5 membres de droit sans voix délibérative : Santé publique France, Anses, ANSM, EFS, HAS ;
- un membre invité permanent sans voix délibérative : le président du CMVI.

ACTIVITES

En 2016, la Commission spécialisée Maladies transmissibles :

- a tenu 9 séances plénières ;
- a animé 12 groupes de travail et participé à 10 GT inter-commissions ;
- a participé à des groupes transversaux du HCSP : bilan des CS du HCSP 2011-2016 ; groupements hospitaliers de territoire et santé publique, ...

Ses travaux ont été constitués par les réponses aux :

- 12 saisines de la Direction générale de la santé essentiellement,
- 2 autosaisines (évaluation de vaccins),
- 7 saisines de la Direction générale de la santé en lien avec la CSSP et/ou la CSRE.

• **Faits marquants**

Le HCSP a aidé à la gestion de la crise sanitaire en lien avec le virus Zika. Saisi par la Direction générale de la santé à sept reprises entre juillet 2015 et mai 2016, le HCSP a rendu les avis suivants :

- 07/10/2016 : Risque de transmission du virus Zika par le lait maternel
- 20/06/2016 : Actualisation de l'avis du HCSP du 8 février 2016 relatif aux mesures recommandées pour éviter la transmission du virus Zika par voie sexuelle
- 21/03/2016 : Prise en charge médicale et suivi des nouveau-nés et nourrissons ayant présenté ou ayant pu présenter une infection par le virus Zika in utero, ou présentant une infection congénitale à virus Zika
- 08/02/2016 : Infection par le virus Zika : risque de transmission par voie sexuelle
- 02/02/2016 : Inscription sur la liste des maladies à déclaration obligatoire de l'infection par le virus Zika
- 05/01/2016 : Actualisation de l'avis du HCSP du 28 juillet 2015 relatif à la prise en charge médicale des personnes atteintes par le virus Zika
- 28/07/2015 : Prise en charge médicale des personnes atteintes par le virus Zika

Deux avis (prise en charge médicale des personnes et transmission par voie sexuelle) ont été actualisés en fonction des nouvelles données scientifiques : en effet, les observations et la recherche biologique permettent de mettre à jour les avis et recommandations en fonction des données récentes. Aussi, des recommandations sont faites pour renforcer la recherche.

LES COMITÉS TECHNIQUES PERMANENTS

COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS (jusqu'au 14 mars 2016)

PRESENTATION

Président : Daniel Floret

Coordinatrice : Corinne Le Goaster

Vice-présidente : Odile Launay

Secrétariat : Claudine Le Grand

Le Comité technique des vaccinations (CTV) a pour missions :

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

Un bureau du CTV a été mis en place avec pour missions d'analyser la recevabilité des dossiers vaccins, des saisines et des autosaisines, de préparer les réunions plénières du CTV, d'élaborer des procédures.

COMPOSITION

Le CTV était composé de :

- 19 personnalités qualifiées avec voix délibérative,
- 7 membres de droit sans voix délibérative : Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA), Direction générale de l'enseignement scolaire (DGES), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la sécurité sociale (DSS), ANSM, InVS (puis Santé publique France), HAS,

et le président ou le vice-président de la CSMT en tant qu'invité permanent.

ACTIVITES

De janvier à mars 2016, le Comité technique des vaccinations a :

- tenu 3 sessions plénières ;
- animé 4 groupes de travail et participé à un GT en collaboration avec la CSPEPS (refonte du carnet de santé de l'enfant) ;
- élaboré 3 avis et 3 rapports dont un à l'appui d'avis.

• Saisines

L'activité principale du CTV a été d'élaborer les réponses aux saisines dont certaines en urgence, en provenance principalement de la DGS.

• Autosaisines

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

• Participation à des groupes de travail et manifestations hors HCSP

Daniel Floret a participé en tant que président du CTV et membre du groupe de travail Vaccination aux :

• Comités

- Présidence du Comité national de vérification de l'élimination de la rougeole : réunions à la DGS : 16 juin, 21 novembre ,14 décembre
- Comité des parties prenantes DGS 9 février, 7 mars, 14 juin, 7 septembre
- Concertation citoyenne : 8 juillet, 4 octobre, 14 octobre (30 novembre)
- Cellule 'aide à la décision (CAD) méningocoque 1° avril

• Rencontres institutionnelles :

- Cabinet du ministère : 11 mars
- Cour des comptes : 21 juin

• Colloques

- Séminaire Vaccination: santé publique et acceptation sociale. CISS Paris 8 Février
- Lancement de l'étude PERTINENT : InVS 8 mars
- Vaccination des professionnels, patients, résidents. CClin Sud Est Lyon 17 mars
- Pharmagora Paris 2 avril
- Le Comité Technique des vaccinations: retour sur les 9 dernières années de fonctionnement. Journée Prévention Vaccination de la SPILF- Paris 6 Avril
- Biovision Lyon 13-14 avril
- Politiques vaccinales entre recommandations et obligations. Journée annuelle du CClin Ouest Rennes 19 avril
- Actualités vaccinales 2016 Lille 2 Mai
- Journées de la Prévention Paris 7 juin
- Protection vaccinale du personnel en maternité. Journée du réseau Mater Lyon 29 septembre
- Une vaccination contre la dengue ? Actualités en Infectiologie 2016- Lyon 13 Octobre
- Vaccinations : risques et idées reçues. Journée régionale de prévention du risque infectieux chez le nouveau-né Lyon 18 Octobre 2016
- Qui fait la politique vaccinale en France et sur quels critères ? Colloque : les journalistes face aux vaccins. Paris 25 Octobre 2016
- Mise à jour du calendrier vaccinal du senior et évolution des textes réglementaires. 6° Journée Médicale ISBA Santé Prévention Lyon 26 Novembre

• Écrits / Interviews

- Floret D. Vaccinations en France : aspects éthiques et réglementaires. *mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* 2016 ; 18 (1) : 25-32 doi:10.1684/mte.2016.0587
- Floret D. Vaccins non obligatoires : rétablir la confiance. *Réalités Pédiatriques* 2016 ; 198 : 5-7

- Floret D. La vaccination contre le papillomavirus ? Réalités Pédiatriques 2016 ; 198 : 8-11
- Perronne C, Adjagba A, Duclos P, Floret D, Houweling H, Le Goaster C, Lévy-Brühl D, Meyer F, Senouci K, Wichmann O. Implementing efficient and sustainable collaboration between National Immunization Technical Advisory Groups: Report on the 3rd International Technical Meeting, Paris, France, 8-9 December 2014. *Vaccine*. 2016 Mar 8;34(11):1325-30. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.01.063. Epub 2016 Feb 6
- Floret D. Rougeole. EMC Pédiatrie/ Maladies Infectieuses 2016 ; 11 : 1-10.

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

PRESENTATION

Président : Éric Caumes

Vice-président : Daniel Camus

Coordinatrice : Corinne Le Goaster
(jusqu'en mars 2016) puis
Marie-France d'Acremont

Secrétariat : Claudine Le Grand

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

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

COMPOSITION

Depuis le 15 mars 2016, le CMVI est composé de :

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

En 2016, le CMVI a tenu 7 séances plénières.

ACTIVITES

• Programme de travail

Le programme de travail du CMVI a comporté l'actualisation des Recommandations sanitaires pour les voyageurs, qui font l'objet d'un numéro annuel du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) publié par Santé publique France.

• Saisines

L'une des activités principales du CMVI a été de répondre aux sept saisines sur le virus Zika en provenance de la DGS. Les avis produits ont été validés soit par le président du HCSP soit par la commission Maladies transmissibles selon l'urgence.

Par ailleurs, le CMVI a participé au groupe transversal sur le bilan des CS du HCSP 2011-2016.

• Participation à des groupes de travail et manifestations hors HCSP

Éric Caumes a participé en tant que membre du HCSP à une réunion du groupe suisse de Médecine des voyages (Berne, 1^{er} décembre 2016).

REPONSES AUX SAISINES : AVIS ET RAPPORTS DE LA CSMT, DU CTV ET DU CMVI

Vingt-et-un avis et/ou rapports adoptés par la CSMT ont été mis en ligne sur le site internet du HCSP.

- **Actualisation de l'avis du HCSP du 28 juillet 2015 relatif à la prise en charge médicale des personnes atteintes par le virus Zika**

Dans un contexte d'extension récente de la maladie due au virus Zika en Amérique du Sud et en Amérique centrale et le signalement de premiers cas de Zika autochtones dans des Départements français d'Amérique (Martinique, Guyane), le HCSP actualise ses recommandations de juillet 2015.

Sur la base des données actuellement disponibles et face à une situation de risques de complications graves (microcéphalies, syndromes de Guillain-Barré, autres complications chez le nouveau-né, l'enfant ou l'adulte) qui pourraient être induites lors d'une infection par le virus Zika, le HCSP émet des recommandations visant à une meilleure connaissance du Zika et de ses complications, la mise en place de mesures de prévention par la protection individuelle et collective contre les piqûres des moustiques vecteurs et une prise en charge prioritaire des femmes enceintes exposées à une infection Zika.

Il recommande notamment :

- l'organisation d'une campagne d'information et de formation des professionnels de santé dans les territoires touchés ou pouvant être touchés par le Zika ;
- la mise en place d'une surveillance épidémiologique et clinique permettant l'identification rapide des premiers cas de Zika dans les territoires français d'outre-mer et en France métropolitaine ;
- l'organisation par les autorités sanitaires, en fonction des conditions locales, d'une information, d'un suivi et d'une prise en charge renforcés de toutes les femmes enceintes dans les zones d'épidémie du virus Zika, que ces femmes soient ou non suspectes d'infection par le virus Zika ;
- la mise en place d'un système de surveillance et d'alerte spécifique à la détection d'anomalies congénitales neurologiques ou non ;
- la mise en œuvre et le contrôle du respect, par les autorités compétentes, des mesures collectives de contrôle antivectoriel.

Cet avis est susceptible d'évoluer en fonction de l'avancée des connaissances sur le virus Zika et ses modalités diagnostiques.

Avis du 5 janvier 2016.

- **Méthodologie de gradation des recommandations en pratique vaccinale fondée sur le niveau de preuves scientifiques**

Hiérarchiser le niveau des recommandations vaccinales en s'appuyant sur le niveau de preuve scientifique des études est une démarche essentielle pour les bonnes pratiques cliniques en santé publique.

Plusieurs approches de gradation des recommandations ont été ainsi développées en France : celles de l'Agence nationale pour l'évaluation et l'accréditation en 2000, de la Haute Autorité de santé, de l'Institut national du cancer.

Le système GRADE (en anglais Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, soit grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation), mis en pratique par l'Organisation mondiale de la santé en 2010, repose sur différents critères de jugement : le niveau de preuve des études en tenant compte de la qualité de celles-ci (méthodologie et résultats), le niveau de preuve scientifique reprenant la synthèse des résultats des études, l'interprétation des experts et la classification des recommandations. Il présente l'avantage de prendre en compte les études observationnelles, nombreuses dans l'expertise en vaccinologie.

Par ailleurs, la gradation des recommandations vaccinales s'inscrit dans une démarche plus large de gestion de la qualité. L'évaluation de l'expertise est basée sur des référentiels discutés et validés à partir de procédures communes au sein des comités techniques des vaccinations européens.

Dans ce rapport, le HCSP présente une analyse de la littérature sur les différents systèmes de gradation des recommandations. Il évalue la pertinence de ces systèmes par rapport à la formulation des recommandations vaccinales. Il prend en compte l'application en pratique de la gradation des recommandations à l'échelon national et international et il propose un référentiel de bonnes pratiques de recommandations vaccinales.

Rapport du 12 janvier 2016.

- **Vaccination antigrippale en situation de pandémie des personnes présentant une allergie aux protéines de l'œuf et aux aminosides**

Les vaccins grippaux actuels sont pour la plupart préparés à partir de virus grippaux cultivés sur œuf.

Le HCSP a pris en considération la problématique de l'allergie à l'œuf et/ou aux aminosides et les alternatives à la vaccination contre la grippe en cas de contre-indications réelles.

Le HCSP considère que seules les personnes ayant présenté antérieurement des manifestations de type anaphylactique après ingestion ou administration parentérale de produits contenant des protéines de l'œuf, ou après l'administration d'un aminoside, doivent être considérées pour une éventuelle contre-indication à l'administration de vaccins pandémiques contenant ces produits. Ces personnes devront être référées à un allergologue qui fera une évaluation de la balance bénéfices/risques de la vaccination en prenant en compte la gravité de la grippe pandémique et l'efficacité du vaccin. Pour les personnes pour lesquelles une contre-indication vaccinale sera posée, le HCSP recommande :

- l'utilisation des antiviraux sur la base des recommandations qu'il a formulées en décembre 2011 et sous certaines conditions détaillées dans le présent avis, notamment chez les nourrissons âgés de moins de 1 an ;
- l'application des mesures barrière selon les recommandations faites en situation pandémique ;
- la vaccination de l'entourage pour protéger la personne non vaccinée.

Avis du 12 janvier 2016.

- **Risques de contamination par le VHB liés à la formation initiale des étudiants et élèves s'engageant dans les études paramédicales et pharmaceutiques mentionnées dans l'arrêté du 6 mars 2007**

Les professionnels de santé ont une obligation d'immunisation contre l'hépatite B. Cette obligation a pour objectif de les protéger d'une contamination par le virus de l'hépatite B (VHB) lors des actes effectués au cours de leurs pratiques professionnelles, mais aussi de protéger les patients d'une contamination par un professionnel de santé infecté. Cette obligation s'applique également à tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé.

Le HCSP rappelle que la vaccination universelle contre le VHB dans l'enfance est le meilleur outil pour limiter le risque chez les futurs étudiants des professions de santé. Il rappelle également que tous les professionnels de santé peuvent être victimes d'accidents exposant au sang (AES) pouvant entraîner une contamination par les virus à transmission hématogène tels que le virus de l'hépatite B. Il rappelle enfin que les professionnels de santé infectés et réalisant certains actes invasifs peuvent transmettre ces virus à leur patient.

Le HCSP recommande que :

- le respect des précautions standard d'hygiène soit enseigné dans toutes les filières de formation des professions de santé ;
- la vaccination obligatoire contre l'hépatite B soit maintenue pour les étudiants ou élèves des filières suivantes :

- professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme ;
- autres professions de santé : infirmier, infirmier spécialisé, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien en analyses biomédicales ;
- les étudiants de la filière préparant à la profession d'assistant dentaire soient astreints à la même obligation.

Avis des 12 et 18 janvier 2016.

- **Recommandations de vaccination contre les infections invasives à méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Actualisation**

En novembre 2014, le HCSP a recommandé la vaccination méningococcique C conjuguée pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les autres personnes âgées de 25 ans et plus, qui fréquentaient les lieux de convivialité ou de rencontre gays ou qui souhaitaient se rendre à un ou des rassemblements gays. Cette recommandation concernait les personnes résidant en France et portait sur une période limitée à un an.

Les données épidémiologiques 2015 sur les infections invasives à méningocoque (IIM) de sérogroupe C montrent que le variant particulier qui circulait dans la population HSH a diffusé en population générale mais que son lien à la communauté gay n'apparaît plus prédominant.

Par contre, il a été mis en évidence des cas d'infections du tractus uro-génital masculin liés vraisemblablement à une transmission sexuelle de ce variant qui présente des caractéristiques proches de celles du gonocoque avec notamment, pour certaines souches, la présence d'un allèle responsable d'une diminution de la sensibilité aux céphalosporines.

En l'absence de donnée de couverture vaccinale permettant d'évaluer l'application des recommandations de vaccinations contre le méningocoque C faites en 2013 puis en 2014, l'interprétation des données épidémiologiques est rendue difficile. En particulier les données disponibles ne permettent pas de faire la part, dans la diminution observée du nombre de cas chez lesquels un lien avec la communauté HSH est identifié, entre une évolution naturelle des IMM ou bien un impact de la vaccination dans la communauté HSH.

Le HCSP préconise ainsi de prolonger jusqu'à fin 2016 la recommandation de vaccination méningococcique C conjuguée pour les HSH et les autres personnes âgées de 25 ans et plus qui fréquentent les lieux de convivialité ou de rencontre gays ou qui souhaitent se rendre à un ou des rassemblements gays.

Cette recommandation permettra d'évaluer avant la fin de cette période l'impact de la précédente recommandation en termes de couverture vaccinale au sein de la communauté HSH.

Avis du 29 janvier 2016.

- **Inscription sur la liste des maladies à déclaration obligatoire de l'infection par le virus Zika**

Le virus Zika est un arbovirus. La transmission est essentiellement vectorielle par les moustiques du genre *Aedes* qui sont également vecteurs de la dengue et du chikungunya. Compte-tenu de la situation épidémiologique actuelle de l'infection par le virus Zika en France, en particulier dans les départements et territoires français d'Amérique (DFA), et des mesures de surveillance pour les arboviroses émergentes déjà mises en place en outre-mer et en France métropolitaine, le HCSP recommande :

- d'élargir au Zika, dans chaque territoire (métropole, DFA, Océan indien), les mesures déjà existantes de surveillance de la dengue et du chikungunya, soit :
 - pour les DFA : absence de déclaration obligatoire (DO) mais intégration aux Programmes de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies (PSAGE) ;

- pour les départements de l’Océan indien : procédure de DO et intégration dans le plan Orsec arboviroses ;
- pour la France métropolitaine : procédure de DO et intégration dans le dispositif de surveillance renforcée dans le cadre du Plan anti-dissémination de la dengue et du chikungunya ;

➤ d’appliquer, dans le respect des indications figurant ci-dessus, la DO des infections à virus Zika aux seuls cas confirmés biologiquement, importés ou autochtones, hors période épidémique ;

➤ que l’ajout du Zika à la liste des maladies à déclaration obligatoire s’accompagne d’une information des professionnels de santé impliqués, afin de les sensibiliser.

Avis du 2 février 2016.

- **Transmission du virus Zika par voie sexuelle**

Le virus Zika est un arbovirus dont la transmission est presque exclusivement vectorielle par les moustiques du genre *Aedes*.

Le HCSP a pris en compte les dernières données scientifiques disponibles et a estimé que la transmission sexuelle du virus Zika était probable même si ces données sont, à ce jour, trop peu nombreuses pour évaluer son importance dans la transmission du Zika. Celle-ci est probablement négligeable par rapport à la transmission vectorielle. Mais du fait des recommandations de protection antivectorielle émises, ce mode de transmission doit être pris aussi en considération dans les zones d’endémie. Il doit être également envisagé comme un mode de transmission potentielle en dehors des zones d’endémie.

Dans l’attente de nouvelles données, le HCSP émet des recommandations, dans le présent avis, qui doivent être considérées comme des recommandations de précaution. Elles viennent en complément de celles émises dans les avis du 28 juillet 2015 et du 5 janvier 2016, notamment sur les aspects relatifs à la transmission sexuelle du virus et des moyens de prévention qui s’y rattachent.

L’objectif majeur des recommandations est de prévenir la survenue d’embryofœtopathies à la suite d’une infection de la mère, par le virus Zika, contractée pendant la grossesse.

Ces recommandations seront actualisées en fonction de l’évolution des connaissances.

Avis du 8 février 2016.

- **Mise à jour de la liste des zones en provenance desquelles les aéronefs doivent être maintenus exempts de vecteurs en application du règlement sanitaire international (RSI)**

La liste des zones en provenance desquelles les aéronefs doivent être maintenus exempts de vecteurs est mise à jour en application du règlement sanitaire international (RSI).

Des maladies transmissibles telles que le chikungunya, la dengue, la fièvre jaune, la fièvre Zika, la maladie de Lyme, le paludisme, sont dues à un arthropode vecteur qui peut ou pourrait se propager *via* les aéronefs et ont un impact important en termes de santé publique.

Dans cet avis, le HCSP a mis à jour la liste des zones en provenance desquelles les aéronefs doivent être maintenus exempts de vecteurs en tenant compte des zones de destinations : France métropolitaine, départements et collectivités français des Amériques, Mayotte, La Réunion, Saint-Pierre et Miquelon.

Il a précisé, compte-tenu des spécificités de chacune de ces zones, plusieurs niveaux de risques et pour chaque pays ou région du monde, l’existence des maladies pour lesquelles il apparaît pertinent de réaliser une désinsectisation des aéronefs.

Par ailleurs, le HCSP recommande la mise à jour des modalités d’application des mesures de désinsectisation des aéronefs et l’évaluation des conséquences en santé humaine et des conséquences environnementales, des mesures et des modalités appliquées pour cette désinsectisation.

Avis du 19/02/2016.

- **Immunisation post-exposition. Vaccination et immunoglobulines**

La prévention en post-exposition à certains agents infectieux peut reposer sur l'immunisation active, la vaccination, ou passive, les immunoglobulines. La vaccination et/ou l'administration d'immunoglobulines, spécifiques ou polyvalentes, peuvent être utilisées à visée individuelle, pour réduire le risque d'infection ou en limiter les conséquences, ou à visée collective, pour limiter la diffusion de l'agent infectieux.

Actuellement, les modalités de ces pratiques en post-exposition apparaissent au cas par cas dans différents types de documents. En dehors des situations classiques comme le tétanos après une plaie, le virus de l'hépatite B chez les nouveau-nés de mère chroniquement infectée, ou encore la rage, ce mode de prévention est parfois mal connu des professionnels de santé et sous-utilisé.

L'objectif de ce guide est de faire le point sur les données disponibles et de colliger les recommandations françaises et internationales disponibles concernant l'efficacité de la vaccination et/ou des immunoglobulines après exposition identifiée à un agent infectieux. Il propose une conduite à tenir pour l'immunisation en post-exposition à un risque infectieux.

L'utilisation des anti-infectieux, antibiotiques ou antiviraux, administrés à titre préventif ou préemptif, n'est pas abordée dans ce guide.

Rapport du 19 février 2016.

- **Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes**

La grande majorité des hommes et des femmes sont infectés par les papillomavirus humains (HPV) au cours de leur vie. Concernant les hommes, l'infection anale par les HPV et ses manifestations cliniques (lésions précancéreuses, cancers, condylomes anaux) sont plus fréquentes chez ceux ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et en particulier ceux infectés par le VIH.

Le HCSP a pris en compte l'efficacité et la tolérance des vaccins HPV, les aspects médico-économiques, l'absence de protection indirecte des HSH par la vaccination des femmes et l'acceptabilité de la vaccination chez les hommes.

Il recommande :

- qu'un accès au vaccin HPV soit proposé dans les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles et dans les centres publics de vaccination aux hommes jusqu'à l'âge de 26 ans (limite des études de phase III) qui ont ou ont eu des relations sexuelles avec un homme. Le bénéfice de cette vaccination sera d'autant plus important que le début de l'activité sexuelle sera récent et que le nombre de partenaires passés sera faible.
- que cette possibilité d'accès soit relayée par des campagnes d'information adaptées.

Par ailleurs, le HCSP rappelle que la vaccination contre les infections à papillomavirus humains est recommandée aux personnes immunodéprimées des deux sexes.

Il rappelle également que l'augmentation de la couverture vaccinale des jeunes filles reste la priorité pour la prévention des maladies liées à l'infection par les HPV et qu'une couverture vaccinale élevée chez les femmes procure une protection indirecte chez les hommes hétérosexuels.

L'avis du HCSP est accompagné d'un rapport.

Avis et rapport du 19 février 2016.

- **Borréliose de Lyme**

La borréliose de Lyme est une maladie infectieuse, non contagieuse, causée par une bactérie du complexe *Borrelia burgdorferi* *senso lato* transmise à l'homme par piqûres de tiques dures du genre *Ixodes*, infectées.

Le HCSP a fait un point des connaissances sur les risques éventuels de transmission des *Borrelia* par voie sexuelle, par voie materno-fœtale au cours de la grossesse et lors de

l'accouchement, et *via* les produits sanguins labiles et les greffes d'organes, de tissus et de cellules.

D'une manière générale, la transmission par le lait maternel, par voie sexuelle ou *via* les produits sanguins et les greffes est à ce jour non documentée chez l'homme. Seule l'infection par voie materno-fœtale a pu être observée. En conséquence, le HCSP recommande que :

- chez les femmes enceintes avec un diagnostic de borréliose de Lyme, un traitement antibiotique soit prescrit pendant 14 jours à 21 jours et qu'après piqûres de tiques multiples chez les femmes enceintes en zone de forte endémie, la prescription d'une antibioprophylaxie soit effectuée ;
- des études complémentaires sur la transmission materno-fœtale ainsi que sur les autres modes de transmission, en particulier sexuelle, soient encouragées.

Avis du 19 février 2016.

- **Vaccination des personnes âgées**

Selon les projections démographiques, la part des personnes de 60 ans ou plus dans la population française devrait significativement augmenter jusqu'en 2035 passant de 21,7 % à 31 %. Les personnes de plus de 75 ans, qui constituaient 8,9 % de la population en 2007, représenteront 16,2 % de la population en 2060. Quant aux personnes de plus de 85 ans, leur nombre passera de 1,3 million à 5,4 millions, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui.

Le risque infectieux et plus encore le risque d'infections graves augmentent avec l'âge. Les personnes âgées fragiles ou dépendantes sont non seulement plus à risque de contracter une infection que les personnes âgées vigoureuses, mais aussi plus à risque de présenter des complications graves en cas d'infection. Ces éléments justifient de mettre à disposition des professionnels de santé un document pratique spécifiquement dédié à la vaccination des personnes âgées qui a pour principaux objectifs :

- de faire la synthèse des données épidémiologiques et immunologiques disponibles à ce jour concernant cette population ;
- de rappeler les recommandations vaccinales qui existent pour les personnes âgées non seulement en routine mais également dans des contextes particuliers (voyages, entrée en institution, existence de co-morbidités...);
- de faire des propositions de communication pour améliorer la couverture vaccinale chez les personnes âgées, celle de leur entourage et des professionnels de santé qui les prennent en charge.

Avis du 11 mars 2016.

- **Prise en charge médicale et suivi des nouveau-nés et nourrissons ayant présenté ou ayant pu présenter une infection par le virus Zika in utero, ou présentant une infection congénitale à virus Zika**

Le dépistage d'anomalies du développement chez des enfants nés de mère infectée ou susceptible d'avoir été infectée par le virus Zika au cours de la grossesse est justifié par le constat de la survenue d'atteintes congénitales neurologiques graves à type de microcéphalies, de dysfonctionnements néonataux du tronc cérébral et de malformations neurologiques fœtales.

Dans cet avis, le HCSP émet des recommandations sur les modalités de suivi pour la prise en charge médicale des nouveau-nés et des nourrissons nés de mère ayant présenté ou ayant pu présenter une infection par le virus Zika pendant la période pré-conceptionnelle ou durant la grossesse.

Il recommande qu'un suivi de cohorte soit mis en place pour ces nouveau-nés infectés par le virus Zika, par voie maternelle, afin d'étudier le devenir à long terme de ces enfants et que les examens de diagnostic et de suivi des enfants mentionnés dans le présent avis soient réalisés sans surcoût pour les familles.

Il recommande également qu'un plan de surveillance permettant de recueillir et d'analyser les résultats des investigations menées soit mis en place.

Par ailleurs, le HCSP rappelle l'importance de suivre les recommandations de l'Agence de la biomédecine concernant « l'utilisation des cellules souches hématopoïétiques ou des cellules mononucléées vis-à-vis du risque d'infection à virus Zika ».

Les recommandations du présent avis seront actualisées en fonction de l'évolution des connaissances.

Avis du 21 mars 2016.

- **Optimisation de l'utilisation du vaccin BCG en situation de pénurie**

Des difficultés durables d'approvisionnement du vaccin BCG sont constatées et entraînent la nécessité de définir des critères de priorisation parmi les personnes pour lesquelles le vaccin BCG est recommandé.

Compte-tenu du conditionnement en multi-doses, il est proposé de privilégier les vaccinations groupées pour ne pas perdre de dose de vaccin.

L'avis du HCSP s'appuie sur les évolutions des données épidémiologiques et celles de la couverture vaccinale depuis la modification de la politique vaccinale en 2007, ainsi que sur les études d'efficacité de la vaccination chez les enfants âgés de plus de 5 ans.

L'avis définit trois niveaux de priorité. Le premier niveau inclut :

- les nouveau-nés en Guyane et à Mayotte ;
- dans l'ensemble des autres départements y compris ceux de l'Île-de-France, les enfants âgés de moins de 5 ans ayant un facteur de risque identifié à l'exclusion de la seule résidence en Île-de-France.

Avis du 18 avril 2016.

- **Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2015 (à l'attention des professionnels de santé)**

Ces recommandations ont été élaborées par le CMVI et adoptées par le HCSP. Elles tiennent compte notamment du Calendrier vaccinal 2016, des données du Centre national de référence (CNR) du paludisme, du CNR des arboviroses, de Santé publique France ainsi que, pour les vaccins et médicaments, de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM).

Elles concernent tous les voyageurs, quelles que soient leur destination et les conditions du voyage. Elles rappellent l'importance, dans la prévention des maladies liées aux voyages, de la vaccination, de la chimioprophylaxie du paludisme, des mesures de protection contre les moustiques et autres arthropodes, des mesures d'hygiène alimentaire et de lavage des mains.

Ces recommandations ont été publiées dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) du 31 mai 2016.

Avis du 20 avril 2016.

- **Actualisation de l'avis du 15 juin 2015 relatif aux tensions d'approvisionnement en vaccins contre l'hépatite A**

Des difficultés d'approvisionnement des vaccins hépatite A adulte sont constatées et entraînent la nécessité de revoir les schémas vaccinaux et de définir des critères de priorisation parmi les personnes pour lesquelles le vaccin est recommandé.

Prenant en compte les données sur les durées de protection, le HCSP recommande :

- de n'effectuer qu'une seule dose pour les nouvelles vaccinations ;
- de ne pas faire de rappel pour ceux qui ont déjà reçu une dose, même s'ils sont à nouveau en situation d'exposition (sauf pour les personnes immunodéprimées) ;
- de vacciner, en priorité :
 - les enfants (âgés d'un an et plus) quand ils sont nés de parents issus de pays de haute endémicité ET qu'ils vont faire un séjour dans leur pays d'origine,
 - les personnes de l'entourage d'un ou plusieurs cas confirmés,
 - les voyageurs (âgés d'un an ou plus) SI les conditions de leur séjour les exposent à un risque élevé de contamination,
 - les personnes immunodéprimées exposées ;

- de pratiquer une sérologie préalable prouvant l'absence d'immunisation :
 - chez les personnes atteintes de mucoviscidose et/ou atteintes de pathologies susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique,
 - chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes,
 - chez les adultes nés avant 1945.

Avis du 19 mai 2016.

- **Actualisation de l'avis du HCSP du 8 février 2016 relatif aux mesures recommandées pour éviter la transmission du virus Zika par voie sexuelle**

Selon les dernières données scientifiques prises en compte : il a été observé la transmission du virus Zika au sein de couples lors de relations intimes ; du virus infectieux a été mis en évidence dans du sperme d'hommes (certains étaient asymptomatiques) et du génome viral a été retrouvé dans le sperme jusqu'à trois mois après le retour d'une zone de circulation active du virus.

L'objectif majeur des recommandations est de prévenir la survenue de microcéphalies à la suite d'une infection de la mère, par le virus Zika, contractée pendant la grossesse.

Pour les couples ayant un projet d'enfant ou pour les femmes enceintes, des recommandations sont émises concernant les personnes vivant dans des zones de circulation active du virus Zika ou pour les personnes voyageant dans ces zones.

Les nouvelles recommandations sont basées sur la vérification que l'homme ne risque pas de transmettre le virus par le sperme. Après une situation de contact possible avec le virus (fin de circulation active ou retour d'une zone de circulation active), il est recommandé de réaliser un examen sérologique chez l'homme et si cette sérologie est positive d'effectuer une recherche de virus dans le sperme. Une grossesse pourra être envisagée si cette recherche est négative à deux reprises.

Avis du 20 juin 2016

- **Vaccination contre la dengue dans les territoires français d'Amérique et à La Réunion et Mayotte**

Un vaccin contre la dengue est déjà enregistré dans certains pays. Ce vaccin est en cours d'évaluation à l'Agence européenne du médicament (EMA) et il n'existe pas d'autorisation de mise sur le marché en France (AMM).

En raison de la possibilité d'une épidémie à La Réunion, la question d'une éventuelle utilisation de ce vaccin avant l'octroi de son AMM européenne est posée. Le HCSP ne recommande pas l'introduction de la vaccination contre la dengue à La Réunion et Mayotte. En effet, les essais cliniques d'efficacité du vaccin Dengvaxia® ont été exclusivement réalisés dans des zones de haute endémicité de la dengue chez les enfants et adolescents âgés de 2 ans à 16 ans. L'impact de cette vaccination dans les pays de basse incidence ne peut pas être évalué, et dans ces essais cliniques l'efficacité vaccinale n'a pas été démontrée chez les personnes n'ayant jamais été en contact avec le virus.

Or, si la circulation de virus de la dengue est avérée à La Réunion et à Mayotte, ces deux territoires ne sont pas des zones de haute ou moyenne endémicité : la dernière épidémie de dengue à La Réunion remonte à 1977-1978 et aucune épidémie majeure n'a été enregistrée à Mayotte. Les données disponibles de séroprévalence à la Réunion chez les adultes se situent dans des valeurs basses, au maximum de 9 % (chez les personnes âgées de 50 ans et plus). À Mayotte, les taux de séroprévalence sont très bas chez les enfants de 2 ans à 14 ans (2,2 %), plus élevés chez les adultes mais ils n'atteignent pas 40 %.

Un avis concernant l'utilisation de ce vaccin dans les Territoires français d'Amérique (Guyane, Martinique, Guadeloupe, ...) a été émis le 7 octobre 2016 (cf. infra).

Avis du 22 juin 2016.

- **Utilisation des vaccins quadrivalents inactivés contre la grippe saisonnière**

Les données épidémiologiques et virologiques disponibles à ce jour en France n'apportent pas d'éléments nouveaux permettant de privilégier l'utilisation des vaccins quadrivalents

inactivés par rapport aux vaccins trivalents, ni d'identifier une ou des populations chez qui ce vaccin pourrait être recommandé de façon préférentielle.

Le HCSP avait émis des recommandations le 23 mai 2014 afin de déterminer la place du vaccin grippal tétravalent inactivé FluarixTetra® dans la stratégie vaccinale vis-à-vis de la prévention de la grippe saisonnière. FluarixTetra® est un vaccin grippal inactivé à virion fragmenté contenant deux sous-types de virus grippal A (H1N1 et H3N2) et deux types de virus grippal B (lignées Victoria et Yamagata). Seuls les vaccins trivalents sont pris en charge par l'Assurance maladie pour les personnes ciblées par les recommandations vaccinales.

Sollicité sur la pertinence de remplacer le vaccin trivalent inactivé par le quadrivalent, le HCSP a pris en compte les données épidémiologiques et virologiques disponibles à ce jour en France et l'absence de données d'efficacité clinique comparatives. Il conclut qu'aucun élément nouveau ne permet de privilégier l'utilisation des vaccins quadrivalents par rapport aux vaccins trivalents inactivés. Bien que le poids de la grippe B soit moindre que celui de la grippe A, le remplacement du vaccin trivalent par le vaccin quadrivalent paraît probable pour l'avenir en raison de l'évolution divergente des deux lignées de virus B.

En outre, le HCSP rappelle que la priorité reste d'améliorer la couverture vaccinale des populations ciblées par les recommandations.

Avis du 7 octobre 2016.

- Risque de transmission du virus Zika par le lait maternel**

Des études récentes montrent la présence du virus Zika dans les liquides biologiques (le sang et le sperme), ce qui a conduit le HCSP à donner un avis sur la prévention de la transmission sexuelle du virus Zika (actualisé le 20 juin 2016). La présence du virus Zika également observée dans le lait maternel pose la question du risque de transmission de ce virus par le lait.

Le HCSP a pris en compte le fait qu'une infection par le virus Zika peut être associée à des troubles neurologiques quel que soit l'âge, cependant il n'a pas été décrit d'infections plus graves ou plus fréquentes chez les nouveau-nés. Aucune étude clinique n'apporte à ce jour d'éléments en faveur d'une transmission de la maladie de la mère à l'enfant par l'intermédiaire du lait maternel. Par ailleurs, les avantages de l'allaitement maternel sont multiples.

Aussi, le HCSP ne recommande pas de dispositions particulières :

- pour les femmes qui allaitent leur enfant, en cas d'antécédents d'infection à virus Zika, d'infection présente ou en cas d'exposition au risque dans une zone d'endémie,
- pour la préparation et les modalités de délivrance des laits distribués par les lactariums, en métropole comme dans les zones d'endémie, compte-tenu de l'absence de virus infectieux après pasteurisation du lait maternel.

Avis du 7 octobre 2016

- Accès précoce avant l'AMM du vaccin contre la dengue dans les Territoires français d'Amérique (TFA)**

Un vaccin contre la dengue est déjà enregistré dans certains pays. Ce vaccin est en cours d'évaluation à l'Agence européenne du médicament (EMA). Un précédent avis n'a pas recommandé son utilisation à la Réunion et à Mayotte. Du fait de la circulation du virus de la dengue dans les Territoires français d'Amérique (Guyane, Martinique, Guadeloupe...), la question d'une éventuelle utilisation de ce vaccin avant la décision d'AMM est posée. Le HCSP n'est pas favorable à l'utilisation anticipée de ce vaccin dans les TFA. Certaines comorbidités, essentiellement la drépanocytose, pourraient favoriser la survenue de formes graves de dengue, mais les données sont insuffisantes pour recommander la mise en place d'une vaccination ciblée sur ces populations par une procédure dérogatoire permettant un accès précoce avant AMM. Aussi il est recommandé la mise en place dans les TFA d'un essai clinique de la vaccination dengue chez les personnes atteintes d'un syndrome

drépanocytaire majeur. Cet essai permettra de vacciner les personnes en fonction de leur séropositivité, et de repérer d'éventuels effets indésirables spécifiques aux drépanocytaires. Par ailleurs, il est important de renforcer les mesures individuelles et collectives de protection contre les moustiques.

Avis du 7 octobre 2016.

SAISINES ET AUTOSAISINES EN COURS D'INSTRUCTION

- Avis relatif au transfert du Comité technique des vaccinations à la Haute Autorité de santé.
- Avis relatif à la place du vaccin Gardasil 9 dans la prévention des infections à papillomavirus humains.
- Recommandations sur les vaccins pneumococciques à la suite de l'étude Capita.
- Avis relatif à la vaccination antiméningoccique C.
- Conduite à tenir devant un cas importé ou autochtone de fièvre jaune.

COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES CHRONIQUES

PRESENTATION

Présidente : Claudine Berr

Vice-président : Serge Briançon

Coordonnatrices :

Véronique Mallet (jusqu'à fin mars),
Béatrice Tran (en avril et mai),
Roberte Manigat (depuis juin)

Secrétaire : Catherine de Pretto

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

Elle doit en outre décliner deux missions du HCSP :

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

COMPOSITION

La Commission spécialisée Maladies chroniques compte :

- 13 personnalités qualifiées avec voix délibérative (santé publique, épidémiologie, rhumatologie, médecine interne, pédiatrie, gérontologie, cancérologie, hépato-gastroentérologie, pneumologie, cardiologie, économie de la santé...) ;
- quatre membres de droit sans voix délibérative : Agence de la biomédecine, HAS, INCa, Santé publique France.

En 2016, la commission a tenu quatre séances plénières. Son bureau a tenu six réunions téléphoniques, dont une restreinte entre la présidente et la coordonnatrice.

Elle a participé aux activités transversales du HCSP, notamment aux évaluations de plans ou programmes de santé portant sur des pathologies chroniques et à la réponse à des saisines pilotées par d'autres commissions, a finalisé un travail initié en 2011, et a engagé une expertise sur une saisine relative à la prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

ACTIVITES

• Participation aux travaux des groupes transversaux

La commission a participé aux travaux des groupes de travail suivants :

- Comité de rédaction de la revue *Adsp*.
- Groupe de travail constitué pour traiter une autosaisine du HCSP sur la place des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique.

- **Travaux réalisés**

- **Groupe de travail Diagnostic et prise en charge précoce des maladies chroniques**

En novembre 2011, la Commission spécialisée Maladies chroniques (CSMC) a été mandatée par le Collège du HCSP pour proposer des politiques de santé publique visant à réduire les carences de diagnostic et de prise en charge précoce des personnes atteintes de maladies chroniques et/ou de déficiences chroniques.

Le rapport du groupe de travail présidé par Liana Euller-Ziegler, installé le 24 janvier 2012, a été validé en Comex en janvier 2016.

- **Saisine en cours d'instruction**

- **Saisine de la DGS du 27 juin 2016 sur la prévention des démences**

Un groupe de travail a été constitué pour répondre à une saisine de la DGS du 27 juin 2016 relative à la prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, dont le projet avait fait l'objet d'une discussion en réunion du bureau de la Commission le 8 avril et lors des séances plénières du 12 mai et du 23 juin 2016.

Composé de membres de trois commissions du HCSP, la CSMC, la CSPEPS et la CSSP, ainsi que d'un expert extérieur, ce groupe de travail est présidé par Claudine Berr et s'est réuni à deux reprises en 2016.

Une première réunion a été consacrée principalement à l'audition de la DGS pour permettre à tous les membres du groupe de travail de mieux en cerner le champ et les principaux contours. Un programme d'auditions est en cours de construction, avec à ce jour treize acteurs du dispositif national et experts du domaine identifiés, et une première ébauche des questions à aborder. Les expériences étrangères, qui seront aussi explorées si possible dans le cadre du programme d'auditions, porteront sur les politiques publiques de prévention des démences menée au Canada, en Finlande, au Royaume-Uni, au Luxembourg et en Suède.

- **Réponse aux saisines**

Tout comme en 2015, la CSMC a contribué aux travaux permettant de répondre aux saisines suivantes :

- santé sexuelle et reproductive en collaboration avec la CSPEPS et la CSMT,
- bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale en collaboration avec la CSPEPS.

Un avis assorti d'un rapport sur la santé sexuelle et reproductive du 2 mars 2016, ont été publiés en avril 2016.

Elle participe également au groupe de travail piloté par la CSPEPS, constitué pour répondre à une saisine de la direction générale de la santé du 22 juillet 2016 relative aux repères nutritionnels du 4^{ème} Programme national nutrition santé (PNNS4).

- **Évaluations de plans ou programmes de santé**

En réponse à deux saisines de la Direction générale de la santé et à une saisine conjointe de la Direction générale de l'offre de soins et de la Direction générale de la recherche et de l'innovation, la CSMC a collaboré avec la CSESP pour la conduite de trois évaluations. Les

comités d'évaluation (Codev) *ad hoc* mis en place pour les mener ont bénéficié d'une animation avec un copilote de chacune des deux commissions.

La publication du rapport de l'évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer, menée entre 2013 et 2015 avec l'appui du *cabinet Cemka-Eval – Planète publique*, en mai 2016.

Les deux évaluations de plans finalisés en 2016 :

- **Évaluation du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015**

Les travaux ont été présidés pour la CSMC par Claudine Berr et par Viviane Kovess pour la CSESP, avec une assistance à maîtrise d'ouvrage par le *cabinet EY*.

Dans sa saisine en date du 25 novembre 2014, le Directeur général de la santé a demandé que soit portée une attention particulière au degré d'appropriation des orientations stratégiques du plan par les principaux effecteurs régionaux (Agences régionales de santé (ARS), professionnels, aidants, usagers). Les recommandations établies par le HCSP viendront appuyer les décisions de la DGS pour les suites à donner à ce plan, dans la perspective de la stratégie nationale de santé et du futur service territorial de santé mentale prévu dans la loi de modernisation de notre système de santé.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 se distingue par une rédaction centrée sur des objectifs stratégiques et une déclinaison confiée aux ARS autour de ces quatre axes « stratégiques » :

L'évaluation s'est déroulée entre avril 2015 et février 2016. Différentes sources ont été mobilisées : auditions multiples, retour de questionnaires envoyés aux 26 ARS en juillet 2015², données quantitatives, enquête qualitative réalisée entre septembre et octobre 2015 auprès des acteurs de cinq régions [Bretagne, Limousin, Franche-Comté, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)].

Une conférence d'évaluation, qui a eu lieu le 27 janvier, a mobilisé l'ensemble des acteurs impliqués et permis d'enrichir ou de nuancer les premiers constats qui avaient été tirés et le rapport a été publié en mai 2016.

- **Évaluation du plan national maladies rares 2**

L'évaluation du Plan national maladies rares 2 a été co-présidée par la CSESP, Franck Chauvin, et la CSMC, Elisabeth Monnet, avec l'appui des *cabinets Planète publique et Cemka-Eval*. Deux évaluations coordonnées ont été menées par le HCSP et l'HCERES sur saisines des ministères chargés de la santé et de la recherche. Le comité d'évaluation du HCSP a mené des auditions pour rencontrer les principaux acteurs du plan (19 auditions groupées et individuelles), collecté des contributions écrites et des données des différents organismes, Orphanet notamment. En outre, une étude qualitative sur les parcours des patients a consisté à examiner 24 « parcours de patients » : trois entretiens par parcours, quatre pathologies (ou groupes de pathologies) : maladies héréditaires métaboliques, drépanocytose, troubles du rythme cardiaque rares, sclérose latérale amyotrophique.

Une conférence d'évaluation a eu lieu le 21 janvier 2016, pour partager les premières conclusions des travaux.

PERSPECTIVES

Jusqu'à la fin du 2^e mandat du HCSP (14 mars 2017), les travaux de la commission concerneront la finalisation des réponses aux saisines et aux autosaisines dans le champ de compétences de la commission

² Instruction DGS/MC4/2015/244 du 17 juillet 2015 relative à la réalisation du bilan des actions régionales menées dans le cadre de l'évaluation du plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 par le Haut Conseil de la santé publique.

COMMISSION SPÉCIALISÉE RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

PRESENTATION

Président : Denis Zmirou-Navier

Vice-présidente : Francelyne Marano

Coordonnatrice : Kiran Ramgolam
jusqu'en septembre 2016

Chargée du suivi : Claudine Le Grand

La Commission spécialisée Risques liés à l'environnement (CSRE) se consacre 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 politiques publiques visant à la maîtrise de ces risques.

La CSRE conduit essentiellement des expertises relatives aux expositions liées aux milieux de vie et formule des préconisations pour éclairer les gestionnaires du risque (concentrations admissibles de polluants dans les milieux, niveau de risque à partir duquel des actions sont à entreprendre et énoncé des mesures appropriées) en associant aux objectifs de santé publique des considérations de faisabilité pratique, réglementaire, juridique, économique et d'impact social.

Elle donne également des avis sur des textes réglementaires, tels que :

- les projets d'arrêté ou de décret en matière d'environnement, notamment dans le contexte de la mise en œuvre de réglementations européennes ;
- les projets d'arrêté préfectoral portant prorogation de délai de travaux de désamiantage d'immeubles de grande hauteur et d'établissements recevant du public.

COMPOSITION

La Commission spécialisée Risques liés à l'environnement compte :

- 19 personnalités qualifiées avec voix délibérative de profils variés dans le domaine de la santé publique et des sciences de l'environnement (toxicologie, évaluation du risque, métrologie environnementale), de l'analyse des risques appliquée à certains domaines (santé au travail, qualité de l'eau, de l'air, hygiène de l'habitat, qualité des sols, gestion des déchets, nuisances sonores, risques infectieux environnementaux) et dans le domaine des sciences humaines et sociales (sociologie, économie, science politique, psychologie) ;
- 4 membres de droit sans voix délibérative : InVS (devenu Santé publique France), Anses, INCa et IRSN.

En 2016, la CSRE :

- a tenu six réunions plénières ;
- a animé dix groupes de travail.

ACTIVITES

L'activité de la CSRE est centrée sur la réponse à des saisines émanant de la Direction générale de la santé (DGS), à titre principal, et du ministère en charge de l'environnement.

Les travaux sont menés par des groupes d'experts de la CSRE associant en tant que de besoin des experts extérieurs et aboutissant à l'élaboration d'un avis assorti ou non d'un rapport du HCSP.

Tous les avis et rapports sont débattus et votés au cours des séances plénières de la CSRE, après analyse des liens d'intérêt de ses membres à partir de leurs déclarations publiques

d'intérêt, actualisées régulièrement et en fonction des ordres du jour, et consultables sur le site du HCSP.

En 2016, neuf saisines ont été attribuées à la CSRE, dont deux en lien avec les commissions spécialisées Maladies transmissibles et Sécurité des patients. Sept avis et cinq rapports ont été élaborés et adoptés.

• **Saisines et autosaisines et groupes de travail**

• **Mesures de gestion à mettre en place pour l'utilisation de la deltaméthrine dans les départements et territoire français d'Amérique pour la lutte anti-vectorielle**

La DGS a demandé au HCSP, dans une saisine du 30 décembre 2015, de déterminer les mesures de gestion spécifiques pour l'utilisation de la deltaméthrine comme moyen de lutte contre les moustiques adultes vecteurs du virus dans les départements français d'Amérique : mesures de protection individuelle des agents de lutte, suivi médical de ces agents, précautions à mettre en œuvre pour protéger la population dans les secteurs traités en intra et péri domiciliaire, et mesures environnementales.

Compte-tenu du contexte d'épidémie due au virus Zika alors déclarée en Martinique, qui débutait en Guyane et qui menaçait la Guadeloupe, la réponse était demandée en urgence.

Dans cet avis, le HCSP rappelle l'importance, dans la lutte anti-vectorielle intégrée, de l'élimination mécanique et biologique des gites larvaires et de l'adoption de mesures de protection individuelle, nécessitant une implication forte de la population, des élus locaux, des professionnels de santé et des pouvoirs publics.

Pour limiter la propagation du virus, le HCSP recommande la pulvérisation de deltaméthrine à l'intérieur des logements des personnes atteintes de Zika et dans les logements voisins, et indique les mesures de protection des personnes résidant dans les logements traités et des personnels en charge de l'aspersion. En milieu extérieur, la pulvérisation de deltaméthrine n'est pas recommandée car les concentrations d'insecticide nécessaires pour être efficaces contre les moustiques *Aedes aegypti* ne peuvent être atteintes, pouvant accroître le risque de résistance à l'insecticide, déjà élevé.

Le HCSP recommande également que les personnes infectées et leurs proches, ainsi que toutes les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, se protègent des piqûres de moustiques par l'utilisation :

- des répulsifs recommandés par le ministère en charge de la santé,
- de moustiquaires imprégnées à la perméthrine, l'alpha-cyperméthrine ou la deltaméthrine (sous réserve pour le dernier cas de l'obtention d'une dérogation à laquelle le HCSP est favorable) à longue durée d'action.

Un groupe de travail a été réuni en janvier 2016. L'avis a été validé le 18 janvier 2016 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

• **Expositions au trichloroéthylène présent dans l'air intérieur de logements des riverains du site Wippec à Romainville**

Le 26 novembre 2015, le Directeur général de la santé a saisi le HCSP pour qu'il formule un avis sur des éléments se rapportant à la pollution de l'air intérieur de pavillons riverains de l'ancien site industriel Wippec à Romainville, site pollué (notamment) au trichloroéthylène.

Dans un courrier du 29 décembre 2015 adressé à la DGS, puis dans son avis du 27 janvier 2016, le HCSP indique que les valeurs de référence proposées pour la gestion de la qualité de l'air intérieur dans son rapport de 2012³ restent d'actualité (valeur repère de qualité de l'air de 2 µg/m³ ; valeur d'action rapide de 10 µg/m³). Il appelle à ce que soit renseignée au plus vite la situation sur l'extension de la pollution de l'air intérieur sur l'ensemble des résidences situées au voisinage du site. Il rappelle que des mesures doivent être engagées sans délai pour soustraire les habitants exposés aux valeurs très élevées rapportées dans

³ HCSP. 2012. Valeurs repères d'aide à la gestion pour le trichloroéthylène dans l'air des espaces clos (Avis et rapport) ; disponible sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=279>

une étude datant du 22 novembre 2012, les actions de réduction des niveaux de contamination des logements devant être explorées dans un délai ne devant pas excéder 6 mois.

Un groupe de travail a été mobilisé en décembre 2015. L'avis a été validé le 27 janvier 2016 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **Propositions relatives à la gestion locale des situations de non-conformité de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine - Priorisation des recommandations (complément opérationnel du rapport rendu en 2015)**

A la suite d'une auto-saisine entérinée par le Comex et discutée avec le ministère en charge de la santé, un groupe de travail, bénéficiant de la participation de représentants de la DGS et de plusieurs ARS, avait été mis en place en 2012 pour formuler des propositions d'aide à la gestion des situations de non-conformité de l'eau du robinet aux normes de qualité. Ces situations, bien que peu fréquentes, peuvent conduire à un sentiment d'inégalité face au risque potentiel pour le consommateur et troubler la confiance du public dans la qualité de l'eau.

Dans un rapport validé le 3 septembre 2015⁴, le HCSP formulait de nombreuses recommandations qui visaient à :

- rendre transparente la gestion de ces situations de non-conformité et l'information du public, dans le but de prévenir une mauvaise interprétation des différentes situations locales,
- réduire les écarts entre les modes de gestion de ces situations adoptés dans les différentes ARS,
- réduire les inégalités dans l'accès à une eau de bonne qualité à un coût acceptable pour la population sur tout le territoire national.

Dans un complément opérationnel (rapport du 27 janvier 2016), le HCSP propose une priorisation des recommandations formulées dans le rapport du HCSP "Propositions pour la gestion locale des situations de non-conformité de la qualité de l'eau du robinet en France", permettant l'identification des préconisations jugées les plus importantes et/ou à mettre en œuvre le plus vite possible.

Le groupe de travail a été remobilisé en décembre 2015. Le rapport a été validé le 27 janvier 2016 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **Expositions au plomb - Détermination de nouveaux objectifs de gestion (note additionnelle au rapport de 2015)**

A la suite de la saisine du 15 octobre 2012 de la Direction générale de la santé, le HCSP a proposé de nouveaux objectifs de gestion des expositions au plomb dans son rapport de 2014⁵.

Préconisant une politique de réduction des expositions au plus bas niveau possible, il recommandait deux niveaux de plombémie pour organiser la prévention du saturnisme infantile :

- un niveau d'intervention rapide pour les plombémies égales ou supérieures à 50 µg/L, impliquant la déclaration obligatoire du cas, déclenchant une enquête environnementale et l'ensemble des mesures collectives et individuelles qui sont actuellement déclenchées lorsque la plombémie est égale ou supérieure à 100 µg/L ; il s'agirait donc de la nouvelle définition opérationnelle du saturnisme infantile ;
- un niveau de vigilance pour les plombémies égales ou supérieures à 25 µg/L ; son dépassement indique l'existence probable d'au moins une source d'exposition au plomb dans l'environnement et justifie une information des familles sur les dangers du plomb et les sources usuelles d'imprégnation, ainsi qu'une surveillance biologique

⁴ HCSP. 2015. Propositions relatives à la gestion locale des situations de non-conformité de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine (Rapport et synthèse). Disponibles sur :

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=526>

⁵ HCSP. 2014. Détermination de nouveaux objectifs de gestion des expositions au plomb (Rapport et synthèse) ; disponibles sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=444>

rapprochée, accompagnée de conseils hygiéno-diététiques visant à diminuer l'exposition.

En novembre 2015, le HCSP a été sollicité par la DGS pour apporter des éléments d'explication portant sur plusieurs points de ce rapport. Ces éléments ont fait l'objet d'une note technique complémentaire qui a été remise au commanditaire le 29 janvier 2016.

- **Propositions pour améliorer la prévention des risques pour la santé liés aux pollens allergisants**

En réponse à la saisine du 28 juillet 2015 de la DGS, le HCSP propose des messages sanitaires d'information et de recommandations à diffuser en prévision des épisodes de pollens allergisants pour prévenir les risques sanitaires qui y sont liés. Les allergies aux pollens concerneraient en effet 30 % des adultes en France, dont une partie ignore qu'elle est allergique aux pollens.

Les messages d'information sont destinés au grand public et aux professionnels de santé afin de leur faire connaître les risques polliniques et d'encourager la consultation, le dépistage et le recours aux soins des personnes ignorant leur allergie aux pollens.

Les recommandations sanitaires sont à diffuser auprès des personnes allergiques pour leur permettre d'adopter des comportements en vue de réduire leur exposition aux pollens allergisants et d'atténuer leurs symptômes.

Ces messages précisent également où trouver de l'information sur les pollens allergisants, les périodes d'exposition et les régions concernées.

Parmi les recommandations, le HCSP préconise l'élaboration d'une campagne nationale générale d'information sur les pollens et leurs effets (affiches, brochures papier, spots publicitaires) en lien avec des actions spécifiques telles que la journée de l'allergie, la journée de l'ambroisie, etc. Il rappelle également l'importance de mettre en place une évaluation de l'efficacité des actions de communication proposées.

Cet avis a fait l'objet d'une consultation des acteurs de terrain qui a permis d'améliorer ces messages.

Un groupe de travail a été mis en place en octobre 2015. L'avis a été validé le 28 avril 2016 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **Évaluabilité du PNSE3 – proposition d'objectifs de résultats, assortis d'indicateurs de résultat, pour les actions du PNSE3.**

Dans une saisine du 19 mai 2015, la Direction générale de la santé et la Direction générale de la prévention des risques (Ministère de l'environnement, du développement durable et de l'énergie - MEDDE) demandent au HCSP de proposer des indicateurs de résultats pour les actions du plan national santé-environnement (PNSE) 3 qui permettraient à terme d'évaluer l'efficacité, voire l'impact du plan. Ce travail fait suite à l'évaluation du PNSE2 par le HCSP et publié en 2013⁶.

Un Comité pour l'évaluabilité (Copev) du PNSE3 a été mis en place en octobre 2015, composé de membres de la CSRE, d'autres commissions spécialisées du HCSP et d'experts extérieurs. Un rapport d'étape, validé par le président du HCSP le 16 mars 2016, a été transmis aux commanditaires. Le rapport pré-final, soumis pour avis à des relecteurs extérieurs au début de l'été puis adopté par le Copev, a été soumis le 21 septembre 2016 à la CSRE (cf. infra avis et rapports validés) et présenté aux commanditaires le 19 octobre 2016.

Permettant de donner un caractère plus opérationnel aux actions du Plan, le rapport d'évaluabilité du PNSE3 a porté une attention particulière à la qualité et à l'accessibilité des nombreuses bases de données environnementales ou sanitaires existantes afin de s'assurer qu'elles pourront renseigner les indicateurs de résultats du Plan ; si besoin, des préconisations ont été formulées pour répondre aux lacunes identifiées. Il est prévu une validation du document final par le COMEX du HCSP le 1^{er} décembre 2016.

⁶ HCSP. 2013. Evaluation du PNSE2 (Rapport et synthèse) ; disponibles sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=379>

- **Expositions au plomb : recommandations de dépistage et de prise en charge**

Dans la saisine du 16 juillet 2015, la DGS sollicite le HCSP pour formuler des recommandations sur les facteurs de risque et les signes cliniques conduisant à la prescription d'une plombémie chez les enfants de moins de sept ans et les femmes enceintes ainsi que sur les modalités de prise en charge de ses populations lorsqu'elles ont bénéficié d'une plombémie.

Dans son rapport de juillet 2014⁷, le HCSP avait préconisé de nouveaux objectifs de gestion des expositions au plomb, dans lequel sont proposés un seuil de vigilance fixés à 25 µg/L de plomb dans le sang et un abaissement du seuil de déclaration obligatoire des cas de saturnisme à 50 µg/L. Ces valeurs sont entrées en vigueur à la suite de la parution de l'arrêté du 8 juin 2015⁸.

Le travail demandé au HCSP vise à actualiser le guide de dépistage et de prise en charge des intoxications par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte (DGS, 2006).

Un groupe de travail a été mis en place en octobre 2015. Il rendra ses conclusions au cours de l'année 2017.

- **Projet de décret en Conseil d'État relatif au transfert de la toxicovigilance**

En réponse à une saisine du 10 juin 2016 de la DGS, le HCSP a rendu un avis favorable sur un projet de décret en Conseil d'État relatif au transfert de la toxicovigilance de l'ex-Institut de veille sanitaire (maintenant Santé publique France) à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

Un groupe de travail a été mis en place en juin 2016. L'avis a été validé le 7 juillet 2016 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et au logement**

Par la saisine du 17 juin 2016, les ministères en charge de la santé (Direction générale de la santé) et de l'environnement (Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature ; Direction générale des infrastructures, des transports et de la mer) demandent au HCSP :

1 - d'établir un état des lieux critique (forces, faiblesses) des outils actuellement disponibles en France et à l'étranger pour permettre la prise en compte et l'évaluation des impacts sur la santé au niveau des territoires, éventuellement des impacts économiques associés (pour chaque outil sont à préciser le ou les dispositifs de planification locale dans le(s)quel(s) il pourrait être utilisé parmi les documents de planification [schéma de cohérence territoriale (SCOT), plan local d'urbanisme (PLU), et plan de déplacements urbains (PDU)]) ;

2 - de définir et décrire les données socio-économiques et sanitaires (dont les données économiques associées) pertinentes pour guider les choix des décideurs dans l'élaboration de leur projet. Sont à décrire également les outils et indicateurs à développer pour répondre à ces besoins s'ils n'existent pas encore.

Les propositions sont à hiérarchiser en fonction de leur utilité et de leur pertinence pour la prise de décision dans l'élaboration ou la révision des documents de planification ;

3 - de formuler des recommandations éventuelles quant à l'élaboration de tels outils, indicateurs ou données ;

4 - de proposer toute recommandation utile afin de renforcer la prise en compte des enjeux de santé, et des enjeux économiques associés, dans les dispositifs de planification locale.

⁷ HCSP. 2014. Détermination de nouveaux objectifs de gestion des expositions au plomb (Rapport et synthèse) ; disponible sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=444>

⁸ Arrêté du 8 juin 2015 modifiant le modèle de la fiche de notification figurant à l'annexe 27 de l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique ; disponible sur :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DBEF9323BCFB55131093FC435540BE79.tpdila07v_3?cidTexte=JORFTEXT000030732479&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000030732239

Un groupe de travail a été constitué en octobre 2016. La remise du rapport est prévue pour octobre 2017.

- **Projets de décret et d'arrêté sur la lutte contre les ambroisies**

Par la saisine du 5 août 2016, la DGS demande l'avis du HCSP sur un projet de décret et un projet d'arrêté, pris en application de nouvelles dispositions introduites dans le code de la santé publique par la loi de modernisation de notre système de santé (article 57) et relatifs à la lutte contre les ambroisies.

Le projet de décret, prévu par l'article L.1338-1, doit être pris après avis du HCSP, du Conseil national de protection de la nature (CNPN) et du Conseil national d'orientation de la politique sanitaire animale et végétale (CNOPSAV) ; il fixe la liste des espèces végétales et animales dont la prolifération constitue une menace pour la santé humaine et définit les mesures susceptibles d'être prises pour éviter leur apparition ou lutter contre leur prolifération.

Le projet d'arrêté des ministres chargés de la santé, de l'environnement et de l'agriculture, prévu par l'article L.1338-2, a pour objet d'interdire ou limiter l'introduction, le transport, l'utilisation, la mise en vente, la vente ou l'achat, sous quelque forme que ce soit, d'une espèce figurant dans la liste fixée par le décret susmentionné.

Un groupe de travail a été constitué en août 2016. L'avis a été validé le 21 septembre 2016 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **Projets de décret et d'arrêté relatifs à l'encadrement des installations collectives de brumisation d'eau (art. 51 LMSS)**

Cette saisine de la DGS en date du 22 août 2016 sollicite l'avis sur un projet de décret relatif à la prévention des risques sanitaires liés aux systèmes collectifs de brumisation d'eau et sur l'arrêté qui en découle.

Le projet de décret a pour objectif de définir les conditions d'utilisation des systèmes collectifs de brumisation d'eau utilisés dans les établissements recevant du public et les lieux accessibles au public.

- Il introduit pour les systèmes qui seront mis en service après le 1^{er} juillet 2018 des obligations pour éviter le retour d'eau et protéger les réseaux de distribution ; des précautions pour éviter une élévation anormale de la température de l'eau ; une obligation de nettoyage et de désinfection après tout arrêt d'utilisation supérieur à six semaines.
- Un contrôle de la qualité de l'eau sera à mettre en place cas d'alimentation par un réseau de distribution publique autre que le réseau d'eau destinée à la consommation humaine.
- Une surveillance de la qualité de l'eau du système est instaurée pour le paramètre *Legionella* selon la norme NF T90-431, par un laboratoire accrédité, avec des limites de fonctionnement entre 10 UFC/L et 1000 UFC/L en *Legionella pneumophila*

Le projet d'arrêté définit les exigences techniques et sanitaires, dont les modalités de surveillance, applicables aux systèmes collectifs de brumisation d'eau utilisés dans les établissements recevant du public et les lieux accessibles au public.

- **Projet de décret en CE relatif à la prévention des risques liés aux niveaux sonores élevés de la musique amplifiée et aux bruits de voisinage (art. 56 LMSS)**

Par saisine du 18 août 2016, la DGS a sollicité le HCSP sur un projet de décret en Conseil d'État fixant des dispositions destinées à prévenir les risques liés aux niveaux sonores élevés de la musique amplifiée et aux bruits de voisinage en application de l'article 56 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Cette demande d'avis concerne la partie du projet de décret spécifique aux modifications apportées au code de la santé publique, et notamment à ses évolutions concernant la prévention des risques auditifs liés aux niveaux sonores élevés de la musique amplifiée, qui donneront lieu à un projet d'arrêté abrogeant l'arrêté du 15 décembre 1998.

Le projet de texte fait suite à un rapport rendu par le HCSP en septembre 2013 (Expositions aux niveaux sonores élevés de la musique : recommandations sur les niveaux acceptables : <http://hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=378>), préconisant en particulier le respect de niveaux sonores adaptés au public accueilli, ainsi que leur enregistrement et affichage en continu par les organisateurs de l'activité à l'origine des émissions sonores.

- **Projet de décret relatif à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants et à la sécurité des sources de rayonnements ionisants contre les actes de malveillance**

Ce projet de décret vise à transposer la directive 2013/59/Euratom fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants pour les dispositions concernant le code de la santé publique et le code de l'environnement.

Il prend aussi des dispositions concernant la sécurité des sources de rayonnements ionisants contre les actes de malveillance, en application de l'ordonnance n°2016-128 du 10/02/2016.

Le projet de texte a été soumis à la consultation du public courant septembre 2016.

La saisine du HCSP par le ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer est prévue courant décembre 2016.

- **Demande de prolongation de dérogation à l'interdiction d'addition de radionucléides de la société Ciments Lafarge, pour 3 sites dotés d'analyseurs neutroniques pour les ciments**

La saisine du HCSP par le ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer est prévue courant décembre 2016.

REPONSES AUX SAISINES

• Avis et rapports du HCSP adoptés par la CSRE

- **Mesures de gestion à mettre en place pour l'utilisation de la deltaméthrine dans les départements et territoire français d'Amérique pour la lutte anti-vectorielle**
Avis du 18 janvier 2016 rendu en réponse à la saisine en urgence du 30 décembre 2015 de la DGS.
- **Expositions au trichloréthylène présent dans l'air intérieur de logements des riverains du site Wipotec à Romainville**
Avis du 27 janvier 2016 rendu en réponse à la saisine du 26 novembre 2015 de la DGS.
- **Propositions relatives à la gestion locale des situations de non-conformité de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine – Priorisation des recommandations (complément opérationnel du rapport rendu en 2015)**
Rapport du 27 janvier 2016 – complément opérationnel au rapport du HCSP "Propositions pour la gestion locale des situations de non-conformité de la qualité de l'eau du robinet en France" rendu en 2015 à la suite d'une autosaisine de la CSRE de 2012.

- **Expositions au plomb - Détermination de nouveaux objectifs de gestion (note technique complémentaire au rapport de 2015)**
Note technique du 29 janvier 2016 complémentaire au rapport du HCSP “objectifs de gestion des expositions au plomb” de 2014 rendu en réponse à la saisine du 15 octobre 2012 de la DGS.
- **Propositions pour améliorer la prévention des risques pour la santé liés aux pollens allergisants**
Avis du 28 avril 2016 rendu en réponse à la saisine du 28 juillet 2015 de la DGS.
- **Évaluabilité du PNSE3 – proposition d'objectifs de résultats, assortis d'indicateurs de résultat, pour les actions du PNSE3**
Rapport d'étape du 16 mars 2016 rendu en réponse à la saisine du 19 mai 2015 de la Direction générale de la santé et de la Direction générale de la prévention des risques (Ministère de l'environnement, de l'énergie - MEDDE) ;
Rapport final validé par le COMEX du HCSP le 1er décembre 2016.
- **Projet de décret en Conseil d'État relatif au transfert de la toxicovigilance**
Avis du 7 juillet 2016 rendu en réponse à la saisine du 10 juin 2016 de la DGS.
- **Projets de décret et d'arrêté relatifs à la lutte contre les ambroisies**
Avis du 21 septembre 2016 rendu en réponse à la saisine du 5 août 2016.
- **Projets de décret et d'arrêté relatifs à l'encadrement des installations collectives de brumisation d'eau (art. 51 LMSS)**
Avis du 21 septembre 2016 rendu en réponse à la saisine du 22 août 2016.
- **Projet de décret en CE relatif à la prévention des risques liés aux niveaux sonores élevés de la musique amplifiée et aux bruits de voisinage (art. 56 LMSS)**
Avis du 10 novembre 2016 rendu en réponse à la saisine du 18 août 2016.

PERSPECTIVES

Jusqu'à la fin du 2^e mandat du HCSP (14 mars 2017), les travaux de la commission concerneront la finalisation des réponses aux saisines et aux autosaisines dans le champ de compétences de la commission

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

PRESENTATION

Président : Bruno Grandbastien

Coordonnatrice : Ann Pariente-Khayat

Vice-président : Philippe Michel

Chargée du suivi : Claudine Le Grand

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

COMPOSITION

La Commission spécialisée Sécurité des patients compte :

- 15 personnalités qualifiées avec voix délibérative
- cinq membres de droit sans voix délibérative : ABM, ANSM, EFS, HAS, Santé publique France.

De nouveaux représentants de l'Agence de la biomédecine et de Santé publique France ont été désignés respectivement en mai 2016 et en août 2016. L'ANSM a été représentée jusqu'en mars 2016 et n'a pas désigné de nouveau représentant depuis cette date.

ACTIVITES

En 2016, la commission a tenu quatre séances plénières.

Ses activités ont été constituées principalement par :

- les réponses aux dix saisines qui ont émané de la DGS et une de l'Autorité de sûreté nucléaire, en lien avec la CSMT et/ou la CSRE pour certaines d'entre elles.
- sa participation à des groupes transversaux du HCSP : bilan des CS du HCSP 2011-2016 ; groupements hospitaliers de territoire et santé publique, ...

Elle contribue en tant que de besoin, en lien avec la CSMT, aux travaux des groupes pérennes « Maladie à virus Ebola » et « Grippe, coronavirus et autres virus respiratoires ».

REPONSES AUX SAISINES

• Avis et rapports adoptés par la CSSP en 2016

- **Projet de décret et un projet d'arrêté dans le champ des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRIA)**

Saisine DGS du 4 janvier 2016.

Le HCSP a été sollicité sur deux points :

1. Concernant la liste figurant dans le projet d'arrêté et relative aux déchets ne pouvant être pris en charge sur les installations de prétraitement par désinfection, le HCSP est questionné quant à la pertinence d'étendre cette liste aux déchets susceptibles de contenir l'ensemble des agents biologiques du groupe 4, mentionnés par l'arrêté du 18 juillet 1994 fixant la liste des agents biologiques pathogènes ;
2. Les prescriptions relatives à la surveillance des installations de prétraitement mentionnées dans le projet d'arrêté, sur la base de l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) du 16 novembre 1999 relatif au contrôle de l'efficacité des appareils de désinfection de déchets d'activités de soins à risques infectieux [5], et de la norme NF X 30-503 : Février 2016 « Réduction des risques microbiologiques et mécaniques des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés par les appareils de prétraitement par désinfection » [6].

Dans son avis, le HCSP rappelle le caractère multiple de la problématique de l'élimination des DASRIA, à la fois écologique, infectieux mais aussi économique (économies potentielles pour les établissements producteurs de DASRIA) et sociétal (perception du citoyen vis-à-vis des déchets prétraités).

Il incite les établissements à mettre en place, comme pour la filière DASRIA, des filières spécifiques pour l'élimination des déchets présentant des propriétés de danger telles que définies dans le Règlement n°1357/2014 - Décision de la Commission du 18 décembre 2014 - si celles-ci ne sont pas déjà mises en place. Le devenir des déchets selon leur nature et suivant les différentes filières adaptées doit être connu des professionnels des établissements et le respect des procédures régulièrement vérifié.

Ces recommandations ont été élaborées avec des experts de la CSRE et de la CSMT.

Avis du 4 avril 2016

• Risques sanitaires liés à la pratique de la fish therapy

Saisine DGS du 2 novembre 2015.

Il était demandé au HCSP d'évaluer les risques sanitaires liés à la pratique de la « Fish therapy » dans l'objectif d'élaborer un encadrement réglementaire de cette activité.

S'il existe un risque infectieux potentiel lié à cette pratique, les données disponibles ne permettent pas de quantifier ce risque au-delà de quelques cas rapportés et des études microbiologiques de l'eau.

Dans ces conditions, le HCSP recommande les mesures de précaution suivantes :

- Ne plus utiliser la terminologie « Fish therapy » suggérant une efficacité thérapeutique médicale.
- Informer les médecins (dermatologues, infectiologues, généralistes,...) de l'absence d'efficacité de cette pratique pour la prise en charge de l'eczéma ou du psoriasis, ainsi que des risques potentiels d'infections compte-tenu de la nature des bactéries isolées dans les rares études. Envisager une information complémentaire du public au cabinet médical ou lors de la prise en charge dans les centres pratiquant cette activité.
- Informer les professionnels de santé sur le risque potentiel faible mais non nul lié à cette pratique récréative, en particulier pour les personnes ayant des facteurs de risque d'infection (diabète, immunodépression). Inciter les professionnels de santé à signaler les cas suspects d'infection afin qu'ils bénéficient d'investigations approfondies.

- Encadrer cette pratique avec des contrôles sanitaires réguliers dont les modalités sont à définir avec les services compétents.
- Réévaluer régulièrement les risques en fonction des nouveaux cas rapportés.

Avis du 17 mai 2016.

- **Projet de décret en Conseil d'État relatif aux conditions de confidentialité des informations transmises sur la vaccination contre l'hépatite B des thanatopracteurs.**

Saisine DGS du 18 avril 2016.

Cette saisine s'inscrit dans le contexte de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 214) qui introduit dans le chapitre « Vaccinations » de la partie « Lutte contre les maladies et dépendances » du code de la santé publique, un article L.3111-4-1. Cet article inscrit une nouvelle obligation vaccinale pour ces professionnels dans le code de la santé publique à la suite des recommandations du HCSP du 20 décembre 2012 sur les conditions d'exercice de la thanatopraxie.

Le projet de décret précise les conditions d'application de l'obligation vaccinale chez les thanatopracteurs en formation ou en exercice ainsi que les modalités de transmission de la réalisation de cette vaccination.

Pour le HCSP, il est important de vérifier que les thanatopracteurs sont immunisés contre l'hépatite B, à l'instar des professionnels de santé mentionnés à l'article L.3111-4-1 du CSP, compte-tenu d'un risque d'exposition particulièrement important.

Le HCSP recommande de rappeler dans ce décret les conditions d'immunisation selon l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du CSP. La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie selon les modalités décrites dans l'annexe I (Conditions d'immunisation contre l'hépatite B) et l'annexe II (Conduite à tenir si une personne présente un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/l après avoir reçu un schéma complet de vaccination contre l'hépatite B) de cet arrêté. Une infection en cours ou ancienne, prouvée par sérologie au virus de l'hépatite B rend inutile la vaccination contre l'hépatite B, sans interdire l'exercice de la profession.

La seule mention de la vaccination contre l'hépatite B est ainsi restrictive.

Avis du 17 mai 2016

- **Projet de décret en Conseil d'État relatif au transfert de la toxicovigilance**

En réponse à une saisine du 10 juin 2016 de la DGS, le HCSP a rendu un avis favorable sur un projet de décret en Conseil d'État relatif au transfert de la toxicovigilance de l'ex-Institut de veille sanitaire (devenu Santé publique France) à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

Les experts de la CSSP et de la CSRE ont été associés pour l'élaboration de cet avis.

Avis du 7 juillet 2016

- **Modification de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique relatif aux obligations vaccinales des professionnels de santé**

Saisine DGS du 8 février 2016.

Il est demandé au HCSP de préciser les conditions d'immunisation des professionnels ou étudiants visés par l'article L. 3111-4, en tenant compte de la nécessité d'assurer la plus grande sécurité des patients dans les trois secteurs de l'offre de soins (ville, établissements de santé, secteur médico-social), notamment en prenant en considération la question des porteurs chroniques du virus de l'hépatite B.

Cette saisine intervient alors qu'une concertation citoyenne nationale a été engagée sur le principe même de l'obligation vaccinale. Les suites données à l'avis du HCSP sont susceptibles d'être impactées par les conclusions de ce débat.

De plus, les arguments et préconisations de cet avis sont limités aux vaccinations obligatoires ou recommandées pour les professionnels en milieu de soins, et ne doivent pas être extrapolés à la population générale. Ainsi, toute proposition éventuelle de levée d'une obligation vaccinale en milieu professionnel ne doit en aucun cas être considérée comme

une remise en question de l'intérêt de cette vaccination, ni pour les professionnels ciblés dans cet avis, ni en population générale.

Le HCSP rappelle à ce propos qu'il encourage et s'associe à toute action visant à améliorer la couverture vaccinale en population générale, actuellement insuffisante pour certaines maladies pouvant être prévenues par la vaccination, et à promouvoir la vaccination auprès des professionnels de santé pour leurs patients.

En préambule, le HCSP considère que toute décision de rendre ou de maintenir obligatoire une vaccination pour des professionnels de santé ne doit s'appliquer qu'à la prévention d'une maladie grave avec un risque élevé d'exposition pour le professionnel, un risque de transmission à la personne prise en charge et avec l'existence d'un vaccin efficace et dont la balance bénéfices-risques est largement en faveur du vaccin.

Enfin, une obligation vaccinale temporaire devrait pouvoir être introduite dans des situations épidémiques ou faisant craindre la survenue d'une épidémie, visant les professionnels de santé voire la population générale.

Avis du 27 septembre et du 7 octobre 2016

- **Projet d'arrêté fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales**

Saisine DGS du 26 juillet 2016.

Ce projet d'arrêté s'appuie sur l'avis du HCSP du 4 octobre 2010. Il fixe les listes des infections transmissibles qui, pour des raisons de santé publique, obligent à une mise en bière immédiate en cercueil hermétique ou simple, prolongent la possibilité de transport sans mise en bière afin de réaliser une autopsie médicale, et interdisent les soins de conservation. Il fait également suite aux réflexions portant sur la levée de l'interdiction des soins de conservation sur les personnes atteintes au moment de leur décès du VIH, du VHB ou du VHC et, à ce titre, il s'intègre dans les projets de textes permettant un renforcement de la sécurité sanitaire des actes de thanatopraxie, sur lesquels le HCSP a déjà été amené à donner un avis en 2012.

L'avis a été élaboré en lien avec la CSMT.

Avis des 9 et 27 septembre 2016.

- **Mesures à prendre en lien avec l'émergence d'une résistance plasmidique à la colistine (*mcr-1*) chez les entérobactéries**

Saisine DGS du 4 août 2016.

Cette saisine du HCSP intervient en raison de la notification récente aux États-Unis de deux cas de patients porteurs d'*Escherichia coli* avec le gène *mcr-1*, susceptible d'entraîner une résistance à la colistine et de la signalisation le 25 juillet 2016 par le laboratoire de l'Institut Pasteur à Nouméa (Nouvelle-Calédonie) de la première détection en France d'une souche d'entérobactérie porteuse du gène *mcr-1* de résistance plasmidique à la colistine, également productrice d'une bêta-lactamase à spectre étendu.

Afin que les mesures nécessaires soient mises en place dans les meilleurs délais au sein des établissements de santé, la DGS demande au HCSP d'actualiser la définition des BHRe et les modalités d'identification afin de tenir compte de l'évolution de l'épidémiologie de la résistance de ces bactéries.

Dans un premier avis du 27 septembre 2016, le HCSP recommande dans un premier temps les mesures suivantes :

- Tester la résistance à la colistine et rechercher la présence du gène *mcr-1* chez toute souche d'entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC) isolée :
 - soit lors d'un dépistage systématique à l'admission d'un patient aux antécédents d'hospitalisation hors territoire métropolitain dans l'année, avec ou sans rapatriement direct,
 - soit dans un prélèvement à visée diagnostique en cours d'hospitalisation dans un contexte nécessitant le recours à la colistine.

- Mettre en œuvre des précautions complémentaires d'hygiène en plus des précautions standard pour la prise en charge d'un patient porteur d'une entérobactérie présentant le gène *mcr-1*, à l'instar de ce qui est recommandé pour les BHRe.
- Procéder au signalement dans le cadre du dispositif des infections nosocomiales et adresser la souche au Centre national de référence (CNR) de la résistance aux antibiotiques.
- Mettre en œuvre des études épidémiologiques nationales de prévalence de la résistance à la colistine et de la présence du gène *mcr-1* chez les entérobactéries à partir des données des laboratoires de biologie de ville et hospitaliers.

Un avis complémentaire, soumis à validation de la CSSP du 6 décembre 2016, répond à la seconde question de la saisine relative aux modalités d'identification des souches d'entérobactéries résistantes à la colistine par présence du gène de résistance *mcr-1*.

A l'occasion de la diffusion de cet avis, le HCSP a révisé et actualisé le chapitre « Dépistage et diagnostic microbiologique des BHRe » des recommandations pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) » publiées en 2013 (<http://hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=372>)

Avis du 27 septembre 2016.

CONSULTATIONS

- **Projet de décision de l'Autorité de sûreté nucléaire relative à la formation continue des professionnels de santé à la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants**

L'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) a entrepris de refondre, en lien avec les professionnels concernés, l'arrêté du 18 mai 2004 qui encadre la formation continue des professionnels de santé à la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants. Dans ce cadre, l'ASN a lancé une consultation en avril 2016 sur un projet de décision technique qui devra être homologuée par le ministre en charge de la santé.

Après discussion entre les experts des commissions Sécurité des patients et Risques liés à l'environnement, un courrier du président du HCSP a été adressé le 25 mai 2016 à l'ASN indiquant qu'aucune expertise spécifique n'était mobilisable au sein du HCSP pour commenter ce projet technique.

- **Projet de décret d'application de l'article L.1413-14 du code de la santé publique relatif à la déclaration obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)**

Le HCSP a été consulté en mai 2016 par la DGS sur ce projet de décret qui s'inscrit dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ce texte soumis à concertation fixe les modalités de déclaration des EIGS à l'agence régionale de santé, il donne une définition des EIGS et décrit le circuit de cette déclaration. En outre, ce projet fixe les missions et les modalités de désignation et de fonctionnement des structures régionales d'appui (SRA) à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Ces structures sont susceptibles d'apporter une aide méthodologique et d'expertise aux établissements de santé et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, lors des étapes de la déclaration des EIGS, de leur analyse approfondie et de la mise en place de mesures correctives.

L'objectif de ce dispositif est d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

La contribution de la CSSP a été formalisée par courrier co-signé par le président du HCSP et le président de la CSSP le 20 juin 2016.

• Travaux en cours

• Conditions d'intervention des thanatopracteurs à domicile

Saisines DGS du 19 juillet et du 24 octobre 2016

La première saisine du 19 juillet 2016 a sollicité l'avis du HCSP sur les projets de textes (décret et arrêté) concernant les conditions d'intervention des thanatopracteurs pris en application de l'article 214 de la loi n° 2016-46 de modernisation de notre système de santé. Dans l'avis du 1^{er} septembre 2016, les recommandations essentielles du HCSP portent sur les conditions d'intervention des thanatopracteurs avec des soins devant être réalisés dans des locaux spécifiquement dédiés et adaptés et donc ne pouvant pas être réalisés à domicile. Concernant les conditions de vaccination des thanatopracteurs, cet avis fait référence dans son annexe à l'avis du HCSP relatif au projet de décret en Conseil d'État relatif aux conditions de confidentialité des informations transmises sur la vaccination contre l'hépatite B des thanatopracteurs en date du 17 mai 2016.

Cet avis a été rendu en urgence car la DGS rencontrait les professionnels de la thanatopraxie le 6 septembre 2016 pour une présentation des orientations en matière d'encadrement de la pratique des soins de conservation à domicile.

Lors de la discussion de la loi de modernisation sur le système de santé, l'interdiction de la pratique des soins de conservation à domicile n'a pas été retenue par le législateur. S'agissant d'une pratique existante, il revient en effet au gouvernement de l'encadrer pour des raisons de santé publique et de responsabilités.

C'est dans ce contexte que la DGS a de nouveau sollicité le HCSP, le 24 octobre 2016, pour une aide à la gestion et à la maîtrise des risques concernant les conditions d'intervention des thanatopracteurs lorsqu'ils interviennent à domicile.

Une réponse est attendue pour fin décembre 2016.

• Participation à des groupes de travail et à des manifestations hors HCSP

Bruno Grandbastien a représenté le HCSP en sa qualité de président de la CSSP aux :

• Groupe de travail

- Comité de coordination du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) – InVS (devenu Santé publique France).

• Colloques, congrès, séminaires

- Congrès de la SF2H, Nantes, 1^{er} au 3 juin 2016, « Actualités du HCSP », « Qu'avons-nous appris des crises sanitaires ? »
- Séminaire d'institutionnalisation de la sécurité des patients en Afrique de l'Ouest, Dakar, 27-28/10/2016 « La sécurité des patients » : « L'expérience française du HCSP ».

Yves Auroy, membre qualifié de la CSSP, a présenté, dans le cadre du Séminaire du HCSP « De l'expertise à la prise de décision en santé publique », une communication sur le thème « Patients à haut risque vital » (Paris, 13 décembre 2016).

PERSPECTIVES

Jusqu'à la fin du 2^e mandat du HCSP (14 mars 2017), les travaux de la commission concerneront la finalisation des réponses aux saisines et aux autosaisines dans le champ de compétences de la commission.

COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRESENTATION

Président : Zeina Mansour

Vice-président : Didier Febvrel

Coordonnatrice :

Régine Lefait-Robin
(jusqu'en septembre 2016)

Annette Colonnier
(à compter de septembre 2016)

Secrétariat : Catherine de Pretto
(jusqu'en octobre 2016)
Nawale Lamrini

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

- **déterminants** individuels et collectifs des comportements affectant la santé ;
- **actions** 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 ;
- **Politiques publiques** susceptibles de promouvoir la santé des populations considérées.

COMPOSITION

La commission est composée de :

- 13 personnalités qualifiées avec voix délibérative ;
- 3 membres de droit sans voix délibérative : INCa, HAS et l'INPES intégré dans Santé publique France depuis mai 2016.

ACTIVITES

Groupes de travail et commissions plénières

En 2016, la CSPEPS a tenu huit réunions plénières.

Le CSPEPS a piloté plusieurs groupes de travail sur les thématiques suivantes : la stratégie santé sexuelle et de la reproduction, la révision du carnet de santé de l'enfant, l'évaluation des bénéfices-risques de la cigarette électronique et l'élaboration de recommandations sur les repères nutritionnels actuels et pour le futur Plan national nutrition santé 4 (PNNS4).

• **Participation aux travaux des groupes transversaux**

- Évaluation du plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 copilotée par la CSPEPS avec la commission CSESP, évaluation des 10 ans de politique de lutte contre le cancer couverts par les deux premiers plans de lutte contre le cancer, évaluation du PNSE3,
- Politique en temps de crise et inégalités sociales de santé,
- Place du vaccin Gardasil® 9 dans la prévention de l'infection par le papillomavirus,
- Prévention des démences (Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées),
- Groupement hospitalier de territoire (GHT) et santé publique,
- Bilan de la 2^{ème} mandature du HCSP,

- Comité de rédaction de la revue *Adsp*, dont le dossier du numéro 96 (septembre 2016) a été consacré à la santé sexuelle et de la reproduction.

• **Présentations des avis du HCSP aux organismes partenaires**

- à la Conférence nationale de santé : évaluation du plan de prévention du suicide ;
- au Conseil national du Sida : évaluation du plan national de lutte contre le sida et rapport sur la santé sexuelle et reproductive ;
- à la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant : révision du carnet de santé de l'enfant.

• **Participation à des groupes de travail et manifestations hors HCSP**

Plusieurs membres de la CSPEPS sont intervenus dans différents colloques ou séminaires :

- Premières rencontres de Santé publique France, les 7 et 8 juin 2016,
- 2^e journée internationale sur l'innovation et la recherche en éducation à la Santé Sexuelle et aux Droits Humains La santé sexuelle des Femmes au cœur des Droits de l'homme.
- congrès Adelf-Epiter 7-9 septembre 2016.

La CSPEPS a aussi participé à la table ronde « Prévention et réduction des risques » lors du séminaire organisé par le HCSP le 13 décembre 2016, sur le thème « De l'expertise à la prise de décision en santé publique ».

• **La mise en œuvre du programme de travail de la Commission**

• **Santé sexuelle et reproductive**

Un groupe de travail transversal, composé de membres de la CSPEPS, de la CSMT et de la CSESP, a été mis en place pour répondre à une saisine de la DGS. Un avis intermédiaire a été rendu à la DGS au mois de novembre 2015.

Le champ de la problématique est constitué de domaines multidisciplinaires : l'éducation à la sexualité, la santé maternelle et infantile, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, les IST dont le VIH, les violences sexuelles dans leur impact sur la santé, la stérilité, l'aide médicale à la procréation et les questions liées aux droits en lien avec la sexualité, aux genres et orientations sexuelles, ainsi que les interactions de ces sujets entre eux. Les travaux ont été finalisés en mars 2016 et le rapport final ainsi que l'avis publiés en avril 2016.

• **Révision du carnet de santé de l'enfant**

Afin de répondre à la saisine de la DGS, les travaux ont été menés conjointement avec le CTV, la CSMT et la CSMC. L'avis a été finalisé en mai et publié en juillet 2016.

Dans son avis, le HCSP émet des recommandations détaillées pour actualiser le carnet de santé qui portent notamment sur les âges-clés des examens de santé de 0 à 18 ans et sur leur contenu ; les courbes anthropométriques et l'importance du suivi de la croissance ; le contenu et la forme des trois certificats de santé obligatoires.

Le HCSP recommande également de maintenir le calendrier vaccinal dans le carnet de santé sous la forme d'une « carte postale » amovible telle que celle produite actuellement par Santé publique France ; d'actualiser les différentes rubriques du carnet de santé et en particulier les messages de prévention et d'apporter des modifications à la structure générale du carnet de santé et de prévoir sa dématérialisation.

De plus, le HCSP recommande qu'une campagne d'information rappelant l'intérêt du carnet de santé de l'enfant soit menée auprès du grand public et des professionnels de santé lors de la parution de la nouvelle version.

- **Bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette, étendus en population générale : révision de l'avis produit en avril 2014 par le HCSP**

À la suite d'une saisine conjointe de la DGS et de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), l'avis du 25 avril 2014 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique a été actualisé et publié en février 2016.

Des travaux du HCSP, il ressort que la cigarette électronique peut être considérée comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac des fumeurs mais pourrait constituer une porte d'entrée dans le tabagisme ; elle induit un risque de re-normalisation de la consommation de tabac compte-tenu de l'image positive véhiculée par son marketing et sa visibilité dans les espaces publics.

Le HCSP recommande d'informer, sans en faire publicité, les professionnels de santé et les fumeurs que la cigarette électronique est une aide à l'arrêt du tabac et un mode de réduction des risques du tabac en usage exclusif et de maintenir les modalités d'interdictions de vente et de publicité prévues par la loi et d'étendre l'interdiction d'utilisation à tous les lieux affectés à un usage collectif.

Le HCSP invite au renforcement du dispositif observationnel du tabagisme, à la réalisation d'études épidémiologiques et cliniques robustes sur la cigarette électronique, ainsi qu'au lancement de recherches en sciences humaines et sociales sur cette question ; à clarifier le statut de la cigarette électronique et des flacons de recharge ; à poursuivre les efforts de labellisations et de marquages pour informer les consommateurs et assurer leur sécurité et à engager une réflexion sur la création d'une cigarette électronique « médicalisée ».

- **Recommandations sur l'évolution des Repères nutritionnels et sur les actions et mesures de santé publique pour le PNNS4**

Pour répondre à une nouvelle saisine de la DGS sur une éventuelle évolution des repères nutritionnels actuels et des messages publicitaires qui en dépendent ainsi que sur les actions et mesures préconisées pour un nouveau Plan National nutrition santé 4, des travaux ont débuté en étroite collaboration avec les agences de santé impliquées dans cette thématique. Ils seront finalisés en 2017.

• **Les autres activités**

La CSPEPS a contribué aux évaluations de plans de santé publique :

- programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, avec un rapport publié en mai 2016 ;
- évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer, qui a aussi fait l'objet d'un rapport publié en mai 2016 ;
- évaluation du Plan national santé environnement (PNSE3).

Elle a contribué aussi aux travaux des groupes transversaux sur les thèmes suivants :

- crise économique, santé et inégalités sociales de santé, dont le rapport final a été validé en février 2016 et publié par la Documentation française en juillet 2016 ;
- prévention des démences (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées), dont les travaux se poursuivront au début de 2017 ;
- groupement hospitalier de territoire (GHT) et santé publique, dont les travaux ont débuté au 3^{ème} trimestre 2016 ;
- bilan de la 2^{ème} mandature du HCSP, finalisé en décembre 2016.

La CSPEPS, membre du comité de rédaction de la revue *Adsp*, a participé à la rédaction des quatre numéros de la revue publiés en 2016 (cf. p. 70).

• Avis du HCSP préparés par la CSPEPS et publiés en 2016

• Santé sexuelle et reproductive

Le HCSP propose de mettre en place une stratégie nationale de santé sexuelle, afin d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population. Ceci est d'autant plus nécessaire que la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive, morcelée entre diverses institutions et répondant à plusieurs plans et politiques de santé publique, manque de lisibilité.

Selon la définition de l'OMS et les données de la littérature, cet enjeu requiert une vision holistique de la santé sexuelle ainsi qu'une concertation et une coordination des acteurs de l'éducation, la prévention, du social et du socio-culturel, du sanitaire et du médico-social.

Étant donné l'impact de la santé sexuelle sur la santé globale, le HCSP souligne l'importance d'une prise en compte volontariste de cette dimension au cours de la consultation médicale et dans l'information et l'éducation à la santé des enfants et des parents, mais aussi de certains groupes de population (personnes lesbiennes, gays, bi ou transsexuelles, migrants, personnes détenues, personnes âgées, personnes présentant un handicap).

La mise à l'agenda national et territorial d'une politique transversale partagée et suivie, la formation des professionnels des secteurs concernés, ainsi que la réorganisation des structures d'accueil, de prévention et de soins dans le cadre de la création des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), sont les autres éléments déterminants de cette stratégie.

(<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>)

• Carnet de santé de l'enfant. Recommandations d'actualisation

Le carnet de santé est à la fois un outil de suivi du développement de l'enfant et de l'adolescent et de son parcours de santé. Il est aussi le support de messages de prévention et par là un outil de communication entre les familles et les professionnels de santé.

Dans son avis, le HCSP émet des recommandations détaillées pour actualiser ce carnet de santé qui portent notamment sur :

- les âges-clés des examens de santé de 0 à 18 ans et sur leur contenu ;
- les courbes anthropométriques et l'importance du suivi de la croissance ;
- le contenu et la forme des trois certificats de santé obligatoires.

Le HCSP recommande également :

- de maintenir le calendrier vaccinal dans le carnet de santé sous la forme d'une « carte postale » amovible telle que celle produite actuellement par Santé publique France ;
- d'actualiser les différentes rubriques du carnet de santé et en particulier les messages de prévention ;
- d'apporter des modifications à la structure générale du carnet de santé et de prévoir sa dématérialisation.

De plus, le HCSP recommande qu'une campagne d'information rappelant l'intérêt du carnet de santé de l'enfant soit menée auprès du grand public et des professionnels de santé lors de la parution de la nouvelle version.

(<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=569>)

- **Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale**

Le HCSP actualise l'avis du 25 avril 2014 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique étendus en population générale.

Des travaux du HCSP, il ressort que la cigarette électronique :

- peut être considérée comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac des fumeurs;
- pourrait constituer une porte d'entrée dans le tabagisme ;
- induit un risque de renormalisation de la consommation de tabac compte-tenu de l'image positive véhiculée par son marketing et sa visibilité dans les espaces publics.

Le HCSP recommande :

- d'informer, sans en faire publicité, les professionnels de santé et les fumeurs que la cigarette électronique est une aide à l'arrêt du tabac; et un mode de réduction des risques du tabac en usage exclusif.
- de maintenir les modalités d'interdictions de vente et de publicité prévues par la loi et d'étendre l'interdiction d'utilisation à tous les lieux affectés à un usage collectif.

Le HCSP invite :

- au renforcement du dispositif observationnel du tabagisme, à la réalisation d'études épidémiologiques et cliniques robustes sur la cigarette électronique, ainsi qu'au lancement de recherches en sciences humaines et sociales sur cette question ;
- à clarifier le statut de la cigarette électronique et des flacons de recharge ;
- à poursuivre les efforts de labellisations et de marquages pour informer les consommateurs et assurer leur sécurité ;
- à engager une réflexion sur la création d'une cigarette électronique « médicalisée ».

(<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541>).

PERSPECTIVES

- **La mandature actuelle du HCSP se terminera en mars 2017**

Les missions et l'organisation du HCSP ont été revues et modifiées pour la prochaine mandature, avec notamment le transfert du Comité technique des vaccinations à la HAS.

Le nombre et le périmètre des commissions spécialisées vont être revus. Et les missions concernant la prévention et la promotion de la santé seront désormais à un niveau transversal et renforcées au niveau du collège et des nouvelles commissions spécialisées.

- **Promotion de la santé de l'enfant**

L'article 1 de la loi de modernisation de notre système de santé (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016) a confié au HCSP cette nouvelle mission « ...de contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée ».

Les travaux sur cette thématique débuteront en 2017. Au vu de ses connaissances dans ce domaine, notamment par les travaux sur le parcours de santé de l'enfant, la CSPEPS propose que le Collège soit l'instance qui porte cette thématique.

COMMISSION SPÉCIALISÉE ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE

PRESENTATION

Président : Franck Chauvin jusqu'en juillet 2016 puis Viviane Kovess par intérim

Vice-présidente : Valérie Buthion jusqu'en avril 2016 puis vice-présidente par séance

Coordonnatrice : Ann Pariente-Khayat

Secrétaire : Catherine de Pretto

La Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective (CSESP) réunit l'expertise nécessaire pour :

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

COMPOSITION

La Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective compte actuellement :

- 13 personnalités qualifiées avec voix délibérative ;
- 4 membres de droit sans voix délibérative : Santé publique France, Anses, INCa, HAS. La Drees est invitée permanente de cette commission spécialisée.

En 2016, la Commission a tenu huit séances plénières.

La composition de la Commission spécialisée a évolué en mars 2016. En effet, quelques membres de la Commission qui ont souhaité ne pas poursuivre leur participation dans le cadre de la prorogation du mandat du HCSP (cf. Arrêté du 20 juin 2016 portant démission et nomination au Haut Conseil de la santé publique) ont été remplacés par de nouveaux membres. La vice-présidente de la CSESP ayant démissionné, une élection a été organisée en séance. Viviane Kovess a été élue vice-présidente de la CSESP. Par ailleurs le président de la CSESP a été élu vice-président du HCSP en juillet 2016 et a donc dû démissionner de la présidence de la CSESP. Compte-tenu des échéances du mandat du HCSP, il a été proposé aux membres de la CSESP que la présidence de cette commission soit assurée par la vice-présidente et que la vice-présidence soit assurée à chaque séance à tour de rôle par une des personnalités qualifiées de la CSESP.

ACTIVITES

• Travaux réalisés

En 2016, les travaux de la CSESP ont principalement porté sur l'évaluation de plans de santé publique pour lesquels la commission est le référent méthodologique.

Ses travaux se sont essentiellement organisés autour de l'évaluation de plans arrivés à échéance (évaluation *ex post*), et de l'évaluation des indicateurs d'évaluation de plans en cours.

• **Évaluation de plans de santé publique**

Ces travaux d'évaluation sont toujours menés de façon conjointe avec les autres commissions spécialisées et comités techniques permanents du HCSP concernés par la thématique de l'évaluation.

En tant que référent méthodologique de l'évaluation, la CSESP a co-piloté les travaux d'évaluation de plusieurs plans ou programmes de santé publique.

• **Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer**

Coordonnatrices : Véronique Mallet et Ann Pariente-Khayat

Cette évaluation d'une politique portant pour la première fois sur une période de 10 ans (2004-2014) débutée en 2014 après une saisine de la Direction générale de la santé en mai 2014 a été finalisée en 2016.

Cette évaluation a été confiée par le président du HCSP à Caroline Weill, membre de la CSESP et à Hélène Grandjean, membre de la CSMC.

Afin de mener à bien ces travaux d'évaluation, un comité d'évaluation (Codev) pluridisciplinaire *ad hoc* a été mis en place constitué d'experts internes et externes au HCSP.

La coordination des travaux est assurée par le Secrétariat général du HCSP (SG-HCSP) assisté dans ses travaux, après un appel d'offres, par Cemka-Eval – Planète publique, d'une part pour une assistance à maîtrise d'ouvrage pour soutenir les travaux du Codev et d'autre part pour la réalisation d'une étude qualitative sur les trajectoires des patients.

Par le biais d'une analyse précise des axes clés de la politique de lutte contre le cancer (recherche, observation, prévention, dépistage, soins, qualité de vie pendant et après le cancer), le HCSP s'est, en particulier, attaché à répondre à 4 grandes questions :

- Quel a été l'impact des deux premiers Plans cancer en termes de réduction des inégalités de santé ?
- Dans quelle mesure un plan thématique et un opérateur dédié ont-ils constitué un progrès ?
- L'expérience acquise dans la lutte contre le cancer est-elle extrapolable à d'autres pathologies chroniques ?
- Quels enseignements peut-on tirer d'une comparaison avec les expériences étrangères, notamment sur l'organisation des dépistages de cancers ?

L'évaluation a permis de formuler 60 recommandations visant à mieux prévenir, dépister et prendre en charge les cancers, à garantir des soins personnalisés et efficaces, à améliorer la qualité de vie des patients pendant et après la maladie grâce à des soins et un accompagnement adapté et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé face au cancer. Il s'agit aussi de renforcer la recherche et le recueil des données en cancérologie et d'optimiser le pilotage et la gouvernance concernant cette pathologie.

Le rapport complet de cette évaluation a été publié sur le site du HCSP en mai 2016 : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=557>.

• **Évaluation du plan national de lutte contre le VIH-Sida et les IST 2010-2014**

Coordonnatrices : Corinne Le Goaster et Régine Lefait-Robin

Le HCSP a été saisi par lettre de la Direction générale de la santé le 20 octobre 2014 pour réaliser l'évaluation du plan national de lutte contre le VIH-Sida et les IST 2010 – 2014. Les résultats de l'évaluation étaient demandés pour le 1^{er} novembre 2015 afin que ses conclusions puissent être présentées à la journée mondiale du Sida le 1^{er} décembre 2015.

À cette fin, le HCSP a mis en place un Comité d'évaluation (Codev) *ad hoc* piloté par Caroline Weill, membre de la CSESP et François Dabis, membre de la CSMT et comprenant des experts externes et internes au HCSP. L'assistance à maîtrise d'ouvrage a été confiée au cabinet EQR au terme d'un appel d'offres selon le code des marchés publics.

Le Codev s'est appuyé sur les nombreux travaux et évaluations disponibles concernant le VIH et les IST, et a réalisé 21 auditions des différentes parties prenantes.

Le rapport a été finalisé et publié sur le site internet du HCSP en avril 2016 : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=547>

- **Évaluation du plan national maladies rares 2**

Coordonnatrices : Ann Pariente-Khayat et Véronique Mallet

L'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), devenue HCERES, et le HCSP ont été saisis le 10 juin 2014 par la DGOS et la Direction générale de la recherche et de l'innovation (DGRI) pour évaluer le plan national maladies rares 2 de façon concomitante et coordonnée.

À cette fin, le HCSP a mis en place un Comité d'évaluation (Codev) *ad hoc* piloté par Franck Chauvin, membre de la CSESP et Elisabeth Monnet, membre de la CSMC et comprenant des experts externes et internes au HCSP, dont Gérard Bréart au titre de l'HCERES afin de faciliter la coordination entre le HCSP et l'HCERES.

L'assistance à maîtrise d'ouvrage a été confiée au consortium Planète publique/Cemka Eval au terme d'un appel d'offres selon le code des marchés publics.

Cette évaluation a été menée sur la base de l'analyse des données disponibles, d'auditions des acteurs impliqués dans les maladies rares et d'une étude qualitative consistant en une analyse des parcours individuels de 24 patients atteints de maladies rares (maladies héréditaires métaboliques, drépanocytose, troubles du rythme cardiaque rares, sclérose latérale amyotrophique) avec des entretiens en « grappe » réalisés auprès de trois types de publics (patient, le médecin assurant son suivi et un autre médecin ou professionnel de santé impliqué dans la prise en charge).

Cette évaluation a donné lieu à une présentation des constats, recommandations et conclusions lors d'une conférence évaluative associant les commanditaires et les parties prenantes le 21 janvier 2016.

Le rapport de cette évaluation a été finalisé et mis en ligne sur le site internet du HCSP en mai 2016 : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=558>.

- **Évaluation du programme national d'actions contre le suicide (PNACS) 2011-2014**

Coordonnatrices : Ann Pariente-Khayat et Véronique Mallet

Le HCSP a été saisi par lettre de la Direction générale de la santé en août 2014 pour réaliser l'évaluation du programme national d'actions contre le suicide (PNACS) 2011-2014.

Ce programme lancé en septembre 2011 comporte 49 mesures regroupées en six axes, le développement de la prévention et de la post-vention ; l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire ; l'information et communication autour de la prévention du suicide ; la formation des professionnels ; les études et la recherche ; le suivi et l'animation du programme.

À cette fin, le HCSP a mis en place un Comité d'évaluation (Codev) *ad hoc* piloté par Xavier Briffault, membre de la CSPEPS et Bruno Maresca, membre de la CSESP et comprenant des experts externes et internes au HCSP.

L'assistance à maîtrise d'ouvrage a été confiée au cabinet EY au terme d'une procédure d'appel d'offres selon le code des marchés publics.

Cette évaluation du PNACS 2011-2014 a été réalisée de façon coordonnée avec l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 pour laquelle le HCSP a aussi été saisi par la DGS.

Les conclusions et recommandations de cette évaluation ainsi que de celles de l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ont été présentées par le HCSP lors d'une conférence évaluative associant les parties prenantes le 27 janvier 2016.

Le rapport final de cette évaluation du PNACS 2011-2014 a été publié sur le site internet du HCSP en mai 2016 : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>.

- **Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015**

Coordonnatrices : Véronique Mallet et Ann Pariente-Khayat

Le HCSP a été saisi par lettre de la Direction générale de la santé le 25 novembre 2014 pour réaliser l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Ce plan comprend quatre axes ciblant les ruptures, ruptures au cours de la vie de la personne, ruptures d'égalité, entre les publics et les territoires, ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal, ruptures entre les savoirs.

Pour mener à bien cette évaluation, le HCSP a mis en place un Comité d'évaluation (Codev) *ad hoc* piloté par Claudine Berr, présidente de la CSMC et Viviane Kovess, membre de la CSESP et comprenant des experts externes et internes au HCSP.

L'assistance à maîtrise d'ouvrage a été confiée au cabinet EY au terme d'une procédure d'appel d'offres selon le code des marchés publics.

Cette évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a été réalisée de façon coordonnée avec l'évaluation du PNACS 2011-2014 pour laquelle le HCSP a aussi été saisi par la DGS.

Compte-tenu de la structuration de ce plan, une attention particulière a été portée sur le degré d'appropriation des orientations stratégiques par les ARS. Un questionnaire concernant la mise en œuvre du plan a été adressé en juillet 2015 par le SG-HCSP aux 26 ARS et une étude qualitative a été menée dans cinq régions (Bretagne, Franche-Comté, Île-de-France Limousin, PACA).

Les recommandations établies sur la base de cette évaluation ont été utilisées dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé mentale.

Le rapport final de cette évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a été publié sur le site internet du HCSP en mai 2016 : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>, après la conférence évaluative avec les parties prenantes du 27 janvier 2016.

- **Santé sexuelle et reproductive**

Coordonnatrices : Béatrice Tran et Régine Lefait-Robin

Le HCSP a été saisi par la DGS par courrier du 5 février 2015, afin de :

1. Définir un périmètre de santé sexuelle et reproductive cohérent au regard des besoins prioritaires de la population en prenant en compte l'aspect éthique (acceptable pour la population et réalisable) des sujets : sexualité, contraception, maternité et périnatalité, IVG, IST et VIH, discriminations, violence.
2. Identifier les manques en matière de santé sexuelle et reproductive.
3. Proposer des éléments d'orientation pour une stratégie nationale « pragmatique » qui donne une cohérence accrue aux interventions et ainsi une meilleure lisibilité et efficacité.
4. Définir des indicateurs de santé à prendre en compte dans une optique de pilotage national.
5. Proposer des options opérationnelles d'intervention (éducation, promotion de la santé, prise en charge, recherche...) en s'appuyant sur l'existant et en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés (santé, social, éducatif et personnes relais).

La CSESP a été membre de ce groupe de ces travaux qui ont donné lieu à la publication en avril 2016 d'un avis et d'un rapport téléchargeables sur le site internet du HCSP : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>.

- **Indicateurs du plan cancer 2014-2019**

Coordonnatrices : Béatrice Tran et Régine Lefait-Robin

Par saisine en date du 11 septembre 2015, la DGS a demandé au HCSP d'évaluer les indicateurs du plan cancer 2014-2019. Ce plan est organisé autour de quatre grandes ambitions déclinées en 17 objectifs opérationnels structurés en 184 actions en dehors du plan national de réduction du tabagisme. Trois types d'indicateurs ont été inclus dans le plan cancer 2014-2019 : indicateurs d'impact, de résultats et de suivi.

Le HCSP a mis en place un groupe de travail dédié piloté par Caroline Weill-Giès afin de répondre à cette saisine. Le HCSP a rédigé un avis synthétique, assorti d'une annexe détaillant l'analyse de chacun des indicateurs.

- **Autres travaux**

- **Bilan du HCSP 2011-2016**

Coordonnatrices : Ann Pariente-Khayat et Régine Lefait-Robin

La CSESP a proposé de faire un bilan de l'impact de son activité. Par décision du Comex, ce bilan a finalement été étendu au HCSP (toutes les CS ainsi qu'au CMVI), ce d'autant que de multiples activités communes à plusieurs CS ne peuvent être imputées uniquement à l'une ou l'autre d'entre elles. Le périmètre de ce bilan n'a pas inclus l'analyse qualitative du CTV mais seulement les données quantitatives de son activité. En effet, le CTV a été transféré à la HAS par décision de la ministre en charge de la santé en janvier 2016.

Afin de réaliser ce bilan, un groupe de travail intercommissions piloté par Marie-Hélène Bouvier-Colle et Franck Chauvin a été mis en place en juin 2016. Ce GT a bénéficié de l'appui de Cemka-Eval pour une assistance à maîtrise d'ouvrage après appel d'offres selon la procédure simplifiée du code des marchés publics.

Pour réaliser le bilan, plusieurs sources différentes et complémentaires ont été mobilisées :

- des sources documentaires fournies par le SG-HCSP : travaux publiés au cours des six années et accessibles au public ; tableaux de bord des saisines et de leurs commanditaires ; documents décrivant l'organisation et le fonctionnement du HCSP et ses méthodes de production ; questionnaires de satisfaction des commanditaires de saisines, adressés lors de la remise des travaux ; rapport d'audit du CTV de 2015 ; contributions de deux cabinets prestataires sur l'assistance à maîtrise d'ouvrage ; éléments sur la publication des productions du HCSP et la communication ; données budgétaires.
- l'analyse des réponses apportées à plusieurs séries de questionnaires : une série destinée aux agences sanitaires et à la HAS, membres de droit du HCSP ; une autre série adressée aux membres des six CS et du CMVI.
- des auditions de responsables des directions centrales du ministère en charge de la santé ou d'autres ministères, et commanditaires de travaux au HCSP et de personnalités et d'organismes plus ou moins impliqués ou en relation avec le HCSP.

Ces travaux ont donné lieu à un rapport publié sur le site internet du HCSP (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=584>) et à une présentation lors du séminaire du HCSP du 13 décembre 2016.

- **Autosaisine « Groupements hospitaliers de territoire et santé publique »**

Coordonnatrices : Ann Pariente-Khayat et Annette Colonnier

Un des objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) est de développer l'approche territoriale de la santé des populations. Les ARS ont ainsi pour mission d'élaborer des projets régionaux de santé aux objectifs ambitieux comme la réduction des inégalités de santé ou l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, ou l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de

handicap ou de perte d'autonomie. L'atteinte de ces objectifs, qui devront être quantifiés, nécessite une mobilisation de tous les acteurs des territoires.

Un des outils de cette politique territoriale est la création de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Organisés autour d'établissements supports, 135 GHT vont organiser l'offre de soins publique, et le maillage avec l'offre de soins de premier recours pour une population de 500 000 habitants en moyenne. L'élaboration, au sein de chaque GHT, d'un projet médical commun, la mutualisation des Départements d'Information Médicale (DIM), ou la certification conjointe des établissements d'un GHT permettent de remplacer une logique de concurrence par une logique de territoire autour d'un système hospitalier public fédéré, que les autres établissements pourront, s'ils le souhaitent, rejoindre.

Le HCSP considère que ces éléments de structuration constituent des conditions très favorables au développement d'une démarche d'amélioration de l'offre fondée sur les besoins de la population, intégrant la prévention, le soin et le médico-social.

Or, le HCSP constate que la santé publique, au sens de la santé des populations et de la prise en compte de ses besoins, est peu présente dans les textes ou les réflexions en cours. Dans le cadre d'une autosaisine, le HCSP a donc mis en place une réflexion sur le thème de GHT et santé publique.

Un groupe multidisciplinaire piloté par Franck Chauvin et Roger Salamon composé d'experts membres ou non du HCSP, de 2 représentants des ARS, géographe de la santé, Aviesan ITMO Santé publique, ... a été mis en place pour répondre à cette autosaisine.

Le GT a notamment auditionné des directions d'établissements hospitaliers, la DGOS, la DGS, l'ANAP,

Ce GT va produire des recommandations opérationnelles pour permettre aux ARS d'engager dans les GHT une démarche d'amélioration de la santé de la population d'un territoire au delà de l'augmentation de la performance des soins.

Les premières conclusions de ce GT sont présentées lors du séminaire du HCSP le 13 décembre 2016.

PERSPECTIVES

Jusqu'à la fin du 2^e mandat du HCSP (14 mars 2017), les travaux de la commission concerneront la finalisation des réponses aux saisines et aux autosaisines dans le champ de compétences de la commission.

MISSION STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

TABLEAU DE BORD

CONTEXTE

Pilotage : Béatrice Tran jusqu'en mai 2016

Assistante : Aline Orriols

La mission Stratégie nationale de santé (SNS) « Tableau de bord » a été mise en place en janvier 2014 pour faire suite au souhait de la ministre chargée de la santé d'impliquer le HCSP dans le premier pilier de la stratégie nationale de santé et d'assurer une réponse aux besoins d'expertise spécifique et réactive suscités par l'élaboration et la mise à l'agenda de la SNS, en particulier l'élaboration et la mise en place d'un set d'indicateurs de suivi et d'évaluation de cette stratégie nationale.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Précise dans son article L. 1411-1-1 : la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant.

« Préalablement à son adoption ou à sa révision, le gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé.

« La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé fait l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics.

« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article. ».

MISSIONS

Comme le prévoit le décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé, dans son article R. 1411-4, l'avis du HCSP est requis pour l'analyse des résultats du suivi annuel de la SNS et des programmes nationaux, ainsi que pour les évaluations pluriannuelles permettant d'apprécier les résultats sanitaires obtenus et l'impact sanitaire, social et économique de ces plans et programmes au regard des ressources mobilisées, et d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques avant d'être rendus publics.

L'article R. 1411-5 précise que le Haut Conseil de la santé publique identifie, en lien avec les services du ministère chargé de la santé et les autorités et agences sanitaires, les besoins d'information sur l'évolution de l'état de santé de la population et des inégalités de santé ainsi que sur les effets de la mise en œuvre des politiques susceptibles d'avoir un impact sur la santé, et propose, le cas échéant, au ministre chargé de la santé les études et recherches d'informations permettant d'y répondre. Cette analyse fait l'objet d'une réévaluation au moins tous les dix ans.

L'article R. 1411-6 stipule que le ministre chargé de la santé fixe, en prenant en compte les résultats des travaux du Haut Conseil de la santé publique mentionnés à l'article R. 1411-5, la liste des enquêtes et des opérations de recueil et de traitement de données nécessaires à la production des informations requises pour le suivi de l'évolution de l'état de santé de la population et des inégalités de santé ainsi que pour l'analyse des effets de la mise en œuvre des politiques susceptibles d'avoir un impact sur la santé.

COMPOSITION

Béatrice Tran, coordonnatrice responsable de la mission jusqu'en mai 2016, s'est appuyée sur plusieurs groupes de travail thématiques et experts extérieurs, en fonction des sujets traités.

ACTIVITES

- **Poursuite des réflexions sur l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la SNS**

Propositions pour une stratégie nationale veillant à promouvoir la santé sexuelle et de la reproduction.

Le HCSP a été saisi par la DGS afin de proposer une stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive « pragmatique », améliorant la cohérence des interventions dans ce domaine, leur lisibilité et leur efficacité.

La mission SNS a apporté son soutien à la coordination des travaux et à l'expertise relative aux politiques et plans nationaux, ainsi qu'aux indicateurs de santé.

Avis et rapport du 2 mars 2016.

Cf. le chapitre des travaux de la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (p.55).

- **Groupe de travail sur les indicateurs**

La DGS a saisi le HCSP, le 11 septembre 2015 sollicitant ses « éventuelles remarques » sur les indicateurs de résultat et d'impact du troisième Plan Cancer, comme l'a souhaité le comité de pilotage.

Ces indicateurs sont décrits dans le document de l'INCa « Cibles et indicateurs du Plan Cancer 2014-2019, document de référence » (version du 24/10/2014) qui a été communiqué au HCSP. Ils sont présentés en deux séries :

- **12 indicateurs d'impact** (1 à 11b), se rapportant à 11 objectifs d'impact définis comme « les effets directs et indirects, attendus et inattendus, à moyen et long terme, résultant de plusieurs actions présentes dans différents objectifs du Plan » ; ces impacts ont été définis par le Comité de pilotage du Plan mais ne figurent pas explicitement dans le texte du Plan.
- **39 indicateurs de résultat**, correspondant aux 17 objectifs du Plan (indicateurs 12 à 48).

Chacun de ces indicateurs fait l'objet d'une fiche descriptive précisant :

- ses caractéristiques techniques (numérateur, dénominateur, type, niveau géographique, information socio-économique disponible, autres stratifications disponibles, population de référence, périodicité de la mesure)
- les conditions de son élaboration et son niveau de qualité (source et origine, mode de collecte, responsabilité de la collecte et de la validation, limites et biais connus, modalités d'interprétation)

Une zone de commentaire fournit les informations additionnelles éventuelles nécessaires pour apprécier la validité et la robustesse de l'indicateur.

- **Avis et rapports publiés en 2016**

Avis et rapport du 22 mars 2016 sur la santé sexuelle et reproductive.

Avis relatif aux indicateurs d'évaluation du Plan cancer 2014-2019.

PERSPECTIVES

- **La mandature actuelle du HCSP se terminera le 14 mars 2017.**

Les missions et l'organisation du HCSP ont été revues et modifiées pour la prochaine mandature, avec notamment le transfert du Comité technique des vaccinations à la HAS.

Le nombre et le périmètre des commissions spécialisées vont être revu. Et les missions concernant la prévention et la promotion de la santé seront à un niveau transversal et renforcées au niveau du collège et des nouvelles commissions spécialisées.

La mission « stratégie nationale de santé- tableau de bord » sera donc rattachée au Collège.

REVUE ACTUALITÉ ET DOSSIER EN SANTÉ PUBLIQUE

PRESENTATION

Directeur de la publication : Roger Salamon Rédacteur en Chef : Patricia Siwek
Secrétaire de rédaction : Catherine de Pretto
Comité de rédaction : 20 personnalités (membres ou collaborateurs du HCSP)

La revue Actualité et dossier en santé publique (*Adsp*) est publiée par le HCSP 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 1 800 exemplaires par numéro.
- Le lectorat est composé d'acteurs de santé publique (agents de l'État, des collectivités territoriales, des hôpitaux, des caisses de sécurité sociale, du domaine associatif, médecins) mais aussi d'établissements de formation et d'étudiants des domaines sanitaire et social.

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

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

ACTIVITES

• 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 et la distribution sont assurées par la Documentation française.

• Échanges de sommaires

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

• Indexation de la revue dans les bases de données

La revue *Adsp* est référencée dans la Banque de données de santé publique (BDSP) ; l'interrogation est libre mais la consultation des notices bibliographiques et du texte intégral se fait sur abonnement. Elle est également référencée dans la base Pascal gérée et produite par l'Institut de l'information scientifique et technique (Inist) du Centre national de la

recherche scientifique (CNRS). Cette base est pluridisciplinaire et multilingue, analysant la littérature internationale dans le domaine de la médecine. Elle comprend environ 17 millions de notices.

- **Diffusion de la revue**

Adsp est éditée par la Documentation française et diffusée auprès de 700 abonnés. Une moyenne de 250 exemplaires par revue est vendue au numéro par la Documentation française. Elle est servie à titre gratuit aux services de l'administration sanitaire et sociale de l'État, aux cabinets ministériels, aux membres du HCSP, etc. (fichier de 500 personnes environ).

- **Consultation en ligne de la revue**

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

Les abonnés à la revue auprès de la Documentation française peuvent accéder aux numéros en ligne sur le site du HCSP www.hcsp.fr avec le numéro d'abonné.

- **Quatre numéros Adsp ont été publiés en 2016**

- Mars 2016 : « Dix ans de lutte contre le cancer », dossier coordonné par Caroline Weill Giès, n° 94.
- Juin 2016 : « Les drogues illicites en questions », dossier coordonné par Christian Ben Lakhdar et Jean Pierre Couteron, n° 95.
- Septembre 2016 : « Santé sexuelle et de la reproduction », dossier coordonné par Marie Hélène Bouvier Colle et Virginie Halley des Fontaines, n° 96.
- Décembre 2016 : « Epidémie Ebola : quels enseignements », dossier coordonné par Christian Chidiac et Bruno Grandbastien, n° 97.

PERSPECTIVES

En 2017, il est prévu de publier :

- Mars 2017 : Politique du médicament : dossier coordonné par Joël Ankri, Rémy Collomp et Marie Herr.
- Juin 2017 : Crises économiques et santé : dossier coordonné par Thierry Lang.
- Septembre 2017 : N° 100 : dossier spécial coordonné par un GT.
- Décembre 2017 : Diagnostic et prises en charge précoces des maladies chroniques : dossier coordonné par Liana Euller Ziegler.

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU HCSP

PRESENTATION

Secrétaire générale : Régine Lefait-Robin
Assistante : Aline Orriols

Structure d'expertise indépendante, le HCSP a été installé en 2007 pour un premier mandat de quatre ans, renouvelé en mars 2011. Il est toujours en cours de son deuxième mandat, ce dernier ayant été prorogé d'un an jusqu'en mars 2017. Il est composé de plus de cent experts nommés par arrêté ministériel et dont la mission principale est d'apporter une aide à la décision publique en rendant des avis sur les questions de santé publique, principalement sur saisine de la Direction générale de la santé (DGS) ou sur auto-saisine. À ce jour, ces experts sont répartis en six commissions, un comité technique permanent et plusieurs groupes pérennes tel que le groupe de travail vaccination (GTV), grippe, coronavirus et autres virus respiratoires, inégalités sociales de santé,...

Pour développer ses missions d'expertise, d'aide à la gestion des risques et de réflexion stratégique, le HCSP bénéficie de l'aide d'un Secrétariat général (SG-HCSP), lequel organise, coordonne, accompagne, soutient et valorise ses travaux.

La DGS donne au SG-HCSP les moyens de son fonctionnement (art. R. 1411-57 du code de la santé publique).

Le SG-HCSP se compose de treize ETP de formations différentes et complémentaires et de statuts différents (fonctionnaires, CDI, CDD). Il a accueilli au cours de l'année 2016 une stagiaire, au sein de la CSRE. Dans ce contexte très original, où la notion de cohabitation entre différents corps est une réalité, les personnels doivent posséder et mettre en œuvre des qualités de communication particulièrement développées et une grande capacité d'écoute. La subsidiarité entre les coordinateurs(ices) des différentes commissions spécialisées et comités techniques permanents, ainsi que celle entre les assistante(e)s, est un élément qui participe largement au bon fonctionnement du SG-HCSP, compte-tenu des faibles moyens dont il dispose.

L'année 2016 a été marquée par le départ de cinq agents. Ces derniers n'ont pas tous été compensés. Ce déficit a conduit au gel des travaux de plusieurs groupes de travail et à la suppression de plusieurs réunions plénières de commissions, ce qui a obéré le fonctionnement du HCSP. Les réponses attendues à plusieurs saisines n'ont pas pu être apportées dans les délais requis.

ACTIVITES

- **Coordination et suivi des saisines et des autosaisines**

- En 2016, le SG-HCSP a poursuivi son effort de coordination transversale entre les commissions spécialisées, comités techniques permanents, groupes pérennes lors de l'organisation des réponses aux saisines.
- Mise en place d'un groupe pérenne sur la vaccination afin de remplacer provisoirement le CTV et préparer le transfert de celui-ci à la HAS.
- Mise en place d'un groupe de travail « bilan quinquennal du HCSP » (cf. p. 83 – Annexe III).
- Mise en place d'un groupe de travail sur « GHT et santé publique ».
- Organisation du séminaire annuel du HCSP (120 participants) autour du thème « de l'expertise à la prise de décision en santé publique ».

- **Assurance qualité**

- **Procédures**

Les procédures qui visent à formaliser les processus liés à l'exercice de l'expertise portent notamment sur :

- le fonctionnement des instances et groupes de travail du HCSP,
- le traitement des saisines et autosaisines,
- la gestion des divergences,
- la prévention et la gestion des conflits d'intérêt,
- la communication avec les médias,
- la rédaction des rapports et avis du HCSP.

Ces procédures ont été validées par la secrétaire générale et le président du HCSP en 2014 pour une durée de deux ans.

- **Déclarations publiques d'intérêt**

En application de la loi du 29 décembre 2011, le décret n° 2012-745 du 9 mai 2012 unifie et étend le champ de la déclaration publique d'intérêt (DPI) depuis le 1er juillet 2012.

Le formulaire de déclaration, fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012, est commun aux institutions et aux agences sanitaires. Ce formulaire est adressé chaque année aux membres du HCSP pour leur permettre d'actualiser leur DPI. Ces dernières sont publiées sur le site internet du HCSP.

- **Évaluation de la satisfaction des commanditaires : bilan quinquennal**

(Cf. p. 83 - Annexe III)

- **Soutien aux travaux**

En 2016, le SG-HCSP a organisé 59 réunions plénières de l'ensemble des instances dont deux réunions du Collège et huit réunions du Comex. Il a assuré la production et la diffusion des comptes rendus des réunions correspondantes du Collège, du Comex, des commissions spécialisées et des comités techniques permanents.

Par ailleurs, le SG-HCSP a coordonné au cours de l'année 2016 les travaux de 47 groupes de travail, techniques ou de réflexion (cf. p.78, annexe I).

Il a poursuivi l'évaluation de six plans de santé publique.

Ces travaux ont permis au HCSP d'élaborer au total 37 avis et 11 rapports, dont deux ont été publiés à la Documentation française (Crise économique, santé inégalités sociales de santé ; Diagnostic et prise en charge précoce des maladies chroniques).

- **Budget alloué au HCSP**

- **Frais de fonctionnement courant**

Les moyens de fonctionnement nécessaires à la réalisation des travaux des experts imputés sur le programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » de la mission « solidarité, insertion et égalité des chances » s'élèvent à 247 857 au 28 octobre 2016 (239 917 € en 2015 – 12 mois).

- **Commandes aux prestataires et gestion budgétaire**

Le montant total des dépenses relevant du programme budgétaire 204 « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « santé » s'élève à 197 711 € (559 083 € TTC en 2015) en engagements et à 275 314 € (497 329 € en 2015) crédits de paiement.

- Soutien aux travaux scientifiques et techniques et valorisation

Trois marchés de soutien aux travaux scientifiques et techniques ont été attribués pour un montant de 111 990 € :

- étude relative à la réglementation et aux pratiques des actes de thanatopraxie (comparaisons internationales) ;
- assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et au logement ;
- assistance à maîtrise d'ouvrage auprès du groupe de travail chargé de la réalisation du bilan du 2^{ème} mandat du HCSP.

Cinq marchés de soutien aux travaux scientifiques se sont poursuivis en 2016 :

- analyse de l'indicateur « temps d'attente moyen dans les services hospitaliers d'accueil des urgences » ; ce marché a cependant été rapidement arrêté.
- assistance à maîtrise d'ouvrage auprès du comité d'évaluation chargé du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 et évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ;
- assistance à maîtrise d'ouvrage auprès du comité d'évaluation chargé de l'étude médico-économique de vaccins : vaccination anti-pneumococcique des adultes ;
- assistance à maîtrise d'ouvrage pour la définition des objectifs à atteindre et des indicateurs de résultats pour le troisième Plan national santé-environnement (PNSE3) ;
- évaluation du plan maladies rares 2011-2014.

Un marché de valorisation des travaux a été attribué :

Correction de la revue « Actualité et dossier en santé publique ».

Quatre marchés de valorisation des travaux sont en cours :

- gestion des sites internet et extranet du HCSP ;
- pré-impression de la revue ADSP ;
- veille des médias relative aux activités du HCSP ;
- prestations de communication pour le HCSP.

Des commandes de prestations directes hors marché :

- éditions et diffusion des rapports du HCSP,
- pré-impression de rapports,
- traduction de documents,
- transcription et comptes-rendus.

Montant d'autorisation d'engagement consommées de 2011 à 2015 (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016
Programme 124	264 873	258 025	215 548	239 917	247 857
Programme 204	324 090	550 936	304 396	559 083	197 711

- **Activité de valorisation des travaux : sites internet et extranet**

Coordinatrice : Kiran Ramgolam

Webmestre : Philippe Ferrero, prestataire

- **Internet**

Entre janvier et décembre 2015, le site www.hcsp.fr a reçu 1 284 722 visites (1 160 060 en 2015) dont 859 424 visites uniques (755 669 en 2015) et 479 364 nouveaux visiteurs (431 101 en 2015) ; 2 260 343 pages ont été vues (2 776 062 en 2015).

La lettre de diffusion qui annonce les nouveautés du site a été adressée à 5 374 abonnés (4 533 en 2015), l'inscription à la lettre est accessible sur la page d'accueil, 5 402 personnes (4 199 en 2015) suivent les messages postés par le HCSP sur Twitter et 1 550 personnes (716 en 2015) suivent les messages postés sur la page Facebook du HCSP.

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

- **Extranet**

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

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

- **Communication**

Coordinatrice : Patricia Siwek

Assistante : Aline Orriols

- **Communiqués de presse**

Juillet 2016 : Un communiqué de presse informe de l'élection de Franck Chauvin en tant que vice-président du HCSP.

Octobre 2016 : Dans le cadre d'une autosaisine pour développer la santé publique dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT), le HCSP a mis en place un groupe de travail. À l'occasion du début de ses travaux, le HCSP a publié un communiqué de presse présentant cette initiative.

- **Conférence de presse**

À l'occasion de la fin de sa deuxième mandature (mars 2011-mars 2017), une conférence de presse a été organisée le 13 décembre afin de présenter les travaux du HCSP : Maladies chroniques : vers un diagnostic et une prise en charge précoce ; Environnement : réduire

les risques pour la santé ; Santé sexuelle et reproductive : pour une meilleure lisibilité et efficacité ; Plan psychiatrie et santé mentale : les enseignements des évaluations.

Un rapport « Les travaux du HCSP 2011-2016 » présentant les principaux thèmes sur lesquels le HCSP a travaillé a été élaboré et imprimé en 1 000 exemplaires.

- **Veille presse et notoriété du HCSP**

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

Durant l'année 2016 le HCSP a été cité **2 365 fois** : **918 fois par la presse écrite et 1 437 fois dans la presse électronique**.

Près de la moitié des articles (909) mentionnant le HCSP faisait état des recommandations en matière de vaccinations (340 : grippe ; 125 : rougeole ; 113 : HPV ; 60 : méningite...):

- 491 articles reprenaient les recommandations concernant le virus Zika,
- 336 articles concernent les recommandations du HCSP concernant l'étiquetage nutritionnel,
- 130 articles traitaient de problèmes d'environnement (amiante, pollution...).

ANNEXES

- Annexe I : Liste des avis, rapports et revues publiés par le HCSP en 2016
- Annexe II : Textes régissant le HCSP
- Annexe III : Bilan du Haut Conseil de la santé publique - 2ème mandat 2011-2016

ANNEXE I : LISTE DES AVIS, RAPPORTS ET REVUES PUBLIES PAR LE HCSP EN 2016

Date de validation	Support	Intitulé
13/12/2016	Rapport	Expertise en santé : les travaux du HCSP 2011- 2016
01/12/2016	Rapport	Proposition d'objectifs et d'indicateurs des résultats attendus du 3e plan national santé environnement
01/12/2016	Rapport	Proposition d'objectifs et d'indicateurs des résultats attendus du 3e plan national santé environnement. Annexe technique : Grilles d'analyse des systèmes d'information
01/12/2016	Revue	Epidémies Ebola : quels enseignements
13/10/2016	Rapport	Bilan des activités du Haut Conseil de la santé publique 2011-2016
07/10/2016	Avis	Utilisation des vaccins quadrivalents inactivés contre la grippe saisonnière
07/10/2016	Avis	Risque de transmission du virus Zika par le lait maternel
07/10/2016	Avis	Accès précoce avant l'AMM du vaccin contre la dengue dans les Territoires français d'Amérique (TFA)
27/09/2016	Avis	Mesures à prendre en lien avec l'émergence d'une résistance plasmidique à la colistine (mcr-1) chez les entérobactéries
27/09/2016	Avis	Obligations vaccinales des professionnels de santé
15/09/2016	Rapport	Diagnostic et prise en charge précoce des maladies chroniques
01/09/2016	Revue	Santé sexuelle et de la reproduction
22/06/2016	Avis	Vaccination contre la dengue dans les territoires français d'Amérique et à La Réunion et Mayotte
20/06/2016	Avis	Actualisation de l'avis du HCSP du 8 février 2016 relatif aux mesures recommandées pour éviter la transmission du virus Zika par voie sexuelle

<i>Date de validation</i>	<i>Support</i>	<i>Intitulé</i>
01/06/2016	Revue	Les drogues illicites en questions
25/05/2016	Avis	Refonte du carnet de santé de l'enfant
19/05/2016	Avis	Actualisation de l'avis du 15 juin 2015 relatif aux tensions d'approvisionnement en vaccins contre l'hépatite A
17/05/2016	Avis	Risques sanitaires liés à la pratique de la « Fish therapy »
28/04/2016	Avis	Information et recommandations à diffuser en vue de prévenir les risques sanitaires liés aux pollens allergisants
28/04/2016	Avis	Information and recommendations to be issued with a view to preventing health risks associated with allergenic pollen
20/04/2016	Avis	Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2016
18/04/2016	Avis	Optimisation de l'utilisation du vaccin BCG en situation de pénurie
08/04/2016	Rapport	Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004-2014
21/03/2016	Avis	Prise en charge médicale et suivi des nouveau-nés et nourrissons ayant présenté ou ayant pu présenter une infection par le virus Zika in utero, ou présentant une infection congénitale à virus Zika
14/03/2016	Avis	Conduite à tenir face au risque de réurgence virale chez des patients considérés guéris de maladie à virus Ebola (MVE) et à la prise en charge de leurs contacts
11/03/2016	Rapport	Vaccination des personnes âgées
10/03/2016	Rapport	Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
10/03/2016	Rapport	Évaluation du plan national maladies rares 2, 2011-2016
03/03/2016	Rapport	Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

<i>Date de validation</i>	<i>Support</i>	<i>Intitulé</i>
02/03/2016	Avis et Rapport	Santé sexuelle et reproductive
01/03/2016	Revue	Dix ans de lutte contre le cancer
22/02/2016	Avis	Bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale
19/02/2016	Avis	Mise à jour de la liste des zones en provenance desquelles les aéronefs doivent être maintenus exempts de vecteurs en application du règlement sanitaire international (RSI)
19/02/2016	Avis et Rapport	Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes
19/02/2016	Avis	Avis relatif à la borréliose de Lyme
08/02/2016	Avis	Infection par le virus Zika : risque de transmission par voie sexuelle
04/02/2016	Rapport	Crise économique, santé et inégalités sociales de santé
02/02/2016	Avis	Inscription sur la liste des maladies à déclaration obligatoire de l'infection par le virus Zika
29/01/2016	Avis	Recommandations de vaccination contre les infections invasives à méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Actualisation
29/01/2016	Rapport	Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014
27/01/2016	Avis	Avis sur les expositions au trichloroéthylène présent dans l'air intérieur des logements des riverains du site Wipalec à Romainville (93)
19/01/2016	Rapport	Guide pour l'immunisation en post-exposition : vaccination et immunoglobulines
18/01/2016	Avis	Mesures de gestion pour l'utilisation de la deltaméthrine dans les départements et territoires français d'Amérique

<i>Date de validation</i>	<i>Support</i>	<i>Intitulé</i>
18/01/2016	Avis	Risques de contamination par le VHB liés à la formation initiale des étudiants et élèves s'engageant dans les études paramédicales et pharmaceutiques mentionnées dans l'arrêté du 6 mars 2007
12/01/2016	Rapport	Méthodologie de gradation des recommandations en pratique vaccinale fondée sur le niveau de preuves scientifiques
12/01/2016	Avis	Vaccination antigrippale en situation de pandémie des personnes présentant une allergie aux protéines de l'œuf et aux aminosides
08/01/2016	Avis	Désinfection des sondes à échographie endocavitaire (SEE)
05/01/2016	Avis	Actualisation de l'avis du HCSP du 28 juillet 2015 relatif à la prise en charge médicale des personnes atteintes par le virus Zika
05/06/2015	Avis	Projet de guide concernant la gestion des déchets issus de médicaments et des déchets liquides dans les établissements de santé et médico-sociaux
05/06/2015	Avis	Projet d'arrêté modifiant l'arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine

www.hcsp.fr

ANNEXE II : TEXTES REGISSANT LE HCSP

- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé
- Décret n° 2006-1676 du 22 décembre 2006 relatif au Haut Conseil de la santé publique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Décret n° 2010-83 du 22 janvier 2010 prorogeant le mandat des personnalités qualifiées membres des instances du Haut Conseil de la santé publique
- Décret n° 2010-1732 du 30 décembre 2010 relatif au Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 1er février 2011 relatif aux commissions spécialisées (composant le Haut Conseil de la santé publique)
- Arrêté du 1er février 2011 relatif au comité technique des vaccinations
- Arrêté du 1er février 2011 relatif au comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation
- Arrêté du 30 juin 2012 portant nomination au Comité technique des vaccinations
- Arrêté du 30 juin 2012 portant nomination au Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 2 août 2012 portant nomination au Haut Conseil de la santé publique
- Décret du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique
- Arrêté du 4 juin 2014 portant démission nomination au Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 24 novembre 2014 portant approbation du règlement intérieur du Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 5 décembre 2014 portant nomination au Haut Conseil de la santé publique
- Décret n°2015-272 du 11 mars 2015 prorogeant le mandat des personnalités qualifiées membres des instances du Haut Conseil de la santé publique
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret n° 2016-184 du 24 février 2016 prorogeant le mandat des personnalités qualifiées membres des instances du Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 7 juin 2016 supprimant le comité technique des vaccinations

ANNEXE III : BILAN DU HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE – 2^E MANDAT 2011-2016

(Cf. document en pièce jointe)