



Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique

Les avis et rapports du HCSP publiés de décembre 2016 à mars 2017

6 DÉCEMBRE 2016

● Diagnostic microbiologique des entérobactéries résistantes

Le HCSP actualise la définition des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) ainsi que les modalités d'identification de la résistance de ces bactéries tenant compte de l'évolution de l'épidémiologie. Le HCSP a diffusé le 27 septembre 2016 un premier avis relatif aux mesures à prendre par les établissements de santé, en lien avec l'émergence d'une résistance plasmidique à la colistine (gène *mcr-1*) chez les entérobactéries, en réponse à l'actualisation de la définition des BHRe. Le présent avis a pour objectif de répondre à la seconde question de la saisine concernant les modalités microbiologiques d'identification des souches d'entérobactéries résistantes à la colistine par présence du gène *mcr-1*. À l'occasion de la diffusion de cet avis, le HCSP actualise le chapitre « Dépistage et diagnostic microbiologique des entérobactéries productrices de carbapénémases » des recommandations pour la prévention de la transmission croisée de « Bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) » publié en 2013.

9 DÉCEMBRE 2016

● Vaccination antiméningococcique C

La stratégie française recommandée en 2010 – vaccination systématique des nourrissons âgés de 12 mois à 24 mois avec une seule dose de

vaccin méningococcique et vaccination des sujets âgés de 2 ans à 24 ans – repose sur la mise en place d'une immunité collective forte à l'instar de celle obtenue au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. L'échec de cette stratégie est lié à l'absence de couverture vaccinale suffisante, notamment chez les adolescents et les adultes jeunes, et de ce fait à l'absence d'installation d'une immunité de groupe.

L'enjeu actuel est d'obtenir une immunité de groupe apte à protéger les nourrissons de moins de 1 an. Pour cela, le HCSP préconise l'application des recommandations vaccinales en vigueur et insiste sur l'importance de la vaccination des adolescents (11-13 ans) et des jeunes adultes (14-24 ans). Ces tranches d'âge sont par ailleurs à risque élevé d'infection à méningocoque C.

Le HCSP recommande la mise en place par les autorités de santé d'une campagne nationale active de vaccination de rattrapage et de profiter de toute occasion pour mettre à jour le calendrier vaccinal (les rendez-vous vaccinaux à 6 ans, à 11-13 ans, les demandes de certificats médicaux...).

En attendant l'installation d'une immunité de groupe, le HCSP recommande de façon transitoire la vaccination des nourrissons dès la première année de vie selon un schéma à une seule dose de primovaccination à 5 mois avec le vaccin MenCC-TT (NeisVacO) suivi d'un rappel à l'âge de 12 mois.

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

23 JANVIER 2017

● Thanatopraxie à domicile

Le HCSP émet des recommandations d'aide à la gestion et à la maîtrise des risques des conditions d'intervention des thanatopracteurs à domicile, cet exercice n'ayant pas été interdit dans ce lieu par le législateur. Ces soins, qui permettent de retarder la thanatomorphose, exposent à des risques infectieux et toxiques (vapeurs de formaldéhyde) pour les professionnels, l'entourage (famille et proches du défunt) et l'environnement.

Le HCSP a pris en considération les différents textes réglementaires, les pratiques en matière de soins et de conservation dans trente pays d'Europe et d'Amérique du Nord, ainsi que les entretiens et échanges auprès des représentants des opérateurs funéraires et des thanatopracteurs.

Ces recommandations portent (i) sur l'élaboration d'un document officiel d'information claire et loyale sur les soins de thanatopraxie et leurs alternatives, qui doit être remis et expliqué avec tact aux familles et proches des défunts, (ii) sur le renforcement de la formation initiale et l'obligation de formation continue des thanatopracteurs, (iii) sur le respect des conditions de protection requises pour ces derniers et pour l'environnement, (iiii) sur la conduite à tenir en cas de décès dans un établissement sanitaire ou médicosocial (soins à pratiquer avant le retour à domicile) ou en cas de décès au domicile, situation imposant de s'assurer que les conditions techniques et de sécurité pour la réalisation des

soins sont remplies, sous peine d'interdiction.

Ces recommandations fixent également le délai de réalisation des soins, la traçabilité de l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés (Dasria), et préconisent la réalisation de travaux en vue de la substitution du formaldéhyde.

31 JANVIER 2017

● Législation et pratiques des soins de conservation des corps dans trente pays d'Europe et d'Amérique du Nord

Un rapport présente les pratiques en matière de soins de conservation des corps aux niveaux européen et international. Cette analyse transversale décrit les pratiques de soins de conservation dispensés sur les corps *post mortem* dans trente pays, puis le cadre international des soins de conservation par procédés chimiques et un bref historique de la thanatopraxie. Les pratiques et situations sont présentées par pays avec des éléments de synthèse et de typologie. Trois thèmes précis sont développés : la réalisation de thanatopraxie et soins de conservation dans le cas de certaines maladies, la durée possible de conservation d'un corps sans soins de conservation (chimique ou par réfrigération) et la pratique de la thanatopraxie à domicile. La conclusion interroge sur la manière d'encadrer la pratique de la thanatopraxie à domicile en France et propose, en lien avec l'expérience internationale, des préconisations à cet effet.

Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'une saisine portant sur une aide à la gestion et à la maîtrise des risques, et sur les mesures permettant de réduire ou de prévenir les risques sanitaires liés à la pratique des soins de conservation à domicile. La saisine comprend trois volets, le premier portant sur la durée de conservation possible à domicile sans soins de conservation par procédés chimiques et sur les alternatives possibles, le deuxième volet, objet de ce rapport, porte sur les pratiques en matière de soins de conservation des corps aux niveaux européen et international, et le troisième volet sur des propositions de mesures d'encadrement de la thanatopraxie à domicile.

10 FÉVRIER 2017

● Prévention des infections à HPV : place du vaccin Gardasil 9®

Le vaccin Gardasil 9® a obtenu le 10 juin 2015 l'autorisation européenne de mise sur le marché pour les filles et les garçons selon un schéma à trois doses à partir de l'âge de 9 ans, puis le 4 avril 2016 selon un schéma à deux doses de 9 à 14 ans. Il est indiqué pour l'immunisation active des personnes à partir de l'âge de 9 ans contre les maladies liées aux papillomavirus humains (HPV) : lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus, verrues génitales.

Le vaccin Gardasil 9® contient cinq génotypes d'HPV à haut risque additionnels par rapport au vaccin Gardasil®. Le HCSP rappelle que la stratégie actuelle de prévention des infections et des maladies liées aux HPV par la vaccination n'est pas modifiée :

- chez les filles âgées de 11 à 14 ans, et en rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans révolus ;
- chez les hommes ayant des rapports avec les hommes (HSH) jusqu'à l'âge de 26 ans ;

- chez les personnes immunodéprimées.

Le HCSP recommande Gardasil 9® dans les situations suivantes :

- chez les jeunes filles non vaccinées antérieurement, que la vaccination soit initiée par Gardasil 9® selon le schéma à deux doses chez celles âgées de 11 à 14 ans révolus, et à trois doses chez celles âgées de 15 à 19 ans révolus ;

- chez les HSH, que la vaccination soit initiée par Gardasil 9® jusqu'à l'âge de 26 ans (trois doses) ;

- chez les personnes immunodéprimées, que la vaccination soit initiée par Gardasil 9®.

Le HCSP recommande une information large et argumentée auprès des professionnels de santé et du public sur les maladies à HPV, les vaccins et l'efficacité de la vaccination HPV.

10 FÉVRIER 2017

● Conduite à tenir devant un cas importé ou autochtone de fièvre jaune

Compte tenu de la présence d'*Aedes aegypti*, principal vecteur de la fièvre jaune, aux Antilles et dans les territoires de l'océan Indien, de la possibilité de transmission en laboratoire du virus par *Aedes albopictus*, de la présence de celui-ci dans une partie des départements métropolitains, il existe dans tous ces territoires un risque de transmission de la fièvre jaune à partir d'un voyageur infecté (cas importé). Ce risque est moindre en Guyane, où la vaccination est obligatoire.

Afin d'éviter l'introduction de la maladie dans ces zones, le HCSP propose de renforcer les mesures existantes :

- vaccination des voyageurs et mesures de contrôle aux points d'entrée sur le territoire ;
- lutte antivectorielle et protection individuelle de la population, dans le cadre des plans définis pour la lutte contre les autres arboviroses ;
- information des professionnels de santé sur le risque d'importation

de la fièvre jaune dans des territoires indemnes, pour favoriser le dépistage de cas éventuels.

Devant un cas suspect ou confirmé de fièvre jaune, le HCSP recommande des mesures antivectérielles visant à éviter la contamination de la population alentour.

Le HCSP ne recommande pas de campagne généralisée de vaccination contre la fièvre jaune autour d'un cas importé ou d'un cas autochtone. Dans la situation particulière d'un cas autochtone, le HCSP propose de vacciner les personnes ayant séjourné ou résidant dans un périmètre de 200 mètres du lieu où la personne a pu se trouver.

10 FÉVRIER 2017

● Vaccination par le BCG chez les nourrissons

Le HCSP recommande que la vaccination par le BCG des nourrissons à risque soit effectuée à partir de l'âge de 1 mois et préférentiellement au cours du 2^e mois. Le vaccin BCG peut être coadministré avec tous les vaccins du nourrisson et de l'enfant. Cependant, le HCSP recommande qu'une vaccination néonatale, préférentiellement avant la sortie de la maternité, soit maintenue :

- en Guyane et à Mayotte, pour des raisons épidémiologiques et surtout logistiques ;
- lorsqu'un membre de l'entourage familial du nouveau-né présente une tuberculose récente (moins de 5 ans).

Le HCSP a pris en compte :

- le risque de survenue de BCGite généralisée après vaccination par le BCG en période néonatale chez des enfants porteurs d'un déficit immunitaire combiné sévère (DICS), affection rare mais habituellement non diagnostiquée à cet âge. Comparée à une vaccination plus tardive, l'administration du vaccin avant l'âge de 1 mois majore significativement le risque et la sévérité de cet effet indésirable grave ;

- la rareté des cas de tuberculose très précoce en France métropolitaine.

Par ailleurs, le HCSP recommande que l'intradermoréaction à la tuberculine prévacinale ne soit plus pratiquée chez les enfants de moins de 6 ans, sauf s'ils ont résidé ou effectué un ou des séjours de plus d'un mois dans un pays de haute incidence de la tuberculose.

14 FÉVRIER 2017

● Vaccins contre les hépatites A et B : tensions d'approvisionnement

Les difficultés d'approvisionnement des vaccins hépatite A adultes se poursuivent et justifient le maintien des recommandations de l'avis du HCSP du 19 mai 2016.

Des difficultés d'approvisionnement des vaccins hépatite B adulte sont constatées, elles entraînent la nécessité de revoir les schémas vaccinaux et de définir des critères de priorisation parmi les personnes pour lesquelles le vaccin est recommandé. Le HCSP recommande de vacciner, en priorité :

- les personnes qui dans le cadre de leur exercice professionnel sont soumises à l'obligation vaccinale, notamment les professionnels de santé exposés au risque de contamination dans un établissement de soins, les élèves ou les étudiants des professions de santé et les militaires à l'incorporation ;
- les autres personnes en fonction de l'importance de leur exposition au risque (cf. liste précise annexée à l'avis).

Le HCSP demande de reconsidérer l'utilisation des différents vaccins disponibles : il révisé les recommandations relatives à l'utilisation restrictive du vaccin HBVAXPRO® 5 µg/ml qui peut désormais être utilisé pour les nouveau-nés. Le HCSP demande la mise à disposition effective des vaccins indiqués chez les insuffisants rénaux HBVAXPRO® 40 µg, et FENDRIX B® 20 µg.



Le HCSP recommande de vacciner les professionnels de santé déjà vaccinés selon les résultats des sérologies et d'effectuer la troisième dose de vaccin après la période de pénurie.

16 FÉVRIER 2017

● **Révision des repères alimentaires pour les adultes du futur Programme national nutrition santé 2017-2021**

Le HCSP actualise les repères alimentaires du Programme national nutrition santé pour les adultes. Le périmètre de certains des groupes d'aliments faisant l'objet de recommandations actuelles est redéfini et de nouveaux repères sont ajoutés (douze au total au lieu des huit actuels).

Les repères sont définis sur la base d'une analyse de santé publique des relations épidémiologiques entre la consommation des différents aliments et le risque de maladies chroniques et la prise en compte du risque d'exposition à des contaminants environnementaux. Chaque repère propose une fréquence de consommation (ou, à défaut, une évolution souhaitable des consommations) et est complété par des informations sur la taille des portions, les aliments composant le groupe ou à privilégier dans ce groupe, les limites de consommation ou la prise en compte des contaminants. Par exemple, des repères spécifiques sont définis pour les légumineuses, les fruits à coque sans

sel ajouté et les produits céréaliers complets et peu raffinés. Des limites de consommation sont précisées pour la viande rouge et la charcuterie. Est mis en avant l'intérêt de privilégier des aliments cultivés selon des modes de production diminuant l'exposition aux pesticides pour les fruits et légumes, les légumineuses, les produits céréaliers complets, et de varier les espèces et les lieux d'approvisionnement pour les poissons.

Outre les repères spécifiques définis, le HCSP insiste sur des conseils généraux tels que privilégier l'utilisation de produits bruts, éviter les portions excessives et le grignotage, ne suivre un régime amaigrissant qu'avec l'avis d'un professionnel de santé. Une vigilance particulière a été assurée pour garantir une convergence entre les dimensions nutritionnelles et environnementales de l'alimentation lors de l'établissement de ces repères de consommation.

16 FÉVRIER 2017

● **Virus Zika dans les territoires français d'Amérique : nouvelles recommandations sanitaires**

Les autorités sanitaires de Guadeloupe, Guyane, Martinique ont déclaré la « fin de la phase d'épidémie de Zika » en octobre-novembre 2016, celles de Saint-Barthélemy et Saint-Martin en février 2017. Cependant, le virus continue de circuler, un risque

résiduel d'infection par le virus Zika et d'embryofoetopathies persiste donc.

Compte tenu de la circulation estimée du virus Zika en Guyane, Martinique et Guadeloupe, le risque d'embryofoetopathies est évalué, à partir des connaissances disponibles, comme inférieur ou comparable à celui actuellement occasionné par la circulation du cytomégalovirus (CMV). Le manque de données ne permet pas actuellement d'évaluer le niveau de risque d'embryofoetopathies à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

Les nouvelles recommandations prennent en compte cette nouvelle situation. Elles s'adressent notamment aux couples ayant un projet d'enfant et aux femmes enceintes, selon qu'ils vivent actuellement en Martinique, en Guadeloupe ou en Guyane, qu'ils projettent un voyage dans ces zones ou dans un pays où la transmission du virus Zika est sporadique.

13 MARS 2017

● **Groupements hospitaliers de territoire et santé publique**

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé constituent une innovation organisationnelle importante. Le HCSP propose, dans le cadre d'une autosaisine, treize recommandations opérationnelles pour développer l'approche de santé publique au sens de la santé des populations

et de la prise en compte de leurs besoins sur un territoire.

Ces recommandations s'appuient sur trois principes généraux :

- contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et aux réponses à ses besoins en santé ;
- impliquer les autres acteurs du territoire, médecine libérale, secteur hospitalier privé, monde associatif ou collectivités locales ;
- développer l'évaluation des besoins de santé de la population et des actions mises en place.

Les recommandations conçues selon une logique opérationnelle (diagnostic, actions, pilotage) s'adressent aux agences régionales de santé (ARS), aux établissements regroupés en GHT et aux structures en charge du pilotage national des GHT. Par exemple, les ARS doivent inciter les établissements publics regroupés en GHT à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire couvert par le GHT en pilotant un diagnostic territorial de santé, en établissant pour chaque territoire un tableau de bord d'indicateurs territorialisés, en impulsant une offre de formation accompagnant le développement du volet santé publique des GHT. Les GHT doivent développer des prises en charge pluriprofessionnelles avec les partenaires du secteur d'hospitalisation privée et de la médecine de ville, et prendre en compte les inégalités sociales de santé. Les GHT doivent développer des compétences en santé publique autour des départements d'information médicale (DIM) de territoire en lien avec les CHU. ■