

facteur quatre. Bien que très élevé, le rapport des taux de décès entre hommes et femmes en France (3,2) demeure néanmoins l'un des plus faibles d'Europe.

Incidence des cancers : une analyse à double tranchant

Avec un taux d'incidence chez les hommes de 361 pour 100 000 (moyenne de l'UE à 308) et chez les femmes de 255 (moyenne de l'UE à 233), la France se classe défavorablement en termes d'incidence des cancers. Si un tel résultat

peut laisser supposer des faiblesses en matière de prévention, il peut toutefois traduire en réalité une excellente qualité de dépistage.

Système de soins : des positions françaises confirmées

Le taux d'équipement en imagerie médicale (IRM et scanner) s'est accru, mais reste relativement faible.

La consommation de médicaments est globalement la plus élevée en France, même si ce n'est pas le cas pour toutes les classes thérapeutiques.

Un classement à relativiser en termes de dépenses de santé

Avec 11,2 % de son PIB alloués à la santé en 2008, la France est le pays de l'Union européenne aux dépenses de santé les plus élevées. Elle est talonnée de près par l'Allemagne et l'Autriche (10,5 %), ainsi que par la Belgique (10,2 %). En moyenne, dans les pays de l'UE27, les dépenses consacrées à la santé représentent 8,5 % du PIB en 2008. Cependant un autre classement établi en fonction des dépenses de santé par habitant, exprimées

en parité de pouvoir d'achat (PPA), permet de nuancer la situation. La France, avec 3 172 euros PPA dépensés par habitant en 2008, arrive alors en sixième position après le Luxembourg (3 703 euros), les Pays-Bas, l'Autriche, l'Irlande et l'Allemagne. ■

Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique

Les avis et rapports de février à mai 2012

16 FÉVRIER 2012

● Avis relatif à l'actualisation de la vaccination contre la grippe saisonnière dans certaines populations (femmes enceintes et personnes obèses)

En cas de grippe, les femmes enceintes et les personnes obèses, en particulier celles présentant un indice de masse corporelle (IMC) = 40 kg/m², présentent un risque accru de survenue de complications pulmonaires et cardiaques et d'hospitalisation en réanimation. Les nourrissons âgés de moins de 6 mois ont un risque élevé d'être hospitalisés et un risque augmenté de décéder de la grippe.

De nouvelles données scientifiques démontrent la sécurité d'emploi des vaccins grippaux inactivés et l'efficacité de la vaccination grippale chez les femmes enceintes qui acquièrent des anticorps dont le passage transplacentaire confère

une protection des nouveau-nés et des nourrissons jusqu'à 6 mois. Concernant les personnes obèses, la balance bénéfice/risque est également favorable à la vaccination anti-grippale.

En conséquence, le Haut Conseil de la santé publique recommande que soient vaccinées contre la grippe saisonnière :

- les femmes enceintes, quel que soit le trimestre de la grossesse ;
- les personnes obèses avec un IMC ≥ 40.

16 FÉVRIER 2012

● Avis relatif aux recommandations vaccinales spécifiques des personnes immunodéprimées ou aspléniques

La vaccination chez les personnes atteintes d'une immunodépression congénitale ou acquise, ou d'une sensibilité accrue aux infections sévères, qu'elles soient enfants ou

adultes, présente des particularités qui justifient des recommandations spécifiques.

Dans cet avis, le Haut Conseil de la santé publique :

- présente un tableau de synthèse des recommandations vaccinales en fonction des situations d'immunodépression ou chez les personnes aspléniques ;
- rappelle que la vaccination de l'entourage de ces patients, y compris du personnel soignant, est importante.

20 FÉVRIER 2012

● Rapport d'évaluation à mi-parcours du Plan cancer 2009-2013

L'évaluation, inscrite dans le Plan cancer 2009-2013, incombe au HCSP pour les axes « observation », « prévention et dépistage », « soins », « vivre pendant et après le cancer », et à l'AERES pour l'axe « recherche ».

Ce plan a permis une consolidation des orientations du Plan



cancer 2003-2007. Il s'oriente principalement vers des efforts de recherche et d'innovation intégrant leur « transfert » au système de santé, une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer, un renforcement de la coordination des soins, de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans la « vie pendant et après le cancer ». Il contient des innovations essentielles qui concernent le parcours personnalisé du patient et le volet social, ainsi que l'introduction de thèmes transversaux à vocation structurante.

Cependant, à mi-parcours du plan, l'évaluation indique que les thèmes transversaux mis en avant tels que les inégalités sociales, les inégalités territoriales, le rôle du médecin traitant, ainsi que le développement des systèmes d'information ont été insuffisamment pris en compte dans la mise en œuvre et le suivi des mesures et actions, limitant potentiellement les effets à terme du plan ainsi que les possibilités de les évaluer. Les recommandations formulées visent à améliorer la gouvernance du plan et ses capacités à intégrer ces objectifs transversaux dans les réalisations en cours. Elles visent aussi à mieux identifier les besoins de la future évaluation finale, qui doivent être anticipés.

5 MARS 2012

● **Avis relatif à l'utilisation des antiviraux en période de circulation du virus grippal A (H3N2) pendant l'hiver 2011-2012**

Dans le contexte épidémique actuel de la grippe (mars 2012), avec une circulation prédominante de virus de sous-type A (H3N2) non observé au cours des deux saisons précédentes et touchant surtout les personnes âgées, le HCSP, saisi en urgence par la Direction générale de la santé, recommande, pour la prise en charge des patients suspects

de grippe dans les collectivités de personnes âgées, que tout soit mis en œuvre pour que des prélèvements destinés à documenter l'infection grippale soient réalisés :

- uniquement sur le ou les premiers cas ;
- en commençant le traitement antiviral prophylactique post-exposition dans les 48 heures suivant un contact avec une personne ayant présenté un syndrome grippal et sans attendre la confirmation virologique.

9 MARS 2012

● **Rapport « Pour une meilleure utilisation des bases de données administratives et médico-administratives nationales pour la santé publique et la recherche »**

La France dispose de bases de données médico-sociales et économiques nationales centralisées, constituées et gérées par des organismes publics, couvrant de façon exhaustive et permanente l'ensemble de la population dans divers domaines stratégiques pour la santé publique et la recherche : recours aux soins, hospitalisation, handicaps, prestations et situation professionnelle, sociale et économique. De plus, un identifiant individuel unique (le NIR : numéro d'identification au répertoire) est actuellement utilisé par pratiquement toutes les bases de données nationales. Malgré certaines limites en termes de couverture, de qualité et de validité des données, ces bases de données, concernant plus de 60 millions de personnes, constituent un patrimoine considérable, vraisemblablement sans équivalent au monde.

Cependant, l'utilisation à des fins de recherche et de surveillance de ces bases de données nationales se heurte actuellement à des obstacles divers, dont les plus importants sont de nature juridique et opérationnelle.

En réponse à une saisine de la DGS, ce rapport fait le point sur les

principales bases existantes, expose les difficultés pour leur utilisation et présente de façon détaillée une série de propositions pour les surmonter.

10 AVRIL 2012

● **Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2012**

Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012, validés par le HCSP, fixent les vaccinations obligatoires ou recommandées pour les personnes résidant en France en fonction de leur âge. Outre les préconisations générales, le calendrier vaccinal comporte des recommandations spécifiques pour des populations exposées à des risques particuliers.

Le calendrier vaccinal 2012 introduit notamment pour la grippe saisonnière un nouveau vaccin destiné aux enfants, des recommandations pour les femmes enceintes et les personnes obèses. Un calendrier spécifique est proposé pour Mayotte et un tableau synoptique général fixe les recommandations vaccinales chez les personnes immunodéprimées.

Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 sont publiés dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 14-15 du 10 avril 2012.

13 AVRIL 2012

● **Rapport « Pollution par les particules dans l'air ambiant : recommandations pour protéger la santé »**

La pollution atmosphérique comprend les particules de taille inférieure ou égale à 10 µm (PM₁₀) et à 2,5 µm (PM_{2,5}). Leur impact sur la santé à court et à long termes est reconnu. La réglementation française définit des seuils journaliers d'information (50 µg/m³) et d'alerte (80 µg/m³) pour les PM₁₀.

Une directive européenne prescrit également des valeurs à ne pas dépasser sur la journée ou l'année.

S'appuyant sur l'état des connaissances des effets des particules sur la santé à partir des publications les plus récentes et sur une évaluation d'impact sanitaire de différents scénarios de diminution de la pollution particulaire en France, le HCSP recommande les valeurs suivantes :

- objectifs de qualité de l'air (moyenne annuelle) : 15 µg/m³ pour les PM_{2,5} ; 25 µg/m³ pour les PM₁₀ ;
- seuils d'information (moyenne journalière) : 30 µg/m³ pour les PM_{2,5} ; 50 µg/m³ pour les PM₁₀ ;
- seuils d'alerte (moyenne journalière) : 50 µg/m³ pour les PM_{2,5} ; 80 µg/m³ pour les PM₁₀.

Le HCSP souligne qu'une politique centrée sur la gestion des « pics » a peu d'impact sur l'exposition au long cours de la population et que la priorité doit être donnée à la réduction des expositions chroniques.

Il propose diverses améliorations des procédures, outils et circuits d'information actuels et formule des messages sanitaires destinés respectivement aux personnes vulnérables et à l'ensemble de la population, selon les concentrations des particules dans l'air.

Le HCSP recommande une représentation des niveaux des particules mesurés au cours des 365 derniers jours au moyen d'une « chronique des dépassements des seuils journaliers », donnant une bonne lisibilité publique de la qualité de l'air dans une agglomération et permettant des comparaisons dans le temps et entre villes. Il rappelle que la communication sur la qualité de l'air et sur les efforts visant à la garantir doit être régulière, l'occurrence des « pics » journaliers devant être considérée comme l'opportunité de réactiver la vigilance pour l'atteinte de cet objectif. Dès que les outils de modélisation le permettront, des procédures devraient être mises en œuvre pour informer les

populations résidant dans les zones les plus exposées à des sources locales de pollution.

Cette étude répond à une saisine conjointe de la direction générale de la Santé (ministère en charge de la Santé) et de la direction générale de l'Énergie et du Climat (ministère en charge de l'Environnement).

16 AVRIL 2012

● **Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2012**

Ces recommandations ont été élaborées par le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation et approuvées par le Haut Conseil de la santé publique. Elles tiennent compte notamment du Calendrier vaccinal 2012, 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.

Cette année, des informations ont été apportées pour des modes particuliers de voyages ou des groupes particuliers de voyageurs telles les personnes qui vont se faire soigner à l'étranger. En effet, cette pratique n'est pas sans risques d'infections nosocomiales et de portage de bactéries multirésistantes.

Les parties relatives à la prévention de la maladie thromboembolique et aux contre-indications au voyage aérien ont également été développées.

Ces recommandations sont

publiées dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 29 mai 2012, n° 20-21.

16 AVRIL 2012

● **Avis relatif au délai à respecter entre l'administration d'immunoglobulines polyvalentes en post-exposition de la rougeole et du vaccin trivalent ROR**

La France a connu entre 2008 et 2011 une forte épidémie de rougeole qui a conduit à une utilisation significative des immunoglobulines en post-exposition de la rougeole, pratique risquant de se répéter en cas de survenue d'une nouvelle vague épidémique.

Le HCSP a été saisi par le directeur général de la Santé afin de définir le délai à respecter entre l'administration d'immunoglobulines polyvalentes et de vaccins viraux vivants atténués comme le vaccin trivalent ROR.

Après prise en compte d'éléments tels que les résumés des caractéristiques du produit (RCP) des deux vaccins ROR disponibles en France, le texte Afssaps-HAS relatif à la prophylaxie des sujets à risque après exposition à un cas confirmé de rougeole, les recommandations d'autres pays, le HCSP recommande :

- que le délai à respecter entre l'administration d'une dose de 200 mg à 400 mg/kg d'immunoglobulines en prophylaxie post-exposition de la rougeole et l'administration d'un vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons soit d'au moins 9 mois ;

- qu'une dose supplémentaire de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons soit proposée, sans sérologie préalable, aux personnes ayant reçu une dose d'immunoglobulines en prophylaxie post-exposition de la rougeole et ayant été vaccinées dans un délai inférieur à 9 mois. Ces personnes recevront donc au total trois doses de vaccin, les deuxième et troisième

doses devant être espacées d'au moins un mois.

16 AVRIL 2012

● **Avis relatif à l'antibioprophylaxie des sujets contacts lors de situations impliquant plusieurs cas d'infection invasive à méningocoques dans une même communauté**

L'incidence globale des infections invasives à méningocoques (IIM), dans la population générale en France, est d'environ 1/100 000 habitants. Les risques d'IIM parmi les contacts familiaux et les contacts en collectivité (crèche, maternelle, milieu scolaire) d'un cas d'IIM sont très élevés, ce qui justifie la mise en route d'une prophylaxie chez les sujets contacts.

Le HCSP a été saisi par le directeur général de la Santé afin de préciser si, à l'occasion de la survenue d'un nouveau cas dans une communauté chez les personnes ayant reçu une prophylaxie autour d'un premier cas d'IIM, il faut prescrire une nouvelle antibioprophylaxie, la molécule à utiliser pour cette nouvelle prophylaxie, et combien de temps après la première cure et pendant quelle durée s'appliquerait cette nouvelle prophylaxie.

Le HCSP a pris en compte les caractéristiques épidémiologiques des IIM et les éléments d'antibiorésistance. Il recommande, à l'occasion de la survenue d'un nouveau cas d'IIM dans une même communauté impliquant des sujets contacts communs :

- de prescrire une nouvelle cure d'antibioprophylaxie aux sujets contacts à qui une première cure de prophylaxie avait été prescrite, si cette cure s'est terminée il y a plus de 10 jours ;

- que ce nouveau traitement prophylactique soit effectué à l'aide d'un antibiotique différent de celui utilisé lors de la cure précédente et en application de l'instruction n° DGS/RI1/2011/33

du 27 janvier 2011 relative à la prévention des infections invasives à méningocoques. En pratique, la rifampicine sera remplacée par de la ciprofloxacine ou de la ceftriaxone.

Cette recommandation est applicable pendant les cinq mois qui suivent la survenue du cas index dans la communauté. ■

Ces avis et rapports sont consultables sur <http://www.hcsp.fr>.