

Rapport d'activité 2013

Collection
Documents

Mars
2014

Rapport d'activité 2013

Le Haut Conseil de la santé publique, créé par la loi de Santé publique en 2004, poursuit son deuxième mandat. Les travaux sont effectués par 122 personnalités qualifiées nommées par arrêté du ministre de la Santé et coordonnés par six experts internes mis à disposition du secrétariat général par le ministère de la Santé.

Le HCSP a émis en 2013, 34 avis et 15 rapports, dont trois ont été publiés à la Documentation française (Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé, indicateurs de mortalité prématurée et évitable, rapport d'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C). Il a par ailleurs évalué trois plans de santé publique [amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011, évaluation du plan hépatites B et C 2009-2012, le deuxième Plan national santé environnement (PNSE2)] et commencé deux nouvelles évaluations au 3ème trimestre 2013 [évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer, évaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013]. Le travail en vue d'élaborer un référentiel de l'évaluation s'est poursuivi tout au long de l'année 2013 et des propositions et recommandations ont été présentées lors du séminaire « *De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques publiques* » organisé par le HCSP le 11 décembre 2013.

Dans le cadre de ses travaux sur l'exposition aux niveaux sonores élevés dans les basses fréquences de la musique, le HCSP a initié une démarche complémentaire en organisant une consultation publique sur le rapport et les recommandations qu'il a réalisés. Pour mieux répondre aux urgences liées à l'actualité épidémiologique, le HCSP a mis en place en 2013, un nouveau groupe de travail pérenne, « Grippe, MERS-CoV et autres virus respiratoires ».

La mise à jour du Calendrier des vaccinations, réalisée par le HCSP, a fait l'objet d'un numéro annuel du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'InVS.

Haut Conseil de la santé publique

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

Bureaux

11 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75015 Paris
5^{ème} 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 2013

Mars 2014

SOMMAIRE

ÉDITORIAL	7
PRÉSENTATION DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE	9
Les missions	9
La composition et son évolution	9
LE COMITÉ EXÉCUTIF ET LE COLLÈGE	11
Présentation	11
Activités	11
• Les travaux transversaux du HCSP	11
• Rapports en cours	17
• Travaux d'évaluation des plans de santé publique	18
• Représentation du HCSP dans les instances nationales	23
COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES TRANSMISSIBLES	25
Présentation	25
Composition	25
Activités	25
• Participation à des groupes de travail et colloques	26
Perspectives	26
LES COMITÉS TECHNIQUES PERMANENTS	27
LE COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS	27
Présentation	27
Composition	27
Activités	27
• Saisines	28
• Auto-saisines	28
• Participation à des groupes de travail et colloques	28
Perspectives	29
LE COMITÉ DES MALADIES LIÉES AUX VOYAGES ET DES MALADIES D'IMPORTATION	30
Présentation	30
Composition	30
Activités	30
• Programme de travail	30
• Saisines et Avis	30
• Participation à des groupes de travail et colloques	31
Perspectives	31
Réponses aux saisines	32
• Avis et rapports validés par la CSMT sur proposition du CTV	32
• Avis et rapports validés par la CSMT sur proposition du CMVI	43

• Avis et rapports validés par la CSMT	44
Saisines en cours d'instruction	47
• Par le Comité technique des vaccinations	47
• Par le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation	48
• Par la Commission spécialisée Maladies transmissibles	48
COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES CHRONIQUES	49
Présentation	49
Composition	49
Activités	49
• Participation aux travaux des groupes transversaux	49
• Groupe de travail sur la dimension fonctionnelle du handicap	50
• Groupe de travail sur le diagnostic et la prise en charge précoces des maladies chroniques	51
• Saisine sur la détermination de l'âge des mineurs étrangers	52
Perspectives	52
COMMISSION SPÉCIALISÉE RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT	53
Présentation	53
Composition	53
Activités	53
• Saisines et autosaisines en cours d'instruction et groupes de travail	54
• Réponses aux saisines : Avis et rapports du HCSP validés par la CSRE	57
Perspectives	59
COMMISSION SPÉCIALISÉE SÉCURITÉ DES PATIENTS : INFECTIONS NOSOCOMIALES ET AUTRES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS ET AUX PRATIQUES	61
Présentation	61
Composition	61
Activités	61
• Les saisines	61
• Programme de travail	63
• Avis et rapports publiés en 2013	64
• Participation à des groupes de travail et colloques	65
Perspectives	65
COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ	67
Présentation	67
Composition	67
Activités	67
• La mise en œuvre du programme de travail de la Commission	68
• Les autres activités	69
• Avis du HCSP adoptés par la CSPEPS	70
Perspectives	70
COMMISSION SPÉCIALISÉE ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE	73
Présentation	73

Composition	73
Activités	73
• Travaux réalisés	73
• Évaluation de plans de santé publique	74
• Aide méthodologique à l'évaluation de plans de santé publique	74
• Séminaire « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques publiques »	75
• Autres travaux	76
Perspectives	78
LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU HCSP	79
Présentation	79
Activités	79
• Assurance qualité	79
• Soutien aux travaux	80
• Fonctionnement	81
• Commandes aux prestataires et gestion budgétaire	81
• Communication	83
• Activité de valorisation des travaux : sites Internet et Extranet	84
• La revue Actualité et Dossier en santé publique	85
PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS	87
ANNEXES	89
Liste des productions publiées par le HCSP en 2013	91
Textes régissant le HCSP	94
Composition du HCSP	95
• Personnalités qualifiées du HCSP par commission spécialisée	95
• Personnalités qualifiées du HCSP par comité technique permanent	97

ÉDITORIAL

Sur les douze derniers mois, le HCSP a considérablement augmenté ses activités. Très nombreuses ont été les saisines auxquelles nous avons répondu. Elles émanaient le plus souvent de la Direction générale de la santé et concernaient principalement la Commission Maladies transmissibles, le Comité technique des vaccinations mais aussi, bien que moins fréquemment, les commissions Risques liés à l'environnement, Sécurité des patients, Maladies chroniques, ou encore le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation.

La Commission Évaluation, stratégie et prospective a contribué à l'évaluation de plusieurs plans et programmes (Cancer, Santé-Environnement, Accidents vasculaires cérébraux, Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Hépatites B et C, Santé des personnes placées sous main de justice). Ces travaux ont permis de positionner clairement le HCSP comme un organe expert en la matière.

Nos experts ont beaucoup travaillé et l'étude que nous avons menée sur la satisfaction de nos commanditaires fait apparaître une appréciation très positive de nos contributions.

En matière d'auto saisine, la Commission Prévention, éducation et promotion de la santé a fait preuve d'un grand dynamisme et a émis des avis très appréciés sur :

- Le tabac
- La vaccination
- La santé à l'école

Enfin, les différents groupes de travail que nous avons mis en place : Inégalités sociales de santé, Santé en régions, Systèmes d'information, Objectifs de la Loi de santé publique, ont rendu des rapports dont certains ont été publiés et largement diffusés.

A ces activités d'expertise s'ajoute celle toujours aussi appréciée en matière de publication avec notre revue Adsp et les différents rapports édités à la Documentation française : *Indicateurs de mortalité prématurée et évitable*, *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*, *Évaluation à mi-parcours du Plan cancer 2009-2013*, *Évaluation du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011*; *Évaluation du Plan national de lutte contre les, hépatites B et C 2009-2012...* Notons aussi que plus de 4 500 personnes sont abonnées à la lettre de diffusion du site www.hcsp.fr sur lequel sont publiés tous nos travaux.

Tout cela a contribué à un positionnement renforcé du HCSP.

Nous avons participé au rapport du Comité des « Sages », présidé par Alain Cordier et la ministre Marisol Touraine a présenté le 23 septembre, la Stratégie nationale de santé avec un positionnement explicite du HCSP pour le suivi des indicateurs et pour la mise en place d'un bilan régulier de l'état de santé des Français.

Ce fut donc une année riche qui a vu le départ à la retraite de Renée Pomarède, secrétaire générale du HCSP, laquelle a su mener avec talent cette instance au niveau où elle se trouve. Régine Lefait-Robin, qui lui succède depuis septembre, aura la tâche de veiller à l'évolution du HCSP vers encore davantage d'efficacité dans sa mission d'accompagnement d'aide à la décision.

Que tout lecteur de ce bilan d'activité trouve ici les vœux du HCSP pour une très bonne année 2014.

Pr Roger SALAMON
Président du HCSP

PRÉSENTATION DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

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

LES MISSIONS

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

Le Haut Conseil de la santé publique peut être consulté par tous les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement.

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

LA COMPOSITION ET SON ÉVOLUTION

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

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

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

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

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

Le comité exécutif du HCSP (Comex), composé d'un(e) président(e) et d'un(e) vice-président(e), des président(e)s des commissions spécialisées et des président(e)s des comités techniques permanents, définit les axes stratégiques de la structure et prend les décisions nécessaires à la bonne marche quotidienne du HCSP. Il se réunit très régulièrement et au moins six fois par an.

LE COMITÉ EXÉCUTIF ET LE COLLÈGE

PRÉSENTATION

Président : Roger Salamon

Vice-présidente : Catherine Le Galès

Pour son deuxième mandat, le HCSP est présidé par Roger Salamon, qui préside également le Comité exécutif et le Collège chargé d'assurer la cohérence et la coordination des travaux du HCSP. Catherine Le Galès est la vice-présidente. Le Comité exécutif établit le programme stratégique de travail pour les quatre ans du mandat, arrête le programme annuel de travail dont il est garant de l'exécution, examine et attribue toute question soumise au HCSP. Le Collège, qui réunit l'ensemble des présidents des commissions spécialisées et des comités techniques permanents mais aussi huit membres de droit, coordonne les travaux et assure le dialogue formalisé entre le HCSP et ses commanditaires. Le Comité exécutif a tenu onze réunions en 2013, il a préparé le programme de travail de l'année 2013 et il a, à ce titre, examiné l'ensemble des fiches projets des CS et CTP ainsi que des groupes transversaux. Il a également suivi l'élaboration des évaluations de plan de santé publique (Plan cancer, plan de lutte contre les hépatites, plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013) et l'élaboration de certains avis tel que l'avis sur la santé scolaire.

Le Comex réunit régulièrement les groupes permanents transversaux afin de piloter leurs travaux. Il organise les journées plénières du HCSP. C'est ainsi qu'un séminaire sur les « systèmes d'information pour la santé publique, la surveillance et la recherche » s'est déroulé le 12 février 2013. La journée du 11 décembre 2013, organisée autour du thème de l'évaluation et ouverte aux participants extérieurs, a connu un vif succès et a rassemblé une centaine de personnes. Le Comex a également analysé la portée et la mise en œuvre pour le HCSP de la loi du 29 décembre 2011, en particulier ses implications pour la transparence des liens d'intérêts.

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

Le collège s'est réuni deux fois en 2013 (13 mars, 10 juillet). Il a voté le rapport d'activité 2012 de l'instance, il a approuvé le programme de travail 2013 et a été informé de la conduite de certains travaux en matière de vaccinations par exemple.

Le collège est également un espace de dialogue entre le HCSP et ses commanditaires. Les résultats de l'étude de satisfaction réalisée chaque semestre leurs sont présentés à cette occasion.

ACTIVITÉS

- **Les travaux transversaux du HCSP**

Au moment de la mise en place du deuxième mandat, quatre thèmes transversaux ont été identifiés comme pertinents mais complexes et devant être traités sur toute la durée du mandat. Certains d'entre eux poursuivent ou approfondissent un travail initié pendant le premier mandat.

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

Présentation

Président : Thierry Lang (personnalité qualifiée de la CSPEPS)

Réfèrent SG-HCSP : Béatrice Tran

Secrétaire : Catherine de Pretto

Composition

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

Activités

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

1. Se donner les moyens de suivre les évolutions
2. Développer l'expertise dans le domaine des inégalités sociales de santé
3. Inscrire l'objectif de réduction des inégalités sociales dans toutes les politiques

Le principal dossier sur lequel le groupe a travaillé a porté sur le premier axe du programme de travail, avec la réflexion sur les indicateurs d'inégalités sociales de santé.

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

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

Le groupe a répondu de façon conjointe à ces deux saisines très liées et produit à cet effet le rapport « Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé » et l'« avis relatif aux indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans le domaine du cancer » en juin 2013.

Les différents types de données individuelles caractérisant la situation sociale et les indicateurs écologiques de défavorisation existants sont analysés et leurs différentes utilisations dans les enquêtes relatives à la santé et les systèmes d'information en santé commentées, concernant la prise en compte et le suivi de l'évolution des inégalités sociales dans la surveillance de l'état de santé en France. La réflexion a été conduite en lien étroit avec le groupe sur les systèmes d'information en santé, sur l'évolution nécessaire du système statistique pour exploiter les caractéristiques sociales des individus dans les bases de données médico-administratives. Les recommandations portant plus spécifiquement sur le domaine du cancer sont réunies dans la dernière partie du rapport, et synthétisées dans l'avis. Ce rapport a été publié à la Documentation française en 2013.

Concernant le troisième axe du programme de travail, plusieurs actions ont été menées :

- En 2013, le groupe a proposé une grille d'aide à la prise en compte des ISS dans l'élaboration des avis du HCSP. Le bilan de l'utilisation et de l'impact de cet outil dans les avis de 2013 sera fait en 2014.
- Le groupe a représenté la France pour la participation au Work Package 4 de l'Action conjointe européenne Equity Action, dont la conférence finale a eu lieu à Bruxelles le 23 janvier 2014. Le WP4 portait sur la diffusion des connaissances scientifiques vers les décisions en santé publique.
- Enfin, le groupe a élaboré une contribution en vue de définir les priorités de la stratégie nationale de santé.

La ministre de la santé a saisi le HCSP le 28 novembre 2013 pour argumenter le choix de 5 domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé présentée le 23 septembre 2013 et, pour le cas échéant, proposer quelques priorités additionnelles.

Le groupe, dans cette perspective, a rédigé un argumentaire explicitant, dans la continuité des travaux internationaux et des publications précédentes du HCSP, la nécessité de doter la stratégie nationale de santé d'un objectif explicite et d'un pilotage spécifique visant à réduire les inégalités de santé. Cette contribution a été jointe à la réponse du HCSP à la saisine de la ministre, le 3 février 2014.

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

Présentation

Président : Marcel Goldberg (personnalité qualifiée de la CSESP)

Référent SG-HCSP : Gérard Badeyan (jusqu'en septembre), Roberte Manigat (à partir de septembre)

Secrétaire : Catherine de Pretto

Composition

Le groupe de travail est composé de 18 membres provenant de diverses commissions du HCSP (personnalités qualifiées et membres de droit) et d'experts extérieurs responsables dans les services gestionnaires des principales sources de données administratives.

Activités

Le groupe de travail s'est donné comme programme le suivi de la mise en œuvre des principales recommandations présentées dans le rapport « Les systèmes d'information pour la santé publique » issu des travaux réalisés pendant la mandature précédente ainsi que celles du rapport « Pour une meilleure utilisation des bases de données nationales pour la santé publique et la recherche », élaboré en réponse à une saisine de la Direction générale de la santé et publié en mars 2012.

A titre de rappel, le groupe de travail a décidé en début de mandature de s'intéresser plus particulièrement aux possibilités suivantes :

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

Au cours de l'année 2013, le groupe de travail a tenu trois réunions et organisé un séminaire.

Une de ces réunions a été consacrée à l'audition de représentants du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) ainsi que du chef de l'Unité des affaires juridiques et contentieuses de l'Insee. Les autres ont porté sur la mission dévolue à la Drees concernant la gouvernance et l'utilisation des données de santé et ont alimenté le rapport de l'IGAS sur le sujet : présentation et discussion autour de premiers éléments de réflexion, restitution et discussion sur le rapport lui-même dans le contexte plus large du débat sur l'Open data.

Le séminaire avait comme objectif de présenter quelques travaux typiques des activités qui se sont développées ces dernières années autour de l'utilisation des bases de données médico-administratives nationales et d'aborder les nombreux problèmes à résoudre pour leur utilisation optimale. Ces problèmes sont de natures diverses :

- juridique (du fait des textes qui encadrent l'utilisation du NIR) ;
- technique (du fait de la complexité des bases de données) ;
- méthodologiques (du fait de la nécessité de retravailler des données qui ont été recueillies à l'origine dans une optique de gestion).

Il s'agissait notamment de sensibiliser les différents décideurs et acteurs concernés à la nécessité de structurer le milieu des producteurs et utilisateurs de données pour partager, mutualiser et capitaliser connaissances et compétences.

Le nombreux public qui a participé au séminaire était composé essentiellement de techniciens et décideurs des organismes producteurs (CNAMTS, Cnav, Insee, CNSA...), d'utilisateurs (Inserm, InVS, Irdes, Inpes, ANSM, HAS, ARS, ORS, Drees...), de décideurs (directions du ministère et ARS, en tant qu'utilisateurs mais aussi « demandeurs») et de représentants d'associations de malades.

La journée a été centrée sur deux grands domaines : (1) appariements de bases de données entre elles et avec des données d'enquête ; (2) utilisation pour la connaissance de la santé et l'épidémiologie. Elle s'est conclue par une table ronde avec des décideurs, appelés à indiquer quelles actions ils comptent entreprendre pour développer l'utilisation des bases de données médico-administratives et résoudre les difficultés actuelles.

Le séminaire s'est conclu par une intervention du directeur de la Drees, orientée vers la définition d'une politique nationale pour une meilleure utilisation des bases de données médico-administratives pour la santé publique, la surveillance et la recherche.

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

Présentation

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

Référent SG-HCSP : Roberte Manigat

Secrétaire : Catherine de Pretto

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

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

Composition

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

Activités

Le groupe de travail s'est réuni quatre fois en 2013, mais la mise en œuvre de ses missions a surtout donné lieu à de nombreux échanges électroniques.

Les échanges d'information ont porté sur des publications scientifiques dans des journaux et revues à comité de lecture (*Nature, Science, The Lancet...*) et sur des publications scientifiques provenant d'autres sources (notamment la littérature grise). En effet, les multiples rapports sur le changement climatique et les mesures d'adaptation nécessaires, élaborés par des institutions nationales et internationales, généralistes et/ou spécialisées, en anglais pour la plupart, et accessibles en ligne sur les sites des institutions en question, sont une source d'informations inestimables. Ils ont contribué à mieux cerner les nombreuses questions soulevées plus spécifiquement autour de la caractérisation des impacts sanitaires du changement climatique et/ou des mesures d'adaptation envisagées ou déjà mises en œuvre.

Les membres du GAP ont également poursuivi la réflexion, initiée en 2012, et intégré la demande émise par la DGS dans sa saisine de décembre 2012, portant sur l'élaboration d'une méthodologie d'évaluation du PNACC, dans la programmation et la mise en œuvre de leurs travaux. Les articulations nécessaires avec les autres travaux conduits au sein du HCSP, et notamment sous l'égide de la Commission évaluation, stratégie et prospective (construction d'une méthodologie d'évaluation propre au HCSP, évaluation du PNSE2) ont été systématiquement recherchées.

Un travail d'analyse du contenu du PNACC, en regard de la saisine de la DGS, a été conduit pour certaines fiches thématiques, afin d'identifier, parmi les actions entérinées dans ce document, celles qui seraient susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Ce travail, conduit par questionnaire diffusé par courrier électronique, a permis de mieux cerner l'ampleur d'un éventuel travail à conduire, les limites dans sa faisabilité, les corrections à apporter, ainsi que les orientations susceptibles d'être poursuivies. Il pourrait constituer la phase pilote d'une consultation sur le même mode, accompagnée d'un guide de remplissage pour les destinataires invités à répondre au questionnaire, mais qui reste à calibrer en fonction des moyens disponibles et/ou rapidement mobilisables.

Les réunions du GAP ont été consacrées à :

- des présentations de nouvelles options méthodologiques pour réaliser l'évaluation sectorielle de certaines thématiques du plan, avec application notamment aux regroupements des secteurs suivants : agriculture et pêche ; énergie et transport, urbanisme ;
- des restitutions relatives à l'analyse du contenu du PNACC en regard de la saisine de décembre 2012 de la DGS avec discussion sur les limites de la méthode pour identification d'éventuels axes d'amélioration ;
- des auditions, portant notamment sur les notions de risque acceptable, de contraintes en prospective et d'interactions complexes ;
- des discussions sur les concepts d'expansion et optima phénotypiques et sur les conséquences médicales des changements climatiques ;
- l'élaboration d'un premier plan pour le rapport de synthèse des travaux conduits à ce jour.

A l'issue de la réunion du GT de mai 2013, un point d'information sur les travaux du GAP a eu lieu avec la DGS (7 juin 2013), en charge du suivi de la mise en œuvre des actions et mesures inscrites dans la fiche santé du PNACC, en prévision de l'évaluation à mi-

parcours prévue pour 2013. Cette réunion a aussi permis d'échanger sur les pistes envisagées dans la préparation de la réponse à la saisine de décembre 2012.

Un projet de rapport regroupant l'essentiel des pistes intéressantes qui ont pu être identifiées par les membres du GAP, notamment pour répondre à la saisine de la DGS, a été présenté par le président du groupe de travail au Comex de décembre 2013.

Perspectives

Le travail de concertation autour de la réponse à la saisine de la DGS, en articulation avec les méthodes et travaux d'évaluation mis en œuvre par le HCSP, pourrait être poursuivi sur les bases du projet de rapport présenté par le président du GAP au Comex de décembre 2013. Une réunion de concertation avec la DGS commanditaire de la saisine de décembre 2012, sera organisée début 2014, parallèlement à la poursuite des travaux, afin de valider les choix à retenir parmi les options proposées.

• **Groupe de travail transversal « Santé en régions »**

Présentation

Président : Anne Tallec (personnalité qualifiée de la CSESP)

Référent SG-HCSP : Élisabeth Roche et Véronique Mallet

Secrétaire : Aline Orriols

Composition

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

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

Objectifs et mission

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

Les missions de ce groupe sont :

- de constituer un groupe-ressources sur ce champ et de représenter le HCSP lorsqu'il est sollicité à divers titres sur ce thème ;
- de contribuer à la prise en compte de la dimension régionale dans les différents domaines d'activité du HCSP, et en particulier dans les travaux d'évaluation des plans.

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

Activités et perspectives

Une réunion a été organisée en juillet 2013, Elle avait deux objectifs :

1. un échange avec deux représentants du secrétariat général des ministères sociaux en charge de la préparation de la contribution des agences régionales de santé à la stratégie nationale de santé ;
2. La préparation du séminaire « De l'évaluation à la conception des plans de santé publique » du 11 décembre 2013.

Dans la perspective de ce séminaire a été demandé au SG du HCSP d'effectuer une lecture transversale du volet régional des cinq plans évalués par le HCSP (Cancer à mi-parcours, maladies chroniques, hépatites B et C, soutien méthodologique au plan AVC, PNSE2).

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

Présentation

Président : Catherine Le Galès (vice-présidente du HCSP)
Référénts SG-HCSP : Béatrice Tran, Brigitte Haury, Kiran Ramgolam
Secrétaire : Aline Orriols

Composition

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

Activités

Le groupe s'est fixé deux orientations de travail :

- le pilotage par objectif et l'opérationnalisation des plans ;
- la mesure des objectifs.

1. Pilotage par objectif et opérationnalisation des plans

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

Le groupe a conduit une réflexion sur l'intérêt d'un dispositif de tableau de bord pour objectiver les résultats d'une politique de santé, qui a été versée à la contribution du HCSP au rapport Cordier en avril 2013.

2. Mesure des objectifs

Le groupe a engagé, en réponse à une saisine de la DGS dans le cadre de la refonte des indicateurs des objectifs de la loi de santé publique de 2004, un travail d'analyse de la littérature et des expériences européennes en matière d'indicateurs de mortalité prématurée et évitable. Passant en revue les méthodologies et résultats des travaux internationaux, notamment européens, menés depuis le début des années 2000, ce travail propose des recommandations concernant la définition, l'utilisation et l'interprétation des indicateurs de mortalité prématurée et évitable. Ces indicateurs sont destinés à être utilisés dans un contexte global de pilotage et de suivi des politiques et des actions de santé publique. Ils doivent pouvoir contribuer à différents types d'analyses (disparités sociodémographiques, disparités spatiales...) et à différents niveaux (sectoriel, régional, national, international...) mais ils n'ont pas pour finalité première de fournir des indicateurs opérationnels et pragmatiques pour les acteurs de terrain. Cette réponse a fait l'objet d'un rapport complet du HCSP en mai, mis en ligne en juin 2013.

Le rapport de refonte des indicateurs de suivi des objectifs annexés à la loi de 2004, élaboré par la Drees et la DGS fin 2013, a repris à son compte les recommandations de ce rapport.

- **Rapports en cours**

- **Rapport sur l'état de santé en France**

A l'initiative du président du HCSP, Stéphane Le Bouler, membre de la commission Évaluation, stratégie et prospective, coordonne la rédaction d'un ouvrage sur l'état de santé en France. Celui-ci aborde les problèmes de santé de la population et les facteurs

susceptibles de l'influencer, mais aussi la lecture qu'il convient d'en faire en termes d'analyse de politique publique et de conduite stratégique. Ce travail répond à la mission confiée au HCSP par la loi de santé publique de 2004 de préparer la loi suivante.

L'ouvrage comprend deux grandes parties. La première porte sur les données de santé. Elle se décline selon trois axes, le premier relatif aux problèmes de santé et aux pathologies, le deuxième aux déterminants de santé, le troisième sur les inégalités sociales et territoriales. La deuxième partie de l'ouvrage analyse les politiques de santé publique.

Il bénéficie de la contribution de plus d'une vingtaine d'experts qui sont majoritairement des personnalités qualifiées du HCSP mais aussi des membres de droit ou des experts associés selon les thématiques abordées.

- **Travaux d'évaluation des plans de santé publique**

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

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

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

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

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

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

Le HCSP a présenté le 23 avril 2013 les résultats des travaux d'évaluation aux membres de la DGS en charge du suivi du plan, à la présidente du comité de suivi et aux directions de l'administration centrale ayant participé au pilotage du plan.

Après validation par la CSESP le 28 mars et par le Comex le 22 mai 2013, le rapport final a été adressé à la DGS puis présenté au cours d'une réunion le 11 juillet 2013.

Le rapport concluait que le plan en abordant les maladies chroniques de façon transversale était pertinent. Il a cherché à proposer des solutions globales intégrant les

dimensions sanitaires, médico-sociales et sociales. Les mesures proposées étaient justifiées au regard des enjeux épidémiologiques et sociétaux liés aux maladies chroniques. En revanche, l'objectif d'amélioration de la qualité de vie était peut-être trop ambitieux au regard des connaissances et données disponibles lors de l'élaboration du plan. Le HCSP a considéré que la dynamique créée par le plan, l'effort d'adaptation du système de soins, et plus largement de santé, aux maladies chroniques devaient être poursuivis. Il conclut en émettant des recommandations opérationnelles et en proposant des principes d'actions et des objectifs stratégiques pour un futur plan.

Le rapport a été mis en ligne sur le site internet du HCSP en juillet 2013.

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

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

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

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

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

Une trentaine d'auditions ont été menées par les membres du Codev entre septembre et décembre 2012 auprès de 37 personnes, membres des services de l'administration centrale, du comité de pilotage du plan, experts, agences sanitaires, autres opérateurs nationaux ou régionaux, représentants d'associations de patients, médecins. D'autre part, des entretiens ont été menés dans trois régions (Ile-de-France, PACA, Auvergne) avec 75 personnes et des focus groups avec une vingtaine de médecins généralistes.

Le principal intérêt de ce plan a résidé dans sa valeur d'affichage, particulièrement incarnée par un comité de suivi, qui a donné une visibilité nationale à ce problème de santé publique et impulsé une dynamique de débat et d'échanges d'expériences entre des professionnels issus d'horizons variés. Mais la mise en place en début de plan des agences régionales de santé a provoqué un véritable bouleversement des organisations loco-régionales et la définition de nouveaux outils de programmation régionale n'a pas permis d'engager une continuité des actions du plan au niveau territorial. L'absence d'implication des médecins libéraux est constatée, à l'exception notable de ceux ayant une patientèle d'usagers de drogues, généralement plus spécialisés en addictologie.

En raison de l'absence ou du faible recul des données disponibles par rapport à la période du plan, il est difficile de lui attribuer les évolutions observées, mais on peut supposer qu'elles résultent de la politique mise en œuvre depuis de nombreuses années dans les domaines de la lutte contre les hépatites et de la réduction des risques. Parmi les résultats positifs, la fréquence et la mortalité des hépatites semblent se réduire. L'utilisation des traitements de substitution aux opiacés a régulièrement augmenté depuis 1996, et le

dépistage des hépatites B et C a considérablement augmenté en population générale et chez les usagers de drogues, parallèlement à une diminution du taux de positivité de ces tests. La montée en charge des trithérapies prédite par les modélisations épidémiologiques n'a pas été observée, ce qui interroge, au-delà du dépistage des personnes cibles, sur l'accès des personnes infectées à une prise en charge thérapeutique. D'autre part, la couverture vaccinale contre l'hépatite B évolue très peu chez les adolescents, certains groupes d'usagers de drogues (nouveaux injecteurs, femmes, personnes originaires des pays de l'Est) ont des pratiques à risques en augmentation et on ne connaît pas la part des personnes détenues dépistées et prises en charge pour les VIH, VHB et VHC. De façon plus générale, on ne relève aucune amélioration en population générale de la perception du risque ni de la connaissance des modes de transmission des hépatites virales, qui étaient déjà faibles avant le plan.

A l'issue de ces constats, le HCSP ne recommande pas un nouveau plan spécifique de lutte contre les hépatites virales mais émet des recommandations pour reconsidérer ou améliorer les actions du plan au sein des différents axes de la politique de lutte contre les hépatites.

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

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

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

Le PNSE2 est arrivé à échéance fin 2013. Dans la saisine du 16 novembre 2012, la Direction générale de la santé a demandé au HCSP de procéder à l'évaluation du PNSE2, en coordination avec l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), le CGEDD (Conseil général de l'environnement et du développement durable), et l'IGAENR (Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche), également saisis par ailleurs.

L'évaluation du PNSE2 par le HCSP a été coordonnée par un Comité d'évaluation chargé de l'élaboration de la méthodologie de l'évaluation, de la collecte et de l'analyse des données ainsi que de la rédaction du rapport d'évaluation.

Un comité consultatif composé des différentes parties prenantes au Plan et de ses impacts a été constitué. Consulté sur les questions méthodologiques de l'évaluation, il a fourni les informations nécessaires pour son déroulement et a participé à la discussion sur les recommandations proposées par le Comité d'évaluation en vue de préparer le prochain Plan National Santé Environnement.

Le rapport de l'évaluation conduite par le HCSP a produit, grâce à l'exploitation de bases de données publiques et parapubliques, des informations sur l'évolution de la qualité des milieux de vie et de travail, cibles du PNSE2. Neuf domaines ont été analysés : qualité de l'air extérieur, de l'air intérieur et de l'eau ; expositions au bruit et aux substances toxiques ; expositions professionnelles ; points noirs environnementaux ; habitat indigne ; expositions des populations vulnérables aux substances toxiques préoccupantes, reprotoxiques et à des perturbateurs endocriniens.

La contribution du PNSE2 à la réduction des inégalités sociales et territoriales d'exposition aux risques résultant de ces pollutions et nuisances a aussi été recherchée.

Les résultats des actions du PNSE2 restent difficiles à mesurer sur les niveaux d'exposition de la population, compte tenu des échelles de temps très longues que nécessitent la mise en œuvre des actions et ensuite l'observation concrète de leurs effets.

Les conclusions concernant l'évolution de la situation en santé-environnement durant ces dix dernières années varient selon les milieux (air extérieur, air intérieur, eaux, etc.) et polluants (particules, pesticides, métaux, etc.) ou nuisances (habitat indigne, bruit, etc.) analysés.

L'insuffisance des informations disponibles ne permet pas de se prononcer sur la réduction des inégalités sociales et territoriales d'exposition aux risques résultant de ces pollutions et nuisances.

Le HCSP a souligné les faiblesses des systèmes d'information sur la qualité des milieux et les expositions de la population : éclatés et difficiles d'accès, ils sont jugés peu adaptés pour cette analyse et celle des inégalités environnementales.

Le HCSP a formulé des préconisations pour la préparation du PNSE3 et des PRSE3 sur des objectifs précis que pourraient s'assigner les prochains plans, la gouvernance et l'articulation entre le plan national et les plans régionaux.

Le rapport a été rendu public en septembre 2013.

- **Evaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer**

Dans le cadre de la préparation du futur plan cancer annoncé par François Hollande le 4 décembre 2012, la DGS a sollicité en février 2013 le HCSP au sujet de l'évaluation finale du plan cancer 2009-2013.

Compte tenu des délais, le HCSP a proposé d'opérer en deux temps :

- dans un premier temps, apporter sa contribution aux travaux du professeur Vernant chargé de préparer le rapport d'orientation du futur plan Cancer,
- puis lancer l'évaluation de la politique de lutte contre le cancer sur les 10 ans écoulés, période assez longue pour pouvoir évaluer les effets de cette politique notamment en termes d'impacts.

Le président du HCSP a missionné Caroline Weill, de la CSESP et Hélène Grandjean, de la CSMC pour mener à bien les travaux préparatoires de l'évaluation, et piloter le futur comité d'évaluation, confiant la coordination des travaux au secrétariat général du HCSP (Elisabeth Roche, Béatrice Tran puis Véronique Mallet et Frédéric Dugué, interne de santé publique).

Une première réunion a eu lieu en juin 2013 avec le bureau de la DGS en charge du plan Cancer ; elle avait pour objectif de préciser les attentes de la DGS, le contour de l'évaluation, et définir les finalités et modalités de collaboration entre le HCSP et la DGS.

Le Codev a été constitué, composé de dix experts, huit personnalités qualifiées représentant les différentes commissions du HCSP et deux experts extérieurs, et les membres du secrétariat général du HCSP. Il s'est réuni quatre fois entre septembre et décembre 2013.

Le Codev a été assisté dans ses travaux, suite à un appel d'offre, 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.

Les axes d'investigation identifiés (recherche, observation, prévention-dépistage, soins, vivre pendant et après le cancer et deux axes plus transversaux : inégalités sociales et territoriales ; environnement-santé) ont été répartis entre les membres du Codev et les

premiers éléments de contexte présentés par les pilotes de chaque axe. Les premières auditions ont portées sur le thème des inégalités. Les travaux se sont poursuivis autour de la définition des questions évaluatives et la préparation des auditions.

Concernant l'étude qualitative, le protocole a été finalisé. L'étude comportera 32 cas et sera réalisée dans quatre régions ; pour chaque cas, quatre entretiens sont prévus : avec le patient, l'oncologue/radiothérapeute du patient, le médecin traitant/l'infirmier du patient, un autre professionnel ou un accompagnant voire un proche.

- **Programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013**

Le Directeur général de l'offre de soins a saisi le 21 juin 2013 le HCSP afin d'évaluer le programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013. Le Propin est l'un des sept programmes constituant le plan stratégique national de prévention des infections liées aux soins (IAS) 2009-2013. Le programme s'articule autour de six grandes orientations :

- promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins ;
- optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance ;
- anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique ;
- maintenir l'usager au centre du dispositif ;
- améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales ;
- promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales.

L'évaluation a pour but d'éclairer les pouvoirs publics sur les résultats des politiques qui ont été menées dans le domaine et contribuer au choix des orientations futures.

Deux personnalités qualifiées du HCSP, Valérie Buthion (CSESP) et Pierre Czernichow (CSSP), ont été sollicitées dès juillet pour préparer les travaux, avec l'aide du SG-HCSP (Elisabeth Roche, Béatrice Tran) et piloter le futur comité d'évaluation (Codev). Un appel d'offre a été lancé, 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 visant à explorer les effets du programme du point de vue des professionnels, des administrations et des usagers, ainsi que les modalités de mise en œuvre opérationnelle de ses mesures.

Une réunion préliminaire avec les membres de la DGOS en charge du suivi du programme a eu lieu le 12 septembre précisant le contexte de la saisine et un calendrier. Il a été ainsi convenu que le HCSP propose les éléments de l'évaluation du Propin fin mars 2014 et un rapport final en mai 2014.

Le comité d'évaluation, composé de trois personnalités qualifiées du HCSP, de trois personnalités extérieures et du SG-HCSP, s'est réuni quatre fois entre septembre et décembre 2013.

Afin de reconstituer le modèle logique du programme, expliciter les hypothèses sous-jacentes aux choix des actions, juger de la pertinence et de la cohérence du plan, le Codev a entrepris de travailler dans un premier temps sur les deux parties constitutives du programme : d'une part les objectifs quantifiés au nombre de 20 et d'autre part le programme d'action décliné en 6 orientations, 17 objectifs et 79 actions.

Par ailleurs, compte tenu des interactions de ce programme avec le plan stratégique national de prévention des IAS, le Codev a proposé de construire et réaliser l'évaluation du Propin, non comme un programme individualisé, mais en relation avec les objectifs généraux du plan stratégique national et les programmes avec lesquels il est en étroite interaction, le plan national d'alerte sur les antibiotiques et le programme de prévention des IAS en établissements médico-sociaux.

Pour répondre à la sollicitation du HCSP, le Directeur général de la santé a saisi le HCSP le 17 décembre 2013 pour mener l'évaluation dans ce sens.

- **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.

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

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

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

Quatre personnalités qualifiées du HCSP siègent au conseil scientifique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), qui se réunit au moins deux fois par an. Thierry Lang, Hélène Grandjean, Christian Ben Lakhdar et Benoît Dervaux ont achevé leur mandat fin 2013. De nouveaux représentants ont été désignés : Franck Chauvin, Christian Ben Lakhdar, Roger Salamon, Caroline Weill.

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

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

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

COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES TRANSMISSIBLES

PRÉSENTATION

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

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

Deux comités techniques permanents sont rattachés à cette commission :

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

COMPOSITION

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

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

En 2013, la Commission spécialisée « Maladies transmissibles » :

- a tenu neuf séances plénières ;
- a animé neuf groupes de travail, dont un groupe pérenne « Grippe, MERS-CoV et autres virus respiratoires », un groupe en collaboration avec la Commission spécialisée Sécurité des patients et un groupe avec la Commission spécialisée Risques liés à l'environnement et la Commission spécialisée Sécurité des patients.

ACTIVITÉS

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

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

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

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

- **Colloque**
 - Ricai 2013 (*Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse*) : intervention présentant les travaux de la CSMT.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS) : au titre du ministère de la santé**
 - Christian Perronne a été renouvelé dans sa fonction de vice-président du groupe ETAGE (« European Technical Advisory Group of Experts on Immunization ») de l'OMS et est invité permanent du groupe SAGE (Strategic Advisory Group of Experts) de l'OMS ;
- **Ministère des Affaires étrangères : plateforme sur la politique vaccinale internationale.**

PERSPECTIVES

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

Pour 2014, les travaux concerneront pour une grande part la finalisation des réponses aux saisines en cours et l'instruction des nouvelles saisines qui seront soumises, dans les champs de compétences de ces trois instances.

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

LES COMITÉS TECHNIQUES PERMANENTS

LE COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS

PRÉSENTATION

Président : Daniel Floret

Vice-présidente : Odile Launay

Coordinatrice : Corinne Le Goaster

Secrétariat : Isabelle Douard

Le Comité technique des vaccinations a pour missions :

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

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

COMPOSITION

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

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

ACTIVITÉS

Le programme de travail du CTV en 2013 a comporté :

- l'audition annuelle des firmes pharmaceutiques concernant leur politique de développement de vaccins ;
- la mise à jour du Calendrier des vaccinations, qui a fait l'objet d'un numéro annuel du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'InVS (N°14-15 du 19 avril 2013) ;
- la révision des recommandations vaccinales ;
- l'émission de recommandations sur les vaccins dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est en cours ou a évolué ;
- des réponses aux saisines dont certaines en urgence.

En 2013, le Comité technique des vaccinations a :

- tenu 10 sessions plénières ;
- animé 15 groupes de travail ;
- élaboré 22 avis dont 1 avis concernant les mentions minimales obligatoires (MMO) pour la publicité des vaccins ;
- rédigé cinq rapports à l'appui d'avis.

• Saisines

L'activité principale du CTV a été d'élaborer les réponses aux saisines, en provenance principalement de la DGS. Celles-ci ont été approuvées par la CSMT (voir pp. 32 à 42).

• Auto-saisines

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

• Participation à des groupes de travail et colloques

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

• Comités

- Cellule d'aide à la décision en cas d'infection à méningocoque.
- Présidence du Comité national de vérification de l'élimination de la rougeole : réunions à la DGS (5 avril, 23 avril, 23 mai, 17 juin, 3 juillet) et voyage à Rome colloque OMS/ ECDC du 12 au 14 février.

• Rencontres institutionnelles

- Réunions DGS :
 - Janvier : préparations de documents en vue de la publication du nouveau calendrier vaccinal. Discussions de l'Avis obligation vaccinale ;
 - 11 février : présentation du nouveau calendrier aux professionnels de santé ;
 - 5 avril : vaccination HPV,
 - 9 octobre : conférence de presse campagne grippe ;
 - 15 octobre : place des pharmaciens dans la vaccination ;
 - 13 novembre et 20 novembre : exercice « Pandémie grippale » ;
 - 15 novembre : circuit des vaccins ;
 - 5 décembre : conférence de presse DGS vaccin HPV.
- Réunion ANSM : 11 février : sécurité du vaccin rubéole.
- Réunions HAS : 18 février protocole de délégation de tâche pour la vaccination, 15 novembre études médico-économiques.
- Réunion Drees: 13 décembre Comité Vague « vaccination » Panel MG de ville.
- Inserm Réseaux Sentinelles/DGS 26 septembre : étude PRATIVAC.
- AFEF : Rapport vaccination hépatite B.

- **Colloques**

- INPES : préparation Semaine Européenne de la vaccination (SEV), Paris, 12 mars.
- Vaccinologie : Ajaccio 2-4 avril.
- Interventions dans le cadre de la SEV : Paris 25 avril, Lyon 6 mai, Grenoble 14 mai, Aix les Bains 28 mai, Rouen 10 octobre.
- Présentation du nouveau calendrier vaccinal :
 - o Société française de pédiatrie, Clermont Ferrand 16 mai ;
 - o Journées nationales d'infectiologie (JNI) Clermont Ferrand 12 juin ;
 - o ARS Rhône Alpes 13 juin ;
 - o Conférence nationale de santé, Paris 18 juin ;
 - o Société française de médecine générale, Nice 27 juin ;
 - o Forum médical Lyonnais, Lyon 28 septembre ;
 - o ARS Lille 3 octobre ;
 - o Société française de santé publique & Association des épidémiologistes de langue française, Bordeaux 18 octobre ;
 - o Actualités Claude Bernard, Lyon 19 octobre ;
 - o RICAI 22 novembre.
- Congrès Hygiène, risques et qualité chez la personne âgée : Lyon 24 septembre
- Colloque Méningites, DGS 8 octobre

- **Ecrits / Interviews**

- Editorial du BEH, Calendrier vaccinal 2013.
- Article ADP de la recommandation à l'obligation.
- Article : Simplification du calendrier vaccinal. D.Floret JID 2013 ; 15 : 102-9.
- Article : Vaccins contre les papillomavirus humains (HPV) Dernières recommandations du Haut conseil de la santé publique, et premiers résultats cliniques et virologiques Isabelle Heard, Daniel Floret. Médecine Sciences 2013; 29.
- Report EuSANH workshop "Reasons behind the differences in national vaccination schedules for under-five", European Public Health pre-conference workshop, Malta, 8 November 2012. Vaccine 2013.
- Actualité du calendrier vaccinal 2013. La Revue du Praticien Médecine Générale Avril 2013.
- Indicators to assess National Immunization Technical Advisory Groups (NITAGs) Vaccine 2013.
- Conférence de presse HCSP du 11 décembre 2013.
- Nombreux interviews presse publique et médicale, radios, télévisions dont « Faut-il avoir peur de la grippe » France 5, 2 décembre 2013.

PERSPECTIVES

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

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

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

PRÉSENTATION

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

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

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

COMPOSITION

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

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

En 2013, le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation a :

- tenu sept sessions plénières ;
- animé deux groupes de travail ;
- élaboré deux avis accompagnés chacun d'un rapport.

ACTIVITÉS

• Programme de travail

Le programme de travail du CMVI a comporté :

- l'actualisation des Recommandations sanitaires pour les voyageurs, qui font l'objet d'un numéro annuel du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'InVS (N°22-23 du 4 juin 2013) ;
- la délégation d'un membre du CMVI au comité chargé d'élaborer une stratégie nationale pour l'amélioration de la politique vaccinale.

• Saisines et Avis

L'une des activités principales du CMVI a été de répondre aux saisines en provenance principalement de la DGS. Ces réponses ont été votées par la commission Maladies transmissibles (voir pp. 43).

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

Eric Caumes a participé en tant que président du CMVI à :

- réunion de la Société de médecine des voyages (SMV) qui s'est tenue à Besançon les 27 et 28 septembre 2013 ;
- groupe Suisse de Médecine des voyages dont la réunion a eu lieu à Berne le 12 novembre 2013.

PERSPECTIVES

Le CMVI travaillera notamment sur :

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

RÉPONSES AUX SAISINES

- **Avis et rapports validés par la CSMT sur proposition du CTV**

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

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

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

- Vaccin contre la tuberculose BCG SSI®
Avis du 1^{er} février 2013.

- **Avis relatif à la place du vaccin grippal Optaflu® dans la stratégie de lutte contre la grippe saisonnière**

Dans le cadre de la procédure de mise sur le marché du vaccin grippal trivalent inactivé Optaflu®, le Haut Conseil de la santé publique a émis des recommandations afin de déterminer la place de ce vaccin parmi les vaccins grippaux saisonniers actuellement à disposition.

Ce vaccin est produit sur culture cellulaire. Ce mode de production permet de s'affranchir d'un éventuel problème de disponibilité des œufs embryonnés de poule. En outre, contrairement aux vaccins grippaux trivalents inactivés classiques, il ne contient aucun résidu de protéines de l'œuf, ni traces d'aminoside.

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération les données d'immunogénicité et tolérance concernant ce vaccin, fait le point sur la problématique de l'allergie à l'œuf et recommande que le vaccin Optaflu® puisse être utilisé, dans le cadre de son autorisation de mise sur le marché (actuellement à partir de l'âge de 18 ans) chez les personnes éligibles à la vaccination antigrippale selon le calendrier vaccinal en cours.

De par son mode de production, ce vaccin peut être utilisé chez les personnes ayant des antécédents d'allergie de type anaphylactique aux protéines de l'œuf ou aux aminosides.

Le Haut Conseil de la santé publique souligne que le vaccin Optaflu®, enregistré selon une procédure européenne, nécessite une prescription médicale.

Avis du 1^{er} février 2013.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Introduction du vaccin Bexsero® dans la campagne de vaccination contre le méningocoque B:14:P1.7,16 dans les départements de la Seine Maritime et de la Somme**
- **Une situation d'hyperendémie des infections invasives à méningocoque (IIM) de sérogroupe B, et plus spécifiquement liée à une souche de phénotype B:14:P1.7,16, existe en Normandie et en Picardie.**

- Pour éradiquer ces foyers, des campagnes de vaccination ont été mises en place en Seine-Maritime et dans la Somme avec le vaccin MenBvac® qui, n'ayant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM), est utilisé au titre de l'article L.31-31 du code de la santé publique.
- Le vaccin Bexsero® a obtenu une AMM européenne le 14 janvier 2013. Le Haut Conseil de la santé publique recommande que, dans le cadre de ces campagnes de vaccination, le vaccin Bexsero® soit substitué au vaccin MenBvac® dès qu'il sera disponible, pour les nouvelles personnes éligibles à cette vaccination et pour les personnes contacts, quel que soit leur âge, autour d'un nouveau cas d'IIM B:14:P1.7,16 survenant en Seine-Maritime, dans la Somme et de la Manche non antérieurement vaccinés par le MenBvac®.
- Les schémas vaccinaux recommandés sont rappelés ainsi que les modalités de co-administration avec les autres vaccins du calendrier vaccinal du nourrisson.
- En l'absence de données d'interchangeabilité entre les deux vaccins, l'utilisation exclusive du vaccin MenBvac® doit être poursuivie pour les personnes en cours de vaccination et n'ayant reçu qu'une, deux ou trois doses de vaccin MenBvac®.
- Le Haut Conseil de la santé publique recommande enfin que le suivi renforcé de pharmacovigilance mis en place par l'ANSM pour le vaccin MenBvac® soit poursuivi lors de l'utilisation du vaccin Bexsero®.

Avis du 7 février 2013.

- **Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du HCSP**

Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013, validés par le Haut Conseil de la santé publique, fixent les vaccinations obligatoires ou recommandées pour les personnes résidant en France en fonction de leur âge. Outre les recommandations générales, le calendrier vaccinal présente des recommandations spécifiques pour des populations exposées à des risques particuliers.

Le calendrier vaccinal 2013 a été revu en profondeur avec comme objectifs : d'assurer à tous les âges de la vie une protection maximale en n'administrant que le strict nombre d'injections vaccinales nécessaires ; de rendre ce nouveau calendrier plus lisible, plus facile à mémoriser pour les patients et pour les professionnels de santé et donc applicable. Ainsi, le nouveau calendrier permet notamment de diminuer le nombre d'injections chez les nourrissons et de proposer des rappels de vaccination à âge fixe chez les adultes.

Pour la période de transition, des algorithmes sont proposés avec, notamment pour les adultes chez qui la question de la transition se posera de manière durable, des schémas, tableaux et exemples pouvant aider les médecins dans leurs décisions.

Avis du 22 février 2013.

- **Avis relatif à la vaccination ciblée contre les infections invasives à méningocoque liées au clone B14:P1.7,16 du complexe clonal ST- 32 avec les vaccins MenBvac® et Bexsero® dans le département des Pyrénées Atlantiques**

Depuis juillet 2012, des cas groupés d'infections invasives à méningocoque de séro groupe B (IIM B) liés à un même clone sont survenus dans les Pyrénées-Atlantiques et notamment dans deux cantons, Lagor et Navarrenx.

Il a été demandé au HCSP d'émettre un avis sur l'opportunité d'une vaccination des personnes contacts lors de la survenue d'un nouveau cas d'IIM B14:P1.7,16 et d'une campagne locale de vaccination préventive.

Le HCSP recommande, dans l'hypothèse où un ou plusieurs nouveaux cas d'IIM B liés à la souche B :14 :P1.7,16 surviendraient dans les 12 mois suivant le dernier cas (i.e. d'ici le 15 septembre 2013) dans les cantons de Lagor et Navarrenx, la mise en place immédiate d'une campagne de vaccination par le vaccin MenBvac® ciblant : les personnes âgées de 2 mois à 24 ans résidant, étudiant ou travaillant dans cette zone géographique ; ainsi que les personnes contacts autour des cas.

Ces personnes recevront le schéma vaccinal à 4 doses identique à celui qui est actuellement recommandé en Normandie.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où un nouveau cas d'IIMB lié à la souche B14:P1.7,16 surviendrait d'ici le 15 septembre 2013 dans les Pyrénées-Atlantiques en dehors de la zone de Lagor et Navarrenx ou dans les Landes, les Hautes-Pyrénées et le Gers, le HCSP recommande la vaccination par le vaccin MenBvac® des sujets contacts selon un schéma simplifié limité à 2 doses espacées de six semaines.

La surveillance microbiologique et épidémiologique renforcée des IIM doit être maintenue dans les Pyrénées-Atlantiques et les Landes et la recherche de liens épidémiologiques avec la zone de Lagor et Navarrenx doit être effectuée de façon systématique et rapide devant la survenue de tout cas d'IIM impliquant la souche B14:P1.7,16.

Avis du 22 février 2013.

- **Avis relatif à la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes atteintes d'une hépatopathie chronique avec ou sans cirrhose**

Des études, notamment au cours de la pandémie A(H1N1)pdm09 de 2009, ont mis en évidence la gravité de la grippe pour les personnes atteintes de maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose. Par ailleurs, ces patients ont une réponse immunitaire satisfaisante aux vaccins grippaux et aucun signal particulier de pharmacovigilance n'a été enregistré chez ces patients vaccinés.

Le Haut Conseil de la santé publique estime donc, en raison de la gravité potentielle de la grippe chez les personnes atteintes de maladies hépatiques, que la balance bénéfique/risque de cette vaccination est favorable.

En conséquence, il recommande d'inclure les patients atteints de maladie hépatique chronique, avec ou sans cirrhose, dans la liste des personnes éligibles à la vaccination contre la grippe saisonnière.

Avis du 22 février 2013.

- **Avis relatif à la vaccination antirabique préventive, traitement post-exposition et suivi sérologique des personnes régulièrement exposées au virus de la rage (voyageurs, professionnels, chiroptérologues)**

La rage est une zoonose virale due à un lyssavirus qui se caractérise par une encéphalite inéluctablement mortelle une fois les signes cliniques déclarés. Elle est présente de manière enzootique dans plus de 100 pays et plus particulièrement en Asie et en Afrique. Tous les mammifères peuvent être atteints ; les carnivores terrestres et les chauves-souris (chiroptères) constituent les espèces hôtes principales appelées aussi réservoirs du virus.

Afin de clarifier les recommandations applicables en France pour la prévention de la rage chez les personnes susceptibles d'être exposées de par leur profession, leurs activités ou leurs voyages, le Haut Conseil de la santé publique a examiné la question des injections de rappel et du protocole de prophylaxie post-exposition chez un sujet vacciné.

Il a pris en compte la situation épidémiologique internationale, européenne et nationale, les risques encourus par les personnes exposées, ainsi que les données disponibles sur les vaccins antirabiques. Tous ces éléments sont détaillés dans le rapport joint à cet avis.

Pour chacune des catégories de population concernées, notamment voyageurs et professionnels, le HCSP fait des recommandations relatives aux indications et aux

modalités de la vaccination antirabique préventive, du traitement post-exposition et du suivi sérologique.

Avis du 22 février 2013.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Avis relatif à la stratégie de vaccination dans le cadre de la révision du plan de lutte contre une pandémie grippale. Complément à la réponse du 12 juillet 2012.**

La vaccination contre la grippe est proposée systématiquement chaque année pour protéger les populations à risque. Lors d'une menace pandémique, le principe de la vaccination pour protéger ces mêmes populations n'est pas remis en cause, mais d'autres objectifs pourraient être pris en compte et le mode de mise en place pourrait évoluer.

Dans ses avis, le Haut Conseil de la santé publique émet des recommandations qui constituent un modèle d'aide au choix des stratégies vaccinales dans un contexte de pandémie grippale.

Il définit les enfants d'âge scolaire comme étant la population à risque de transmission et estime que la population à risque de complications est actuellement celle des personnes éligibles à la vaccination contre la grippe saisonnière.

Il rappelle que la stratégie proposée devra évoluer en fonction des évaluations régulières de la gravité de la pandémie, de son impact, de la disponibilité de mesures de contrôle efficaces, en particulier des vaccins dirigés contre le virus pandémique et de la période d'arrivée de la vague pandémique sur le territoire.

Dans la majorité des circonstances, la vaccination sera réalisée dans le cadre du système classique : médecine ambulatoire, centres de vaccination, médecine du travail. Par contre, en cas de pandémie majeure, si le secteur ambulatoire est réduit en effectif, débordé par l'afflux de patients, une campagne de vaccination en dehors de ces structures habituelles sera nécessaire.

Avis du 25 avril 2013

- **Recommandations de la vaccination pour les adultes et les enfants âgés de plus de 2 ans à risque d'infection invasive à pneumocoque**

Le pneumocoque est la première cause de pneumonie bactérienne communautaire. Le risque d'infections invasives à pneumocoque (IIP) et de pneumonies est élevé chez les personnes immunodéprimées, les personnes âgées et les malades atteints de pathologies favorisant la survenue ou aggravant le pronostic de ces infections. Des recommandations de vaccination existent déjà pour des personnes à risque âgées de plus de 5 ans, ainsi que pour des enfants de 2 à 5 ans. Par ailleurs, le vaccin pneumococcique polysidique conjugué comportant 13 sérotypes (VPC 13), pratiqué jusqu'à présent de manière universelle chez le nourrisson avant 2 ans, a obtenu récemment son autorisation de mise sur le marché (AMM) chez les adultes de plus de 50 ans et chez les enfants de 2 à 17 ans révolus.

Le HCSP propose une liste commune de personnes éligibles à la vaccination contre le pneumocoque pour les enfants de plus de 2 ans, les adolescents et les adultes. Elle distingue les personnes immunodéprimées ou atteintes de syndrome néphrotique, et les personnes non immunodéprimées porteuses d'une maladie sous-jacente prédisposant à la survenue d'IIP.

Le HCSP précise les recommandations vaccinales pour les enfants de 2 à 5 ans, à risque élevé d'IIP et appartenant à cette liste commune.

Il émet des recommandations pour les personnes de 5 ans et plus appartenant à cette liste. Le vaccin pneumococcique conjugué est recommandé en première intention chez les personnes immunodéprimées, atteintes de syndrome néphrotique ou de brèche ostéoméningée ou porteuses d'un implant cochléaire. Le vaccin polysidique non conjugué est recommandé dans les autres cas.

Le HCSP indique qu'il n'existe pas actuellement de données permettant de recommander la pratique de revaccinations ultérieures.

Avis du 25 avril 2013.

- **Place du vaccin Epaxal®, vaccin virosomal inactivé de l'hépatite A**

Dans le cadre de la procédure de mise sur le marché du vaccin Epaxal®, vaccin virosomal inactivé de l'hépatite A, le Haut Conseil de la santé publique a émis des recommandations afin de déterminer la place de ce vaccin parmi les vaccins monovalents contre l'hépatite A actuellement disponibles en France.

Epaxal® est le premier vaccin virosomal développé pour la prévention de l'hépatite A. Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération l'épidémiologie de l'hépatite A en France, les données d'immunogénicité et de tolérance concernant ce vaccin, et les possibilités de co-administration avec d'autres vaccins.

Il rappelle les recommandations vaccinales actuelles, et recommande que le vaccin Epaxal® puisse être administré dans le cadre de son autorisation de mise sur le marché à partir de l'âge de 1 an, chez les personnes éligibles à la vaccination contre l'hépatite A selon le calendrier vaccinal en cours.

Il précise que du fait de sa composition (virosome grippal), ce vaccin est contre-indiqué de principe aux personnes allergiques à l'œuf.

Avis du 24 mai 2013.

- **Rappels de vaccination antitétanique dans le cadre de la prise en charge des plaies**

Le calendrier vaccinal 2013 allonge les intervalles des rappels de vaccins diphtérie-tétanos-poliomyélite (dTPolio) chez l'adulte : ceux-ci sont désormais de vingt ans entre 25 et 65 ans. Un intervalle de dix ans est maintenu au-delà de cet âge.

Le Haut Conseil de la santé publique considère que les données relatives aux durées de protection conférées par les vaccins tétaniques autorisent une modification des recommandations relatives à la prévention du tétanos dans le cadre de la prise en charge des plaies. Devant une plaie, l'administration immédiate d'une dose d'anatoxine tétanique est recommandée lorsque la personne n'est pas à jour de ses vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur. Si, en outre, la plaie est majeure ou susceptible d'avoir été contaminée par des germes d'origine tellurique, l'administration d'une dose d'immunoglobulines tétaniques complètera cette prévention.

Le HCSP précise également qu'outre la prévention immédiate du tétanos, l'administration d'anatoxine tétanique doit s'inscrire dans une optique de mise à jour du statut vaccinal de la personne concernée.

Un tableau résumant les conduites à tenir en fonction du statut vaccinal du patient figure dans cet avis.

Avis du 24 mai 2013.

- **Vaccination contre l'hépatite B des femmes à Mayotte et en particulier des femmes enceintes**

Le département de Mayotte présente une situation d'endémicité intermédiaire pour l'hépatite B. Il a été demandé au HCSP d'étudier notamment la pertinence de vacciner systématiquement contre l'hépatite B les femmes enceintes séronégatives qui n'appartiendraient pas à un groupe à risque et plus largement l'opportunité de modifier la politique vaccinale contre l'hépatite concernant les adultes de ce département.

Le Haut Conseil de la santé publique considère qu'il n'y a aucun argument pour vacciner contre l'hépatite B les femmes enceintes ni pour modifier la politique de vaccination contre l'hépatite B des adultes à Mayotte.

Il recommande que la politique de vaccination contre l'hépatite B soit appliquée à Mayotte conformément aux recommandations du calendrier vaccinal en vigueur à savoir :

- la vaccination généralisée des nourrissons avec l'administration de la première dose de vaccin dans les 24 premières heures de vie ;
- le rattrapage de la vaccination contre l'hépatite B chez les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus ;
- à partir de l'âge de 16 ans, l'identification et la vaccination des personnes à risque élevé d'exposition ;
- le dépistage systématique de l'AgHBs chez la femme enceinte et l'application du programme de sérovaccination pour les nouveau-nés nés de mères porteuses de l'Ag HBs.

Avis du 28 juin 2013.

- **Vaccination contre la rougeole avant l'âge de 12 mois. Recommandations**

Le calendrier vaccinal 2013 recommande désormais l'administration de la première dose de vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) à l'âge de 12 mois pour tous les enfants, l'administration de la seconde dose étant recommandée entre 16 et 18 mois.

Toutefois, les nourrissons âgés de 6 mois à 11 mois qui vont voyager ou séjourner dans un pays de haute endémicité de la rougeole et ceux contacts d'un cas de rougeole doivent être vaccinés contre la rougeole.

Pour ces nourrissons, le Haut Conseil de la santé publique recommande qu'ils reçoivent le vaccin rougeole monovalent Rouvax®.

Ils devront recevoir par la suite deux doses de vaccin trivalent rougeole, oreillons, rubéole, selon les recommandations du calendrier vaccinal en vigueur (1^{re} dose à 12 mois, 2^e dose à 16-18 mois) en respectant un intervalle minimal d'un mois entre la dose de vaccin monovalent et la première dose de vaccin trivalent, ainsi qu'entre les deux doses de vaccin trivalent.

Le HCSP recommande que des dispositions soient prises afin que le vaccin rougeole monovalent Rouvax® soit effectivement disponible dans les Centres de vaccinations publics notamment pour les voyageurs, et en particulier pour la situation d'urgence de la vaccination post-exposition

Avis du 28 juin 2013.

- **Conduite à tenir vis-à-vis des enfants ayant reçu une 1^{ère} dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole avant l'âge de 12 mois**

Le calendrier vaccinal 2013 recommande désormais l'administration de la première dose de vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) à l'âge de 12 mois pour tous les enfants, l'administration de la seconde dose étant recommandée entre 16 et 18 mois.

Le Haut Conseil de la santé publique précise dans cet avis la conduite à tenir pour les nourrissons ayant initié une vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole avant l'âge de 12 mois.

Le HCSP ne recommande pas, dans la situation épidémiologique actuelle, l'administration systématique d'une troisième dose de vaccin rougeole, oreillons, rubéole pour ces enfants. Il recommande, en revanche, de vérifier que les enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois ont effectivement reçu une seconde dose de vaccin et, à défaut, de compléter la vaccination.

Il recommande qu'une troisième dose de vaccin rougeole, oreillons, rubéole, soit administrée chez les personnes ayant initié leur vaccination avant l'âge de 12 mois dans les situations suivantes :

- en post-exposition dans les 72 heures suivant le contact avec un cas de rougeole ;
- nouvelle flambée épidémique de rougeole ;
- enfants devant voyager en pays de haute endémicité de la rougeole.

Avis du 28 juin 2013.

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

Des cas d'infection invasive à méningocoque C (IIM C) sont survenus récemment en France en particulier en région Ile-de-France ainsi que dans d'autres pays chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

Dans ce contexte et dans la perspective du rassemblement prochain de l'Europride à Marseille et d'autres rassemblements de même type cet été, le HCSP considère qu'il existe à ce jour un sur-risque d'IIM C pour les HSH vivant en Île-de-France et fréquentant les lieux de convivialité ou de rencontre gays parisiens ainsi que pour les HSH résidant en France et souhaitant se rendre à un ou des rassemblements gays organisés en France ou en Europe.

Il recommande que pour ces personnes :

- la vaccination soit étendue et proposée à celles âgées de 25 ans et plus ;
- une information urgente sur le risque d'infection invasive à méningocoque et les modalités de contamination soit diffusée au niveau national et au niveau européen ;
- un rappel des manifestations cliniques devant alerter rapidement quant à l'éventualité de début d'une IIM soit diffusé par l'intermédiaire des professionnels de santé.

Le HCSP rappelle que le schéma vaccinal comporte l'administration d'une seule dose d'un des trois vaccins méningococciques conjugués disponibles et qu'un délai d'environ 10 jours après la vaccination est nécessaire à l'acquisition d'une protection.

Par ailleurs, le HCSP ne recommande pas l'extension de la vaccination contre le méningocoque C au-delà de 24 ans en dehors des populations visées par cet avis
Avis du 1^{er} juillet 2013.

- **Poursuite de la campagne de vaccination contre le méningocoque B :14 : P1.7,16 dans les départements de la Seine Maritime et de la Somme**

Une souche invasive particulière de méningocoque de séro groupe B est responsable depuis 2003 d'une situation hyperendémique en Normandie puis en Picardie. Une campagne de vaccination par le vaccin MenBvac® a été débutée en 2006 touchant successivement trois zones correspondant à des foyers d'hyperendémie.

Le vaccin Bexsero® a obtenu une AMM européenne le 14 janvier 2013.

La Direction générale de la santé a demandé au Haut Conseil de la santé publique d'émettre un avis sur la place d'une éventuelle revaccination par le vaccin Bexsero® des personnes ayant reçu un schéma vaccinal complet par le vaccin MenBvac® et sur la nécessité de modifier le champ actuel, notamment géographique, de la campagne de vaccination.

Après avoir pris en considération la situation épidémiologique actuelle et les couvertures vaccinales obtenues dans les zones ciblées par les campagnes de vaccination, le HCSP recommande que la campagne de vaccination actuellement mise en place en Seine-Maritime et dans la Somme soit adaptée selon de nouvelles modalités détaillées dans cet avis.

Le HCSP rappelle que, dans le cadre de ces campagnes de vaccination, le vaccin Bexsero® pourra être substitué au vaccin MenBvac® dès qu'il sera disponible, pour les nouvelles personnes éligibles à cette vaccination et pour les personnes contacts, quel que soit leur âge, autour d'un nouveau cas d'IIM B:14:P1.7,16 survenant en Seine-Maritime, dans la Somme et la Manche, non antérieurement vaccinées par le MenBvac®.

Il rappelle également qu'en l'absence de données d'interchangeabilité entre les deux vaccins, l'utilisation exclusive du vaccin MenBvac® doit être poursuivie pour les personnes en cours de vaccination et n'ayant reçu qu'une, deux ou trois doses de vaccin MenBvac®.
Avis du 11 juillet 2013.

- **Aluminium et vaccins**

Depuis plus de dix ans, la France fait l'objet de débats relatifs à la sécurité de l'aluminium utilisé comme adjuvant dans la plupart des vaccins dans tous les pays du monde et ce depuis plus de soixante ans.

Le Haut Conseil de la santé publique, à la demande de la Direction générale de la santé, a réalisé une revue critique de la littérature sur l'aluminium dans les vaccins et une analyse bénéfiques/risques de l'aluminium comme adjuvant dans les vaccins.

De plus, dans ce rapport, figurent également des données actualisées de pharmacovigilance, les mécanismes d'action des adjuvants, les alternatives aux adjuvants à base de sels d'aluminium, ainsi que des données toxicologiques sur l'aluminium.

Le HCSP estime que les données scientifiques disponibles à ce jour ne permettent pas de remettre en cause la sécurité des vaccins contenant de l'aluminium, au regard de leur balance bénéfiques/risques. Il recommande la poursuite des vaccinations conformément au calendrier vaccinal en vigueur et met en garde contre les conséquences, en matière de réapparition de maladies infectieuses, que pourrait avoir une baisse de la couverture vaccinale résultant d'une remise en cause des vaccins contenant de l'aluminium en l'absence de justification scientifique.

Par ailleurs, le HCSP encourage la poursuite des recherches visant à évaluer la sécurité des adjuvants disponibles et en développement.

Rapport du 11 juillet 2013.

- **Grippe : caractéristiques des futurs vaccins pandémiques**

Dans un avis du 12 juillet 2012, complété par un avis du 25 avril 2013, le Haut Conseil de la santé publique a précisé les stratégies à adopter en cas de survenue d'une nouvelle pandémie grippale et proposé des scénarii de stratégies vaccinales selon la gravité de la maladie et la transmissibilité du virus. En complément, il a été demandé au HCSP d'émettre des recommandations sur les caractéristiques des vaccins pandémiques.

Le HCSP souligne les difficultés à émettre des recommandations devant l'incertitude sur la souche responsable de la prochaine pandémie. Il estime que :

- la nécessité d'utiliser des vaccins contenant ou non un adjuvant sera conditionnée par les caractéristiques de la souche et la réponse immune vaccinale vis-à-vis de cette souche ;
- les vaccins préparés sur milieu cellulaire ont une efficacité équivalente à celle des vaccins produits sur œuf ; ils permettraient de vacciner des personnes présentant une contre-indication à la vaccination anti-grippale ;
- les vaccins vivants atténués saisonniers ont une meilleure efficacité que les vaccins inactivés chez l'enfant et un profil de tolérance comparable. Si un vaccin pandémique vivant atténué est disponible et efficace, il devra pouvoir être utilisé.

De façon générale, le Haut Conseil de la santé publique rappelle que les choix en matière de vaccins pandémiques dépendront largement des décisions des organismes internationaux notamment de l'OMS, de la Commission européenne et de l'Agence européenne des médicaments.

Avis du 11 juillet 2013.

- **Conduite à tenir en cas d'épisodes de cas groupés d'oreillons en collectivité**

Depuis ces derniers mois, plusieurs épisodes de cas groupés d'oreillons dans des collectivités de grands adolescents et/ou jeunes adultes ont été signalés en France. Des événements similaires ont également été rapportés dans différents pays.

La vaccination contre les oreillons a été introduite dans le calendrier vaccinal français en 1986 avec le vaccin combiné rougeole, oreillons, rubéole. Le schéma vaccinal actuel comporte l'administration d'une 1ère dose à l'âge de 12 mois et d'une 2nde dose entre 16 et 18 mois.

Le Haut Conseil de la santé publique ne recommande pas l'administration en population générale d'une troisième dose de vaccin rougeole, oreillons, rubéole.

Il recommande en situation de cas groupés d'oreillons dans une collectivité (école, université, internat, caserne, club sportif...), que :

- 2 à 3 cas soient documentés sur le plan virologique par un diagnostic moléculaire (PCR) ;
- des investigations permettent de connaître le statut vaccinal (nombre de doses et dates des vaccinations) des personnes atteintes et non atteintes et de faire une mise à jour si nécessaire ;
- une 3e dose de vaccin soit systématiquement proposée aux personnes déjà vaccinées à 2 doses et dont la 2nde dose a été administrée depuis plus de 10 ans.

Le HCSP rappelle que, chez les personnes ayant été en contact avec un patient présentant les oreillons en phase de contagiosité, les mesures de prophylaxie post exposition (vaccination ou immunoglobulines), de même les mesures d'exclusion de la collectivité, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Avis du 11 juillet 2013.

- **Avis relatif aux recommandations de la vaccination contre l'encéphalite japonaise par le vaccin Ixiaro®**

L'encéphalite japonaise est une infection virale de pronostic grave, dont le tropisme principal est le système nerveux central. L'agent responsable, de la famille des *Flavivirus* est transmis par un moustique *Culex tritaeniorhynchus*.

Le vaccin Ixiaro® contre le virus de l'encéphalite japonaise a une autorisation de mise sur le marché chez les adultes âgés de 18 ans et plus. En 2013, il a obtenu une extension d'indication aux enfants à partir de l'âge de 2 mois.

Le Haut Conseil de la santé publique **ne recommande pas la vaccination systématique** contre l'encéphalite japonaise pour tous les voyageurs qui se rendent en Asie ou en Océanie.

Il recommande la vaccination par le vaccin Ixiaro® pour les personnes âgées de 2 mois et plus, dans des circonstances particulières qui sont détaillées dans cet avis.

Le HCSP rappelle l'importance des mesures individuelles de protection contre les piqûres de moustiques (répulsifs cutanés, moustiquaires et vêtements imprégnés d'insecticide).

Par ailleurs, il souhaite que ces recommandations soient révisées régulièrement, et que les données sur l'administration simultanée d'Ixiaro® avec les vaccins inclus dans le calendrier vaccinal de l'enfant lui soient communiquées dès qu'elles seront disponibles.

Enfin, le Haut Conseil de la santé publique recommande qu'un suivi renforcé de pharmacovigilance soit mis en place par l'ANSM pour le vaccin Ixiaro®.

Avis du 20 septembre 2013.

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

Depuis début 2012, plusieurs cas d'infections invasives à méningocoque (IIM) liés à une nouvelle souche de méningocoque de sérotype C, avaient été déclarés dans le Finistère en particulier chez des nourrissons âgés de moins de 1 an. Dans un avis du 19 octobre 2012, le HCSP a recommandé qu'une vaccination méningococcique C conjuguée soit proposée de manière transitoire dans ce département, aux nourrissons âgés de 2 à 11 mois. Il était prévu de réévaluer la situation épidémiologique fin juin 2013.

Dans ce nouvel avis, le HCSP rappelle :

- que la couverture vaccinale observée sur le territoire national est insuffisante actuellement, notamment chez les adolescents et jeunes adultes, principaux transmetteurs, ce qui peut permettre l'émergence d'une telle situation dans chaque région de France ;

- que l'incidence globale des IIM C en France est en augmentation alors que des pays voisins (Royaume-Uni, Pays-Bas) en appliquant correctement le programme vaccinal, ont réduit massivement cette incidence ;
- l'intérêt qu'aurait l'implication des autorités sanitaires dans une campagne de promotion de la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C.

Dans le Finistère, on constate la persistance d'une incidence élevée des IIM C, avec toutefois l'absence de nouveaux cas chez les nourrissons de moins de 1 an. Dans les autres départements bretons, cette incidence persiste mais à un degré moindre.

Après réévaluation de cette situation épidémiologique, le HCSP recommande :

- dans le Finistère : l'interruption de la campagne de vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C des nourrissons âgés de moins de 1 an et la poursuite d'une campagne active de promotion de cette vaccination chez les personnes âgées de 1 à 24 ans révolus, conformément au calendrier vaccinal en vigueur ;
- dans les autres départements de la Bretagne, l'extension de cette campagne de promotion.

Avis du 20 septembre 2013.

- **Avis relatif à la vaccination des adultes contre la zona avec le vaccin Zostavax®**

Le zona est une pathologie fréquente qui touche particulièrement les personnes à l'âge adulte. Le risque de survenue et de persistance des douleurs post-zostériennes (DPZ) est fortement lié à l'âge et aux comorbidités ayant comme conséquence un important « fardeau » chez les personnes âgées altérant considérablement la qualité de vie.

Le vaccin Zostavax®, vaccin vivant atténué, dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne.

Afin de déterminer la place de ce vaccin dans le cadre des stratégies actuelles de vaccination de l'adulte, le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération les données épidémiologiques du zona et des douleurs post-zostériennes, les données d'efficacité et de tolérance concernant le vaccin, et a réalisé une estimation du ratio coût-efficacité de la vaccination contre le zona.

Le Haut Conseil de la santé publique recommande la vaccination contre le zona chez les adultes âgés de 65 à 74 ans révolus avec un schéma vaccinal à une dose. Durant la première année suivant l'inscription du vaccin au calendrier vaccinal, les personnes âgées de 75 à 79 ans révolus pourront être vaccinées dans le cadre d'un rattrapage.

Ce vaccin vivant, composé d'une souche virale atténuée du virus varicelle-zona, est contre-indiqué chez les personnes immunodéprimées.

La nécessité d'une dose de rappel n'est actuellement pas connue.

Avis du 25 octobre 2013.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Vaccination contre les infections invasives à méningocoque B. Place du vaccin Bexsero®**

Le vaccin méningocoque B, Bexsero®, a obtenu, en janvier 2013, une autorisation de mise sur le marché en France. Le Haut Conseil de la santé publique s'est autosaisi afin d'évaluer la place de ce nouveau vaccin dans la stratégie de prévention des infections invasives à méningocoque (IIM) en France.

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération les données d'immunogénicité et de tolérance disponibles pour ce vaccin ainsi que des données théoriques de couverture des souches invasives circulantes. Il a également réalisé une évaluation médico-économique permettant d'estimer l'impact épidémiologique et le rapport coût-efficacité de la vaccination avec le vaccin Bexsero® selon différents scénarios. Tous ces éléments sont détaillés dans les rapports joints à cet avis.

Pour la population générale, le Haut Conseil de la santé publique ne recommande pas actuellement l'utilisation du vaccin Bexsero® dans le cadre d'une stratégie généralisée de prévention des IIM B en France chez le nourrisson, l'enfant, l'adolescent et l'adulte.

Pour les personnes à risque élevé de contracter une IIM et pour des populations ciblées dans le cadre de situations spécifiques, la vaccination est recommandée dans des circonstances précises détaillées dans l'avis.

Avis du 25 octobre 2013.

Cet avis est accompagné de 3 rapports.

- **Avis et rapports validés par la CSMT sur proposition du CMVI**

- **Avis relatif à la place de l'artésunate injectable dans le traitement du paludisme grave chez l'adulte et l'enfant**

En France métropolitaine, malgré une diminution du nombre de cas de paludisme d'importation ces dix dernières années, 100 à 200 formes graves surviennent chaque année, dont 10 à 20 décès rapportés au Centre national de référence (CNR).

La diminution de la mortalité liée au paludisme passe par une optimisation de la prise en charge thérapeutique avec un diagnostic précoce et l'utilisation de traitements antipaludiques appropriés. En 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a clairement positionné l'artésunate intraveineux (IV) comme le traitement de première intention des formes graves de paludisme chez l'adulte et chez l'enfant. Depuis mai 2011, l'artésunate IV est mis à la disposition des cliniciens hospitaliers en France dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation nominative (ATU).

Dans ce contexte, le Haut Conseil de la santé publique a établi des recommandations précises sur la place de l'artésunate IV dans le traitement des formes graves du paludisme à *P. falciparum* mais aussi à *P. vivax* et *P. knowlesi*, chez l'adulte comme chez l'enfant, sur le territoire métropolitain ainsi qu'à Mayotte et en Guyane.

Dans le rapport joint à cet avis, le HCSP fait le point sur la situation épidémiologique du paludisme grave et sur les caractéristiques de l'artésunate injectable. Il détaille les modalités de traitement par l'artésunate IV pour l'adulte et pour l'enfant ainsi que les modalités de suivi des patients traités.

Avis du 1^{er} février 2013.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2013 (à l'attention des professionnels de santé)**

Ces recommandations ont été élaborées par le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation et adoptées par le Haut Conseil de la santé publique. Elles tiennent compte notamment du Calendrier vaccinal 2013 simplifié, des données du Centre national de référence du paludisme, du CNR des arboviroses et du Département international de l'Institut de veille sanitaire ainsi que, pour les vaccins et médicaments, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

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

Ces recommandations dans leur nouvelle forme, sont plus faciles à consulter, et mieux adaptées au déroulement habituel de la consultation pré-voyage.

La part consacrée aux voyageurs « particuliers », enfants, femmes enceintes, personnes âgées, pathologies chroniques, personnes immunodéprimées, et pèlerins a été développée. Les risques liés au « soleil » ont fait leur apparition avec la protection antisolaire, soulignant l'importance des risques environnementaux.

Avis du 25 avril 2013.

- **Avis et rapports validés par la CSMT**

- **Prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (HCoV-EMC)**

Depuis septembre 2012, une quinzaine de cas d'infections à nouveau coronavirus, responsable de pneumonies sévères (coronavirus proche du SRAS à l'origine de l'épidémie de 2003) ont été documentés dans la péninsule arabique et en Grande-Bretagne, où une possible contamination interhumaine a été confirmée.

L'éventualité de la survenue d'un cas en France ne pouvant être écartée, la Direction générale de la santé a demandé au HCSP un avis sur la conduite à tenir face à ce virus.

Cet avis s'appuie sur l'état des connaissances actuelles, sur l'épidémiologie, la clinique et la transmission de ce nouveau virus. Il expose la définition des cas possibles et des cas confirmés, les conditions de réalisation de la confirmation microbiologique et le traitement. L'organisation de la prise en charge est détaillée, en milieu hospitalier, en vue du contrôle du risque infectieux lors des soins. Les connaissances sur ce nouveau virus évoluent très vite ; le HCSP sera très probablement amené à actualiser ces recommandations.

Le HCSP a élaboré ces recommandations en collaboration avec la Coordination du Risque Epidémique et Biologique et la Société de pathologie infectieuse de langue française, qui avaient initié une réflexion avec la Société française d'hygiène hospitalière, la Société française de microbiologie, en lien étroit avec le Centre national de référence des virus influenzae et l'Institut de veille sanitaire.

Avis du 19 mars 2013.

- **Avis relatif à la prise en charge des patients suspects d'infections dues aux virus influenzae aviaires A(H7N9) ou A(H5N1)**

L'émergence du virus A(H7N9), jusqu'alors inconnu chez l'homme, parallèlement à la poursuite de la circulation endémique des virus A(H5N1) en Asie du Sud-est et en Egypte justifient d'envisager une prise en charge spécifique des éventuels cas avec la mise en place de mesures restrictives décrites dans cet avis du Haut Conseil de la santé publique.

Ces mesures sont justifiées par le potentiel pandémique de ces virus, de leur forte létalité en l'état actuel des connaissances et de la nécessité de protéger au mieux les professionnels de santé prenant en charge les patients infectés par ces virus.

Dans cet avis sont précisées la conduite à tenir en cas de signalement de suspicion d'infection à grippe aviaire A(H7N9) ou A(H5N1), la place des tests diagnostiques, les conditions d'utilisation des traitements antiviraux ainsi que les recommandations en matière de précautions d'hygiène et de mesures barrière vis-à-vis des cas et des personnes contact ou co-exposées.

Ces mesures pourront être actualisées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances.

Avis du 25 avril 2013.

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

La fièvre Q est une zoonose due à la prolifération de *Coxiella burnetii*. Elle se transmet à l'homme essentiellement par inhalation de particules infectées provenant de troupeaux de caprins, d'ovins et, dans une moindre mesure, de bovins. Chez ces animaux, l'infection se traduit par la survenue d'avortements. Chez l'homme, la fièvre Q aiguë est asymptomatique dans 60 % des cas. Lorsqu'elle se manifeste, il s'agit de syndrome pseudo-grippal, de pneumopathie ou d'hépatite. Elle peut évoluer vers une forme chronique dans 1 à 5 % des cas.

Le Haut Conseil de la santé publique a réalisé un bilan des connaissances disponibles concernant les risques de transmission à partir des élevages excréteurs, de complications pour les femmes enceintes et leurs fœtus, de formes chroniques et les personnes susceptibles d'en développer.

Il émet des recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des personnes infectées et une conduite à tenir vis-à-vis des personnes exposées.

Le Haut Conseil de la santé publique recommande notamment pour les personnes exposées (professionnels et personnes vivant sous le même toit) dans un élevage en cas de risque avéré pour l'homme, que soit mis en place un circuit d'information entre acteurs de la santé animale, filières professionnelles de l'élevage et services de santé, sécurité au travail ; pour les femmes enceintes, d'éviter les pratiques les plus à risque telles que les mises bas, dans les exploitations dans lesquelles se trouvent un ou des animaux excréteurs.

Concernant le risque de formes chroniques, le HCSP recommande d'identifier soigneusement les facteurs de risque au cours d'une fièvre Q aiguë et de proposer un suivi clinique et sérologique.

Avis du 24 mai 2013.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Règles d'hygiène pour la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (MERS-CoV)**

Cet avis présente une actualisation des règles d'hygiène figurant dans l'avis du HCSP du 19 mars 2013, relatif à la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (HCoV-EMC).

Selon le Comité international de taxonomie des virus, ce nouveau coronavirus est aujourd'hui dénommé MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*).

À ce stade de connaissances limitées sur les modes de transmission de ce virus émergent, des mesures d'hygiène complémentaires visant à prévenir la transmission par voie aérienne et la transmission par contact direct ou indirect, dites précautions complémentaires de type « Air » et précautions complémentaires de type « Contact », doivent être mises en place.

En présence de cas possibles ou confirmés, la désinfection de l'environnement ainsi que des matériels utilisés, après bionettoyage habituel, repose sur l'usage d'eau de Javel à 0,5 % (5 000 ppm) ou de tout autre produit validé par la norme EN 14 476.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer rapidement avec les connaissances concernant ce nouveau virus.

Avis du 24 mai 2013.

- **La gestion et la prévention des infections à MERS-CoV, coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (*Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*)**

Suite aux expériences récentes publiées de prises en charge de patients infectés par le nouveau coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), le HCSP présente l'état des lieux actualisé sur les tableaux cliniques et paracliniques initiaux des patients.

Il précise les caractéristiques des prélèvements respiratoires (nature, moment et modalités de réalisation) et des autres prélèvements nécessaires au diagnostic, le délai minimum entre les premiers signes cliniques et les prélèvements, la période d'incubation étendue à 14 jours à la lumière de ces nouvelles données. Il émet des recommandations aux laboratoires de biologie pour l'acheminement et la prise en charge des prélèvements à visée diagnostique (respiratoires et autres) et de surveillance. Il précise les modalités de désinfection des matériels et d'élimination des déchets.

Il recommande qu'une réflexion soit rapidement engagée dans chaque région pour organiser les circuits de prise en charge clinique et biologique en lien avec les infectiologues, les microbiologistes et les hygiénistes référents.

Par ailleurs, le HCSP rappelle les définitions de cas et les modalités de prise en charge d'une suspicion de cas. Sont aussi rappelées et actualisées les mesures d'hygiène pour la prise en charge des patients cas « possibles » et « confirmés ».

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction des connaissances et de la situation épidémiologique.

Avis du 28 juin 2013.

- **Le risque lié aux légionelles. Guide d'investigation et d'aide à la gestion**

La légionellose est une maladie respiratoire provoquée par la bactérie du genre *Legionella* qui se développe dans les milieux aquatiques naturels et artificiels.

Un guide d'investigation et d'aide à la gestion d'un ou de plusieurs cas de légionellose avait été élaboré en 2005.

Le Haut Conseil de la santé publique, au vu des nouvelles données scientifiques et épidémiologiques disponibles et des évolutions réglementaires et institutionnelles, a actualisé les recommandations relatives à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de légionellose, ou face à une contamination environnementale.

Ce nouveau guide a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire et a fait l'objet d'une relecture par les acteurs de terrain concernés.

Il s'adresse en priorité aux personnels des agences régionales de santé (santé publique et santé environnement), aux services de l'inspection des installations classées et aux personnels impliqués directement dans les investigations épidémiologique et environnementale.

Rapport du 11 juillet 2013.

- **Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques**

Avec une incidence de l'ordre de 5 000 nouveaux cas par an pour une population de 65 millions d'habitants, la France se situe, selon l'Organisation mondiale de la santé, parmi les pays de faible incidence de la tuberculose, signe que les actions menées permettent une maîtrise de l'endémie.

Les enquêtes autour d'un cas de tuberculose maladie représentent l'une des stratégies principales de lutte contre la tuberculose dans les pays riches à faible incidence. En France, les données rapportées montrent que ces enquêtes d'entourage constituent la partie majeure de l'activité des Centres de lutte antituberculeuse (Clat) mais que les modalités de réalisation sont parfois différentes.

À la demande de la Direction générale de la santé (DGS), le Haut Conseil de la santé publique a actualisé les recommandations élaborées en 2006 en tenant compte des éléments nouveaux intervenus dans la lutte antituberculeuse depuis cette date et notamment de l'augmentation du nombre de cas importés de tuberculose maladie multirésistante, d'une meilleure connaissance des groupes et des facteurs de risque, de la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG en population générale en 2007, et de la mise au point de nouveaux tests immunologiques de diagnostic de l'infection tuberculeuse. Ces recommandations sont destinées aux médecins et biologistes déclarants, aux Centres de lutte antituberculeuse (Clat), aux Agences régionales de santé (ARS), ainsi qu'aux autres médecins et services partenaires de l'enquête. Elles apportent une simplification dans la méthodologie du dépistage, ce qui devrait faciliter la mise en œuvre et l'acceptation sur le terrain.

Rapport du 25 octobre 2013.

- **La gestion et la prévention des infections à MERS-CoV, coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) – Actualisation au 30 octobre 2013**

Le HCSP a émis le 28 juin 2013 des recommandations pour la gestion et la prévention des Infections dues au nouveau coronavirus (MERS-CoV).

Dans ce nouvel avis, le HCSP émet des recommandations pour la prise en charge des personnes contact d'un cas confirmé qui sont asymptomatiques ou peu symptomatiques. Il rappelle les définitions de cas et précise que le principe du maintien de l'hospitalisation des cas confirmés doit rester la règle à ce stade de connaissances et d'incertitudes.

Pour la prise en charge d'une personne contact asymptomatique, il confirme ses recommandations du 28 juin 2013 : pas de prélèvement mais un suivi selon des modalités détaillées dans l'avis.

Pour les personnes contact peu symptomatiques, le HCSP recommande une hospitalisation le temps nécessaire à la réalisation de différents examens dont un prélèvement respiratoire, permettant de faire un bilan initial et un diagnostic étiologique. Il indique qu'un retour au domicile est possible sans attendre les résultats du prélèvement sous réserve de conditions bien précises notamment des examens clinique et radiologique normaux, l'absence de facteurs de risque chez la personne concernée et dans son entourage, la possibilité d'un isolement à domicile, du respect des règles d'hygiène et de la protection de l'entourage.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction des connaissances et de la situation épidémiologique.

Avis du 30 octobre 2013.

Deux avis accompagnés de rapports validés en 2013 n'ont pas encore été rendus publics.

- **Avis et rapport relatifs l'utilisation du vaccin hexavalent HEXYON destiné à la primo-vaccination et à la vaccination de rappel des nourrissons contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, la poliomyélite et les infections invasives à *Haemophilus influenzae b***
Avis du 25 octobre 2013.
- **Avis et rapport relatifs à la vaccination contre les infections à rotavirus.**
- **Avis du 29 novembre 2013.**

SAISINES EN COURS D'INSTRUCTION

- **Par le Comité technique des vaccinations**
 - **Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière notamment chez les personnes âgées et place de la vaccination des professionnels de santé dans la stratégie de prévention de la grippe.**
Saisine du 26 août 2013.
 - **Schémas vaccinaux contre l'hépatite B à suivre dans les cas où l'obtention très rapide d'une protection vaccinale est souhaitable.**
Saisine du 15 octobre 2013.
 - **Stratégie vaccinale contre la coqueluche chez l'adulte**
Saisine du 17 octobre 2013.

- **Actualisation du rapport du HCSP du 05 septembre 2008, relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche**
Saisine du 17 octobre 2013.
- **Vaccination de rappel contre la fièvre jaune pour la Guyane.**
Saisine du 14 novembre 2013.
- **Schéma vaccinal par le vaccin MenBvac® et éventuelle revaccination par Bexsero®.**
Saisine du 23 décembre 2013
- **Par le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation**
 - **Modalités de la prophylaxie du paludisme chez les voyageurs et les résidents en zone de transmission**
Saisine du 17 octobre 2013.
- **Par la Commission spécialisée Maladies transmissibles**
 - **Révision de l'arrêté du 10 mars 1977 servant de base à la surveillance des salariés manipulant de denrées alimentaires et à l'élaboration d'un guide sur la prévention de la contamination des aliments par ces derniers (2^{ème} partie)**
Saisine du 26 juillet 2011.
 - **État des connaissances sur l'épidémiologie, le diagnostic et le traitement de la borréliose de Lyme**
Saisine du 12 juillet 2012.
 - **Prise en charge de la tuberculose à bacilles résistants**
Saisine du 21 novembre 2012.
 - **Conduite à tenir en cas de gastroentérites à *Escherichia coli* entero hémorragique (ECEH).**
Saisine du 21 mai 2013.
 - **Recommandations spécifiques sur la conduite à tenir lors d'épisodes de cas groupés d'infections cutanées à SARM communautaire PVL+ de type USA300.**
Saisine du 11 juin 2013.
 - **Place des tests diagnostic de biologie moléculaire dans la stratégie diagnostique de la tuberculose**
Saisine du 17 juin 2013.

COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES CHRONIQUES

PRÉSENTATION

Présidente : Claudine Berr

Vice-président : Serge Briançon

Coordonnatrice : Véronique Mallet

Secrétaire : Catherine de Pretto

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

Elle doit en outre décliner deux missions imparties au HCSP :

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

COMPOSITION

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

En 2013, la commission a tenu sept séances plénières et son bureau autant de réunions téléphoniques.

Elle a participé aux activités transversales du HCSP et développé les travaux des groupes de travail sur des thèmes spécifiques : La dimension fonctionnelle du handicap : mesure et prise en charge - Le diagnostic et la prise en charge précoces des maladies chroniques.

ACTIVITÉS

• Participation aux travaux des groupes transversaux

La commission a participé aux travaux des groupes suivants :

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

- GT Systèmes d'information en santé (C. Berr, I. Grémy, C. Sermet)
- GT Adaptation et prospective (S. Briançon)
- GT Santé en régions (J.-F. Mathé, E. Monnet)
- GT Objectifs et politique de santé 2012 (S. Briançon)
- GT Santé 2014 (S. Briançon)
- GT Education pour la santé à l'école (M. Roussey)
- Comité de rédaction de la revue Adsp (J.-F. Mathé, E. Monnet)

• Groupe de travail sur la dimension fonctionnelle du handicap

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

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

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

La CSMC a installé le 9 janvier 2012 un groupe de travail coprésidé par deux membres de la CSMC, le Pr. Jean-François Mathé et le Dr Hélène Grandjean. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), partenaire incontournable sur le sujet, est représentée par le Dr Juliette Bloch, sa directrice scientifique.

Ce groupe a tenu en 2013 neuf réunions présentielles ou téléphoniques.

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

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

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

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

Un appel d'offre pour la réalisation de cette étude a été lancé en février 2013.

Le secrétariat général du HCSP a reçu neuf offres valides après la publication du marché sur la plateforme d'achat de l'Etat. Les offres ont été examinées avec les pilotes du groupe de travail et la présidente de la CSMC ; le marché a été notifié fin mai à la société Planète Publique. La première réunion du comité de pilotage a eu lieu en juin 2013. La constitution de ce comité de pilotage élargi a pour objectif d'associer les directions d'administration centrale en charge de la question du handicap, la CNSA, deux MDPH et un membre d'un GT transversal sur les Inégalités sociales de santé.

Un autre comité de pilotage a été organisé en septembre 2013 ainsi que trois conférences téléphoniques entre les experts et le cabinet CEKOIA.

Le travail réalisé en 2013 :

- Mise au point et validation par le Copil du questionnaire quantitatif
- Test auprès de 10 MDPH
- Envoi au 101 MDPH.

Plusieurs études ou enquêtes sont actuellement conduites auprès des MDPH et il a été nécessaire de prendre du temps pour établir le questionnaire quantitatif initial d'une part, et répondre d'autre part aux souhaits des membres du Copil.

L'étude a pris un mois de retard mais sera rendue avec un rapport au cours du premier semestre 2014.

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

Présidente : L. Euler-Ziegler

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

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

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

Le groupe de travail s'est réuni à sept reprises en 2013 ; il a également tenu un séminaire d'une journée fin juillet. Le groupe a convenu que le diagnostic précoce, qui ne s'apparente pas au dépistage, consiste dans la présence d'un symptôme clinique ou biologique, quelles que soient les conditions de sa découverte. Il a également souligné le caractère transversal de la problématique. Une liste de 22 pathologies a été dressée pour lesquelles une grille a été construite avec des critères concernant la maladie, son fardeau dans la population, l'histoire naturelle connue et le traitement disponible ainsi que des critères concernant le test diagnostic, sa viabilité/fiabilité, son applicabilité, ses aspects économiques et sa sécurité. Ont été incluses les recommandations de bonnes pratiques, émanant de la HAS ou, à défaut, de sources nationales ou internationales.

Une fiche de contribution a été établie et envoyée fin 2012 aux instances et experts concernés par les pathologies (conseils nationaux professionnels, sociétés savantes ou des associations d'usagers agréées). Le groupe a choisi d'établir une fiche unique, libellée de façon claire, qui s'adresse aussi bien aux professionnels qu'aux patients, afin de permettre le rapprochement des points de vue des généralistes, des spécialistes, des usagers ou de leurs familles.

En janvier 2013, une relance des 35 institutions sollicitées a été effectuée afin d'obtenir le plus grand nombre de retours possibles à cette première partie du travail. Les retours se

sont échelonnés durant toute l'année 2013 et ont été analysés progressivement ; une synthèse, encore provisoire, est disponible fin 2013 : elle a permis d'identifier les premières pistes de proposition. Deux documentalistes, l'un de l'université de santé publique de Nancy, l'autre du CHU de Nice ont été mandatés par le GT pour réaliser une revue de la littérature française et internationale convergente avec la problématique du questionnaire aux sociétés savantes et aux usagers ; plusieurs réunions téléphoniques entre Liana Euller-Ziegler et les deux documentalistes ont permis de faire progresser le deuxième axe de ce groupe de travail et de le présenter régulièrement aux réunions du GT.

Enfin, une série d'auditions a été envisagée au cours des travaux de 2013.

A partir des trois sources de données : retours et analyse transversale des questionnaires, revue bibliographique et auditions, le groupe de travail procèdera à la rédaction du rapport final comprenant des propositions transversales relatives au diagnostic et à la prise en charge précoces des maladies chroniques en 2014.

- **Saisine sur la détermination de l'âge des mineurs étrangers**

Un groupe de travail composé d'experts, membres du HCSP (Michel Roussey, Claudine Berr et Daniel Floret) et d'experts extérieurs auditionnés au cours de deux réunions de travail a permis la rédaction d'un projet d'avis du HCSP sur la détermination de l'âge des mineurs étrangers isolés sur le territoire ; ce projet d'avis, rédigé en réponse à la saisine de la DGS, a pour objectif de faire le point sur l'existence de données scientifiques permettant, ou non, de déterminer l'âge d'un jeune. Le projet fixe de plus les conditions dans lesquelles l'examen médical qui a lieu sur réquisition du ministère public devra intervenir.

PERSPECTIVES

En 2014, les travaux de la CSMC concerneront :

1. La poursuite des travaux des groupes Diagnostic et Handicap, production des rapports qui seront remis à la CSMC pour approbation avant d'être soumis au Comex ;
2. La poursuite des travaux d'évaluation des dix ans de politique de lutte contre le cancer ;
3. La contribution à la stratégie nationale de santé et à la prochaine loi de santé publique âge.

COMMISSION SPÉCIALISÉE RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

PRÉSENTATION

Président : Denis Zmirou-Navier
Vice-présidente : Francelyne Marano
Coordonnatrice : Kiran Ramgolam
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 stratégies de gestion de ces risques. A la suite de la défection de plusieurs membres, elle s'est trouvée en 2013 en sous-effectif, situation qui va s'améliorer en 2014 grâce à la nomination de quatre nouveaux membres afin de compléter certains champs d'expertise non couverts.

COMPOSITION

Cette commission compte :

- 17 personnalités qualifiées (15 à partir de septembre 2013) de profils variés dans le domaine de la santé publique et des sciences de l'environnement (toxicologie ; évaluation du risque ; météorologie environnementale), de l'analyse des risques en santé au travail, dans l'eau, l'air, les bâtiments, les sols, les déchets ou le bruit, risques infectieux environnementaux ; et dans le domaine des sciences humaines et sociales (sociologie, économie, science politique, psychologie) ;
- 4 membres de droit qui représentent l'InVS, l'Anses, l'INCa et l'IRSN.

En 2013, la commission :

- a tenu cinq réunions plénières ;
- a animé huit groupes de travail.

ACTIVITÉS

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

En 2013, la CSRE a validé quatre avis et deux rapports.

Plusieurs de ses membres et sa coordinatrice ont par ailleurs été très impliqués dans l'évaluation du PNSE2, activité transversale du HCSP, évaluation qui a débouché sur un rapport et un ensemble de préconisations pour la préparation du PNSE3.

- **Saisines et autosaisines en cours d’instruction et groupes de travail**

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

La DGS a saisi le HCSP le 20 juillet 2008, afin de déterminer des valeurs repères d’aide à la gestion pour différents polluants de l’air des espaces clos, traités successivement depuis lors. La démarche initiée par le HCSP vient à la suite de l’établissement par l’Agence française de sécurité sanitaire de l’environnement et du travail (Afsset, aujourd’hui Anses) de valeurs guides de qualité d’air intérieur (VGAI) pour une série de polluants.

La démarche méthodologique générale d’élaboration des valeurs repères suivie par le HCSP a fait l’objet d’un premier rapport en octobre 2009. Cette méthodologie intègre, outre les critères sanitaires incorporés dans les valeurs guides de l’Anses, l’analyse des valeurs mesurées dans diverses enquêtes à échelle nationale et internationale, et l’évaluation de la faisabilité de mesures correctives.

Ce cadre méthodologique a été appliqué à six polluants, menant à la proposition de valeurs repères d’aide à la gestion pour le formaldéhyde (rapport d’octobre 2009), le benzène (rapport et avis du 16 juin 2010), le tétrachloroéthylène (rapport et avis du 16 juin 2010), le naphthalène (rapport et avis du 5 janvier 2012) le trichloroéthylène (rapport et avis du 6 juillet 2012) et les particules (rapport et avis du 14 juin 2013 ; cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **Définition d’un seuil de déclenchement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux amiantés, en référence à l’article R.1334-18 du Code de la santé publique**

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

Les travaux sur la définition du seuil de déclenchement du désamiantage, sujet initial de la saisine du 6 janvier 2010, ont repris en 2012.

Le groupe d’experts s’attache actuellement à préciser dans son rapport les points suivants :

- une analyse des procédures en place, de l’assurance qualité, ainsi que de l’adéquation entre les textes réglementaires, les textes normatifs et les pratiques concernant le repérage de la présence d’amiante, les analyses et les mesures des fibres d’amiante dans l’air des locaux ;

- le problème de l’exposition environnementale à l’amiante, que la source soit d’origine naturelle, industrielle, liée au désamiantage, au transport ou à l’entreposage des déchets amiantés, avec une analyse des différentes réglementations concernant l’amiante dans les codes de la santé, du travail et de l’environnement.

Ensuite le groupe d’experts formulera ses recommandations pour un abaissement du seuil de déclenchement des travaux de désamiantage (rapport prévu pour le deuxième trimestre 2014).

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

Les valeurs limites de niveaux sonores prévues par la réglementation pourraient ne plus être cohérentes avec les niveaux sonores mesurés actuellement lors d’évènements festifs.

De plus, la contribution des basses fréquences a beaucoup augmenté durant les dernières années. Or l'indicateur proposé par la réglementation (niveau sonore continu équivalent pondéré A) ne permet pas de prendre en compte ces basses fréquences, dont les effets sur l'audition commencent à être bien caractérisés.

Un groupe de travail a été mis en place en mars 2011 pour répondre à une saisine de la DGS en date du 30 août 2010, demandant au HCSP de proposer des indicateurs et des valeurs de gestion pour protéger le public exposé à des niveaux sonores élevés de la musique amplifiée dans les lieux de loisir. Une saisine rectificative du 31 janvier 2012 demande que les indicateurs et valeurs de gestion proposés permettent une protection du public, adultes et enfants, exposé à la musique amplifiée quelle que soit la répartition en fréquence du spectre de la musique.

Suite à la conclusion de l'expertise en février 2013, en accord avec la DGS, le HCSP a lancé une consultation publique sur son rapport d'expertise relatif aux recommandations concernant l'exposition aux niveaux sonores élevés de la musique. Après information des acteurs du domaine, le rapport accompagné d'un questionnaire ont été mis en ligne sur le site internet du HCSP du 18/02/2013 au 9/05/2013. Une participation relativement importante a pu être constatée (91 réponses obtenues).

A l'issue de la consultation publique, tous les commentaires et informations apportés lors de la consultation publique ont été examinés par le groupe de travail qui a jugé de leur pertinence et décidé de la façon de les prendre en compte dans le rapport final. Le rapport final a été validé le 6 septembre 2013 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **Expositions au plomb**

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

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

Un groupe de travail a été mis en place en octobre 2012 et rendra son rapport au cours du deuxième trimestre 2014.

- **Projet d'arrêté modifiant l'arrêté du 7/09/1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et l'arrêté du 7/09/1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques**

Ce projet d'arrêté a bénéficié de l'avis du HCSP une première fois en 2011 (avis du 19 juin 2011). La saisine de la DGS du 21 octobre 2013 demande l'avis du HCSP sur la nouvelle version de ce projet d'arrêté.

Un groupe de travail a été constitué et rendra son avis au cours du premier trimestre 2014.

- **Projet d'arrêté accordant dérogation à l'interdiction d'addition de radionucléides, énoncés à l'article R.1333-2 du code de la santé publique, pour l'ajout de Krypton-85 et de Thorium-232 dans des lampes à décharges.**

La saisine de DGPR¹ du 16 octobre 2013 demande l'avis du HCSP sur un projet d'arrêté permettant l'utilisation de lampes à décharges contenant du Krypton-85 et/ou du Thorium-232 au titre de l'article R. 1333-4 du Code de la santé publique. L'article R.1333-2 du code de la santé publique interdit l'ajout intentionnel de radionucléides dans les biens de consommation, produits de construction et denrées alimentaires. Il est aussi interdit de les importer ou de les exporter. L'article R.1333-4 autorise cependant des dérogations sauf concernant les denrées alimentaires dès lors que les demandes sont justifiées, après avis de l'Autorité de sûreté nucléaire et du Haut Conseil de la santé publique.

Un groupe de travail a été constitué et rendra son avis au cours du premier trimestre 2014.

- **Projet d'arrêté portant refus de dérogation à l'interdiction d'addition de radionucléides, énoncés à l'article R.1333-2 du code de la santé publique, pour l'ajout de tritium dans des montres**

La saisine de DGPR du 16 octobre 2013 demande l'avis du HCSP sur un projet d'arrêté portant refus de dérogation à l'interdiction d'ajout de tritium dans des montres, au titre de l'article R. 1333-4 du Code de la santé publique (voir ci-dessus).

Un groupe de travail a été constitué et rendra son avis au cours du premier trimestre 2014.

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

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

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

Ce travail devrait conduire le groupe de travail à formuler des propositions d'amélioration et d'harmonisation des gestions locales des situations de non-conformité de la qualité de l'eau du robinet. Ces recommandations pourraient par exemple porter sur la définition de critères pour la fixation d'un calendrier de réévaluation des situations de non-respect à court, moyen ou long terme et sur la proposition de règles d'information des consommateurs. Elles pourraient dessiner les éléments pouvant faire l'objet d'un guide de bonnes pratiques à l'usage notamment des ingénieurs sanitaires dans les ARS. Elles pourraient enfin concerner l'établissement d'un programme de formation des membres des CoDERST² aux principes et critères de gestion des risques pour la santé, qui pourrait être rendu obligatoire lors de leur prise de fonction et périodiquement actualisé.

¹ Direction Générale de la Prévention de Risques, ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie.

² Conseil de l'Environnement et des Risques sanitaires et technologiques ; commission consultative départementale qui délibère dans les cas où la loi le prévoit, sur convocation du Préfet (qui préside le CoDERST) pour lui donner des avis sur certains projets essentiellement d'actes réglementaires, juste avant la prise de décision finale par le préfet. Les avis du CoDERST n'ont aucune valeur décisionnaire.

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

- **Demande de délai supplémentaire d'achèvement des travaux de retrait de l'amiante de la Maison des Sciences de l'Homme à Paris**

Saisine du préfet de la région d'Ile-de-France, préfet de Paris, du 22 octobre 2012. Avis du 1er février 2013.

La réglementation impose dans certains cas aux propriétaires d'immeubles de grande hauteur et aux établissements recevant du public de procéder à des travaux de confinement ou de retrait des flocages, calorifugeages ou faux-plafonds contenant de l'amiante. Ces travaux doivent être achevés dans un délai de trois ans. Une prorogation de ce délai, renouvelable une fois, peut être accordée par arrêté préfectoral, pris après avis du Haut Conseil de la santé publique (art. R. 1334-19 du code de la santé publique).

Le HCSP a donné, par principe, un avis défavorable à la 3e demande de délai supplémentaire dans le cas de la Maison des Sciences de l'Homme à Paris, sur la base de l'avis défavorable qu'il avait émis le 9 février 2011 concernant l'article 10 du projet de décret relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis, article permettant au Préfet d'accorder un délai supplémentaire pour l'achèvement des travaux de désamiantage.

Cependant le HCSP attire l'attention des autorités compétentes, quelle que soit leur décision, sur l'importance du respect d'un certain nombre de dispositions de nature à garantir la santé publique.

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

Saisine de la DGS du 20 juillet 2008. Avis et rapport du 14 juin 2013.

Les particules de taille inférieure ou égale à 10 µm (PM₁₀) et à 2,5 µm (PM_{2,5}) peuvent être retrouvées dans l'air des locaux du fait de sources intérieures telles que les combustions liées au tabac, à la cuisson des aliments ou au chauffage, de l'utilisation fréquente de l'aspirateur ou de spray, ou encore par transfert de la pollution atmosphérique extérieure. L'éventail des effets sur la santé de ces particules est large, tant à court terme qu'après des expositions de longue durée, et concerne particulièrement les systèmes respiratoire et cardio-vasculaire.

Afin de prévenir les effets liés à une exposition chronique aux particules, le HCSP recommande dans l'air intérieur des immeubles d'habitation ou des locaux ouverts au public :

- un objectif cible (moyenne annuelle) de 10 µg/m³ pour les PM_{2,5} et de 15 µg/m³ pour les PM₁₀ à échéance de 2025, avec des valeurs dégressives immédiatement applicables à des dates intermédiaires définies avec un délai d'engagement des actions correctives fixé à un an après le constat de dépassement ;
- des valeurs d'action rapide de 50 µg/m³ pour les PM_{2,5} et 75 µg/m³ pour les PM₁₀ qui doivent déclencher dans les trois mois la mise en œuvre d'actions correctives (identification des sources, abaissement des niveaux de concentration des particules).

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

Saisine de la DGS du 23 octobre 2012. Avis du 14 juin 2013.

Cette saisine demande au HCSP de venir en appui du Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD) sur les aspects sanitaires d'une mission d'analyse et d'évaluation de l'efficacité des actions engagées pour respecter la future limite de qualité 10 mg/L de plomb dans l'eau du robinet (fin 2013).

Le HCSP formule des recommandations concernant les mesures à mettre en œuvre pour abaisser la concentration du plomb dans l'eau. Certaines de ces recommandations sont reprises et adaptées à partir de celles formulées par le CGEDD.

Le HCSP rappelle que si le plomb est un toxique sans seuil, en France, l'eau du robinet est l'un des aliments les plus contrôlés et qu'elle fait l'objet d'un suivi sanitaire permanent destiné à en garantir la sécurité sanitaire.

- **Expositions aux niveaux sonores élevés de la musique : recommandations sur les niveaux acceptables**

Saisines de la DGS du 30 août 2012 et du 31 janvier 2012. Rapport du 6 septembre 2013. Le HCSP propose des indicateurs de niveau de bruit en vue d'actualiser la réglementation et de garantir la protection des personnes exposées à de la musique amplifiée dans les lieux de loisir (boîtes de nuit, discothèques, salles de spectacle, etc.). Il rappelle que les seuils de dangerosité pour l'oreille dépendent du niveau sonore mesuré en dB A (lequel pondère les fréquences selon la fragilité de l'oreille) et de la durée d'exposition. Ainsi, les risques auditifs sont limités si une exposition à 85 dB A dure moins de 8 heures, ou 4 heures à 88 dB A, ou 2 heures à 91 dB A, ou 15 minutes à 100 dB A, etc.

Le HCSP recommande lors des spectacles pour enfants (moins de 18 ans) le respect strict de ces normes.

Dans les lieux de loisir pour adultes, le HCSP préconise notamment :

- l'affichage en continu des niveaux sonores mesurés en dBA sur 15 minutes, associé à l'affichage d'une information sur les niveaux sonores et durées d'écoute sans risque, afin que chacun puisse connaître son niveau d'exposition et de risque potentiel ;
- des niveaux sonores moyens de 100 dB A mesurés sur 15 minutes et des niveaux crêtes de 120 dB C à ne pas dépasser ;
- la fourniture gratuite de protection auditive et l'offre d'une zone de récupération auditive avec un niveau sonore inférieur à 85 dB A ;
- un avertissement pour les femmes enceintes sur les risques de transmission des basses et moyennes fréquences à l'enfant à naître, plus particulièrement fragile au cours des trois derniers mois de grossesse.

- **Avis sur les messages sanitaires à diffuser en cas d'épisodes de pollution de l'air ambiant**

Saisine conjointe de la DGS et de la DGEC³ du 30 avril 2013. Avis du 15 novembre 2013. La pollution atmosphérique, classée comme cancérogène pour l'homme par le Centre international de Recherche sur le Cancer en 2013, comprend de nombreux polluants dont les particules (PM₁₀, PM_{2,5}), l'ozone (O₃), le dioxyde d'azote (NO₂) et le dioxyde de soufre (SO₂). La réglementation française définit des seuils journaliers (1) d'information et de recommandation et (2) d'alerte pour ces quatre polluants, dont les dépassements donnent lieu à des messages sanitaires qui n'avaient pas été révisés depuis 2000.

Le HCSP rappelle en premier lieu que l'impact pour la santé de la pollution atmosphérique résulte beaucoup plus de la qualité de l'air au long cours que des épisodes ponctuels.

Il propose dans cet avis des messages sanitaires à diffuser en cas d'épisodes de pollution de l'air ambiant pour ces quatre polluants. Ces messages diffèrent selon la gravité de l'épisode de pollution et s'adressent, en cas de dépassement du niveau « d'information », aux populations vulnérables/sensibles (femmes enceintes, nourrissons, jeunes enfants, sujets souffrant de pathologies respiratoires ou cardiaques, etc.) ainsi qu'à leur entourage familial et/ou leurs aidants ; ils s'adressent également à la population générale en cas de dépassement du niveau « d'alerte ».

³ Direction générale de l'énergie et du climat, ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie (MEDDE).

PERSPECTIVES

En 2014, la CSRE poursuivra les travaux qu'elle a initiés :

- les réponses aux saisines en cours (procédures de gestion du risque amiante, expositions des enfants au plomb, etc.) ;
- l'analyse de la gestion locale des situations de non-conformité de l'eau de boisson ;

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

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

PRÉSENTATION

Président : Bruno Grandbastien

Vice-président : Philippe Michel

Coordonnatrice : Béatrice Tran

Chargée du suivi : Claudine Le Grand

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

COMPOSITION

Elle compte 15 personnalités qualifiées et cinq membres de droit : ABM, ANSM, EFS, HAS, InVS.

ACTIVITÉS

En 2013, la commission a tenu sept séances plénières.

Elle a poursuivi ou organisé plusieurs groupes de travail au long de l'année et participé à des groupes pilotés par la CSMT ainsi qu'au groupe transversal « Objectifs de santé publique ».

Le groupe permanent « Grippe, coronavirus et autres virus respiratoires » qui a été mis en place au sein du HCSP pour travailler en urgence et s'autosaisir de toute question pour l'aide à la gestion de ces pathologies, compte plusieurs membres de la CSSP. Deux avis sur le nouveau coronavirus Mers-CoV ont été rendus avec leur contribution (cf. infra).

Dans le cadre de l'apport du HCSP à la stratégie nationale de santé, la commission a apporté une contribution sur la place de la sécurité des patients pour une future loi de santé.

Par ailleurs, plusieurs de ses membres participent à l'évaluation des plans PROPIN, PNPIAS, PNSP et représentent le HCSP dans plusieurs instances et/ou assistent à différents colloques (cf. infra).

- **Les saisines**

Les six saisines reçues en 2013 ont émané de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

- **Traitement et entretien des endoscopes thermosensibles stockés dans des enceintes de stockage**

Saisine DGS et de la DGOS du 27 décembre 2012

Afin d'actualiser les recommandations ministérielles en matière de contrôle qualité de la désinfection des endoscopes stockés, le Directeur général de la santé et le Directeur général de l'offre de soins ont demandé au HCSP d'émettre un avis sur :

- les traitements et l'entretien des endoscopes thermosensibles lorsqu'ils sont conservés dans une enceinte de stockage d'endoscopes thermosensibles et en particulier sur la durée maximum de stockage de matériel semi-critique dans une ESET avant utilisation immédiate, sans nouvelle procédure de désinfection de niveau intermédiaire ;
- les contrôles de qualité microbiologiques des endoscopes thermosensibles semi-critiques lorsqu'ils sont conservés dans des ESET.

- **Encéphalopathies spongiformes transmissibles**

Cette saisine de la DGS du 2 janvier 2013 demandait d'une part la réévaluation des risques actuels de transmission des EST par les médicaments dérivés du sang et d'autre part les mesures à prendre pour produire les MDS sans risque pour le receveur.

A la suite d'une étude sur l'évaluation des risques menée par l'ANSM à la demande de la DGS et d'autres travaux menés concomitamment, cette saisine a été retirée.

- **Infections cutanées à SARM Co**

Cette saisine de la DGS du 11 juin 2013 sollicite des propositions de recommandations spécifiques sur la conduite à tenir lors d'épisodes de cas groupés d'infections cutanées à SARM communautaire PVL+ de type USA 300.

Il est demandé que ces recommandations portent plus particulièrement sur :

- les modalités de dépistage des patients infectés et des porteurs sains ;
- les mesures d'exclusion/retour en collectivité des patients infectés et des porteurs sains ;
- les modalités de surveillance à long terme des collectivités exposées.

Les travaux doivent aboutir début 2014.

- **Désinfection des sondes d'échographie endocavitaire**

Saisine DGS-DGOS du 12 juillet 2013.

Cette demande s'inscrit dans les suites d'expertises portées par le HCSP en 2007 et 2008, complétée par un avis de l'Académie nationale de médecine en 2009. Elle est également motivée par de nouvelles publications et une alerte de la SF2H sur la nécessité éventuelle de réévaluer le risque infectieux lié à des examens et le cadre de désinfections à recommander.

Les travaux doivent aboutir courant 2014.

- **Actualisation des recommandations sanitaires du plan national canicule**

Cette saisine de la DGS du 22 avril 2013 concerne l'actualisation des recommandations sanitaires du plan national canicule en prenant en compte les évolutions scientifiques en termes de physiopathologie et de pathologie, ainsi que les évolutions sociétales concernant notamment les populations spécifiques et les situations de vulnérabilité qui augmentent les conséquences des coups de chaleur. Cette saisine demandait l'organisation de cette expertise en deux temps : 1) identifier les fiches qui devront figurer dans ces nouvelles recommandations sanitaires, et 2) la révision ou la rédaction de ces fiches pour le plan national canicule 2014.

La réponse à la première partie de la saisine a été apportée le 12 août 2013. Les fiches-actions actualisées seront finalisées en mars 2014.

- **Evaluation du risque de transmission du VIH et des hépatites par le matériel de coiffure et de tatouage/piercing en milieu carcéral et recommandations**

Saisine DGS du 5 février 2013

Il est demandé au HCSP de procéder à l'évaluation du risque infectieux (VIH, hépatites) inhérent aux activités de coiffure et tatouage/piercing en milieu carcéral eu égard à la manière dont ces pratiques (peu documentées en France) sont exercées aujourd'hui en détention, et de formuler des recommandations pour réduire le risque infectieux.

La réponse à cette saisine a été reportée dans l'attente d'une clarification des attendus eu égard aux travaux menés par le groupe de travail interministériel santé-Justice dédié.

Cette expertise constitue l'une des actions prévues dans le Plan Stratégique 2010-2014 relatif aux politiques de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Autre saisine en cours

- **Tuberculose multirésistante**

Cette saisine de la DGS du 21 novembre 2012 porte sur le diagnostic et la thérapeutique de la tuberculose multirésistante.

Le groupe de travail CSMT-CSSP mis en place en avril 2013 rendra ses travaux au premier trimestre 2014 sur la base d'une expertise détaillée du CNR des mycobactéries à partir d'une cohorte d'environ 200 cas.

• **Programme de travail**

- La CSSP envisage de mener une réflexion pour intégrer une dimension plus sociologique des crises sanitaires dans les avis techniques. L'enjeu est de proposer l'introduction dans le panel de consultation avant validation pour certains avis d'une expertise plus sociale et/ou sociétale (sans confusion avec l'idée de consultation publique déjà discutée par ailleurs).
- Les recommandations relatives à la prise en charge (du diagnostic au traitement) ainsi qu'à la prévention des infections à *Clostridium difficile* (ICD) ont été émises par le HCSP en 2008.
Un groupe d'expertise pluridisciplinaire (microbiologie, infectiologie, hygiène, clinique en lien étroit avec le CNR) sera chargé de la réévaluation de ces recommandations.
- Sécurité des patients en région
Le coordonnateur de ce projet a pris contact avec Anne Tallec afin de mettre en cohérence ce sujet avec les autres travaux du groupe de travail HCSP « régions ». Parallèlement, un échange avec le secrétariat général des affaires sociales a conclu qu'il était prématuré d'aborder cette question. Le projet est en suspens.
- Sécurisation de la prise en charge post-hospitalisation de la personne âgée
Projet mis en suspens actuellement en attente des résultats des projets pilotes PAERPA.

- **Avis et rapports publiés en 2013**

- **Infections associées aux soins : propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique**

Rapport du 10/04/2013

Ce travail s'inscrit dans la continuité d'une expérience d'indicateurs à diffusion publique entreprise depuis plusieurs années à un moment où la réflexion sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger, est en pleine évolution. Son objectif était de voir si d'autres indicateurs, dits de résultats, pourraient être ajoutés et de proposer, en s'appuyant sur une démarche scientifiquement valide, une hiérarchisation des indicateurs éventuellement retenus afin d'aider les autorités de santé au choix final.

Les résultats produits devraient permettre d'étayer ce choix en vue de compléter les indicateurs existants du tableau de bord des établissements de santé.

- **Traitement et entretien des endoscopes thermosensibles stockés dans des enceintes de stockage**

Avis du 26/06/2013 (cf. supra)

- **Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe)**

Rapport du 10/07/2013

Le groupe de travail a élaboré un guide actualisant et harmonisant l'ensemble des recommandations existantes concernant la prévention de la transmission croisée des BHR émergentes (BHRe) ciblant en 2013 les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) et *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG). Présentées sous forme de fiches opérationnelles, les recommandations ont pour objectif d'orienter les établissements de santé vers des stratégies adaptées de maîtrise de la diffusion des BHRe.

Deux avis ont été émis par le groupe permanent « Grippe, coronavirus et autres virus respiratoires » dont la CSSP est partie prenante :

- **Prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus**

Avis du 19/03/2013

Cet avis s'appuie sur l'état des connaissances actuelles, sur l'épidémiologie, la clinique et la transmission de ce nouveau virus. Il expose la définition des cas possibles et des cas confirmés, les conditions de réalisation de la confirmation microbiologique et le traitement. L'organisation de la prise en charge est détaillée, en milieu hospitalier, en vue du contrôle du risque infectieux lors des soins. Les connaissances sur ce nouveau virus évoluent très vite ; le HCSP sera très probablement amené à actualiser ces recommandations.

- **Règles d'hygiène pour la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (MERS-CoV)**

Avis du 24/05/2013

Cet avis présente une actualisation des règles d'hygiène figurant dans l'avis du HCSP du 19 mars 2013, relatif à la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (HCoV-EMC).

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

- **Groupes de travail**

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

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

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

- **Colloques**

Présentation des travaux de la CSSP en lien avec le risque infectieux lors du congrès national de la SF2H (Paris, juin 2013).

PERSPECTIVES

La CSSP a présenté le projet de travailler sur la dimension sociétale des avis et rapports rendus par le HCSP, avec une attention en premier lieu sur les travaux de la CSSP (conditions d'exercice de la thanatopraxie, prévention de la diffusion des BHRé ...).

COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRÉSENTATION

Président : François Bourdillon

Vice-président : Didier Jourdan

Coordonnatrice : Roberte Manigat (jusqu'en juin 2013), Régine Lefait-Robin (à partir de septembre 2013)

Secrétaires : Catherine de Pretto, Aline Orriols (à partir de septembre 2013)

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 ;
- des interventions susceptibles de soutenir et de renforcer les capacités des individus et des populations à accroître le contrôle sur leur santé et à améliorer celle-ci
- des politiques publiques susceptibles de promouvoir la santé des populations considérées

COMPOSITION

La commission est composée de :

- 15 personnalités qualifiées
- 3 membres de droit : INCa, Inpes et HAS.

ACTIVITÉS

En 2013, la CSPEPS a tenu sept réunions plénières, des réunions *ad hoc* pour préparer les avis en cours et à de nombreux échanges électroniques entre membres.

A l'instar du travail accompli en 2012, l'essentiel de l'activité de la CSPEPS a été centrée sur la mise en œuvre du programme de travail du HCSP, tel que validé fin 2011, au début de la seconde mandature. Sur les six groupes de travail constitués pour conduire des expertises dans un des grands domaines retenus comme prioritaire (cf. infra), tout au long de la mandature actuelle, cinq ont démarré leurs travaux, trois les ont finalisés mais restent mobilisables. Un nouveau groupe de travail sur la politique de prévention de l'alcoolisme a été constitué et a démarré ses travaux en octobre 2013 et s'est réuni deux fois au cours du dernier trimestre de l'année.

Les autres activités concernent la participation aux travaux transversaux du HCSP et au Comité de rédaction de la revue ADSP.

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

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

Les travaux menés par ce groupe constitué fin 2011 ont été clos après la publication du numéro de la revue Actualité et dossier en santé publique (Adsp) intitulé « Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité » en janvier 2013 ; numéro dont la coordination a été assurée par son président.

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

Constitué depuis le début de la présente mandature, ce groupe de travail, qui avait émis un premier avis consacré à la politique de santé à l'école en 2012, en a émis un second fin février 2013 sur la santé scolaire.

Cet avis a été publié sur le site Internet du HCSP le 12 juin 2013 et a fait l'objet d'une communication à l'occasion d'une conférence de presse organisée le 11 décembre 2013.

Une troisième expertise, centrée sur la mise en œuvre des politiques de santé publique dans les établissements scolaires au sein même de leur territoire d'implantation, a démarré en mars 2013. L'élaboration de ce projet d'avis a nécessité l'organisation de 5 réunions en groupe de travail et l'audition d'une dizaine de personnes, sur leur lieu de travail ou au HCSP.

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

Le travail d'expertise portant sur le dispositif des Ateliers Santé Ville (ASV) et sa place dans la promotion de la santé et la réduction des inégalités de santé au niveau territorial, qui avait démarré en 2011 a été finalisé en mars 2013. Cet avis a été mis en ligne sur le site Internet du HCSP le 12 juin 2013, puis largement diffusé auprès des acteurs du dispositif (Rencontres nationales des ASV, Plateforme nationale des ressources des ASV). Il est à noter que cet avis a été repris dans le rapport du Pr Jean-Paul Vernant « Recommandations pour le troisième Plan cancer » de juillet 2013.

Le groupe de travail s'est aussi impliqué dans la rédaction du dossier du numéro 82 de la revue Actualité et dossier en santé publique (Adsp) sur « Collectivités territoriales et santé », dont la coordination a été assurée par Didier Febvrel et publié en mars 2013.

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

Ce groupe, constitué dès le début de la mandature actuelle du HCSP, a poursuivi l'expertise initiée en 2012 portant sur les programmes de soutien et d'aide à la parentalité. Les travaux se sont déroulés essentiellement par échanges électroniques complétés systématiquement par une présentation lors des séances plénières de la Commission. Un avis a été rédigé mais le Comex a souhaité ne pas publier cet avis souhaitant une expertise pluridisciplinaire plus étoffée sur ce thème, avec des moyens plus conséquents que ceux dont dispose le HCSP. Pour valoriser les travaux réalisés, le HCSP est favorable à une publication sous le propre nom des auteurs.

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

Le démarrage de ce travail d'expertise, qui devait porter sur quatre dispositifs⁴ visant à réduire les inégalités et susceptibles de contribuer à la promotion d'une alimentation de qualité, a été reporté à 2014. Serge Hercberg, membre de la commission a, en effet été sollicité pour rédiger un nouveau rapport pour la construction d'un PNNS 4.

- **Séminaire inter-commissions sur les vaccinations**

Le cycle de séminaires sur la mise en œuvre de la politique vaccinale en France, initié en 2012 et conduit par un groupe de travail commun Comité technique des vaccinations (CTV) / Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT) et CSPEPS a été clôturé en mai 2013. Parmi les trois thèmes traités, deux ont fait l'objet d'une expertise complémentaire avec la production de deux avis du HCSP : le premier relatif aux obligations vaccinales et le second aux obstacles financiers. Ces deux avis n'ont pas été rendus publics mais ont été présentés fin 2013 au congrès de la Société française de santé publique et de l'ADEF.

- **Groupe de travail sur le suivi des consommations d'alcool et leurs conséquences sur la santé**

Ce groupe de travail a été constitué en août 2013 et s'est réuni trois fois au cours du dernier trimestre. Partant du constat que les consommations de tabac et d'alcool sont des déterminants majeurs de la dégradation évitable de la santé et de la mortalité évitable, l'objectif de ce groupe est de rechercher les indicateurs les plus pertinents permettant de mieux suivre les consommations d'alcool et leurs conséquences sur la santé. Les quantités d'alcool mises à la consommation et consommées ; les prévalences de consommation et les dommages causés (mortalité attribuable, morbidités, coût social, dommages sociaux).

Un projet d'avis est en cours.

- **Les autres activités**

La CSPEPS a aussi contribué à la mise en œuvre de la mission d'évaluation des politiques sanitaires du HCSP en assurant le co-pilotage du premier axe de l'évaluation du Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques « Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer » et en participant à l'évaluation du plan cancer 2009-2013.

Dans le travail collectif, mené dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale de santé, par l'ensemble des Commissions, Comités et Groupes de travail permanents du HCSP durant le second semestre 2013, la CSPEPS a développé les orientations proposées pour l'intégration d'un axe promotion de la santé en direction de la jeunesse dans la future loi de santé et la stratégie nationale de santé.

Par ailleurs, la Commission prend une part active dans certains groupes de travail transversaux du HCSP : le groupe objectifs de la loi de santé publique, le groupe inégalités sociales de santé, le groupe santé en régions, le groupe adaptation et prospective, le groupe santé 2014, ainsi qu'au Comité de rédaction de la revue *Adsp*.

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

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

- **Avis du 27 février 2013 relatif à la médecine scolaire**

Dans cet avis publié le 12 juin 2013, le HCSP appelle à :

- une clarification des missions de l'école en matière de santé et de celles du personnel de santé scolaire ;
- une meilleure intégration du personnel de santé dans les politiques de santé, nationales et régionales via une gouvernance renouvelée ;
- une formation en santé publique initiale et continue pour les personnels de santé et les personnels éducatifs adaptée à la santé de l'enfant et de l'adolescent.

Puis recommande des actions et mesures spécifiques pour chacun des axes suivants :

- réorganisation des missions de la médecine scolaire en référence aux enjeux de santé individuelle et de santé publique ;
- renforcement des liens multilatéraux entre médecine scolaire, médecine de prévention territorialisée, médecine de ville et médecine hospitalière ;
- renforcement du rôle de la santé scolaire dans la mise en œuvre des politiques nationales et locales de santé, en réorganisant sa gouvernance ;
- développement d'une culture en santé publique commune aux personnels scolaires (d'éducation et de santé) pour renforcer la cohérence des équipes éducatives au sein des établissements, fondée notamment sur un dispositif de formations initiale et continue mis en place à l'échelon régional au sein des Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) :

Cet avis devrait être suivi de trois avis spécifiques, portant sur les thèmes suivants : Etablissements scolaires, territoire et santé publique ; Parcours éducatif en santé ; Formation des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé à l'École.

- **Avis du 20 mars 2013 relatif à la place des Ateliers Santé Ville (ASV) dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**

Dans cet avis publié le 12 juin 2013, le HCSP procède à une description des principales forces et faiblesses de la démarche et du dispositif ASV. Cette analyse est suivie de recommandations d'actions et mesures spécifiques pour leur développement et leur renforcement :

- dans de leur positionnement au croisement des politiques de santé et de la politique de la ville ;
- dans la pérennisation de leurs ressources ;
- dans leur capacité de coordination et d'animation ;
- dans leur cohérence et harmonisation ;
- dans la mise en œuvre de démarches d'évaluation.

PERSPECTIVES

Parmi les groupes de travail constitués en 2011, les deux groupes suivants vont poursuivre leur activité pendant le reste de la mandature actuelle du HCSP, même si leur composition est susceptible d'évoluer notamment en fonction de l'objet précis d'un projet d'avis particulier :

■ Groupe de travail santé à l'école :

Trois avis supplémentaires seront émis d'ici mars 2015, dont au moins deux en 2014. Ils porteront sur les questions suivantes :

- les politiques locales de santé scolaire et les modalités de structuration des liens entre les établissements et leur territoire d'implantation (poursuite de l'expertise démarrée en mars 2013) ;
- le parcours éducatif en santé ;
- la formation des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé à l'École.

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

Plusieurs réflexions pourraient être envisagées d'ici la fin de la mandature actuelle du HCSP sur les dispositifs suivants :

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

D'autres thématiques, recensées lors de la séance plénière de juin, pourraient donner lieu à des expertises : santé sexuelle ; politiques de réduction des risques, prévention des risques psychosociaux, notamment en milieu professionnel ; contrats locaux de Santé et ARS.

COMMISSION SPÉCIALISÉE ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE

PRÉSENTATION

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

COMPOSITION

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

En 2013, la Commission a tenu huit séances plénières.

Elle réunit l'expertise nécessaire pour :

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

ACTIVITÉS

• Travaux réalisés

Les travaux de la CSESP ont principalement porté sur l'évaluation de plans de santé publique pour lesquels la commission est le référent méthodologique. Ces travaux se sont organisés autour de trois axes : l'évaluation de plans arrivés à échéance (« évaluation *ex post*»), l'aide méthodologique à l'élaboration de l'évaluation de plan en cours et la réflexion sur un référentiel de l'évaluation.

La commission a par ailleurs piloté les travaux de la contribution du HCSP à la « commission Vernant » en charge de proposer un rapport d'orientation au troisième plan cancer et participé à la contribution du HCSP au rapport du Comité des sages sur la préparation de la future loi de santé publique.

Les membres de la commission ont poursuivi le travail de réflexion sur les méthodes de l'évaluation des plans de santé publique débuté en 2012 et organisé un séminaire ouvert à un large public sur le sujet en décembre 2013.

- **Évaluation de plans de santé publique**

En tant que référent méthodologique de l'évaluation, la CSESP a copiloté les travaux d'évaluation de plusieurs plans de santé publique.

Deux évaluations, dont les travaux ont débutés en 2012, ont été finalisées au cours du premier semestre :

- **Evaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011**
- **Evaluation du plan hépatites B et C 2009-2012**

Et deux nouvelles évaluations ont été lancées en 2013 :

- **Evaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer**
- **Evaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013**

Ces travaux sont décrits dans le chapitre des travaux transversaux validés par le comité exécutif.

- **Aide méthodologique à l'évaluation de plans de santé publique**

La CSESP a finalisé l'aide méthodologique à l'évaluation du plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux » 2010-2014 et débuté les travaux relatifs à une demande d'aide à l'élaboration de l'évaluation du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017.

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

En mars 2012, la Directrice générale de l'offre de soins a saisi le HCSP d'une demande de soutien méthodologique pour la préparation de l'évaluation de l'impact du plan, dont l'objectif principal est de réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC. Les personnes en charge du suivi du plan à la DGOS ont présenté la demande aux membres de la CSESP le 29 mars 2012 ; un groupe de travail a été mis en place, constitué de quatre personnalités qualifiées de la CSESP et son pilotage confié à Marie-Hélène Bouvier Colle ; le SG-HCSP était représenté dans ce groupe de travail par Béatrice Tran et Élisabeth Roche. Après analyse de la demande fondée sur la grille d'analyse, les membres du groupe de travail ont procédé à des auditions et à l'analyse de documents publiés ou fournis par les personnes auditionnées et l'équipe projet de la DGOS. Le groupe de travail s'est attaché principalement à analyser la qualité des indicateurs prévus et disponibles pour évaluer l'atteinte des objectifs du plan et à proposer si ces indicateurs étaient insuffisants, des indicateurs ou des méthodes d'évaluations complémentaires.

Dans son rapport final, le HCSP constate que plusieurs indicateurs destinés à évaluer les filières AVC peuvent contribuer à mesurer l'atteinte de certains objectifs spécifiques. En revanche, les indicateurs envisagés pour mesurer l'impact du plan en référence à ses objectifs généraux sont de qualité inégale et aucun d'entre eux ne traite directement de la question de la fréquence des séquelles, de leur gravité ni de la vie après un AVC.

Le HCSP recommande de faire le point sur la qualité des indicateurs et des systèmes d'information associés, de prioriser ces indicateurs, de compléter l'approche quantitative par des études qualitatives *ad hoc*, et enfin de développer des comparaisons entre territoires.

Le rapport a été présenté par le groupe de travail à l'équipe projet de la DGOS en charge de la mise en œuvre et du suivi du plan le 15 février 2013. Après avis favorable de la CSESP le 7 mars 2013, il a été validé par les membres du comité exécutif du HCSP le 13 mars 2013.

- **Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017**

Le Directeur général de l'offre de soins a saisi en juillet 2013, le HCSP afin de définir les modalités de l'évaluation du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017.

Ce programme s'inscrit dans le contexte d'initiatives européennes et internationales telle la recommandation du Conseil de l'union européenne relative à la sécurité des patients (juin 2009), qui vise à mobiliser les professionnels de santé et les usagers sur les enjeux de la sécurité des soins. Ce programme national est piloté conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS), en association avec la Haute Autorité de santé (HAS). Il s'articule autour de quatre axes : 1) l'information du patient, co-acteur de sa sécurité, 2) la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins, 3) la formation, la culture de sécurité, l'appui et 4) la recherche et l'innovation. Il a pour objectif d'identifier des orientations prioritaires pour rendre la sécurité des patients plus effective, de renforcer la cohérence entre les différents dispositifs, de fédérer l'ensemble des professionnels de santé.

Un groupe de travail piloté par Franck Chauvin a été mis en place, constitué de membres de la CSESP et d'un membre de la CSSP, le SG-HCSP étant représenté par Béatrice Tran et Elisabeth Roche. Une rencontre a été organisée le 5 septembre 2013, réunissant les membres du groupe de travail, les personnes en charge du programme à la DGOS, un représentant de la HAS et les coordonnateurs de l'axe 1 et de l'axe 3 du programme. Elle a permis de préciser les attentes des membres en charge du pilotage et du suivi du programme et de discuter du cadre méthodologique proposé par le groupe de travail du HCSP pour répondre à la saisine. Dans son courrier adressé au DGOS le 16 octobre, le HCSP propose dans un premier temps de préciser des objectifs du programme en termes d'impacts attendus, et de reconstituer le modèle logique sous-tendant le lien entre actions, mesures, objectifs opérationnels, objectifs de chacun des axes et objectifs stratégiques du programme. Une réflexion sur les indicateurs visant à mesurer l'atteinte des objectifs permettra dans un deuxième temps de définir la nécessité d'études complémentaires ou les systèmes d'information à mettre en place. Enfin, il est proposé d'aborder les thèmes auxquels le HCSP porte une attention particulière que sont les inégalités de santé, la gouvernance et le pilotage, la cohérence avec les autres politiques de santé et la déclinaison régionale des politiques nationales.

- **Séminaire « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques publiques »**

L'analyse des demandes d'évaluation, la place des parties prenantes dans le processus évaluatif, le rôle du HCSP dans les demandes d'appui méthodologique à l'évaluation des plans sont quelques-uns des éléments de la réflexion menée au sein de la CSESP.

Un séminaire de travail organisé en septembre 2012 et ouvert à l'ensemble des membres du HCSP, avait pour objectif de faire un retour d'expérience sur les évaluations *ex post* ou *ex ante* réalisées par le HCSP depuis sa création en 2007, et de discuter des voies de progrès possibles.

Le travail en vue d'élaborer un référentiel de l'évaluation s'est poursuivi tout au long de l'année 2013 au sein de la CSESP avec notamment la constitution d'un groupe de travail « Méthodologie de l'évaluation » piloté par Franck Chauvin et Valérie Buthion.

Les propositions et recommandations du groupe ont été régulièrement discutées au sein de la CSESP et du Comex et présentées lors d'un séminaire organisé par le HCSP le 11 décembre 2013.

Ce séminaire, intitulé « *De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques publiques* » s'est tenu au Ministère des Affaires sociales et de la Santé et a accueilli une centaine de participants d'horizons divers : membres du HCSP, services de l'administration centrale du ministère (DGS, DGOS, DGCS, IGAS,...), agences sanitaires (Inpes, HAS,...), collectivités territoriales, établissements hospitaliers, ...

Le séminaire avait pour objectifs de :

- partager le retour d'expérience du HCSP sur ses travaux d'évaluation des plans et programmes de santé publique en France ;
- aborder la question de l'élaboration des politiques de santé publique et notamment des plans et programmes ;
- proposer une méthodologie liant l'évaluation et l'élaboration.

Les intervenants du HCSP impliqués dans les travaux d'évaluation ont explicité l'évolution de la réflexion menée au sein de l'institution depuis son installation.

Les orateurs extérieurs ont apporté leur éclairage et point de vue au travers de leurs expériences respectives : dans le cadre d'un programme de formation des cadres en Nouvelle Calédonie (Benoît Lajudie, Commissariat général à la stratégie et à la prospective), la construction du plan cancer 3 (Stéphane Paul, IGAS), la mise en œuvre de la politique de santé en région (Christophe Lannelongue, ARS Bourgogne).

En fin de journée, la table ronde qui réunissait l'adjointe au DGS, la présidente de l'INCa, le Directeur de l'EHESP, la présidente de la CNS et un directeur général d'ARS, a permis d'échanger autour des attentes des parties prenantes et de dégager de nouvelles pistes de réflexion.

Franck Chauvin, président de la CSESP, a clôturé cette journée et dégagé les grandes lignes de l'évaluation telle qu'elle pouvait aujourd'hui être menée/promue : une évaluation utile, une réflexion en amont dès la construction du plan, une évaluation *in itinere*.

• **Autres travaux**

- **Contribution de la CSESP du HCSP à la Loi de santé Publique (rapport « Cordier »)**

Dans le cadre de la contribution apportée par le HCSP aux travaux du Comité des Sages présidé par Alain Cordier, la CSESP a proposé en mars 2013 une note précisant le point de vue de la Commission sur l'évaluation des plans de santé publique dans la perspective d'une future loi de santé publique. La CSESP recommandait d'appuyer l'évaluation sur les principes suivants :

- Situer l'évaluation des plans au niveau des effets, dont l'impact si possible.
- Evaluer également la pertinence, la cohérence et la gouvernance du programme d'actions, ainsi que l'articulation des mesures préconisées à un échelon national et faisant l'objet d'une mise en œuvre régionale.
- Réaliser une évaluation externe et pluridisciplinaire. L'évaluation réalisée par un comité d'experts indépendants permet de garantir l'impartialité qui s'impose pour

les politiques de santé publique et l'acceptation des résultats de l'évaluation par les parties prenantes.

- Appuyer l'évaluation sur une expertise scientifique et méthodologique.

La démarche structurée préconisée reposant sur :

- L'implication des parties prenantes dans l'explicitation des objectifs du plan et la définition des questions évaluatives.
- L'explicitation du référentiel, du socle de connaissances et du système d'information utilisés, garantissant la transparence du processus d'évaluation.
- La distinction entre l'évaluation et le contrôle.
- L'importance de partager les conclusions de l'évaluation avec les parties prenantes.

- **Contribution au rapport d'orientation du plan Cancer 3**

En février 2013, la DGS a sollicité le HCSP au sujet de l'évaluation finale du plan cancer 2009-2013 et de la préparation du futur plan cancer annoncée par François Hollande le 4 décembre 2012 et confiée au Pr Jean-Paul Vernant.

Concernant la contribution à la préparation du plan Cancer 3, le HCSP s'est proposé de fournir des pistes à l'élaboration de ce futur plan en s'appuyant sur les évaluations déjà menées des plans Cancer (plan cancer 1 et plan Cancer 2 à mi-parcours) ainsi que sur l'évaluation réalisée en 2010 des objectifs de santé publique de la loi de 2004.

La CSESP, en charge de coordonner les travaux du HCSP pour cette demande, a rédigé un projet de contribution sur ces bases et, après avoir auditionné des personnalités qualifiées impliquées dans les évaluations en question et consulté les commissions du HCSP au regard notamment des propositions d'objectifs de santé en lien avec le cancer, qui avaient été élaborés en avril 2010, dans la perspective d'une future loi de santé publique.

La contribution du Haut Conseil de la santé publique au rapport d'orientation pour un futur plan Cancer 3 a été remise au Pr Vernant en juin 2013.

Le HCSP, en la personne de Franck Chauvin, mandaté par le président du HCSP, a participé aux travaux de la cellule d'appui au rapport d'orientation du plan Cancer 3.

Le rapport du Pr Vernant « *Recommandations pour le troisième Plan Cancer* » a été remis à la ministre des affaires sociales et de la santé et à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche en juillet 2013.

- **Participation aux groupes de travail transversaux**

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

Les groupes transversaux « Systèmes d'information en santé », « Adaptation et prospective », « Santé en régions », et le groupe coordonnant la rédaction de l'ouvrage « Santé 2014 » sont pilotés chacun par une personnalité qualifiée de la Commission.

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

PERSPECTIVES

En 2014, les travaux de la CSESP seront consacrés essentiellement à l'évaluation.

■ Poursuite des travaux en cours

- **Evaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer (année entière 2014)**
- **Evaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013 (1^{er} semestre 2014)**
- **Aide méthodologique à l'évaluation du programme pour la sécurité des patients 2013-2017 (1^{er} semestre 2014)**
- **Finalisation des travaux autour des principes et de la méthodologie de l'évaluation**

■ Nouveaux travaux

L'élaboration du programme de travail 2014 a été débattue en CSESP avant d'être proposée au Comex avec la réserve faite par les membres de la Commission au regard des engagements des personnalités qualifiées du HCSP sur les autres travaux en cours et de l'adéquation des ressources allouées au Secrétariat général.

Ces travaux s'organiseraient autour de deux axes :

- **L'Évaluation**
 - Evaluation du plan stratégique national de prévention des infections liées aux soins 2009-2013, dans la continuité de l'évaluation du Propin
 - Evaluation *ex ante* du futur plan cancer
 - Evaluation *ex post* d'un plan à échéance en 2014
- **La Prospective** avec le lancement d'une réflexion sur :
 - Vieillesse et système de santé

PRÉSENTATION

Secrétaire générale : Renée Pomarède jusqu'en juin ; Régine Lefait-Robin depuis septembre 2013

Assistante : Aline Orriols

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

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

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

ACTIVITÉS

- **Assurance qualité**

Chargée de mission : Élisabeth Roche

- **Procédures**

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

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

- **Déclaration d'intérêt**

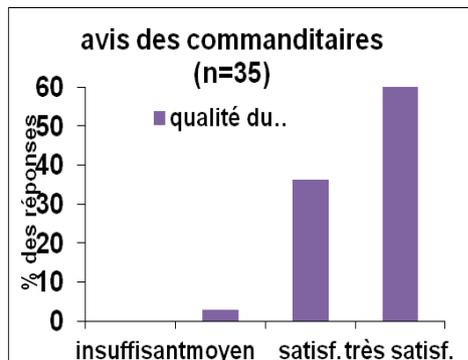
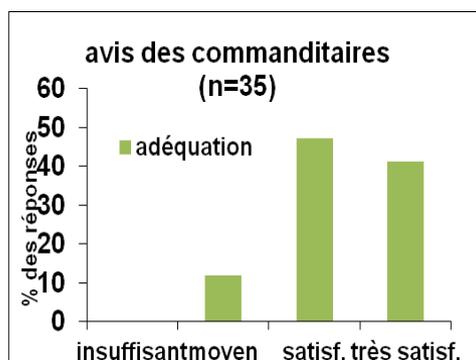
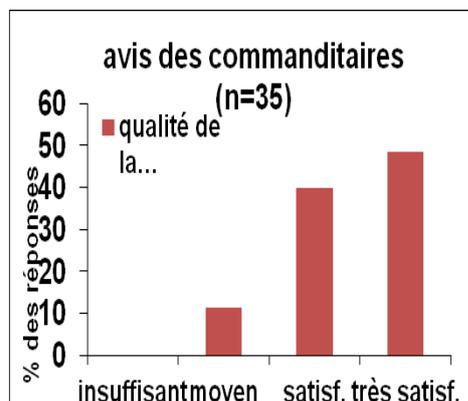
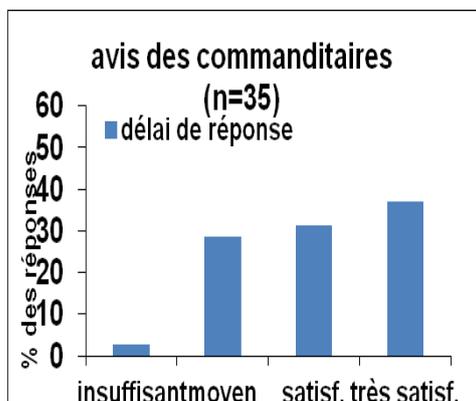
En application de la loi du 29 décembre 2011, le décret n° 2012-745 du 9 mai 2012 unifie et étend le champ de la déclaration publique d'intérêt depuis le 1er juillet 2012. Le formulaire de déclaration, fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012, est commun aux institutions et agences sanitaires. Ce formulaire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

- **Évaluation de la satisfaction des commanditaires**

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

Ce suivi se présente sous la forme d'un court questionnaire adressé aux responsables des services concernés et aux personnes spécifiquement en charge du dossier dans les

semaines ou mois suivant l'avis et/ou le rapport du HCSP selon les cas. En 2013, 48 questionnaires portant sur les saisines ou les évaluations confiées au HCSP, principalement par la DGS et les autres commanditaires (ministre, DGOS, Drees, DGT, DUS, ministère de l'Écologie) 35 réponses ont été reçues. Quelques résultats, exprimés en pourcentage, sont présentés ci-dessous.



La qualité des travaux est globalement soulignée mais les délais de réponse du HCSP sont encore jugés trop longs. Ces délais sont en partie liés à l'insuffisance de moyens alloués au fonctionnement du HCSP.

- **Soutien aux travaux**

En 2013, le SG-HCSP a organisé 73 réunions plénières de l'ensemble des instances dont deux réunions du Collège et onze 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 2013 les travaux de près d'une cinquantaine de groupes de travail, techniques ou de réflexion.

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

Ces travaux ont permis au HCSP d'élaborer au total 34 avis et 14 rapports, dont trois ont été publiés à la Documentation française (Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé ; indicateurs de mortalité prématurée et évitable ; rapport d'évaluation du plan national de lutte contre les hépatites B et C).

- **Fonctionnement**

Les moyens de fonctionnement nécessaires à la réalisation des travaux des experts imputés sur le Programme 124 de la DGS se sont élevés à 258 025 € :

- L'indemnisation des experts s'élève à 56 580 € pour participation aux travaux et 17 640 € pour perte de revenus. S'y ajoutent 166 819 € de frais de déplacement : ordres de mission pour l'ensemble des réunions organisées en 2013.

Personne en charge du dossier : Catherine de Pretto

- Les frais de fonctionnement propres aux agents du SG-HCSP se répartissent comme suit : les frais de déplacement des agents du SG-HCSP s'élèvent à 769 €, les frais d'inscription aux colloques s'élèvent à 680 €. Ces chiffres illustrent clairement la contrainte dans laquelle évolue le personnel.

Personne en charge du dossier : Aline Orriols

- Les frais de réception s'élèvent à 15 537 € et les frais de fournitures sont pris en charge dans les dépenses globales de la DGS.

Personnes en charge du dossier : Aline Orriols et Isabelle Douard

- **Commandes aux prestataires et gestion budgétaire**

Chargée de mission : Dominique Gallot

- **Achats de prestations**

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

- **Trois marchés de soutien aux travaux scientifiques et techniques, selon la procédure adaptée (MAPA), ont été organisés**

Le premier marché a pour objet une enquête quantitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap par les Maisons départementales du handicap (MDPH). Il s'agit d'un marché de services d'études.

Le second marché a pour objet de soutenir les travaux d'évaluation de la politique publique et des actions menées dans le cadre des plans nationaux de lutte contre le cancer pour la période 2003-2013. Il s'agit d'un marché de services d'études qui se décompose en deux lots :

- Le lot n° 1 : porte sur une assistance à maîtrise d'ouvrage auprès du Comité d'évaluation du Haut conseil de la santé publique (CODEV-HCSP) pour

l'organisation de réunions, d'auditions, de recherche et synthèse bibliographique et pour une assistance à la rédaction des rapports aux différentes étapes du travail.

- Le lot n°2 : porte sur la réalisation d'une étude qualitative qui vise à recueillir le point de vue des professionnels et des patients sur les trajectoires de soin et de prise en charge autour de l'analyse d'une série de cas précis de personnes atteintes de cancer ou ayant eu un cancer, en cherchant à apprécier l'influence éventuelle des mesures introduites par les plans cancers 1 et 2. Il s'agit alors de travailler sur les conditions de mise en œuvre des plans et leurs effets sur les modes de prise en charge et les conditions de vie des patients.

Ces deux lots ont été attribués à un seul prestataire.

Le troisième marché a pour objet l'évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013. Il s'agit d'un marché de services d'études qui se décompose en deux lots :

- Le lot n° 1 porte sur une assistance à maîtrise d'ouvrage auprès du Comité d'évaluation du Haut conseil de la santé publique (CODEV-HCSP) pour l'organisation de réunions, d'auditions, de recherche documentaire et de synthèse bibliographique et pour la rédaction de rapport.
- Le lot n°2 concerne une étude qualitative auprès des professionnels des établissements de santé concernés pour estimer l'impact du programme sur la culture de la prévention et l'adaptation des mesures déclinées depuis le niveau national sur la réalité des établissements concernés.

Seul le lot n°2 a été attribué en 2013, le lot n°1 le sera en 2014.

- **Trois marchés de valorisation des travaux ont été renouvelés**

Il s'agit des marchés suivants :

- gestion des sites Internet et Extranet du HCSP,
- prestations de secrétariat,
- prestations de traductions des documents pour le HCSP

- **Cinq marchés sont en cours**

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

- réalisation de la pré-impression de la revue *Adsp* élaborée par le HCSP,
- pré-impression des autres documents du HCSP,
- veille des médias relative aux activités du HCSP,
- correction des épreuves maquetées des publications du HCSP dont la revue *Adsp*,
- prestations de communication pour le HCSP.

- **Des commandes d'achat directes hors marché**

Les commandes d'achat complémentaires (éditions et frais de fonctionnement) représentent respectivement un budget de 11 905 € TTC en autorisation d'engagement et 6 947 € TTC en crédits de paiement.

- **Gestion budgétaire**

Sur le programme budgétaire 204 « Santé publique et prévention » : le montant des engagements s'élève à 550 936 € TTC (324 089,67 € TTC en 2012) et les montants réglés à 236 280 € TTC (426 032,87 € TTC en 2012).

- **Communication**

Chargée de mission : Patricia Siwek

- **Communiqués de presse**

- Mai 2013 : Consultation publique réalisée par le HCSP sur le rapport « Expositions aux niveaux sonores élevés de la musique : Recommandations sur les niveaux acceptables ».

- Septembre 2013 : Sortie du rapport d'évaluation du Plan national santé-environnement 2 (2009-2013).

- **Conférence de presse**

11 décembre 2013 : Le Haut Conseil de la santé publique a tenu une conférence de presse afin de présenter les travaux qu'il a menés en 2013 et qu'il entreprend dans le cadre de sa participation à la stratégie nationale de santé.

- Intervenants :

Roger Salamon, Président du Haut Conseil de santé publique : Bilan et participation du HCSP à la Stratégie nationale de santé publique

Daniel Floret, Président du Comité technique des vaccinations : Avis et propositions du HCSP

Franck Chauvin, Président de la Commission Evaluation, stratégie et prospective : Vers une nouvelle méthodologie

Denis Zmirou-Navier, Président de la Commission Risques liés à l'environnement : Les apports de l'évaluation du Plan national Santé-Environnement 2

Didier Jourdan, Commission Prévention, éducation et promotion de la santé : Santé en milieu scolaire, Enjeux et propositions du HCSP

- 19 journalistes présents dont AFP, APM, Le Figaro, les Echos, Quotidien du médecin...

- **Présence à des colloques**

Le HCSP a tenu un stand présentant ses publications lors du colloque « Santé publique et prévention » organisé à Bordeaux en octobre 2013 par l'ADELF et la SFSP.

- **Veille presse et notoriété du HCSP**

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

Durant l'année 2013 le HCSP a été cité 698 fois par la **presse écrite**. La moitié des articles (337) mentionnant le HCSP faisait état des recommandations en matière de vaccinations (55:méningite ; 65:HPV; 33:grippe...). 21 articles rendaient compte des

rapports d'évaluation réalisés par le HCSP, les autres faisaient suite aux autres avis rendus (environnement : 29 ; opérations funéraires: 28 ;).

Dans la **presse électronique** le HCSP a fait l'objet de 309 articles.

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

Chargée de mission : Kiran Ramgolam

Webmestre : Philippe Ferrero, prestataire

- **Internet**

Entre janvier et décembre 2013, le site www.hcsp.fr a reçu 1 078 187 visites (dont 771 845 visites uniques et 461 128 nouveaux visiteurs) ; 1 525 113 pages ont été vues.

La lettre de diffusion qui annonce les nouveautés du site a été adressée à 4 309 abonnés (l'inscription à la lettre est accessible sur la page d'accueil), 2 519 personnes suivent les messages postés par le HCSP sur Twitter et 228 personnes 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 d'intérêt. Sont également accessibles les avis et les rapports des deux instances qui ont fusionné dans le HCSP, le Haut Comité de la santé publique et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

- **Extranet**

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

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

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

Rédacteur en chef : Patricia Siwek

Secrétaire de rédaction : Catherine de Pretto

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

- Adsp est une publication trimestrielle qui existe depuis 1992.

- Le tirage est de 2 000 exemplaires par numéro.

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

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

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

- **Organisation**

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

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

- **Échanges de sommaires**

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

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

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

- **Diffusion de la revue**

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

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

- **Consultation en ligne de la revue**

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

- **Quatre numéros *Adsp* ont été publiés en 2013**

- Mars 2013 « Collectivités territoriales et santé », dossier coordonné Didier Febvrel (n° 82)
- Juin 2013, « Prévention et santé publique », dossier coordonné par Pierre Lombrail, Roger Salamon et Patrick Peretti-Watel (n°83)
- Septembre 2013 « psychiatrie : mutations et perspectives », dossier coordonné par Magaly Coldefy et Alain Ehrenberg (n° 84)
- Décembre 2013, « Politique de l'âge et santé », dossier coordonné par Joël Ankri et Claudine Berr (n° 85).

PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS

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

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

ANNEXES

- Productions du HCSP en 2013
- Textes régissant le HCSP
- Composition du HCSP

LISTE DES PRODUCTIONS PUBLIÉES PAR LE HCSP EN 2013

Instances

Commissions spécialisées

CSMT	Maladies transmissibles
CSSP	Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et pratiques
CSRE	Risques liés à l'environnement
CSESP	Évaluation, stratégie et prospective

Comités techniques permanents

CTV	Comité technique des vaccinations
CMVI	Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation

Groupes de travail transversaux

GTISS	Inégalités sociales de santé
GTO	Objectifs de la loi de santé publique

<i>Date de validation</i>	<i>Support</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Instances/ GT</i>
01/02/2013	Avis	Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin contre la tuberculose BCG SSI®	CTV
01/02/2013	Avis	Demande de délai supplémentaire d'achèvement des travaux de retrait de l'amiante de la Maison des Sciences de l'Homme à Paris	CSRE
01/02/2013	Avis et Rapport	Place du vaccin grippal Optaflu® dans la stratégie de lutte contre la grippe saisonnière	CTV
01/02/2013	Avis et Rapport	Place de l'artésunate injectable dans le traitement du paludisme grave chez l'adulte et l'enfant	CMVI
06/02/2013	Rapport	Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »	GTO
07/02/2013	Avis	Introduction du vaccin Bexsero® dans la campagne de vaccination contre le méningocoque B:14:P1.7,16 dans les départements de la Seine Maritime et de la Somme	CTV
22/02/2013	Avis	Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du HCSP	CTV
22/02/2013	Avis	Vaccination ciblée contre les infections invasives à méningocoque liées au clone B14:P1.7,16 du complexe clonal ST- 32 avec les vaccins MenBvac® et Bexsero® dans le département des Pyrénées Atlantiques	CTV
22/02/2013	Avis	Vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes atteintes d'une hépatopathie chronique avec ou sans cirrhose	CTV
22/02/2013	Avis et Rapport	Vaccination antirabique préventive, traitement post-exposition et suivi sérologique des personnes régulièrement exposées au virus de la rage (voyageurs, professionnels, chiroptérologues)	CTV
27/02/2013	Avis	La médecine scolaire	CSPEPS
13/03/2013	Rapport	Propositions pour l'évaluation de l'impact du plan d'actions national Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014	CSESP
19/03/2013	Avis	Prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (HCoV-EMC)	CSSP/ CSMT
20/03/2013	Avis	Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des Ateliers santé ville	CSPEPS
28/03/2013	Rapport	Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011	CSMC

<i>Date de validation</i>	<i>Support</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Instances/ GT</i>
10/04/2013	Rapport	Infections associées aux soins : propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique basées sur un consensus formalisé d'experts	CSSP
16/04/2013	Rapport	Rapport d'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012	CSESP
25/04/2013	Avis	Prise en charge des patients suspects d'infections dues aux virus influenzae aviaires A(H7N9) ou A(H5N1)	CSMT
25/04/2013	Avis	Recommandations de la vaccination pour les adultes et les enfants âgés de plus de 2 ans à risque d'infection invasive à pneumocoque	CTV
25/04/2013	Avis	Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2013 (à l'attention des professionnels de santé)	CMVI
24/05/2013	Avis	Place du vaccin Epaxal®, vaccin virosomal inactivé de l'hépatite A	CTV
24/05/2013	Avis	Rappels de vaccination antitétanique dans le cadre de la prise en charge des plaies	CTV
24/05/2013	Avis	Règles d'hygiène pour la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (MERS-CoV)	CSSP/CSMT
28/05/2013	Avis	Mentions minimales obligatoires pour la publicité des vaccins	CTV
14/06/2013	Avis	Analyse et évaluation de l'efficacité des actions engagées pour respecter la future limite de qualité de 10 µg/L de plomb dans l'eau du robinet	CSRE
14/06/2013	Avis et Rapport	Valeurs repères d'aide à la gestion dans l'air des espaces clos - Les particules	CSRE
19/06/2013	Avis	Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans le domaine du cancer	GTISS
19/06/2013	Rapport	Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé	GTISS
26/06/2013	Avis	Enceintes de stockage d'endoscopes thermosensibles (ESET)	CSSP
28/06/2013	Avis	La gestion et la prévention des infections à MERS-CoV, coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus)	CSSP/CSMT
28/06/2013	Avis	Conduite à tenir vis-à-vis des enfants ayant reçu une 1re dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole avant l'âge de 12 mois	CTV
28/06/2013	Avis	Vaccination contre l'hépatite B des femmes à Mayotte et en particulier des femmes enceintes	CTV
28/06/2013	Avis	Vaccination contre la rougeole avant l'âge de 12 mois. Recommandations	CTV
01/07/2013	Avis	Recommandations de vaccination contre le méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	CSMT/CTV/CMVI
10/07/2013	Rapport	Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRe)	CSSP
11/07/2013	Avis	Conduite à tenir en cas d'épisodes de cas groupés d'oreillons en collectivité	CTV
11/07/2013	Avis	Grippe : caractéristiques des futurs vaccins pandémiques	CTV
11/07/2013	Avis	Poursuite de la campagne de vaccination contre le méningocoque B :14 :P1.7,16 dans les départements de la Seine Maritime et de la Somme	CTV
11/07/2013	Rapport	Aluminium et vaccins	CTV
06/09/2013	Rapport	Expositions aux niveaux sonores élevés de la musique : recommandations sur les niveaux acceptables	CSRE
19/09/2013	Rapport et Synthèse	Évaluation du deuxième plan national santé environnement.	CSRE

<i>Date de validation</i>	<i>Support</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Instances/ GT</i>
20/09/2013	Avis	Recommandations de la vaccination contre l'encéphalite japonaise par le vaccin Ixiaro®	CSMT/ CTV/ CMVI
20/09/2013	Avis	Vaccination contre le méningocoque du sérotype C au vu de la situation épidémiologique du Finistère	CTV
30/10/2013	Avis	La gestion et la prévention des infections à MERS-CoV, coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) – Actualisation au 30 octobre 2013	CSSP/ CSMT

www.hcsp.fr

TEXTES RÉGISSANT LE HCSP

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

COMPOSITION DU HCSP

Président du HCSP : M. Roger Salamon.

Vice-présidente du HCSP : Mme Catherine Le Galès.

- **Personnalités qualifiées du HCSP par commission spécialisée**

Au titre de la commission spécialisée « maladies transmissibles »

M. Fabrice Carrat.

Mme Céline Cazorla.

M. Fabrice Chandre.

M. Gérard Chéron.

M. Christian Chidiac.

M. François Dabis.

M. Emmanuel Debost.

M. Philippe Morlat.

Mme Anne-Marie Moulin.

Mme Hélène Peigue-Lafeuille.

M. Christian Perronne.

M. François Puisieux.

Mme Sylvie Quelet.

Mme Nathalie Van Der Mee Marquet.

M. Patrick Zylberman.

Au titre de la commission spécialisée « maladies chroniques »

M. Fadi Antoun.

Mme Claudine Berr.

M. François Boué.

M. Serge Briançon.

Mme Liana Euler-Ziegler.

Mme Hélène Grandjean.

Mme Pascale Grosclaude.

M. Jean-Yves Limeul.

M. Jean-François Mathé.

Mme Maria Melchior.

Mme Elisabeth Monnet.

M. Michel Roussey.

Mme Brigitte Sandrin.

Mme Bernadette Satger.

Mme Catherine Sermet.

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

Mme Geneviève Abadia-Benoist.

M. Francis Allard.

M. Daniel Bley.

M. Jean-Marc Brignon.

Mme Claude Casellas.

M. Thierry Debrand.

M. Eric Gaffet.

M. Philippe Hartemann.

M. Emmanuel Henry.

M. Marcel Lourel.

M. Laurent Madec.

Mme Francelyne Marano.

M. Laurent Martinon.

M. Jacques Puch.

M. Jean-Louis Roubaty.

M. Jean Simos.
M. Laurent Visier.
M. Denis Zmirou-Navier.

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

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

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

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

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

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

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

Au titre du comité technique des vaccinations

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

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

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