



# Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique

## Les avis et rapports du HCSP publiés de septembre à décembre 2016

27 SEPTEMBRE 2016

### ● Entérobactéries résistantes à la colistine : mesures pour les établissements de santé

Deux cas de patients porteurs d'*Escherichia coli* avec le gène mcr-1 de résistance plasmidique à la colistine ont été récemment rapportés aux États-Unis. En France, la première détection d'une entérobactérie porteuse de ce gène mcr-1 a été signalée à Nouméa (Nouvelle-Calédonie).

Afin que les mesures nécessaires soient mises en place dans les meilleurs délais dans les établissements de santé, la Direction générale de la santé a demandé au HCSP d'actualiser la définition des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) et les modalités d'identification prenant en compte l'évolution de l'épidémiologie de la résistance de ces bactéries.

Dans l'état actuel des connaissances, le HCSP recommande dans un premier temps les mesures suivantes.

- Tester la résistance à la colistine et rechercher la présence du gène mcr-1 chez toute souche d'entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC) isolée :

- soit lors d'un dépistage systématique à l'admission d'un patient aux antécédents d'hospitalisation hors territoire métropolitain dans l'année, avec ou sans rapatriement direct ;

- soit par un prélèvement à visée diagnostique en cours d'hospitalisation dans un contexte nécessitant le recours à la colistine.

- Mettre en œuvre des précautions complémentaires d'hygiène en plus des précautions standard pour la

prise en charge d'un patient porteur d'une entérobactérie présentant le gène mcr-1, à l'instar de ce qui est recommandé pour les BHRe.

- Procéder au signalement dans le cadre du dispositif des infections nosocomiales et adresser la souche au Centre national de référence (CNR) de la résistance aux antibiotiques.

- Mettre en œuvre des études épidémiologiques nationales de prévalence de la résistance à la colistine et de la présence du gène mcr-1 chez les entérobactéries à partir des données des laboratoires de biologie de ville et hospitaliers.

27 SEPTEMBRE 2016

### ● Obligations vaccinales des professionnels de santé

L'obligation vaccinale pour les professionnels de santé concerne la prévention d'une maladie grave avec un risque élevé d'exposition pour le professionnel, avec un risque de transmission au patient ou à la personne prise en charge, et avec l'existence d'un vaccin efficace et dont la balance bénéfices-risques est largement en faveur du vaccin.

Toute recommandation ou obligation vaccinale concerne également les professionnels de santé libéraux ou les professionnels du secteur médico-social, avec une procédure de vaccination ou de vérification de l'immunisation conforme à celle de la profession exercée, si cela n'a pas été réalisé pendant leurs études.

Un vaccin obligatoire devrait être disponible sous forme monovalente évitant le recours à des vaccins combinés mélangeant valences obligatoires et non obligatoires.

De façon générale, une proposition de levée d'une obligation vaccinale en milieu professionnel ne doit pas être considérée comme une remise en question de l'intérêt de cette vaccination, ni pour les professionnels de santé, ni dans la population générale.

Plus particulièrement, le HCSP émet des recommandations spécifiques pour la vaccination des professionnels de santé contre le virus de l'hépatite B, la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, la grippe et la typhoïde.

7 OCTOBRE 2016

### ● Avis défavorable à un accès précoce avant l'AMM du vaccin contre la dengue dans les territoires français d'Amérique (TFA)

Un vaccin contre la dengue est déjà enregistré dans certains pays. Ce vaccin est en cours d'évaluation à l'Agence européenne du médicament (EMA). Un précédent avis n'a pas recommandé son utilisation à La Réunion et à Mayotte. Du fait de la circulation du virus de la dengue dans les TFA (territoires français d'Amérique : Guyane, Martinique, Guadeloupe...), la question d'une éventuelle utilisation de ce vaccin avant la décision d'autorisation de mise sur le marché (AMM) est posée.

Le Haut Conseil de la santé publique n'est pas favorable à l'utilisation anticipée de ce vaccin dans les TFA. Certaines comorbidités, essentiellement la drépanocytose, pourraient favoriser la survenue de formes graves de dengue, mais les données sont insuffisantes pour recommander la mise en place

d'une vaccination ciblée sur ces populations par une procédure dérogatoire permettant un accès précoce avant l'AMM.

Aussi il est recommandé la mise en place dans les TFA d'un essai clinique de la vaccination contre la dengue chez les personnes atteintes d'un syndrome drépanocytaire majeur. Cet essai permettra de vacciner les personnes en fonction de leur séropositivité, et de repérer d'éventuels effets indésirables spécifiques aux drépanocytaires.

Par ailleurs, il est important de renforcer les mesures individuelles et collectives de protection contre les moustiques.

18 NOVEMBRE 2016

### ● Transfert du Comité technique des vaccinations à la Haute Autorité de santé

Le Comité technique des vaccinations (CTV) a pour missions principales d'élaborer la stratégie vaccinale ainsi que des avis sur les nouveaux vaccins. La ministre des Affaires sociales et de la Santé a décidé du transfert du CTV du Haut Conseil de la santé publique à la Haute Autorité de santé (HAS) en janvier 2017.

Dans cette perspective, et sur demande de la ministre, le HCSP a constitué un groupe de travail afin de faire des propositions sur l'évolution du CTV dans le cadre de la Haute Autorité de santé (HAS). Ce groupe

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



a travaillé en lien avec les représentants de la HAS, de Santé publique France et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Ses principales recommandations s'appuient sur l'organisation du CTV qui existait au sein du HCSP :

- une structure permanente et bien identifiée au sein dorénavant de la HAS, avec des missions spécifiques dans le prolongement de ses missions antérieures;
- une composition pluridisciplinaire afin de prendre en compte l'ensemble des dimensions nécessaires, qui impliquent d'autres institutions : le HCSP, l'ANSM et Santé publique France;
- une organisation permettant de répondre aux saisines en urgence;
- une articulation avec les autres structures de la HAS concernées par l'évaluation des vaccins : la Commission transparence (CT) et la Commission évaluation économique et de santé publique (CEESP);

- le maintien de la possibilité d'autosaisine afin d'anticiper et de répondre aux questions de santé publique éventuelles;
- l'amélioration de la qualité de l'expertise;
- la transparence des travaux et des liens avec les firmes pharmaceutiques;
- la structuration de procédures permettant la réalisation d'études médico-économiques.

1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE 2016

● **Proposition d'objectifs et d'indicateurs de résultats pour les actions du PNSE3**

Les 107 actions du troisième Plan national santé environnement (PNSE3, 2015-2019) visent à réduire les risques pour la santé qui pèsent sur la population générale et plus particulièrement sur les personnes les plus vulnérables ou

exposées, et à diminuer les inégalités de santé qui sont liées aux déterminants environnementaux.

Exprimées principalement en termes de moyens mobilisés et de processus mis en œuvre, les actions du PNSE3 peuvent difficilement, en l'état, faire l'objet d'une évaluation au terme du plan. Le HCSP a été saisi par les ministères en charge de la Santé et de l'Environnement pour formuler des propositions en vue de faciliter cette future évaluation des effets du PNSE3.

Dans ce rapport, le HCSP formule, pour 63 actions du plan, ces propositions d'objectifs des résultats attendus, et identifie les indicateurs qui permettront de donner la mesure des avancées obtenues. Ces objectifs de résultats traduisent les modifications des conditions environnementales auxquelles sont exposées certaines populations, modifications attendues grâce à la mise en œuvre effective et efficace des actions du plan. Ils couvrent un

grand nombre de domaines : air extérieur et intérieur, qualité des eaux, sites et sols pollués, risques émergents et réémergents, agents physiques, changement global, qualité de l'alimentation.

Les systèmes d'information existants sur la qualité des milieux ou sur l'état de santé de la population, susceptibles de produire les indicateurs de résultats pertinents ont été identifiés, à l'échelle nationale (cf. annexe technique). Les caractéristiques de ces indicateurs ont été analysées (résolutions spatiale, temporelle et populationnelle ; facilité d'accès et d'exploitation). Des propositions ont été formulées pour améliorer l'accessibilité et l'opérationnalité de ces systèmes d'information.

Ce travail contribue ainsi à l'évaluation à venir du PNSE3 et peut dès maintenant servir aux différents acteurs en charge d'élaborer les prochains plans régionaux santé environnement. ■

## Maladies chroniques : vers un diagnostic et une prise en charge précoces

**Le diagnostic et la prise en charge précoces des maladies chroniques apportent souvent un bénéfice pour les malades : les recommandations du HCSP.**

**Liana Euler-Ziegler**

Professeur de rhumatologie, faculté de médecine et CHU de Nice, université Côte d'Azur, Commission maladies chroniques, HCSP

**E**n France, plus de 15 millions de personnes sont atteintes d'une maladie chronique, responsable de difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes. Or son diagnostic et sa prise en charge ne sont pas toujours effectués de façon précoce

par rapport à l'apparition des premiers symptômes. Que faut-il proposer aujourd'hui à une personne qui présente les premiers signes d'une maladie chronique ? Pour éviter toute perte de chance dans l'évolution ultérieure, doit-on agir précocement ?

Pour répondre à cette question, un groupe de travail multidisciplinaire issu de la Commission maladies chroniques du HCSP a dressé l'état des lieux des carences de diagnostic et de prise en charge précoces des personnes atteintes d'une maladie chronique (lire encadré p. 5). Les

conséquences mesurables de ces carences pour la personne, l'entourage et la société (errances diagnostiques; constitution, évitable au début, de lésions ensuite irréversibles, de complications...) ont été étudiées, ainsi que les mécanismes en cause. La réflexion s'est appuyée sur l'analyse critique des très nombreuses données collectées (contributions argumentées de collègues professionnels et associations de patients, littérature nationale et internationale, auditions ciblées).

La pertinence de ce questionnement sur l'entrée dans la maladie

chronique, moins étudiée que les formes évoluées, a été soulignée de façon convergente.

**L'état des lieux : des données solides**

Les conclusions du rapport sont claires : dans un certain nombre de pathologies chroniques, il existe des données solides sur la fréquence et le retentissement péjoratif personnel et sociétal du retard au diagnostic et à la prise en charge adaptée des personnes commençant une maladie