

Rapport d'activité 2014

Collection
Documents

Février
2015

Rapport d'activité 2014

L'activité du Haut Conseil de la santé publique s'est densifiée en 2014. Elle a été particulièrement marquée par la contribution à la préparation de la stratégie nationale de santé et l'appui à la gestion de l'épidémie de maladie à virus Ebola. Ces deux missions font l'objet de chapitres spécifiques dans ce rapport.

Les 129 personnalités qualifiées appuyées par une cinquantaine d'experts associés ont contribué aux travaux qui ont permis de produire 53 avis et 16 rapports dont quatre ont été publiés à la Documentation française (Recommandations sur les bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes, Enjeux en santé-environnement en France, Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé, La qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques).

L'évaluation du programme national de lutte contre les infections nosocomiales s'est achevée en juillet 2014, six autres plans sont en cours d'évaluation (Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer, Évaluation du plan national maladies rares 2, Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, Évaluation du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014, Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015).

Les 8 et 9 décembre 2014, le Haut Conseil de la santé publique a organisé en coopération avec l'OMS et l'ECDC, un atelier international réunissant les comités de vaccinations (NITAG) de plusieurs pays d'Afrique, d'Amérique du sud, d'Asie, de l'Union Européenne ainsi que le Canada et les Etats-Unis.

Haut Conseil de la santé publique

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

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

Bureaux

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

Responsable de la Publication :

Docteur Régine Lefait-Robin

Coordination :

Aline Orriols

Haut Conseil de la santé publique

Rapport d'activité 2014

Février 2015

EDITORIAL

Le bilan d'activité du HCSP en 2013 avait été très important, ce qui m'avait conduit alors à un éditorial que certains ont pu qualifier d'excès d'autosatisfaction. Que diraient-ils alors aujourd'hui si je ne me maitrisais pas devant un bilan d'activité 2014 encore bien plus intense que le précédent.

En effet outre nos réponses, généralement appréciées, à une quasi avalanche de saisines avec une acmée dans les derniers mois, liée au virus Ebola, nous avons poursuivi une activité importante en matière d'évaluation. Nous avons aussi été confrontés à trois nouveaux enjeux :

- le premier a concerné notre participation aux nombreux travaux pour préparer la loi de santé et la mise en place de la stratégie nationale de santé. En particulier, nous avons ardemment défendu, avec un certain succès, l'idée d'une nécessaire promotion de la santé dès la petite école. Ce succès est moins franc pour l'indispensable culture de l'évaluation dans le secteur « santé-social ». Dans ce cadre, nous avons aussi travaillé sur des indicateurs permettant d'appréhender dans une certaine globalité et avec une périodicité annuelle la situation du système de santé.
- le deuxième enjeu fut de s'immiscer dans le débat public pour donner des avis d'experts sur des sujets parfois polémiques, souvent délicats. Ce fut notre travail sur la E-cigarette notre réflexion sur la notion de vaccins obligatoires ou recommandés mais aussi notre incessant combat contre une forme d'obscurantisme ; je pense en particulier au vaccin papillomavirus recommandé dans la prévention du cancer du col de l'utérus.
- le troisième élément auquel nous nous sommes confrontés, et pour lequel peu encore a été fait, est une évolution inéluctable et certainement souhaitable vers une forte régionalisation des décisions en santé. Nous percevons à quel point le HCSP ne peut se limiter à des problématiques nationales et doit absolument trouver un lien avec les ARS. Ce sera certainement un des enjeux majeurs pour nous en 2015... et après.

Ce bilan d'activité 2014 témoigne que le HCSP s'est définitivement installé comme un outil d'expertise nécessaire.

Aussi intense qu'ait pu être notre travail, tous les experts, membres du HCSP et associés, ont travaillé avec constance, sérieux, avec le sentiment de se sentir utiles et respectés. Tout cela dans une excellente ambiance !

Je voudrais profiter de ce message pour les féliciter et les remercier sans oublier le Secrétariat général, efficace, sans lequel rien ne pourrait être fait.

Pr Roger SALAMON
Président du HCSP

PS : je suis désolé d'ajouter une note triste à cet éditorial. Un de nos experts et ami, Dominique Bouglé, a trop tôt disparu. Nous pensons à lui.

SOMMAIRE

EDITORIAL	3
COMPOSITION DU HCSP	9
Personnalités qualifiées du HCSP	10
PRÉSENTATION DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE	13
Missions	13
Composition et évolution	13
Moyens de fonctionnement du Haut Conseil de la santé publique	14
• Secrétariat général du HCSP (cf. pp. 83-90)	14
COMITÉ EXÉCUTIF ET COLLÈGE	15
Présentation	15
Activités	16
• Travaux transversaux du HCSP	16
• Travaux d'évaluation des plans de santé publique	19
• Représentation du HCSP dans les instances nationales	19
COMMISSION SPECIALISEE MALADIES TRANSMISSIBLES	21
Présentation	21
Composition	21
Activités	21
• Faits marquants	21
• Participation à des groupes de travail et colloques	23
Perspectives	23
COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS	24
Présentation	24
Composition	24
Activités	24
• Saisines	25
• Auto-saisines	25
• Participation à des groupes de travail et colloques	25
Perspectives	26
COMITÉ DES MALADIES LIÉES AUX VOYAGES ET DES MALADIES D'IMPORTATION	27
Présentation	27
Composition	27
Activités	27
• Programme de travail	27
• Saisines et Avis	27
• Participation à des groupes de travail et colloques	28
Perspectives	28

Réponses aux saisines	28
• Avis et rapports validés par la CSMT sur proposition du CTV	28
• Avis et rapports validés par la CSMT sur proposition du CMVI et du CTV	37
• Avis et rapports validés par la CSMT sur proposition du CMVI	37
• Avis et rapports validés par la CSMT	38
• Avis et rapports validés en 2014 n'ont pas encore été rendus publics	40
Saisines en cours d'instruction	41
• Par le Comité technique des vaccinations	41
• Par le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation	41
• Par la Commission spécialisée Maladies transmissibles	41
Présentation	43
Composition	43
Activités	43
• Participation aux travaux des groupes transversaux	43
• Groupe de travail Dimension fonctionnelle du handicap	44
• Groupe de travail Diagnostic et prise en charge précoces des maladies chroniques	45
• Réponse aux saisines	45
Perspectives	46
COMMISSION SPÉCIALISÉE RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT	47
Présentation	47
Composition	47
Activités	47
• Saisines et autosaisines en cours d'instruction et groupes de travail	48
• Réponses aux saisines : Avis et rapports du HCSP validés par la CSRE	51
Perspectives	55
COMMISSION SPÉCIALISÉE SÉCURITÉ DES PATIENTS : INFECTIONS NOSOCOMIALES ET AUTRES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS ET AUX PRATIQUES	57
Présentation	57
Composition	57
Activités	57
• Les saisines	57
• Réponses aux saisines : Avis et rapports validés par la CSSP en 2014	58
• Participation à des groupes de travail et colloques ou congrès	59
Perspectives	60
COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ	61
Présentation	61
Composition	61
Activités	61
• La mise en œuvre du programme de travail de la Commission	61
• Les autres activités	63
• Avis du HCSP préparés par la CSPEPS	63
Perspectives	64

COMMISSION SPÉCIALISÉE ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE	67
Présentation	67
Composition	67
Activités	67
• Travaux réalisés	67
• Évaluation de plans de santé publique	68
• Aide méthodologique à l'évaluation de plans de santé publique	70
• Autres travaux	70
Perspectives	71
MISSION STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ TABLEAU DE BORD	73
Présentation	73
Missions	73
Composition	73
Activités	75
• Les saisines	75
• Programme de travail	75
• Avis et rapports publiés en 2014	76
• Autres activités conduites en 2014	76
Perspectives	76
MALADIE À VIRUS EBOLA	77
• Réponses aux saisines	77
• Avis validés en 2014 n'ayant pas encore été rendus publics	80
• Documents validés	80
• Saisines en cours d'instruction	80
REVUE ACTUALITÉ ET DOSSIER EN SANTÉ PUBLIQUE	81
Présentation	81
Activités	81
• Organisation	81
• Échanges de sommaires	81
• Indexation de la revue dans les bases de données	81
• Diffusion de la revue	82
• Consultation en ligne de la revue	82
• Quatre numéros <i>Adsp</i> ont été publiés en 2014	82
Perspectives	82
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU HCSP	83
Présentation	83
Activités	83
• Assurance qualité	83
• Soutien aux travaux	85
• Frais de fonctionnement courant	85
• Commandes aux prestataires et gestion budgétaire	86
• Activité de valorisation des travaux : sites Internet et Extranet	87
• Communication	88
ANNEXES	91
Liste des productions publiées par le HCSP en 2014	92
Textes régissant le HCSP	95

PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABM	Agence de la biomédecine
Adsp	Actualité et dossier en santé publique
AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
AES	Accident d'exposition au sang
AEV	Accident d'exposition au virus
AMM	Autorisation de mise sur le marché
Anses	Agence nationale 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
BDSP	Banque de données de santé publique
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
Casa	Comité d'animation du système d'agences
Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie (InVS)
CMVI	Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
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
DASRI	Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DASRIA	Déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés
DCSSA	Direction centrale du Service de santé des armées
DGA	Direction générale de l'armement
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
DGPR	Direction générale de la prévention de risques
DGRI	Direction générale de la recherche et de l'innovation
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DPI	Déclaration publique d'intérêt
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DUS	Département des urgences sanitaires
EFS	Établissement français du sang
ESRH	Etablissement de santé de référence habilité
FHV	Fièvre hémorragique virale

HAS	Haute Autorité de santé
HCERES	Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPV	Infection papillomavirus humains
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
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MMO	Mentions minimales obligatoires
MVE	Maladie à virus Ebola
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSE2	Plan national santé environnement 2
PNSE3	Plan national santé environnement 3
SG-HCSP	Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique
SNS	Stratégie nationale de santé

COMPOSITION DU HCSP

Président du HCSP

M Roger Salamon



Vice-présidente du HCSP

Mme Catherine Le Galès



COORDONNÉES

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr
Site : <http://www.hcsp.fr>

BUREAUX

10 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75015 Paris
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

PERSONNALITÉS QUALIFIÉES DU HCSP

COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES TRANSMISSIBLES

Président M. Christian Perronne

Vice-Présidente Mme Hélène Peigue- Lafeuille



Personnalités qualifiées

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

M. François Puisieux

Mme Sylvie Quelet*

M. Pierre Tattevin

Mme Nathalie Van Der Mee-Marquet

M. Patrick Zylberman

COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS

Président M. Daniel Floret

Vice-Présidente Mme Odile Launay



Personnalités qualifiées

Mme Dominique Abiteboul

Mme Brigitte Autran

M. Jean Beytout

Mme Agathe Billette de Villemeur

M. Benoît Dervaux

Mme Véronique Dufour

M. Serge Gilberg

M. Emmanuel Grimpel

M. Thomas Hanslik

M. Thierry May

Mme Anne-Marie Monnier-Curat

Mme Elisabeth Nicand

M. Henri Partouche

Mme Dominique Salmon

M. Muhamed-Kheir Taha

M. Didier Torny

M. Benoît de Wazières

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

Président M. Eric Caumes

Vice-Président M. Daniel Camus



Personnalités qualifiées

M. Thierry Ancelle

M. Thierry Debord

Mme Florence Fouque

Mme Laëtizia Gambotti

M. Gaétan Gavazzi

Mme Catherine Goujon

M. Philippe Mauclère*

M. Philippe Minodier

M. Renaud Piarroux

M. Christophe Schmit

M. Didier Seyler

COMMISSION « MALADIES CHRONIQUES »

Présidente Mme Claudine Berr



Vice-Président M. Serge Briançon

Personnalités qualifiées

M. Fadi Antoun*	Mme Maria Melchior
M. François Boué	Mme Elisabeth Monnet
Mme Liana Euller-Ziegler	M. Jacques Piant
Mme Hélène Grandjean	M. Michel Roussey
Mme Pascale Grosclaude	Mme Brigitte Sandrin-Berthon*
M. Jean-Yves Limeul	Mme Bernadette Satger
M. François Martin	Mme Catherine Sermet
M. Jean-François Mathé	

COMMISSION SPÉCIALISÉE « RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT »

Président M. Denis Zmirou-Navier



Vice-Présidente Mme Francelyne Marano

Personnalités qualifiées

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

COMMISSION « SÉCURITÉ DES PATIENTS »

Président M. Bruno Grandbastien

Vice-Président M. Philippe Michel

Personnalités qualifiées

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

COMMISSION « PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ »

Président M. Didier Jourdan



Vice-Présidente Mme Zeina Mansour

Personnalités qualifiées

Mme Monique Alles-Jardel	M. Didier Febvrel
M. Christian Ben Lakhdar	M. Jean Godard
M. Eric Billaud	M. Virginie Halley Des Fontaines
M. Dominique Bouglé*	M. Serge Hercberg
M. François Bourdillon*	Mme Zoé Heritage
M. Xavier Briffault	M. Thierry Lang
M. Pierre Chauvin	Mme Chantal Mannoni
Mme Laure Com-Ruelle	Mme Marie Préau

COMMISSION « ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE »

Président M. Franck Chauvin



Vice-Présidente Mme Valérie Buthion

Personnalités qualifiées

M. Avner Bar-Hen	M. Thierry Lavigne
Mme Marie-Hélène Bouvier-Colle	M. Stéphane Le Boulter
Mme Chantal Cases	M. Alain Letourmy
M. Marcel Goldberg	M. Bruno Maresca
M. Eric Jouglà*	Mme Anne Tallec
M. Daniel Kamelgarn	M. Jean-François Toussaint
Mme Viviane Kovess-Masfety	Mme Caroline Weill

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

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. Mis en place en mars 2007, il effectue depuis mars 2011 son deuxième mandat.

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, à l'évaluation des politiques de 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 et par les préfets.

L'aide à l'élaboration de la politique de santé publique, à la définition des objectifs et des indicateurs permettant de suivre l'évolution de l'état de santé des populations est un travail essentiel du Haut Conseil de la santé publique. C'est ainsi qu'il a du mettre en place, pour favoriser le travail des commissions spécialisées et des comités techniques permanents, une « mission » dédiée à la réponse aux saisines liées à la stratégie nationale de santé. Les travaux de cette « mission stratégie nationale de santé » sont présentés dans le chapitre page 73.

Le HCSP a produit, 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. Ce rapport sera publié en mars 2015.

COMPOSITION ET ÉVOLUTION

Le Haut Conseil de la santé publique, est composé de **129 personnalités qualifiées**, nommées par les arrêtés du 14 mars 2011, 17 juin 2011, 30 juin 2012, 2 août 2012, 4 juin 2014 et 5 décembre 2014. Ces arrêtés les qualifient pour l'une des **six commissions spécialisées ou l'un des deux comités techniques permanents**. Leur mandat est de quatre ans, il est renouvelable deux fois.

Six Commissions spécialisées (CS) :

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

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

- « Comité technique des vaccinations » (CTV),
- « Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation » (CMVI),

Les commissions spécialisées et les comités techniques permanents ont élu leurs présidents parmi leurs pairs (respectivement en mars, juin et juillet 2011).

Le mandat des présidents est renouvelable une fois.

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

Il se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son président ;

L'ordre du jour est établi par le président dans le respect des fonctions du collège ;

Le programme stratégique pluriannuel du HCSP est présenté au collège en début de mandat ;

Le programme de travail annuel est présenté, discuté et voté au cours de la première séance de l'année du collège ;

A l'occasion de chaque réunion du collège, les président(e)s ou vice-président(e)s des commissions spécialisées et comités techniques permanents rendent compte des travaux de leur commission tandis que les commanditaires font état de la manière dont le résultat des travaux du HCSP ont été pris en compte dans le processus décisionnel.

Le collège comprend le président et la vice-présidente du HCSP, les président(e)s ou vice-président(e)s des commissions spécialisées et les présidents ou vice-président(e)s des comités techniques permanents. Ses membres de droit sont : DSS, DGSC, DGS, HAS, ASN, DGOS, Cnamts, Drees.

Le comité exécutif du HCSP ou Comex

Il prend les décisions nécessaires au fonctionnement de l'instance. Il est composé du président et de la vice-présidente du HCSP, des président(e)s ou vice-président(e)s des commissions spécialisées et comités techniques permanents.

Il valide les avis et rapports à la demande des présidents des commissions ou du président du HCSP.

Le président du HCSP y invite les présidents des groupes de travail et les membres concernés du secrétariat général mentionné à l'article R. 1411-57.

Le Comex se réunit chaque fois que nécessaire et au moins six fois par an.

Chaque année, le comité exécutif prépare avec les CS et les CTP le programme annuel de travail qui est présenté au collège pour adoption. Il est garant de sa bonne exécution.

Le Comex rend compte au collège des décisions qu'il a prises et lui propose chaque année le rapport d'activité du HCSP. Celui-ci est adopté par le collège au plus tard le 1er juin de l'année suivante. Il est rendu public.

Le comité exécutif émet un avis sur les démissions des personnalités qualifiées et sur les candidatures de leurs remplaçants. Cet avis ainsi que les DPI des experts remplaçants pressentis figurent au dossier transmis au directeur général de la santé en vue de la signature de l'arrêté ministériel.

MOYENS DE FONCTIONNEMENT DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **Secrétariat général du HCSP** (cf. pp. 83-90)

COMITÉ EXÉCUTIF ET COLLÈGE

PRÉSENTATION

Président : Roger Salamon

Vice-présidente : Catherine Le Galès

Le collège et le Comité exécutif assurent la cohérence et la coordination des travaux du HCSP.

Le Comité exécutif ou Comex, valide les avis et rapports à la demande des présidents des commissions ou du président du HCSP. Il arrête le programme annuel de travail dont il est garant de l'exécution. Il examine toute question soumise au HCSP et l'attribue à une commission, à un comité technique permanent voire à un groupe de travail transversal.

Le Comex a tenu huit séances au cours de l'année 2014. Il a examiné 68 saisines et les a jugées toutes recevables. Cependant, il a remis en cause la faisabilité d'une dizaine d'entre elles, dans les délais impartis par les commanditaires. Des délais supplémentaires ont donc été accordés. La répartition de ces saisines est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition des saisines du HCSP (2014)

type	nombre
Expertises	48 (20*)
Evaluation de Plans	6
Vaccins +Calendrier	12
Auto saisines**	2
TOTAL	68

* Saisines concernant la maladie à virus Ebola (MVE)

** - Suivi de consommation d'alcool et leurs conséquences sur la santé pour une meilleure prévention
- La problématique des non-répondeurs dans le cadre de la vaccination contre l'hépatite B

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

Tableau 2 : Evolution 2011-2014 - nombre de saisines

	2011	2012	2013	2014
Saisines	46	45	37	48
Eval Plan	5	2	2	6
Vaccins +Calendrier	4	4	4	12
Auto saisines	1	1	1	2
TOTAL	56	52	44	68

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

Le Collège, réunit les membres du Comex et les huit membres de droit du HCSP. Ses travaux suivent les dispositions de l'article R. 1411-55 du code de la santé publique. Le collège s'est réuni quatre fois en 2014 (23 janvier, 22 mai, 30 octobre et 11 décembre). Il a validé la modification du règlement intérieur du HCSP.

Le collège est également un espace de dialogue entre le HCSP et ses commanditaires. Les résultats de l'étude de satisfaction réalisée lui ont été présentés (cf. pp. 84-85).

ACTIVITÉS

- **Travaux transversaux du HCSP**
 - **Groupe de travail transversal Inégalités sociales de santé**

Présentation

Président : Thierry Lang (personnalité qualifiée de la CSPEPS)

Coordonnatrice : 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 a été directement impliqué, notamment par l'intermédiaire de la participation de son président, dans les travaux de la mission Stratégie nationale de santé (SNS) destinés à fournir des éléments d'orientation pour des priorités, objectifs et indicateurs de suivi de la SNS. Cette participation s'inscrit dans la ligne des recommandations du rapport HCSP de 2009 « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » :

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.

Ainsi, 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 cinq 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.

Dans le cadre d'une réponse complémentaire à cette première saisine et des travaux de réponse à une seconde saisine du 13 février 2014, le groupe de travail a proposé des indicateurs plus particulièrement en rapport avec les déterminants sociaux de la santé, pour contribuer à la réponse du HCSP pour définir les indicateurs d'évaluation des objectifs de la SNS à 5 et 10 ans, et ceux d'un tableau de bord synthétique annuel de la SNS.

Ces réponses ont été publiées sur le site internet du HCSP le 6 juin 2014.

Perspectives

Le programme de travail 2015 prévoit de mener une analyse des effets sur la santé et si possible sur les inégalités de santé, des politiques menées en France en réponse à la situation de crise économique.

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

Présentation

Président : Marcel Goldberg (personnalité qualifiée de la CSESP)
Coordonnatrice : Roberte Manigat (de septembre 2013 à mai 2014)
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.

Le groupe a achevé ses travaux en avril 2014.

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

Présentation

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

Coordonnatrice : Roberte Manigat (jusqu'à mai 2014)

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.

Les travaux se sont achevés en décembre 2014 et le Rapport final sera présenté au Collège du 1^{er} trimestre 2015.

• **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 Commission spécialisée Evaluation, stratégie et prospective (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).

Les travaux d'évaluation des plans de santé publique sont présentés page 68.

• **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'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) (art. L.1417-6 du code de la santé publique)**

Caroline Weill, Roger Salamon, Franck Chauvin, Christian Ben Lakhdar siègent en tant que personnalités qualifiées du HCSP au conseil scientifique de l'Inpes, qui se réunit au moins deux fois par an.

- **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.

- **Conseil national des opérations funéraires (CNOF)**

Fabien Squinazi, personnalité qualifiée de la Commission spécialisée Risques liés à l'environnement est membre depuis 2006 au titre d'expert désigné par le ministère chargé de la santé.

COMMISSION SPECIALISEE MALADIES TRANSMISSIBLES

PRÉSENTATION

Président : Christian Perronne

Coordonnatrice : Corinne Le Goaster

Vice-présidente : Hélène Peigue-Lafeuille

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 :

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

En 2014, la Commission spécialisée « Maladies transmissibles » :

- a tenu huit séances plénières ;
- a animé dix groupes de travail (GT), dont deux groupes pérennes « Grippe, MERS-CoV et autres virus respiratoires » et, en collaboration avec la Commission spécialisée Sécurité des patients, « Maladie à virus Ebola », deux groupes également en collaboration avec la Commission spécialisée Sécurité des patients et un groupe avec les Commissions spécialisées « Maladies chroniques » et « Prévention, éducation et promotion de la santé ».

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.

- 36 avis ont été validés par la CSMT ;
- six de ces avis étaient accompagnés d'un rapport validé par la commission.

• **Faits marquants**

• **Maladie à virus Ebola**

Le second semestre 2014 a été marqué par la mise en place du GT pérenne « Maladie à virus Ebola » en réponse à une saisine de la Direction générale de la santé du 30 septembre 2014.

Ce Groupe de travail pluridisciplinaire est piloté conjointement par la Commission spécialisée Maladies transmissibles et par la Commission spécialisée Sécurité des patients. Ses missions sont de **fournir en urgence**, à la demande de la DGS, **l'expertise nécessaire** sur laquelle les **mesures de gestion** pourront s'appuyer et de **valider** tout document donnant **instructions** aux professionnels de santé ainsi qu'au grand public.

Ce GT a été destinataire de 17 saisines entre septembre et décembre 2014 (cf. chapitre spécifique pp. 77-80).

- **Réunion des Groupes techniques consultatifs pour la vaccination (GTCV), 8-9 décembre 2014, Paris**

Contexte et objectifs

Le constat, qui est fait depuis longtemps et qui reste d'actualité, est que la plupart des GTCV font face à une augmentation importante de saisines de la part des autorités sanitaires mais ne voient pas leurs ressources humaines et financières augmenter pour autant. Avec la complexification grandissante des questions vaccinales à laquelle font face tous les GTCV (nouveaux vaccins, nouvelles présentations, nouvelles cibles vaccinales, recul de la couverture pour les vaccins de routine, etc.), il apparaît qu'une solution simple et rapide à mettre en œuvre consisterait en la mutualisation du travail préparatoire aux recommandations qui est réalisé systématiquement par tous les GTCV de différents pays. Cela permettrait de pallier le manque de ressources humaines, d'éviter de refaire dans chaque pays le même travail et de s'assurer que les recommandations sont basées sur les meilleures données factuelles. Au-delà même des travaux préparatoires, les échanges entre GTCV doivent être facilités et accrus.

Le HCSP a organisé en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Unité de Politiques de santé et de développement institutionnel (Centre collaborateur OMS) de l'Agence de médecine préventive (AMP) la 3^{ème} Réunion technique internationale pour mettre en place une collaboration efficiente et pérenne entre les GTCV. Cette réunion s'est tenue les 8 et 9 décembre 2014 à Paris à l'École du Val-de-Grâce.

Cette réunion a fait suite aux deux premières réunions internationales organisées en 2010 et 2011 par le Ministère de la Santé allemand à Berlin. Ces réunions avaient pour objectif de trouver les moyens de renforcer la collaboration entre les GTCV (« National Immunisation Technical Advisory Groups of experts », NITAG en anglais) afin de faciliter leur travail de développement de recommandations dans le domaine de la vaccination.

Participants

La réunion de Paris a rassemblé de nombreux experts et décideurs impliqués dans l'élaboration des politiques vaccinales. Outre le HCSP, instance organisatrice, des agences françaises étaient représentées : l'InVS, l'ANSM, l'Inpes et la HAS. Les participants sont venus de tous les continents. Plusieurs institutions internationales impliquées dans la politique vaccinale étaient présentes et ont activement participé :

- L'organisation mondiale de la santé (OMS)
 - Siège de Genève, SAGE.
 - Bureau de la Région EURO de Copenhague (Europe + Asie centrale), ETAGE, avec des représentants de la France, de l'Allemagne et des Pays Bas.
 - Toutes les autres Régions mondiales de l'OMS, avec des représentants des Amériques (PAHO), de la Méditerranée orientale (EMRO), de l'Afrique (AFRO), du Pacifique occidental (WPRO), de l'Asie du Sud-est (SEARO).
- Groupes techniques consultatifs nationaux pour la vaccination (GTCV)
 - Des représentants des GTCV européens : France, Grande-Bretagne, Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Israël.
 - Des représentants des GTCV de pays de toutes les régions mondiales de l'OMS : USA, Canada, Brésil, Uruguay (PAHO) ; Tunisie (EMRO) ; Afrique du Sud, Sénégal, Congo (AFRO) ; Australie (WPRO) ; Indonésie, Viet Nam, Corée du Sud (SEARO).
- Agence de médecine préventive (AMP)

- Commission européenne (DG-SANCO)
- « Center for Diseases Control » aux USA (US-CDC)
- « European Center for Disease Prevention and Control » (ECDC)
- International Vaccine Institute (IVI)

Conclusions et prochaines étapes

Après les deux réunions de Berlin, le concept de collaboration est pleinement validé et les experts et/ou autorités de plusieurs pays souhaitent avancer vers cette collaboration. Après cette troisième réunion de Paris, il faut maintenant passer à une phase concrète de collaboration pérenne.

L'expérience pourrait démarrer avec des GTCV volontaires ayant déjà un haut niveau d'expertise. Il a été proposé que le Centre de ressources pour les GTCV de l'initiative « Supporting National Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees » (SIVAC) continue de rassembler les informations, documents et recommandations émanant des GTCV du monde entier et de mettre en relation les GTCV. D'autres initiatives telles que « Vaccine European New Integrated Collaboration Effort » (VENICE) ont été évoquées pour, avec l'aide de certaines institutions comme l'OMS et l'« European Centre for Disease Prevention and Control » (ECDC), faciliter la mutualisation du travail commun entre GTCV européens.

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

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

- **Colloque**
 - Ricai 2014 (*Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse*) : intervention présentant deux 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 2015, 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.

LES COMITÉS TECHNIQUES PERMANENTS

COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS

PRÉSENTATION

Président : Daniel Floret

Coordinatrice : Corinne Le Goaster

Vice-présidente : Odile Launay

Secrétaire : Isabelle Douard

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

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

Un bureau du Comité technique des vaccinations 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

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

- 19 personnalités qualifiées avec voix délibérative ;
- huit membres de droit sans voix délibérative : Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA), Direction générale de l'enseignement scolaire (DGES), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la sécurité sociale (DSS), ANSM, InVS, 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 2014 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 été publié par le ministère chargé de la santé¹ ;
- 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.

¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf

En 2014, le Comité technique des vaccinations a :

- tenu dix sessions plénières ;
- animé 11 groupes de travail ;
- élaboré 21 avis dont trois avis concernant les mentions minimales obligatoires (MMO) pour la publicité des vaccins et un avis en collaboration avec le CMVI ;
- rédigé trois 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 (cf. pp. 28-37).

• 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 : réunion à la DGS le 8 juillet 2014.

• Rencontres institutionnelles

- Réunions DGS :
 - Circuit des vaccins : 4 février, 14 mars.
 - Mise à jour de la circulaire méningocoque : 31 janvier, 14 mars.
 - Rencontre DGS/ DGA : 6 mai, 18 juin.
- Réunion ANSM : 18 juin : efficacité du vaccin HPV ;
- Réunion Drees: 22 septembre Comité Vague « vaccination » ;
- Audition au Tribunal de grande instance (TGI) de Paris (dossier vaccin hépatite B) : 16 avril et 19 juin ;
- Audition au Conseil d'Etat : 19 juin ;
- Audition à l'Assemblée Nationale OPECST (Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques) : 22 mai ;
- Audition Igas : 17 septembre ;
- Ordre National des Pharmaciens : 26 juin, 12 septembre.

• Colloques

- Inpes : Journée de la prévention, 4 juin ;
- Vaccinologie :
 - La Réunion 27 février-1^{er} mars (médecins, sages-femmes)
 - Lyon : 18 mars, Ecole Normale Supérieure (enseignants) ;
 - Marseille : 29 octobre (médecins) ;
 - Monaco : 12 juin ;
 - Société de Pharmacie de Lyon : 20 novembre ;
- Interventions dans le cadre de la Semaine Européenne de Vaccination (SEV) : Lyon 24 avril et 24 juin.

- Actualités Claude Bernard, Lyon 18 octobre ;
- RICAI, Paris 27-28 novembre ;
- COREVAC, Paris, 23 janvier ;
- Pédiatrie Pratique, 31 janvier ;
- 7^o journée de vaccinologie Jean Gérard Guillet, 20 mars ;
- DGS, Paris, 1^{er} avril (Calendrier vaccinal) ;
- CEMI, 4 avril ;
- ADEA, Bordeaux, 12 mai ;
- Société Française de Pédiatrie, 23- 24 mai ;
- Tours 17 juin (formation professionnels de santé) ;
- Groupe de Pédiatrie Générale : Paris 18 septembre, Lyon 16 octobre ;
- DGS, Paris, 23 septembre (grippe professionnels de santé) ;
- Journées Parisiennes de Pédiatrie, Paris, 3 octobre ;
- Sénat, Paris, 14 novembre (vaccination des immunodéprimés) ;
- Journée ISBA, Lyon, 22 novembre ;
- Rencontres de cancérologie, Paris, 4 décembre ;
- Journée des Réseaux Sentinelles, Paris, 5 décembre.

- **Ecrits / Interviews**

- Vaccination contre l'hépatite A. Concours Médical ;
- Quelles perspectives pour le vaccin méningo B. Archives de Pédiatrie ;
- Vaccination des femmes enceintes. Revue du Praticien ;
- Vaccination des adolescents. Revue du Praticien ;
- Calendrier Vaccinal. Revue du Praticien ;
- Méningites Bactériennes. Le Généraliste ;
- Calendrier Vaccinal. Soins en Pédiatrie et Puériculture ;
- Severe Encephalitis. J Child Neurol ;
- Pour une révision de la politique vaccinale. Concours Médical ;
- e-learning en vaccinologie (filmé) ;
- Rencontre avec l'Association des Journalistes de santé, 20 novembre ;
- Nombreux interviews pour les médias (radios, TV), la presse médicale et la presse grand public.

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.

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

PRÉSENTATION

Président : Eric Caumes

Coordinatrice : Corinne Le Goaster

Vice-président : Daniel Camus

Secrétaire : Isabelle Douard

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

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

COMPOSITION

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

- 12 personnalités qualifiées avec voix délibérative ;
- neuf 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 2014, le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation a :

- tenu six sessions plénières ;
- animé quatre groupes de travail ;
- élaboré quatre avis dont un en collaboration avec le CTV et 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°16-17 du 3 juin 2014) ;
- 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 (cf. pp. 37-38).

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

Eric Caumes a participé en tant que président du CMVI ou membre du HCSP :

- au congrès de la Société de médecine des voyages (SMV) qui s'est tenu à Toulouse les 9 et 10 octobre 2014 ;
- à la réunion du groupe Suisse de Médecine des voyages qui s'est tenue à Berne le 3 décembre 2014 ;
- au congrès de la RICAI qui s'est tenu les 27 et 28 novembre 2014 à Paris et où a été présenté l'avis sur l'émergence de la bilharziose urinaire en Corse.

PERSPECTIVES

Le CMVI travaillera notamment sur :

la révision des recommandations en termes de chimioprophylaxie du paludisme, pays par pays.

RÉPONSES AUX SAISINES

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

- **Campagnes de vaccination contre le méningocoque B. Schémas vaccinaux**

Dans les campagnes de vaccinations contre les infections invasives à méningocoque B menées dans les départements de la Seine-Maritime, de la Somme et des Pyrénées-Atlantiques, le Haut Conseil de la santé publique a recommandé en juillet 2013 que toute nouvelle vaccination soit initiée avec le vaccin Bexsero® et que toutes les personnes ayant initié leur vaccination avec le vaccin MenBvac® complètent leur schéma vaccinal avec ce même vaccin.

Le HCSP a pris en considération de nouveaux éléments concernant notamment la durée de protection apportée par la quatrième dose de MenBvac® et la disponibilité des vaccins MenBvac® et Bexsero®.

Le HCSP considère, dans le but de permettre à un maximum de personnes d'achever leur schéma vaccinal à quatre doses par MenBvac®, que la quatrième dose peut être considérée comme un rappel si elle est administrée au moins six mois après la dernière dose du schéma de primo-vaccination.

Ainsi, les personnes ayant reçu leur troisième dose de MenBvac® au plus tard en mai 2014 pourront achever leur vaccination avec ce vaccin. Celles qui auraient initié leur vaccination avec MenBvac® mais n'auraient pas reçu leur troisième dose en mai 2014 devront (dans l'hypothèse où la décision de poursuite des campagnes vaccinales serait prise) réinitier un schéma vaccinal complet avec le vaccin Bexsero® en respectant un délai d'un mois minimum entre la dernière dose de MenBvac® et la première dose de Bexsero®.

Avis du 22 janvier 2014.

- **Vaccination de rappel contre la fièvre jaune pour la Guyane**

Depuis 1967, la vaccination contre la fièvre jaune (anti-amarile) est obligatoire sauf contre-indication médicale, pour toutes les personnes âgées de plus de 1 an et résidant en Guyane ou y séjournant.

Jusqu'à présent, un rappel de cette vaccination est nécessaire tous les dix ans pour maintenir une protection efficace. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré en juillet 2013 dans une note de synthèse « qu'une dose unique de vaccin amaril est suffisante pour conférer une immunité protectrice pour toute la vie ; l'administration d'une dose de rappel n'est pas nécessaire ».

Dans l'attente d'une évolution du Règlement sanitaire international, il a été demandé au HCSP de se prononcer sur l'opportunité de supprimer les rappels de vaccination anti-amarile dans le calendrier national pour la population de la Guyane et les voyageurs de métropole qui s'y rendent.

Le HCSP a pris en considération les arguments de l'OMS, l'épidémiologie de la fièvre jaune en Guyane, la durée de protection conférée par ce vaccin dans la population générale et dans des populations particulières, et les données de tolérance. Il souligne les difficultés potentielles générées pour les personnes se rendant ou résidant en Guyane qui sont susceptibles de se rendre dans les pays frontaliers de la Guyane (Brésil, Surinam) où il existe une obligation vaccinale incluant les rappels.

Le HCSP ne recommande pas, dans l'état actuel des connaissances, la suppression des rappels décennaux de vaccin contre la fièvre jaune pour les personnes résidant en Guyane ou celles de la métropole qui doivent s'y rendre.

Cet avis serait reconsidéré si le Règlement sanitaire international était modifié

Avis du 24 janvier 2014.

- **Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Cervarix®**

Le vaccin bivalent Cervarix® contre les infections à papillomavirus humains (HPV) a obtenu le 18 décembre 2013 une modification d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) permettant l'administration du vaccin en deux doses espacées de six mois chez les jeunes filles âgées de 9 à 14 ans révolus.

Après avoir analysé ces nouvelles données, le Haut Conseil de la santé publique rappelle que, conformément à son avis du 28 septembre 2012 et selon le calendrier vaccinal en vigueur, la vaccination contre les infections à papillomavirus est recommandée chez les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus, avec un rattrapage limité à l'âge de 19 ans révolus.

Il recommande que :

- les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus, pour lesquelles le vaccin Cervarix® a été choisi pour la vaccination HPV, soient vaccinées selon un schéma à deux doses espacées de six mois ;
- pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans révolus le schéma à trois doses soit maintenu ;
- pour les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus, ayant déjà initié leur vaccination avec le vaccin Cervarix® et ayant reçu deux doses dans un délai inférieur à cinq mois, une troisième dose de vaccin Cervarix® soit administrée cinq mois après la deuxième dose. Si les deux premières doses ont été administrées avec un délai supérieur ou égal à cinq mois, ces jeunes filles sont considérées comme complètement vaccinées.

Avis du 20 février 2014.

- **Stratégie vaccinale contre la coqueluche chez l'adulte**

En France, comme dans tous les pays à haute couverture vaccinale, la coqueluche affecte très peu l'enfant mais touche d'une part les nourrissons non protégés par la vaccination et, d'autre part, les adolescents ou adultes qui sont susceptibles de contaminer les très jeunes nourrissons.

Il a été demandé au HCSP de se prononcer sur l'opportunité de pratiquer des rappels coquelucheux chez l'adulte dans le cadre du coconing ainsi que dans le cadre professionnel, notamment pour les personnels en contact avec des nourrissons âgés de moins de 6 mois.

Le HCSP a pris en considération, pour l'adolescent et l'adulte, les données suivantes : recommandations vaccinales actuelles, épidémiologie, couverture vaccinale, évolution des souches, vaccins utilisables, tolérance des doses itératives et durée de protection.

Le HCSP rappelle que, dans le cadre du calendrier vaccinal en vigueur, le rappel recommandé à l'âge de 25 ans doit comporter la valence coqueluche (vaccin dTcaPolio),

sauf si la personne a reçu une dose de vaccin coquelucheux depuis moins de cinq ans. Les personnes non vaccinées à cet âge pourront bénéficier d'un rattrapage de vaccin dTcaPolio jusqu'à l'âge de 39 ans révolus.

Il recommande dans le cadre de la stratégie du cocooning, que les personnes antérieurement vaccinées contre la coqueluche à l'âge adulte depuis plus de 10 ans et se trouvant à nouveau en situation de cocooning soient revaccinées. Pour les professionnels de santé et de la petite enfance, il recommande que les rappels administrés à l'âge de 25, 45 et 65 ans comportent désormais la valence coquelucheuse (vaccin dTcaP).

Avis du 20 février 2014.

• **Vaccination contre l'hépatite B : schémas vaccinaux accélérés**

Le calendrier vaccinal en vigueur recommande, dans certains cas particuliers nécessitant l'acquisition rapide d'une immunité contre le virus de l'hépatite B, un schéma vaccinal accéléré à la place du schéma habituel.

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération les situations cliniques pouvant être concernées et l'immunogénicité comparée des deux schémas de primo-vaccination accélérés contre l'hépatite B disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM).

Le HCSP recommande :

- l'abandon chez les adultes du schéma accéléré antérieur (M0, M1, M2 et rappel à M12) ;
- l'application d'un schéma accéléré comportant l'administration en primo-vaccination de trois doses en 21 jours, selon les AMM, pour les personnes en situation de départ imminent en zone d'endémie moyenne ou élevée, les personnes détenues, les personnes en attente de greffe d'organe solide (greffe de foie), et à titre exceptionnel les étudiants des écoles médicales et paramédicales lorsqu'ils doivent être protégés rapidement. Afin d'assurer une protection au long cours, le rappel à 12 mois est indispensable ;
- la réalisation d'un contrôle des Ac anti-HBs un mois après la dose de rappel à 12 mois dans les situations nécessitant de dépister les non-répondeurs à la vaccination ;
- pour les personnes qui seraient victimes d'un accident d'exposition au virus de l'hépatite B (par voie sanguine ou par voie sexuelle) dans la période séparant la fin de la primo-vaccination de l'administration du rappel, de faire pratiquer en urgence un dosage d'Ac anti-HBs.

Le HCSP indique que ce schéma accéléré ne s'applique pas aux personnes immunodéprimées et aux enfants.

Avis du 20 février 2014.

• **Politique vaccinale et obligation vaccinale en population générale**

La vaccination est l'action de santé publique la plus efficace. Outre son effet de protection individuelle, elle présente un intérêt collectif car, pour nombre de vaccins, elle permet de protéger les personnes qui ne peuvent être vaccinées.

Parmi les pays industrialisés, seules la France et l'Italie ont encore des obligations vaccinales.

Afin d'apprécier l'opportunité de faire évoluer la législation, le Haut Conseil de la santé publique a analysé la situation française. Il a pris en considération : les obligations vaccinales actuelles en population générale qui sont, à ce jour, limitées à l'enfant ; les paradoxes et les problèmes soulevés par leur application ainsi que les craintes de voir chuter le taux de couverture vaccinale des vaccins obligatoires et des vaccins recommandés combinés aux vaccins obligatoires.

Le HCSP considère notamment que :

- le maintien ou non de l'obligation vaccinale en population générale relève d'un choix sociétal méritant un débat que les autorités doivent d'organiser ;
- si ce principe est maintenu, la liste des vaccins obligatoires doit être révisée et faire l'objet d'un avis du HCSP ;

- les autorités compétentes devraient définir un statut juridique pour toutes les vaccinations inscrites au calendrier vaccinal ;
- toute modification du régime des obligations devra s'accompagner d'une forte communication des autorités de santé mettant en exergue l'intérêt à vacciner et les risques de la non-vaccination.

De plus, le HCSP considère que le dispositif public de vaccination actuel est complexe, illisible et inégalitaire. Il recommande de réorganiser l'offre publique de vaccination sur la base notamment de la gratuité et de la maîtrise des coûts, et de promouvoir les centres publics de vaccination.

Le Haut Conseil de la santé publique appelle à promouvoir une nouvelle organisation rendant la vaccination plus accessible et estime nécessaire que le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale de la Direction générale de la santé soit effectivement mis en œuvre.

Avis du 6 mars 2014.

- **Vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé**

La grippe saisonnière touche annuellement 2 à 8 millions de personnes en France et entraîne le décès de plusieurs milliers de personnes, essentiellement des personnes de plus de 65 ans.

Le HCSP a revu les données récentes – notamment les méta-analyses - relatives à la vaccination contre la grippe des personnes âgées, le risque particulier de grippe chez les professionnels de santé, le risque de grippe nosocomiale liée aux soignants ainsi que les études relatives à l'intérêt de vacciner les soignants pour protéger les patients.

Le HCSP considère, concernant les méta-analyses, que l'absence de démonstration d'efficacité (pour des raisons méthodologiques) de la vaccination contre la grippe saisonnière dans certaines populations ne signifie pas que celle-ci n'est pas efficace. D'autres études en effet, notamment françaises, permettent d'attribuer au vaccin une efficacité dans ces populations et la balance bénéfique/risque de la vaccination reste positive, les vaccins grippaux ayant par ailleurs un bon profil de tolérance.

Il recommande notamment :

- la poursuite des campagnes annuelles de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans et plus ;
- la poursuite de la vaccination contre la grippe des personnels de santé qui doit s'intégrer dans un programme global de prévention de l'infection nosocomiale, en complément des mesures barrières.

Le Haut Conseil de la santé publique estime par ailleurs qu'il est nécessaire de favoriser la recherche académique pour la mise au point de vaccins plus efficaces. Une stratégie complémentaire, visant à la protection indirecte des personnes les plus à risque de complications, en vaccinant les enfants de leur entourage, pourrait être envisagée. Ceci nécessiterait une mise à disposition du vaccin grippal vivant nasal, une étude indépendante d'acceptabilité auprès des professionnels de santé et du grand public et une modalité d'administration du vaccin permettant l'obtention d'une couverture vaccinale élevée.

Avis du 28 mars 2014.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Gardasil®**

Le vaccin quadrivalent Gardasil® contre les infections à papillomavirus humains (HPV) a obtenu le 27 mars 2014 une modification d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) permettant l'administration du vaccin en deux doses espacées de six mois chez les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans révolus.

Après avoir analysé ces nouvelles données, le Haut Conseil de la santé publique rappelle que, conformément à son avis du 28 septembre 2012 et selon le calendrier vaccinal en vigueur, la vaccination contre les infections à papillomavirus est recommandée chez les

jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus, avec un rattrapage limité à l'âge de 19 ans révolus.

Il recommande que :

- les jeunes filles âgées de 11 à 13 ans révolus à la première dose, pour lesquelles le vaccin Gardasil® a été choisi pour la vaccination HPV, soient vaccinées selon un schéma à deux doses espacées de six mois ;
- pour les jeunes filles âgées de 14 à 19 ans révolus le schéma à trois doses soit maintenu ;

pour les jeunes filles âgées de 11 à 13 ans révolus à la première dose, si la deuxième dose de vaccin est administrée moins de six mois après la première dose, une troisième dose devra toujours être administrée.

Avis du 28 mars 2014.

- **Vaccination contre la grippe saisonnière. Place du vaccin FluarixTetra®**

Dans le cadre de la procédure de mise sur le marché du vaccin grippal tétravalent inactivé FluarixTetra®, le Haut Conseil de la santé publique a émis des recommandations afin de déterminer la place de ce vaccin dans la stratégie vaccinale actuelle vis-à-vis de la prévention de la grippe saisonnière.

FluarixTetra® est un vaccin grippal inactivé à virion fragmenté contenant deux sous-types de virus grippal A (H1N1 et H3N2) et deux types de virus grippal B (lignées Victoria et Yamagata).

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération les données épidémiologiques nationales et internationales relatives à la grippe B et les données d'immunogénicité et de tolérance concernant ce vaccin.

Il estime que le vaccin FluarixTetra® peut être utilisé selon son autorisation de mise sur le marché actuelle (à partir de l'âge de 3 ans) et dans le cadre de la stratégie vaccinale française vis-à-vis de la grippe saisonnière, consistant à éviter les formes graves et les décès.

Toutefois, dans l'état actuel des données épidémiologiques et virologiques disponibles à ce jour en France et en l'absence de données d'efficacité clinique, il n'existe pas d'éléments permettant de privilégier l'utilisation du vaccin FluarixTetra® par rapport aux vaccins trivalents inactivés, ni d'identifier une ou des populations chez qui ce vaccin pourrait être recommandé de façon préférentielle.

Avis du 23 mai 2014.

- **Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Données actualisées**

La vaccination contre les infections à papillomavirus humains fait actuellement l'objet de polémiques médiatisées.

La Direction générale de la santé a demandé au HCSP de faire une revue des dernières données scientifiques et de préciser les conditions dans lesquelles la vaccination HPV pourrait aussi apporter une protection collective par immunité de groupe.

Le HCSP rappelle que la quasi-totalité des pays industrialisés, en Europe et hors Europe, ont émis des recommandations vaccinales HPV voisines des recommandations françaises, certains obtenant des couvertures vaccinales élevées.

Le HCSP constate que :

- une efficacité vaccinale sur la prévalence des infections à HPV, l'incidence des condylomes et des lésions précancéreuses est maintenant démontrée. Des études suggèrent que le vaccin induit une immunité de groupe ;
- en France, la couverture vaccinale observée est très faible pour un schéma complet, et en baisse depuis 2010 ; cette faible couverture ne permet pas de bénéficier de l'efficacité constatée dans les autres pays ;
- les données de pharmacovigilance, internationales et nationales, avec un recul de plus de sept ans, ne permettent pas de retenir l'existence d'un lien de causalité entre

cette vaccination et les événements indésirables graves qui lui ont été attribués en France ;

- dans les départements pilotes, bien que le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus augmente significativement, le pourcentage de femmes dépistées dépasse de peu les 70 % pour les plus performants. La vaccination est donc bien une stratégie complémentaire nécessaire ;
- les populations n'adhérant ni au dépistage ni à la vaccination se recouvrent en partie, laissant une part significative de la population dénuée de toute prévention. La pratique « opportuniste » actuelle du dépistage et de la vaccination en France peut ainsi aggraver les inégalités sociales et géographiques de santé.

Le HCSP réitère ses recommandations pour :

- la généralisation rapide du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ;
- la mise en place de modalités d'administration de la vaccination permettant d'atteindre un pourcentage élevé de jeunes filles, indépendamment de leur niveau social.

Rapport du 10 juillet 2014.

- **Vaccination contre le méningocoque B en Seine-Maritime, Somme et Pyrénées-Atlantiques. Évolution des recommandations**

Une souche invasive particulière de méningocoque de sérogroupe B (souche clonale hypervirulente de phénotype/génotype B:14:P1.7,16) est responsable depuis 2003 d'une situation hyperendémique en Normandie puis en Picardie.

Des campagnes de vaccination par le vaccin MenBvac® depuis 2006 puis par le vaccin Bexsero® depuis 2013, ont été mises en place. Elles ont concerné à ce jour 14 cantons de Seine-Maritime et quatre cantons de la Somme.

Par ailleurs, une augmentation d'incidence des IIM B a été signalée dans le département des Pyrénées-Atlantiques et une campagne de vaccination de la population âgée de 2 mois à 24 ans a été mise en œuvre dans cette zone à partir de juillet 2013.

Après avoir pris en considération la situation épidémiologique actuelle dans ces trois départements et les couvertures vaccinales obtenues, le HCSP recommande l'arrêt des campagnes de vaccination par MenBvac® et Bexsero® dans les zones ciblées des départements de la Seine-Maritime, de la Somme et des Pyrénées-Atlantiques.

Le HCSP précise les conduites à tenir pour les personnes ayant initié une vaccination avec MenBvac®, pour les personnes qui auraient initié leur vaccination avec MenBvac® mais n'auraient pas reçu leur troisième dose en mai 2014 et pour les personnes ayant initié une vaccination avec Bexsero®.

Enfin, le Haut Conseil de la santé publique rappelle l'importance de la surveillance épidémiologique, sérotypique et génotypique des IIM B en France, dans l'ensemble des départements.

Avis du 10 juillet 2014.

- **Vaccination contre la grippe saisonnière. Place du vaccin FluenzTetra®**

Dans le cadre de la procédure de mise sur le marché du vaccin grippal FluenzTetra®, le Haut Conseil de la santé publique a émis des recommandations afin de déterminer la place de ce vaccin dans la stratégie vaccinale actuelle de prévention de la grippe saisonnière.

FluenzTetra® est un vaccin vivant atténué contenant deux sous-types de virus grippal A (H1N1 et H3N2) et deux souches de virus grippal B de lignée distincte (lignées Victoria et Yamagata).

Le HCSP a pris en considération les données épidémiologiques nationales et internationales relatives à la grippe B, et les données de tolérance concernant ce vaccin.

Il estime que le vaccin FluenzTetra® peut être utilisé dans le cadre de son AMM chez les enfants âgés de 2 ans à moins de 18 ans pour lesquels la vaccination grippale est recommandée (calendrier vaccinal 2014) en raison de maladies sous-jacentes favorisant la survenue de complications graves de la grippe.

Il souligne l'intérêt de ce vaccin en primo-vaccination grippale et ce d'autant plus que l'enfant est plus jeune.

Selon l'AMM, l'administration de ce vaccin doit être faite sous la surveillance d'un médecin, d'une infirmière ou d'un pharmacien.

Le HCSP indique que, comme tout vaccin vivant, ce vaccin ne doit pas être utilisé chez les enfants immunodéprimés ni chez les personnes de leur entourage. Il peut cependant être utilisé chez les enfants infectés par le VIH sans immunodépression sévère. Il n'est pas recommandé au cours de la grossesse.

Le HCSP souligne que le vaccin FluenzTetra®, enregistré selon une procédure européenne, nécessite une prescription médicale.

Avis du 10 juillet 2014.

- **Personnes traitées par Soliris® : actualisation des recommandations de vaccination et d'antibioprophylaxie**

Le Soliris® (éculizumab) a obtenu en 2007 une Autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne pour le traitement des patients adultes atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) puis fin 2011, une extension d'indication de cette AMM pour le traitement des adultes et enfants atteints de syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa). Chez les patients traités par cette molécule, des mesures de prévention des infections invasives à méningocoque (IIM) sont nécessaires. Le Haut Conseil de la santé publique a rendu en 2012 deux avis relatifs à la vaccination méningococcique conjuguée ACWY et à l'antibioprophylaxie des patients traités par Soliris®. La mise à disposition récente du vaccin recombinant contre le méningocoque B Bexsero® nécessite une actualisation de ces avis.

Le HCSP confirme les données de son avis du 12 juillet 2012 relatif aux indications du vaccin quadrivalent méningococcique A,C,Y,W135 conjugué, pour les personnes traitées Soliris®. Cette vaccination doit être effectuée selon les AMM respectives des deux vaccins tétravalents conjugués disponibles (à partir de l'âge de 1 an pour le Nimenrix®, de 2 ans pour le Menveo®).

Il recommande que ces patients soient vaccinés par le vaccin (Bexsero®) à partir de l'âge de 2 mois selon les schémas de l'AMM et que les personnes vivant dans leur entourage proche soient vaccinées contre les méningocoques A,B,C,Y,W.

Il estime sur la base des données disponibles que l'intérêt et le rationnel des choix antibiotiques (pénicilline V, macrolides en cas d'allergie) ne sont pas remis en cause et que ces antibiotiques doivent continuer à être préconisés chez l'adulte et chez l'enfant. Il recommande un traitement antibiotique prophylactique pendant toute la durée du traitement par Soliris® qui devra être poursuivi jusqu'à soixante jours après l'arrêt de celui-ci.

Dans tous les cas, les patients sous traitement par Soliris® doivent être informés des bénéfices et des risques liés à ce traitement, des signes et symptômes d'infection à méningocoque, ainsi que de la conduite à tenir pour obtenir une prise en charge immédiate. En cas de suspicion d'infection, une antibiothérapie appropriée doit être instaurée.

Avis du 10 juillet 2014.

- **Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche**

La coqueluche est une infection bactérienne respiratoire d'évolution longue et hautement contagieuse. Le nombre de cas de coqueluche a fortement baissé depuis l'introduction du vaccin. Pour autant, la bactérie continue à circuler car le vaccin, tout comme la maladie, ne protège pas à vie. Les populations touchées sont les nourrissons, trop jeunes pour être vaccinés, et les adolescents et adultes qui ont perdu la protection conférée par le vaccin ou la maladie.

La transmission est aérienne et se fait au contact d'un sujet malade (toux). Elle est essentiellement intrafamiliale ou bien au sein de collectivités.

Depuis les dernières recommandations du HCSP de septembre 2008, des évolutions sont apparues concernant notamment la situation épidémiologique, avec la survenue d'un

nouveau cycle épidémique en 2012-2013 et l'introduction de nouvelles techniques diagnostiques.

Les recommandations vaccinales ont également évolué avec la modification du schéma vaccinal des nourrissons et des enfants et l'introduction de rappels chez les adultes en milieu professionnel et dans le cadre du cocooning (parents et grands-parents).

Ces faits justifient une réactualisation de ces recommandations.

Ce guide présente la situation épidémiologique actuelle, rappelle les manifestations cliniques de la coqueluche, les modalités de diagnostic et de traitement, et les moyens de prévention.

Il détaille les conduites à tenir vis-à-vis du ou des cas de coqueluche, de leur entourage et en particulier des personnes à risque. Les mesures à prendre lorsqu'un ou plusieurs cas surviennent dans des collectivités telles que maternités, crèches, établissements scolaires ou établissements de santé, sont également précisées.

Rapport du 10 juillet 2014.

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

Depuis 2012, le nombre de cas signalés d'infection invasive à méningocoque de sérogroupe C (IIM C) augmente en Ile-de-France comme sur le reste du territoire. Sont concernés les adultes âgés de 25 à 49 ans et de 50 ans et plus, en majorité des hommes et notamment ceux ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) chez qui circule un variant particulier de méningocoque C.

Le HCSP rappelle que la protection des adultes âgés de plus de 24 ans, repose sur l'obtention d'une couverture vaccinale élevée dans la tranche d'âge ciblée dans le calendrier vaccinal (1 à 24 ans révolus). Celle-ci est nettement insuffisante, chez les adolescents et les adultes jeunes.

Le HCSP recommande la vaccination méningococcique C conjuguée pour les HSH ainsi que pour les personnes âgées de 25 ans et plus qui fréquentent les lieux de convivialité ou de rencontre gays.

Compte tenu de la pénurie prévisible en doses de vaccin méningococcique conjugué monovalent C, le HCSP recommande, l'utilisation d'un des vaccins tétravalents conjugués ACWY pour la vaccination des adultes concernés par cet avis. L'utilisation de ce vaccin chez des personnes susceptibles de voyager présente l'avantage d'une protection plus large. Une protection de longue durée vis-à-vis du méningocoque de sérogroupe C est aussi attendue avec ce type de vaccin dans cette catégorie de population.

Le schéma vaccinal recommandé est celui correspondant aux AMM des vaccins méningococciques conjugués et comporte une seule dose de vaccin.

Avis du 7 novembre 2014.

- **Vaccination contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C en situation de pénurie de vaccins**

Des difficultés d'approvisionnement de vaccins méningococciques conjugués contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C (IIM C) sont à prévoir.

Dans cet avis, le HCSP a pris en considération les données épidémiologiques et celles de couverture vaccinale. Il rappelle les recommandations vaccinales actuelles et fait le point sur les caractéristiques des vaccins méningococciques disponibles.

Compte tenu des doses potentiellement disponibles en vaccins méningococciques C conjugués et en vaccins méningococciques conjugués A,C,Y,W, le HCSP estime que les enfants âgés de 12 mois à 4 ans fortement affectés doivent être prioritaires pour l'utilisation des vaccins méningococciques C conjugués monovalents. Pour la tranche d'âge 15-24 ans également fortement affectée, l'utilisation d'un vaccin tétravalent conjugué chez ces sujets potentiellement voyageurs présente l'avantage d'une protection plus large. Pour les autres tranches d'âge moins à risque mais qui doivent continuer à être vaccinées pour permettre

une immunité de groupe, le HCSP recommande l'utilisation des vaccins tétravalents conjugués ACWY, Nimenrix® et Menveo®.

Par ailleurs, prenant en compte la faible couverture vaccinale, vis-à-vis des IIM C dont l'incidence augmente en France, le HCSP demande aux autorités de santé de faire en sorte que les vaccins conjugués tétravalents ACWY soient remboursés dès lors qu'ils sont utilisés en remplacement des vaccins monovalents pendant la période de pénurie de vaccins méningococciques conjugués monovalents C.

Ces recommandations seront régulièrement actualisées en fonction des informations obtenues sur la disponibilité des vaccins méningococciques C conjugués.

Avis du 22 octobre / 18 décembre 2014.

- **Problématique des non-répondeurs dans le cadre de la vaccination contre l'hépatite B (Avis et rapport)**

Les conditions de satisfaction de l'obligation vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B chez les professionnels de santé ont été récemment modifiées. Il est apparu que la définition du non-répondeur à la vaccination contre l'hépatite B devait être précisée et que la possibilité d'utiliser des schémas alternatifs dans cette circonstance devait être évaluée.

L'avis du HCSP et le rapport qui l'accompagne ont pour objectifs de préciser la définition de la non-réponse à la vaccination contre l'hépatite B, les personnes concernées et la conduite à tenir.

Le HCSP a pris en compte notamment l'efficacité biologique et clinique du vaccin contre l'hépatite B, les vaccins disponibles en France, leur tolérance, les schémas vaccinaux possibles, ainsi que les alternatives à la vaccination.

Le HCSP précise les situations dans lesquelles le contrôle du titre des anticorps anti-HBs après vaccination contre l'hépatite B doit être fait, et détaille les modalités de vaccination en cas de non-réponse à un schéma standard correctement réalisé chez les personnes immunocompétentes. Il recommande que dans les situations d'immunodépression et chez les personnes hémodialysées des schémas vaccinaux spécifiques en primo-vaccination soient privilégiés, selon les recommandations du rapport vaccination des immunodéprimés du HCSP.

Le HCSP souligne qu'en l'état actuel des connaissances aucun schéma vaccinal alternatif ne peut être proposé en cas de non-réponse à un schéma intensifié,

De plus, le HCSP recommande que des études soient conduites afin de proposer des schémas alternatifs et que pour les non-répondeurs à la vaccination, une conduite soit proposée au cas par cas par le médecin du travail ou le spécialiste avec une évaluation précise du risque d'exposition au virus de l'hépatite B.

Avis du 7 novembre 2014.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

- **Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin FluarixTetra®**

Conformément à l'article L.5122-6 du code de la santé publique, modifié par l'article 29 de la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011, le Haut Conseil de la santé publique a déterminé les mentions minimales obligatoires relatives à la publicité du vaccin contre la grippe saisonnière FluarixTetra®.

Avis du 7 novembre 2014.

- **Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin Repevax®**

Conformément à l'article L.5122-6 du code de la santé publique, modifié par l'article 29 de la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011, le Haut Conseil de la santé publique a déterminé les mentions minimales obligatoires relatives au vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, et la coqueluche Repevax®.

Avis du 7 novembre 2014.

- **Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin Boostrixtetra®**

Conformément à l'article L.5122-6 du code de la santé publique, modifié par l'article 29 de la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011, le Haut Conseil de la santé publique a déterminé les mentions minimales obligatoires relatives au vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, et la coqueluche Boostrixtetra®.

Avis du 7 novembre 2014.

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

- **Vaccination de rappel contre la poliomyélite. Recommandations pour les voyageurs**

Une circulation active de virus polio sauvages est observée actuellement dans dix pays. Parmi eux, trois pays exportent des virus polio : le Pakistan, la Syrie et le Cameroun. Dans les sept autres pays (Afghanistan, Guinée Equatoriale, Ethiopie, Irak, Israël, Nigéria et Somalie), les virus polio circulent mais sans exportation documentée dans d'autres pays. En Israël, des virus polio sauvages ont été isolés dans des prélèvements environnementaux mais aucun cas clinique de poliomyélite n'a été enregistré.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a émis des recommandations de modifications temporaires du Règlement sanitaire international concernant ces dix pays.

Dans son avis, le HCSP fait le point sur la situation épidémiologique au niveau national et international, rappelle les modalités de transmission de la poliomyélite et les recommandations vaccinales en France, et précise les vaccins disponibles.

Il émet des recommandations détaillées concernant les mesures à préconiser pour la France en accompagnement de la recommandation de l'OMS pour les voyageurs provenant des pays d'endémie de poliomyélite ainsi que pour les résidents de France s'y rendant.

Avis du 8 juillet 2014.

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

- **Coupe du monde de football au Brésil : recommandations sanitaires pour les voyageurs**

La coupe du monde de football 2014 se déroulera du 12 juin au 13 juillet 2014 au Brésil.

Sur saisine du ministère des Affaires étrangères, le Haut Conseil de la santé publique a identifié les risques sanitaires prégnants et établi les recommandations sanitaires qui s'imposent pour : les vaccinations préventives obligatoires ou recommandées, la chimioprophylaxie anti-palustre, les mesures générales de prévention et d'hygiène.

Le HCSP recommande notamment aux ressortissants français désireux d'assister à cet événement :

- d'être à jour des vaccinations selon les indications du calendrier vaccinal français, en particulier pour diphtérie, tétanos, poliomyélite, rougeole, hépatite B ;
- contre la fièvre jaune, de se conformer aux obligations vaccinales émises par le ministère de la santé brésilien, de se faire vacciner pour un séjour dans une zone d'endémicité ;
- contre le paludisme dans les zones d'endémicité et contre les piqûres d'insectes dans l'ensemble du pays, de prévoir et de respecter les mesures de protection ;
- contre l'hépatite A et contre les infections invasives à méningocoque, de se faire vacciner quelle que soit la durée du séjour ;
- de respecter les mesures d'hygiène concernant notamment le risque diarrhéique et les infections sexuellement transmissibles.

Le HCSP recommande de consulter le site du ministère des Affaires étrangères français et de s'inscrire sur l'application Ariane et de s'adresser à un médecin si, au cours du séjour ou au retour, surviennent des symptômes tels que fièvre, diarrhée persistante, maladie de peau ou tout autre signe inhabituel.

Avis du 20 février 2014.

- **Prévention du paludisme - Recommandations en cas de voyage à Mayotte**

Il existe toujours à Mayotte un risque de transmission du paludisme à *P. falciparum*, même si cette transmission est très faible, sporadique et hétérogène. Par ailleurs, le paludisme d'importation à partir des Comores et de Madagascar existe toujours. Le risque de réapparition d'une transmission locale plus soutenue n'est pas exclu.

En conséquence, le Haut Conseil de la santé publique recommande :

le maintien des recommandations actuelles pour les voyageurs venant de zones non endémiques : chimioprophylaxie adaptée à un pays du groupe 3 des résistances associées à une prévention personnelle anti-vectorielle ;

- le maintien des mesures locales de lutte anti-paludique avec notamment :
- un renforcement du dépistage dans les populations à risque : migrants en provenance de l'Union des Comores ou de Madagascar ;
- la caractérisation précise des cas et la poursuite des mesures de dépistage autour des cas avérés ;
- la pérennisation de la lutte anti-vectorielle basée sur la mise à disposition de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILD) dans des conditions de coût garantissant l'accessibilité à l'ensemble de la population.

De plus, le HCSP recommande la poursuite des études sur les modalités de transmission et sur la résistance aux médicaments anti-paludiques, ainsi que la mise en place d'une coopération avec les autorités sanitaires de l'Union des Comores afin de pouvoir partager les données de chimiosensibilité obtenues dans les autres îles de l'archipel.

Concernant la chimioprophylaxie, les recommandations devront être réévaluées régulièrement à la lumière des données épidémiologiques et entomologiques.

Avis du 28 mars 2014.

- **Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2014 (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 2014, des données du Centre national de référence du paludisme, du CNR des arboviroses, de l'Institut de veille sanitaire ainsi que, pour les vaccins et médicaments, de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM).

Elles concernent tous les voyageurs, quelles que soient leur destination et les conditions du voyage. Elles rappellent l'importance, dans la prévention des 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, une partie importante est consacrée à la prise en compte de maladies d'importation, souvent d'apparence banale au retour de voyages, mais susceptibles de générer des problèmes de santé publique en France par leur capacité à s'y implanter.

Ont également été développées, les recommandations relatives à la prévention des maladies thromboemboliques et à la prise en compte du décalage horaire.

Avis du 28 avril 2014.

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

- **Chikungunya : modalités de transmission des données en situation épidémique**

Le chikungunya est une maladie infectieuse due à un arbovirus : le virus du chikungunya, transmis par la piqûre d'un moustique. En 2006, l'infection à chikungunya est devenue une maladie à déclaration obligatoire (DO) et depuis 2008, la surveillance par la DO de l'infection concerne l'ensemble du territoire (métropole et DOM).

Fin novembre 2013, une circulation autochtone du virus du chikungunya a été détectée pour la première fois dans la zone Amérique Caraïbes sur la partie française de l'île de Saint-Martin. Un dispositif de surveillance spécifique a été immédiatement mis en place dans tous les départements français d'Amérique par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Antilles-Guyane et les agences régionales de santé de Guadeloupe, de Martinique et de Guyane.

En raison de la situation épidémiologique actuelle du chikungunya dans les départements français d'Amérique, le Haut Conseil de la santé publique recommande la suspension de la déclaration obligatoire dans les territoires en situation épidémique.

Le HCSP rappelle en effet qu'en situation épidémique :

- la surveillance est réalisée par un réseau de médecins sentinelles (notification du nombre de cas cliniquement évocateurs) qui permet de suivre la dynamique de l'épidémie ;
- la confirmation biologique de tous les cas cliniquement évocateurs est moins nécessaire car le tableau clinique permet d'identifier les cas avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Les indications de la confirmation biologique sont donc réservées aux cas graves, aux cas hospitalisés, aux patients atteints de comorbidités, aux formes atypiques, aux femmes enceintes et aux nouveau-nés.

Avis du 13 février 2014.

• **Borréliose de Lyme. État des connaissances**

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

Le Haut Conseil de la santé publique a établi un état des connaissances actualisé concernant la problématique de la maladie de Lyme sur le plan médical, la situation épidémiologique nationale, européenne et internationale, les caractéristiques du vecteur de la maladie, les techniques diagnostiques, ainsi que les orientations de traitement. Dans le cadre de ce travail, il a également auditionné des associations de patients.

Le HCSP émet des recommandations concernant :

- la prise en charge médicale des patients dont le diagnostic clinique et biologique ne permet pas de faire, avec les moyens actuels, un diagnostic probant de maladie de Lyme ni de l'exclure ;
- les performances des outils diagnostiques sérologiques disponibles sur le marché ;
- des pistes de recherche clinique ;
- de futures enquêtes sociologiques.

Avis du 28 mars 2014.

Cet avis est accompagné d'un rapport.

• **Bilharziose à *Schistosoma haematobium* : dépistage et traitement**

Une situation de cas groupés d'infections à *Schistosoma haematobium* (bilharziose urinaire) a été signalée fin avril 2014 chez des personnes, en majorité des enfants, qui se seraient baignées dans le même cours d'eau douce en Corse. Cette affection parasitaire est endémique en Afrique intertropicale, à Madagascar et au Moyen-Orient. Le réservoir est l'homme porteur de vers adultes, qui élimine les œufs dans les urines. Il faut quatre semaines d'évolution via le bulin (mollusque d'eau douce, hôte intermédiaire) pour libérer les formes infectantes survivant une journée dans l'eau (furcocercaires). L'homme se contamine par pénétration cutanée des furcocercaires lors d'un contact cutané même bref avec de l'eau douce.

Le HCSP a pris en considération le cycle de la maladie, le contexte épidémiologique qui oriente vers une transmission locale, les modalités de diagnostic et de traitement.

Le HCSP recommande de réaliser un dépistage de la bilharziose urinaire chez toute personne ayant eu un contact cutané même bref avec de l'eau (baignade, trempage d'un membre, etc.) de la rivière Cavu en Corse du Sud, entre 2011 et 2013 sur une période allant

du 1er juin au 30 septembre. Le dépistage repose sur la sérologie. Il doit être organisé selon le niveau de risque de la population.

Le HCSP recommande de traiter tous les patients ayant une sérologie positive.

En termes de prévention, le HCSP recommande de :

- s'abstenir de tout contact cutané avec l'eau douce dans les zones à risque et en particulier dans la rivière Cavu ;
- s'abstenir d'uriner dans les rivières de ces mêmes zones compte tenu du mode de contamination et de la présence de bulins.

De plus, le HCSP recommande la réalisation d'une analyse malacologique visant à évaluer l'infection des bulins du Cavu.

Avis du 23 mai 2014.

- **Infections cutanées à SARM Co. Conduite à tenir devant des cas groupés**

Depuis les années 1980, les infections à SARM (Staphylococcus aureus résistant à la méticilline) ne sont plus limitées au milieu hospitalier, et sont diagnostiquées dans le domaine communautaire.

Les SARM associés aux infections communautaires (SARM Co) appartiennent à différents clones qui diffusent aujourd'hui mondialement. Le plus souvent, ils portent dans leur génome les gènes codant pour la Leucocidine de Panton Valentine (PVL) : on parle alors de SARM Co PVL+.

En France, la prévalence des infections à SARM Co PVL+ est faible, et la plupart des épisodes de cas groupés sont associés au complexe clonal CC80. Toutefois, en 2013, un clone particulièrement épidémique nommé USA300 a été associé à plusieurs épisodes de cas groupés d'infections, dont un au sein d'un établissement de santé.

Au vu de cette évolution, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a actualisé les recommandations existantes concernant la gestion des épisodes de cas groupés d'infections cutanées à SARM Co PVL+.

Les recommandations présentées dans ce guide ont pour objectif d'aider les professionnels de santé pour la gestion des épisodes de cas groupés d'infections cutanées suppuratives associées à des SARM Co PVL+. Elles sont adaptées aux connaissances scientifiques connues en 2014.

Plus généralement, au-delà des problématiques liées aux SARM Co PVL+, ces recommandations ont vocation à pouvoir être utilisées pour la gestion des épisodes de cas groupés d'infections cutanées suppuratives associées à des staphylocoques producteurs de PVL, que les souches soient sensibles ou résistantes à la méticilline.

Rapport du 10 juillet 2014.

- **Avis et rapports validés en 2014 n'ont pas encore été rendus publics**

- **Utilisation des vaccins contre la leptospirose dans une situation de risque de rupture d'approvisionnement de Spirolept®.**
- **Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Actualisation 2014.**
- **Tuberculose multirésistante et place des tests de diagnostic de biologie moléculaire dans la stratégie diagnostique de la tuberculose (en collaboration avec la Commission spécialisée Sécurité des patients) (Avis et rapport).**
- **Accès aux filières de formation à des professions de santé de personnes infectées par le VHB (en collaboration avec la Commission spécialisée Sécurité des patients).**

La CSMT après avis du CTV a validé deux documents dont la diffusion est assurée par le ministère chargé de la santé.

- Guide pratique sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infection invasive à méningocoque.
- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015.

SAISINES EN COURS D'INSTRUCTION

- **Par le Comité technique des vaccinations**
 - Infections à papillomavirus humains. Vaccination des garçons.
 - Vaccinations des prématurés.
 - 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*.
- **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.
 - Utilisation de la primaquine à visée « altruiste » contre *Plasmodium falciparum* dans les zones de forêt à l'intérieur de Guyane
Saisine du 24 juillet 2014.
- **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.
 - Conduite à tenir en cas de gastroentérites à *Escherichia coli* entéro hémorragique (ECEH).
Saisine du 21 mai 2013.
 - Recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays-tiers, en collaboration avec la CSMC et CSPEPS
Saisine du 20 novembre 2014.
 - Saisines « Ebola » (cf. pp. 77-80)

PRÉSENTATION

Présidente : Claudine Berr

Coordonnatrice : Véronique Mallet

Vice-président : Serge Briançon

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 :

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

En 2014, la commission a tenu six séances plénières et son bureau autant de réunions téléphoniques.

Elle a participé aux activités transversales du HCSP et continué 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 :

- GT Systèmes d'information en santé
- GT Adaptation et prospective
- GT Santé en régions
- GT Education pour la santé à l'école
- Comité de rédaction de la revue *Adsp*
- GT Visite médicale des primo-arrivants

En réponse à des saisines en collaboration avec la CSESP :

- CODEV Evaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer
- CODEV Plan National Maladies Rares 2011-2014

Des membres de la CSMC ont contribué aux groupes qui ont été amenés à argumenter les priorités de santé puis à définir des objectifs et indicateurs de résultats dans le domaine du vieillissement, de la santé mentale du cancer et des maladies chroniques. Ces contributions ont fait l'objet de travaux préparatoires par échanges mails et conférences téléphoniques et de discussions avec l'ensemble de la commission en réunion plénière.

- Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé,
- Compléments de réponse : proposition d'objectifs de résultats à 5 et 10 ans.

- **Groupe de travail Dimension fonctionnelle du handicap**

Présidents : Jean-François Mathé, Hélène 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.

Ce groupe a tenu en 2014, dix 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 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 Maisons départementales des personnes handicapées (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 GT a missionné le cabinet CEKOIA pour réaliser :

- 1) une étude quantitative des modalités du processus d'évaluation de l'ensemble des MDPH, à partir d'un questionnaire d'enquête ;
- 2) une étude qualitative réalisée dans huit MDPH permettant d'aller plus loin dans cette analyse.

En 2014, les experts de la CSMC, le cabinet CEKOIA et un comité de pilotage *ad hoc* ont suivi les différentes étapes de l'étude et orienté les travaux du prestataire qui a remis son rapport final en septembre, accompagné de préconisations.

Le rapport préparé par le cabinet CEKOIA est en ligne <http://www.cekoia.eu/> et une synthèse est publiée dans la revue *Adsp* de décembre 2014. Ce rapport souligne un certain nombre **de lignes fortes dans l'évolution des modèles d'organisation des MDPH** qui apportent des évolutions positives aux modalités de réalisation de l'évaluation des demandes de compensation du handicap, que ce soit dans la gestion des délais ou dans la qualité d'une analyse réellement pluridisciplinaire. A partir des éléments analysés dans le cadre de l'étude quantitative et qualitative, **un certain nombre de « bonnes pratiques » ou de pratiques signalées comme intéressantes ont été identifiées**. Etant donné l'hétérogénéité des pratiques et des organisations des MDPH, les recommandations formulées par le rapport visent à faire connaître et à déployer ces pratiques, tout en sachant que celles-ci doivent être

adaptées selon les possibilités et le contexte d'exercice propre à chaque MDPH. L'avis du HCSP s'appuiera sur les conclusions de ce rapport mais va aussi intégrer les autres rapports portant sur ces fonctionnements pour émettre un avis et des recommandations

Le travail réalisé en 2014 :

- des réunions d'échange et de validation du rapport CEKOIA avec les membres du copil ;
- la rédaction d'une première version de l'avis soumise le 13 novembre en Comex et le 16 décembre aux Directeurs des MDPH.

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

Présidente : Liana Euller-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 L. Euller-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 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 multicentrique a été construite. Elle incluse : les caractéristiques de la maladie, son épidémiologie, la fiabilité et la disponibilité d'un diagnostic, les traitements disponibles et leur accessibilité. Par ailleurs, les recommandations de bonnes pratiques, émanant de la HAS ou, à défaut, d'autres sources nationales ou internationales, ont été prises en compte.

Pour compléter les travaux menés en 2013 (synthèse des réponses aux questionnaires des sociétés savantes et revue de la littérature), une série d'auditions a été réalisée au cours de l'année (cinq journées d'auditions) en plus des réunions du groupe de travail.

A partir des trois sources de données : retours et analyse transversale des questionnaires, revue bibliographique et auditions, le groupe de travail a initié la rédaction du rapport final. Les travaux se poursuivront en 2015.

- **Réponse aux saisines**

- **Détermination de l'âge des mineurs étrangers**

Saisine du 2 mai 2013.

Un groupe de travail composé d'experts, tous membres du HCSP et d'experts extérieurs auditionnés au cours de deux réunions de travail, a permis la rédaction d'un avis du HCSP sur la détermination de l'âge des mineurs étrangers isolés sur le territoire ; cet avis rédigé en réponse à la saisine de la DGS, fait le point sur l'existence de données scientifiques permettant, ou non, de déterminer l'âge d'un jeune. Après avoir procédé à l'examen des publications récentes nationales et internationales ainsi qu'à des auditions, le HCSP a conclu qu'il n'y a pas de nouvelles données scientifiques permettant de déterminer avec précision et fiabilité l'âge d'un individu. Dans le cadre d'une requête judiciaire, si une demande médicale

intervient pour déterminer la minorité d'un jeune, une combinaison de méthodes s'impose aux médecins, dans le cadre d'une unité hospitalière de médecine légale.

Avis du 23 janvier 2014

PERSPECTIVES

En 2015, les travaux de la CSMC concernent :

- la poursuite des travaux des groupes Diagnostic et Handicap, production des rapports et avis qui seront remis à la CSMC pour approbation avant d'être soumis au Comex ;
- la poursuite des travaux d'évaluation des dix ans de politique de lutte contre le cancer (conjointement avec la CSESP) ;
- la poursuite et la mise en place des travaux relatifs à l'évaluation de différents programmes et plans menés conjointement avec la CSESP, la CSMT et la CSPEPS :
 - Plan maladies rares ;
 - Programme suicide ;
 - Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2014 ;
 - Programmes d'éducation thérapeutiques dans les ARS ;
 - Mise en œuvre du plan de lutte contre le VIH.

L'ensemble de ces travaux d'évaluation vont impliquer quasiment tous les membres de la commission en 2015. Des travaux plus spécifiques sur les indicateurs proposés pour les maladies chroniques dans le cadre des saisines préparatoires à la Stratégie nationale de santé devraient aussi être développés.

COMMISSION SPÉCIALISÉE RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

PRÉSENTATION

Président : Denis Zmirou-Navier

Coordonnatrice : Kiran Ramgolam

Vice-présidente : Francelyne Marano

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.

La CSRE conduit essentiellement des expertises pour l'aide à la gestion des expositions liées à l'environnement et formule des préconisations pour éclairer les gestionnaires du risque sur les valeurs de gestion (concentrations de polluant/intensité du problème à partir desquelles des actions sont à entreprendre et énoncé des mesures appropriées) en associant aux objectifs de santé publique des considérations de faisabilité pratique, réglementaire, juridique, économique et sociologique.

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

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

COMPOSITION

La CSRE compte actuellement :

- 19 personnalités qualifiées (depuis le 4 juin 2014) 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 appliquée à certains domaines (santé au travail, qualité de l'eau, de l'air, hygiène de l'habitat, qualité des sols, gestion des déchets, nuisances sonores, risques infectieux environnementaux) et dans le domaine des sciences humaines et sociales (sociologie, économie, science politique, psychologie).
- quatre membres de droit qui représentent l'InVS, l'Anses, l'INCa et l'IRSN.

En 2014, la CSRE :

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

ACTIVITÉS

L'activité de la CSRE est centrée sur la réponse à des saisines émanant de la DGS (principalement), du ministère en charge de l'écologie et des préfetures.

Les travaux sont menés par des groupes d'experts de la CSRE associant en tant que de besoin des experts extérieurs (pour le désamiantage par exemple) et aboutissent à l'élaboration d'un avis et/ou d'un rapport du HCSP.

Tous les avis et rapports sont débattus et votés au cours des séances plénières de la CSRE, après analyse des liens d'intérêts de ses membres à partir de leurs déclarations publiques d'intérêt, actualisées dès que nécessaire et consultables sur le site du HCSP.

En 2014, la CSRE a validé huit avis et deux rapports.

Par ailleurs, la CSRE s'est impliquée dans la réponse du HCSP lors de la consultation sur le projet du troisième Plan national santé-environnement (septembre 2014).

Les membres de la commission ont aussi participé à la réflexion sur les indicateurs dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS).

- **Saisines et autosaisines en cours d'instruction et groupes de travail**
 - **Recommandations pour la gestion du risque amiante dans l'habitat et l'environnement, et révision du seuil de déclenchement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux amiantés**

Les bâtiments font l'objet d'une réglementation relative au risque d'exposition à l'amiante depuis 1996. Un seuil d'empoussièrément a été fixé à 5 fibres d'amiante par litre d'air, à partir duquel doivent être entrepris des travaux de désamiantage ou de confinement des matériaux amiantés. 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.

Le groupe de travail alors constitué pour l'instruction de cette saisine avait été sollicité pour répondre à des saisines surajoutées concernant des questions ponctuelles sur des textes réglementaires relatifs au risque amiante (cf. rapport d'activité 2011).

Le groupe de travail, après avoir vu sa composition modifiée suite au renouvellement du HCSP en mars 2011, a pu reprendre ses travaux en 2012 sur la définition du seuil de déclenchement du désamiantage. Un rapport final a été validé le 23 mai 2014 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

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

Ce projet est issu d'une autosaisine entérinée par le Comex et discutée 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 gestion des situations de non-conformité aux normes de qualité de l'eau destinée à la consommation humaine.

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 à la formulation de propositions d'amélioration et d'harmonisation des gestions locales de ces situations de non-conformité. 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 termes 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. Le travail sera conclu en 2015.

- **Expositions au plomb - Détermination de nouveaux objectifs de gestion**

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 :

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.

- une révision possible du seuil individuel déclenchant la procédure de soustraction des enfants à l'exposition au plomb, correspondant actuellement à une concentration sanguine de 100 µg/L, alors que des effets sur la santé sont connus à des niveaux inférieurs ;
- 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 devraient être engagées au niveau des populations concernées ; la proposition de ces 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 le rapport final a été validé le 23 mai 2014 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **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 la DGPR 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 en décembre 2013 et un avis a été validé le 2 février 2014 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **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**

L'avis du HCSP est demandé par la DGPR dans la saisine du 16 octobre 2013 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 en décembre 2013 et un avis a été validé le 2 février 2014 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

- **Conditions d'utilisation et mesures de gestion à mettre en place si une dérogation était accordée pour l'emploi du malathion en Guyane pour la lutte anti-vectorielle dans le but de prévenir la propagation de l'épidémie de chikungunya se développant actuellement dans les Antilles et en Guyane**

Compte-tenu d'une épidémie de chikungunya en cours dans les Antilles, du risque important de propagation en Guyane (25 cas autochtones en avril 2014), et de la résistance des moustiques responsables de la transmission de cette maladie aux insecticides autorisés actuellement pour la lutte anti-vectorielle, une dérogation pour l'utilisation du malathion est envisagée. Dans sa saisine du 4 avril 2014, la Direction générale de la santé demande au HCSP de formuler des mesures de gestion à mettre en place dans le cas de l'utilisation dérogatoire du malathion en Guyane (conditions d'utilisation en Guyane, zones pouvant faire l'objet de traitements et mesures environnementales, mesures de gestions supplémentaires set de surveillance ciblée). Un groupe de travail a été constitué en avril 2014 et un avis a été validé en urgence le 9 mai 2014 par le président du HCSP (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

Le 11 juin 2014, le HCSP est à nouveau interrogé dans une saisine complémentaire sur l'utilité d'une mise à jour des mesures de gestion préconisées dans l'avis du 9 mai 2014 pour l'utilisation dérogatoire du malathion, compte-tenu de l'évolution de la situation

épidémiologique en Guyane (7 foyers distincts déclarés à ce moment). Des compléments d'information sont également demandés sur plusieurs points de l'avis du 9 mai 2014. Une réponse du HCSP est apportée par courrier du 2 juillet 2014.

Enfin, la DGS demande au HCSP dans une saisine complémentaire du 31 octobre 2014 de préciser les mesures de protection à mettre en œuvre pour les piscines en vue de procéder à l'épandage de malathion. Un avis du HCSP est validé le 13 novembre 2014 (cf. infra avis et rapports validés par la CSRE).

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

La pollution atmosphérique, classée comme cancérigène 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.

En réponse à la saisine conjointe de la DGS et de la DGEC du 30 avril 2013, la CSRE produit un avis le 15 novembre 2013 (voir rapport d'activité 2013) dans lequel il propose des messages sanitaires à diffuser en cas d'épisodes de pollution de l'air ambiant pour ces quatre polluants, tout en rappelant que la gestion de la qualité de l'air au long court a bien plus d'impact sur la santé que la gestion d'épisodes ponctuels. 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 ».

A la demande de la DGS, les membres du groupe de travail ayant préparé cet avis ont participé à l'adaptation de ces messages en vue de leur publication en annexe de l'arrêté du 20 août 2014 relatif aux recommandations sanitaires en vue de prévenir les effets de la pollution de l'air sur la santé³.

- **Consultation sur le projet du troisième Plan national santé-environnement**

Suite à la conférence environnementale des 14 et 15 septembre 2012 et conformément à la feuille de route gouvernementale, l'évaluation du deuxième Plan national santé environnement (PNSE2, 2009-2013) avait été confiée au HCSP, qui a rendu son analyse et ses recommandations pour un PNSE3 en septembre 2013 (« Evaluation du PNSE2 », HCSP, 19 septembre 2013).

Lors de la conférence environnementale de 2013, les travaux d'élaboration du PNSE3 ont été lancés par le Premier ministre. Ces travaux ont été pilotés par un comité interministériel regroupant des représentants des ministères en charge de l'environnement, du travail, de l'agriculture, de la recherche et de la santé. Un projet de PNSE3 a été élaboré sur la base des travaux réalisés en amont par un comité scientifique d'appui, trois groupes de travail (« exposome », « facteurs de risques environnementaux et pathologies » et « formation, information et dynamiques territoriale de santé », chacun présidé par une personnalité qualifiée et piloté par une agence) et le groupe santé environnement réunissant les parties prenantes (collectivités, associations, partenaires sociaux et entreprises).

En vue de l'annonce prévue du PNSE3 lors de la conférence environnementale 2014, la DGS a sollicité l'avis du HCSP le 5 août 2014 sur ce projet de PNSE3. Les membres de la CSRE, de la CSESP et de l'ancien comité d'évaluation du PNSE2 ont été sollicités pour élaborer la réponse à cette demande.

Dans son avis du 22 septembre 2013, le HCSP formule ses commentaires sur ce projet de PNSE3 et ses préconisations pour en améliorer l'évaluabilité.

³ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029413664&dateTexte=&categorieLien=id>

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

- **Projets d'arrêtés accordant ou portant refus de dérogation à l'interdiction d'addition de radionucléides, énoncés à l'article R.1333-2 du code de la santé publique dans les biens de consommation, produits de construction et denrées alimentaires**

L'ajout de radionucléides est interdit dans les biens de consommation, produits de construction et denrées alimentaires (article R.1333-2 du code de la santé publique). Il est aussi interdit d'importer ou d'exporter de tels produits contenant des radionucléides.

Des dérogations sont cependant autorisées, sauf pour 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 (article R.1333-4).

- **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**

Saisine de la DGPR du 16 octobre 2013.

Le HCSP rend un avis favorable sur le projet d'arrêté portant refus de dérogation à l'interdiction d'addition de radionucléides pour l'ajout de tritium dans les montres, considérant la photoluminescence, technique alternative à la radioluminescence (produite par la désintégration d'un élément tels que le tritium), a été développée et adoptée par les fabricants de montres les plus importants au niveau mondial.

Il recommande de rappeler aux importateurs et exportateurs les exigences du code de la santé publique (R.1333-2 et R.1333-4) et l'interdiction de l'importation et de la commercialisation de ces produits. Il préconise également de délivrer une communication vers les professionnels de l'horlogerie (notamment personnels de fabrication et réparation) rappelant le risque représenté par les montres utilisant toute technique de radioluminescence, dont la technique à base de tritium.

L'arrêté est prévu pour publication début 2015.

Avis du 2 février 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.**

Saisine de la DGPR du 16 octobre 2013.

Le HCSP rend un avis favorable sur le projet d'arrêté accordant dérogation à l'interdiction d'addition de radionucléides pour l'ajout de Krypton-85 et de Thorium-232 dans des lampes à décharge, avec la proposition que la dérogation soit limitée à une durée de 5 ans compte tenu du remplacement probable de ces lampes contenant du Krypton-85 ou du Thorium-232 par des produits de substitution dans les 5 à 10 ans à venir.

Cet avis établit un état des lieux sur la vente des lampes à décharge contenant du Krypton-85 et/ou de Thorium-232, de leurs avantages techniques et/ou économiques vis-à-vis des produits concurrents sans radionucléides (lampes à LED, etc.) déjà commercialisés, des risques potentiels d'exposition aux rayonnements ionisants induit par leur contenu en Krypton-85 et/ou en Thorium-232, et de l'organisation actuelle de la filière de collecte, d'élimination et/ou de recyclage de ces produits en fin de vie.

Des recommandations sont apportées sur la diffusion des risques associés à la manipulation de ces produits et sur la gestion des situations d'accumulation importante de ces lampes dans un même lieu (associées à un risque d'exposition aux rayonnements ionisants non négligeable). Des préconisations sont formulées pour un renforcement du taux de collecte des lampes à décharges contenant du Krypton-85 ou du Thorium-232 et la mise en place effective d'une filière d'élimination. L'arrêté est prévu pour publication début 2015.

Avis du 2 février 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**

Saisine de la DGS du 21 octobre 2013.

Les **déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)** produits par les particuliers en auto-traitement peuvent se retrouver mélangés à des déchets ménagers, ce qui présente un risque pour les agents en charge de la collecte, l'élimination et/ou la valorisation des ordures ménagères, avec dans ce cas un risque pour les utilisateurs de sous-produits dérivés des ordures ménagères (compost, biogaz...). Il est donc nécessaire de favoriser et de simplifier la mise en place de la filière à responsabilité élargie pour l'élimination de ces DASRI, tout en conciliant les exigences de sécurité sanitaire et les contraintes administratives et réglementaires s'appliquant aux usagers et aux collectivités.

L'arrêté du 14 octobre 2011, après avis du HCSP du 29 juin 2011, a apporté une première série de modifications aux arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques.

Le HCSP donne un avis favorable à ce nouveau projet d'arrêté qui permet la mise en conformité des procédures du contrôle des filières d'élimination avec les évolutions réglementaires et la réalité des pratiques, et l'augmentation du temps d'entreposage des DASRI en petites quantités, en vue à terme de développer le réseau de points de collecte.

Il recommande la mise en place par l'administration compétente d'une évaluation à 2 ans du taux de collecte des DASRI produits par les particuliers en auto-traitement, afin de mesurer l'efficacité de la simplification administrative de la collecte, notamment afin d'apprécier les seuils de durée d'entreposage, l'importance et les motivations de refus de prise en charge, ainsi que l'utilisation des volumes pour la quantification des déchets collectés.

Avis du 2 février 2014.

- **Recommandations pour la gestion du risque amiante dans l'habitat et l'environnement et définition d'un seuil de déclenchement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux amiantés**

Saisine de la DGS du 6 janvier 2010.

Les bâtiments font l'objet d'une réglementation relative au risque d'exposition à l'amiante depuis 1996. Un seuil d'empoussièremment a été fixé à 5 fibres d'amiante par litre d'air, à partir duquel doivent être entrepris des travaux de désamiantage ou de confinement des matériaux amiantés. Dans le cadre de la refonte de la partie réglementaire du Code de la santé publique relative à l'amiante, la DGS demande au HCSP le 6 janvier 2010 de définir un nouveau seuil de déclenchement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux amiantés.

Une analyse approfondie a été réalisée des procédures en place et de la cohérence entre les réglementations (codes de la santé, du travail et de l'environnement), les normes et les pratiques concernant le repérage de l'amiante, les mesures d'empoussièremment et la gestion des expositions environnementale à l'amiante (d'origine naturelle, industrielle ou liées aux déchets amiantés). De nombreuses recommandations sont formulées pour rendre cohérentes les différentes réglementations sur l'amiante et réduire l'écart entre ces réglementations et la pratique, appelant à leur mise en œuvre dans les plus brefs délais pour améliorer la gestion des risques liés aux expositions à l'amiante. Cette politique de mise en conformité est la priorité préconisée par le HCSP.

Ces conditions devant être remplies en priorité, un seuil de déclenchement des travaux d'une valeur de 2 f/L applicable au 1/1/2020 est également proposé. Une évaluation de l'évolution des pratiques à cette échéance est préconisée. En fonction des résultats de cette évaluation, la possibilité d'un abaissement supplémentaire du seuil pourrait être considérée.

Rapport du 23 mai 2014.

- **Expositions au plomb**

Saisine de la DGS du 15 octobre 2012.

Des effets nocifs du plomb sur la santé sont démontrés pour des concentrations de plomb dans le sang (plombémies) inférieures à 100 µg/L, valeur qui définit actuellement le saturnisme infantile. En conséquence, le HCSP préconise une politique de réduction des expositions au plus bas niveau possible. Il propose comme objectifs à atteindre en 2017 une plombémie moyenne (géométrique) de 12 µg/L et une plombémie inférieure à 40 µg/L pour 98 % de la population. Il recommande de cibler les actions de dépistage, de prise en charge médicale et de prévention des intoxications sur les personnes les plus exposées.

Pour organiser la prévention du saturnisme infantile, il propose deux niveaux de plombémie:

- un niveau *d'intervention rapide* pour les plombémies égales ou supérieures à 50 µg/L, impliquant la déclaration obligatoire du cas et déclenchant une enquête environnementale et l'ensemble des mesures collectives et individuelles qui sont actuellement déclenchées lorsque la plombémie est égale ou supérieure à 100 µg/L ; il s'agirait donc de la nouvelle définition opérationnelle du saturnisme infantile ;

- un *niveau de vigilance* pour les plombémies égales ou supérieures à 25 µg/L ; son dépassement indique l'existence probable d'au moins une source d'exposition au plomb dans l'environnement et justifie une information des familles sur les dangers du plomb et les sources usuelles d'imprégnation, ainsi qu'une surveillance biologique rapprochée, accompagnée de conseils hygiéno-diététiques visant à diminuer l'exposition.

Ces niveaux de référence devront être actualisés tous les 10 ans.

Des valeurs d'alerte sont également proposées pour les principales sources de plomb dans l'environnement (sols, poussières de maison, eau du robinet).

Rapport du HCSP du 23 mai 2014.

- **Mesures de gestion à mettre en place en vue de l'emploi dérogatoire du malathion en Guyane comme moyen complémentaire de lutte anti-vectorielle dans le but de prévenir la propagation de l'épidémie de chikungunya se développant actuellement dans les Antilles et en Guyane**

- **Conditions d'utilisation et aux mesures de gestion à mettre en place dans le cas de l'emploi dérogatoire du malathion en Guyane pour la lutte anti-vectorielle dans le but de prévenir la propagation de l'épidémie de chikungunya se développant actuellement dans les Antilles et en Guyane**

Saisine de la DGS du 4 avril 2014.

Le HCSP formule les conditions d'utilisation et les mesures de gestion à mettre en place dans le cas de l'emploi dérogatoire du malathion, pour une durée limitée, comme moyen complémentaire de lutte contre les moustiques adultes vecteurs du chikungunya, et contre les sites larvaires, afin de prévenir la propagation de l'épidémie se développant actuellement dans les Antilles.

Les conditions d'aspersion du malathion à l'extérieur sont énoncées, ainsi que les précautions à prendre pour assurer la protection des personnels en charge de l'aspersion, de la population générale et des milieux environnementaux sensibles au malathion.

Le HCSP rappelle la nécessité de maintenir un haut niveau de vigilance et d'implication de la population sur les autres actions de la lutte anti-vectorielle permettant de diminuer le nombre de moustiques vecteurs (notamment élimination des gîtes larvaires et protection individuelle contre les piqûres de moustiques dans le voisinage de cas identifiés).

Avis du 9 mai 2014.

- **Conditions d'utilisation et mesures de gestion à mettre en place dans le cas de l'emploi dérogatoire du malathion en Guyane pour la lutte anti-vectorielle : actualisation et précisions**

Saisine complémentaire de la DGS du 11 juin 2014.

Le HCSP précise dans un courrier que les mesures préconisées dans l'avis du 9 mai 2014 restent valables dans la situation épidémiologique actuelle en Guyane (7 foyers distincts sont alors déclarés) et apporte des compléments d'information quant à la mise en œuvre de certaines préconisations.

Il rappelle l'urgence de mettre en œuvre l'utilisation du malathion accompagnée des mesures de gestion et des précautions d'emploi indiquées dans son avis du 9 mai afin de retarder au plus vite, et peut-être empêcher l'explosion épidémique en Guyane.
Courrier du 2 juillet 2014.

- Mesures de gestion à mettre en place dans le cas de l'emploi dérogatoire du malathion en Guyane pour la lutte anti-vectorielle : mesures de protection pour les piscines

Saisine complémentaire de la DGS du 31 octobre 2014.

L'usage dérogatoire du malathion a été autorisé pour 180 jours dans le cadre de la prévention d'une épidémie de chikungunya en Guyane par l'arrêté du 5 août 2014. Des précisions sont apportées dans cet avis sur les mesures de protection à mettre en œuvre pour les piscines se situant dans les zones traitées par le malathion.

Il est recommandé que les autorités locales informent par des médias multi-canaux les propriétaires et gestionnaires des piscines, publiques ou privées, des périodes de traitement. Des précautions sont nécessaires dans le cas des piscines privées traitées au chlore, au brome ou par d'autres procédés oxydants, si celles-ci ne peuvent être protégées par des bâches et se situent à moins de 50 mètres des aspersion de malathion, car le malathion est transformé en malaaxon en présence de ces oxydants, un dérivé plus toxique. Le HCSP recommande dans ces cas de maintenir le pH à un niveau élevé de l'ordre de huit, qui permet une dégradation rapide du malaaxon, d'éviter la baignade pendant les 48 h suivant la pulvérisation de malathion, puis de ramener le pH de la piscine à la neutralité après ce délai. Si ces mesures ne peuvent être appliquées, il est recommandé d'éviter la baignade pendant une semaine.

Des précautions particulières ne sont pas nécessaires lorsque les piscines sont protégées par une bâche lors des aspersion de malathion ou lorsqu'elles sont désinfectées à partir de sel ou d'autres moyens de traitement, à l'exclusion de traitements par le chlore, le brome ou d'autres procédés oxydants.

Avis du 13 novembre 2014.

• Consultation sur le projet du troisième Plan national santé-environnement

Saisine de la DGS du 5 août 2014.

Dans sa saisine du 5 août 2014, la DGS a sollicité l'avis du HCSP sur le projet du troisième Plan national santé environnement (PNSE3), en vue du projet de l'annonce du PNSE3 lors de la conférence environnementale 2014.

Dans son avis du 22 septembre 2014, le HCSP formule ses commentaires sur ce projet et ses préconisations pour en améliorer l'évaluabilité. Ayant formulé, dans son rapport d'évaluation du PNSE2, des préconisations dans la perspective de la préparation du PNSE3, le HCSP formule des observations concernant leur prise en compte ou non dans le projet soumis.

Il attire particulièrement l'attention des rédacteurs sur la structure et la logique générale du projet et notamment, souvent, sur l'absence ou le caractère indéfini (ou mal défini) de certains objectifs ou indicateurs, ce qui compromet son caractère opérationnel et la possibilité d'évaluer les effets du Plan.

Si l'élargissement du Plan aux champs de l'alimentation et de la biodiversité, non traités dans le PNSE2, est fortement apprécié par le HCSP, il déplore l'absence de certaines thématiques importantes (changement climatique, expositions professionnelles, lutte contre l'habitat indigne). Le HCSP a également commenté la formulation des objectifs et des indicateurs proposés pour chaque action et sous-action du projet de PNSE3.

La version définitive du plan a été annoncée fin 2014.

Avis du 22 septembre 2014.

- **Demande de renouvellement de prorogation de délai d'achèvement des travaux de retrait de l'amiante de la Cité administrative de Bordeaux**

Saisine du Préfet de Gironde du 4 juillet 2014.

La réglementation impose aux propriétaires d'immeubles de procéder, dans un délai de trois ans, à des travaux de confinement ou de retrait des flocages, calorifugeages ou faux-plafonds contenant de l'amiante, en cas d'exposition potentielle des occupants. Une prorogation de ce délai, renouvelable une fois, peut être accordée par arrêté préfectoral, pris après avis du Haut Conseil de la santé publique, pour les immeubles de grande hauteur et pour les établissements recevant du public lorsque des flocages, calorifugeages ou faux-plafonds y ont été utilisés à des fins de traitement généralisé (art. R. 1334-29-2 du code de la santé publique).

Le HCSP, saisi pour une première demande de prorogation de délai de fin de travaux de désamiantage de la Cité administrative de Bordeaux, avait répondu le 5 janvier 2012 ne pas être en mesure de donner un avis, en raison du caractère hors délai de la demande mais avait formulé un ensemble de préconisations en vue de gérer le risque.

Le 4 juillet 2014, le préfet de Gironde sollicite l'avis du HCSP sur une deuxième demande de prorogation de ce délai. Le HCSP formule le 7 novembre 2014 un avis défavorable à cette demande et souligne la nécessité d'améliorer les conditions actuelles d'organisation du chantier de désamiantage de la Cité administrative. Il formule de nouvelles recommandations pour la protection des personnes en raison de l'importance des travaux de retrait restant encore à réaliser. Il rappelle la nécessité de la pleine mise en œuvre des recommandations de son avis du 5 janvier 2012 et du respect des délais tout en assurant la maîtrise du chantier de désamiantage, d'autant plus que le personnel est maintenu sur place.

Avis du 7 novembre 2014

PERSPECTIVES

En 2015, la CSRE poursuivra les travaux qu'elle a initiés sur l'analyse des gestions locales des situations de non-conformités de l'eau de boisson.

Elle procèdera 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

Coordonnatrices : Corinne Le Goaster
puis Ann Pariente-Khayat

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

La CSSP compte :

- 15 personnalités qualifiées
- cinq membres de droit : ABM, ANSM, EFS, HAS, InVS.

ACTIVITÉS

En 2014, la commission a tenu six séances plénières.

Ses activités ont été constituées principalement par les réponses aux saisines ; la CSSP a poursuivi ou organisé quatre groupes de travail et participé à deux groupes de travail pilotés par la CSMT.

Elle a également participé au Comité d'Évaluation du PROgramme de Prévention des Infections Nosocomiales (PROPIN) couplé à celui du Plan Stratégique Infections Associées aux Soins (PSIAS), en lien avec la CSESP.

Elle anime, en lien avec la CSMT, le groupe pérenne « Maladie à virus Ebola » mis en place par le HCSP à la demande de la DGS en septembre 2014. (cf. pp. 77-80).

• Les saisines

Les saisines reçues en 2014 ont émané de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

• **Évaluation scientifique des propriétés biocides du cuivre participant à la baisse des infections nosocomiales**

Saisine DGOS du 20 juin 2014.

Suite à l'intérêt récurrent d'un député sur cette question, il est demandé au HCSP d'étudier la participation des propriétés bactéricides du cuivre à la baisse des infections nosocomiales, son intérêt médico-économique et son impact économique en termes d'équipement. L'ANSM est consultée parallèlement sous l'approche de l'innovation thérapeutique.

- **Accès aux filières de formation à des professions de santé de personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB)**

Saisine DGS du 24 juin 2014.

Un avis du HCSP était demandé sur la conduite à tenir concernant les personnes porteuses d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) voulant intégrer des filières de formation listées dans l'arrêté du 6 mars 2007, ainsi que sur les conditions nécessaires à cette intégration.

- **Définition des patients à haut risque vital**

Saisine DGS du 8 juillet 2014.

Le Haut conseil de la santé publique a été saisi pour donner une nouvelle définition des patients à haut risque vital (PHRV).

Depuis 1997, il existe un dispositif d'information particulier pour les PHRV à domicile, sur la base d'une circulaire ministérielle⁴ en cas de coupure électrique prévue ou accidentelle, ciblé uniquement sur les patients placés sous respirateur et ayant une autonomie inférieure ou égale à 4 heures par jour et les enfants bénéficiant de nutrition parentérale à domicile, basé sur une inscription auprès de l'ARS et de l'ERDF. Ces dispositions ont été rappelées par une circulaire de 2009⁵ concernant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour la prise en charge des personnes à haut risque vital et des personnes hospitalisées à domicile en cas d'évènements climatiques extrêmes.

L'évolution des pathologies, des techniques et des modes de prise en charge à domicile impose de revoir la définition des PHRV afin d'adapter information et secours, à la gravité des patients et au degré d'urgence nécessaire à l'intervention de suppléance.

- **Epidémiologie des infections à *Clostridium difficile* (ICD), recommandations de méthodes diagnostiques, de traitement et actualisation des lignes directrices pour la maîtrise de la diffusion des ICD**

Saisine DGS et DGOS du 24 juillet 2014.

Il est demandé au HCSP d'actualiser ses recommandations de 2008 sur la maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé français afin que les professionnels de santé disposent de recommandations adaptées.

Il est envisagé d'articuler la réponse de la CSSP sur les perspectives de nouvelles thérapeutiques aux travaux du groupe qui sera mis en place par la CSMT sur la greffe de microbiote fécal.

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

Initialement programmée pour mai 2014, la réponse à cette saisine DGS-DGOS du 12 juillet 2013 a été reportée à début 2015. En effet, les sociétés savantes d'utilisateurs devaient être consultées dans leur ensemble et, compte tenu de nouvelles données, les stratégies de désinfection plus largement discutées avec les pairs européens.

- **Réponses aux saisines : Avis et rapports validés par la CSSP en 2014**

- **Infections associées aux soins : propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique – Rapport d'auditions**

Ce rapport fait suite à une nouvelle saisine de la DGOS du 26 août 2013 demandant au HCSP que les résultats de son premier rapport d'avril 2013 (sélection de cinq indicateurs susceptibles de faire partie d'un tableau de bord annuel des établissements de santé en complément des indicateurs existants) soient soumis à des auditions avec d'autres

⁴ Circulaire DGS/SQ2 n° 97-113 du 17 février 1997 relative à la mise en place d'un service particulier d'information pour les patients à haut risque vital.

⁵ Circulaire DGS/DUS/2009/217 du 16 juillet 2009 rappelant les actions à mettre au niveau local pour la prise en charge des personnes à haut risque vital et des personnes hospitalisées à domicile en cas d'évènements climatiques extrêmes.

représentants du système de santé, en particulier avec les sociétés savantes concernées, les fédérations, les représentants des instances hospitalières et les associations d'usagers.
Rapport du 15 mai 2014.

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

Le Plan national canicule 2014 fait l'objet d'une instruction interministérielle qui précise les objectifs, les différents niveaux du PNC, les mesures de gestion qui s'y rapportent ainsi que le rôle des différents partenaires. Il comporte une annexe avec des fiches « mesures ».

En complément de ce dispositif de prévention, le Haut Conseil de la santé publique a actualisé les recommandations sanitaires « canicule » de 2013, à la demande de la Direction générale de la santé.

Ces nouvelles recommandations sanitaires se présentent sous forme de « fiches actions » et de « fiches techniques ».

Rapport du 12 mars 2014.

- **Infections cutanées à SARM Co : conduite à tenir devant des cas groupés**

Ce rapport fait suite à une saisine de la DGS demandant d'actualiser les recommandations existantes concernant la gestion des épisodes de cas groupés d'infections cutanées à SARM Co PVL+.

Les recommandations du HCSP ont pour objectif d'aider les professionnels de santé pour la gestion des épisodes de cas groupés d'infections cutanées suppuratives associées à des SARM Co PVL+. Elles sont adaptées aux connaissances scientifiques connues en 2014.

Plus généralement, au-delà des problématiques liées aux SARM Co PVL+, ces recommandations ont vocation à pouvoir être utilisées pour la gestion des épisodes de cas groupés d'infections cutanées suppuratives associées à des staphylocoques producteurs de PVL, que les souches soient sensibles ou résistantes à la méticilline.

Rapport du 10 juillet 2014.

- **Tuberculose à bacilles résistants**

Suite à deux saisines de la DGS, un groupe de travail CSSP-CSMT a émis des recommandations sur la prise en charge de la tuberculose à bacilles résistants d'une part et la place des tests de diagnostic de biologie moléculaire d'autre part.

Ces recommandations devraient permettre d'harmoniser la prise en charge prophylactique, diagnostique et thérapeutique des TB-MDR.

Avis et rapport du 18 décembre 2014.

- **Accès aux filières de formation à des professions de santé de personnes infectées par le VHB**

Saisine DGS du 24 juin 2014

Par ailleurs, le rapport sur les **Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé)** a été publié à la documentation française en décembre 2014. Un certain nombre d'exemplaires sont diffusés via la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H).

Avis du 16 et 18 décembre 2014 (cf. supra).

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

- **Groupes de travail**

DGOS :

- Le HCSP a été invité à présenter ses travaux à la 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).

HAS : Commission Amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients (séance du 01/04/2014).

- **Colloques**

- Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) ; congrès national, Marseille (juin 2014).
 - o Désinfection des sondes d'échographie endocavitaire (B. Pozzetto pour le groupe de travail du HCSP)
 - o Actualités du HCSP (B. Grandbastien).
- Congrès de réanimation et Urgences francophones (CREUF), Chartres (octobre 2014). Recommandations pour la prévention des BHRé (rapport HCSP) (B. Grandbastien).
- Healthcare Infection Society (HIS), Lyon (novembre 2014). Preventing Emergent and highly resistant bacteria spread : 2013 French guidelines (B. Grandbastien).
- Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-Infectieuse (RICAI), Paris (novembre 2014). Table ronde « Ebola » (B. Grandbastien).
- Journées régionales d'Hygiène Hospitalière, Strasbourg (décembre 2014). Table ronde « Ebola » (B. Grandbastien).

PERSPECTIVES

Pour 2015, les travaux concerneront pour une grande part la finalisation des réponses aux saisines en cours et l'instruction des nouvelles saisines dans le champ de compétences de la CSSP.

COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRÉSENTATION

Président : François Bourdillon (jusqu'en juillet 2014) puis
Didier Jourdan à compter de
septembre 2014

Coordonnatrice : Régine Lefait-Robin
Secrétariat : Catherine de Pretto
Aline Orriols

Vice-présidente : Zeina Mansour

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
- trois membres de droit : INCa, Inpes et HAS.

ACTIVITÉS

En 2014, la CSPEPS a tenu six réunions plénières,
Elle a été très affectée par le décès d'un de ses membres au cours de l'été, le Dr Dominique Bouglé.

Le programme de cette commission s'est déroulé autour de quatre thématiques jugées prioritaires : l'alcoolisme, l'utilisation croissante de la cigarette électronique, la santé à l'école, la santé des jeunes dans le cadre de la préparation de la stratégie nationale de santé.

Les autres activités concernent la participation aux travaux transversaux du HCSP : telle par exemple, l'évaluation des 10 ans couverts par les deux premiers plans de lutte contre le cancer, les travaux sur le inégalités sociales de santé, le Comité de rédaction de la revue *Adsp*, certains membres de la commission ont par ailleurs représenté HCSP dans des colloques

- **La mise en œuvre du programme de travail de la Commission**
 - **Utilisation croissante de la cigarette électronique ou « e-cigarette » en population générale**

Ces travaux ont été menés pour répondre à la saisine de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Le groupe de travail a réalisé une analyse de la littérature du rapport bénéfices-risques de la consommation d'e-cigarette et de ses conséquences possibles sur la population générale. L'avis a été rendu le 24 avril 2014,

puis publié sur le site du HCSP. Il a été traduit en anglais et adressé, pour information, à l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

- **Groupe de travail 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 cinq réunions en groupe de travail et l'audition d'une dizaine de personnes, sur leur lieu de travail ou au HCSP. Les travaux se sont poursuivis en 2014 mais ont été provisoirement arrêtés à la suite du décès d'un des deux pilotes, le Dr Dominique Bouglé.

- **La santé des jeunes, une priorité de la stratégie nationale de santé**

La ministre de la santé dans son discours de la présentation de la stratégie nationale de santé (SNS) a annoncé le besoin de programmes d'actions centrés sur des priorités de santé publique. Une des cinq priorités concerne la jeunesse de 0 à 25 ans. La réflexion de la CSPEPS a porté sur la nécessité de réduire l'incidence et la prévalence de nombreux problèmes de santé et des facteurs de risque :

- la prématurité ;
- une couverture vaccinale médiocre ;
- un surpoids et une obésité qui touchent 15 à 18 % des enfants français ;

(rappel des *mesures* sont extraites du *Rapport de Serge Hercberg, personnalité qualifiée de la commission, « Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé »*)

- des problèmes de santé liés aux addictions (tabac, alcool, produits illicites, jeux vidéo) ;
- un usage approximatif de la contraception ;
- une incidence des IST (et de leurs conséquences sur la santé reproductive) inquiétante ;
- des problèmes d'accès aux droits notamment pour les jeunes en changement de statut ou lors de ruptures ;
- des expositions à des produits cancérigènes chez les jeunes en apprentissage.

La synthèse de ces travaux a donné lieu à une note adressée à la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

- **La santé et les objets connectés**

La commission a initié une réflexion sur le « Web 3.0 ». Un projet d'auto saisine a été soumis au Comex et les travaux se poursuivront tout au long du premier semestre 2015.

- **Santé sexuelle et reproductive**

La mise en place de ce groupe est l'aboutissement d'une réflexion menée par la commission tout au long de l'année, sur les différents facteurs qui participent au mésusage des moyens contraceptifs. Le groupe de travail sera formalisé début 2015.

- **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 était 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). L'avis relatif au « suivi des consommations d'alcool et leurs conséquences sur la santé ».

- **Les autres activités**

La CSPEPS a aussi contribué à la mise en œuvre de la mission d'évaluation des politiques sanitaires du HCSP en participant à l'évaluation des deux premiers plans cancer, l'évaluation du plan de lutte contre le VIH et les IST, des programmes d'éducation thérapeutique, du plan de prévention du suicide.

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, 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 mis en place pour répondre à des saisines, des évaluations ou des réflexions stratégiques : le groupe inégalités sociales de santé, le groupe adaptation et prospective, le groupe santé en France, le codev évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer, le groupe de travail GT Visite médicale des primo-arrivants, ainsi qu'au Comité de rédaction de la revue Adsp.

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

- **Mieux suivre les consommations d'alcool et leurs conséquences sur la santé pour une meilleure prévention**

Les consommations de tabac et d'alcool sont des déterminants majeurs de la dégradation de la santé et de la mortalité évitables.

Les objectifs de la loi de santé publique de 2004 avaient pris en compte la nécessité de réduire la consommation globale d'alcool. Les dommages subis du fait de la consommation d'alcool en France justifient que d'autres initiatives soient prises dans un avenir proche afin de réduire substantiellement le niveau de cette consommation. Qu'il s'agisse d'évaluer l'impact des mesures publiques ou de réfléchir en amont au choix des objectifs détaillés et aux moyens à mettre en œuvre, le dispositif de connaissance statistique des consommations d'alcool et des dommages associés revêt la plus haute importance. Les dispositifs de connaissance des niveaux de consommation et l'estimation des dommages souffrent encore d'une grande dispersion institutionnelle entraînant, entre autres inconvénients, l'irrégularité de l'actualisation de certains indicateurs essentiels.

Le HCSP recommande :

- d'installer une nécessaire coordination entre les producteurs des données de prévalence et des études sur les dommages de l'alcool ;
- de consolider l'estimation des quantités d'alcool pur consommées ;
- d'apprécier les mesures des dommages ;
- d'assurer la production et la diffusion de données régionales ;
- de garantir une publication régulière des connaissances sur la consommation d'alcool en France et sur ses dommages ;
- d'encourager les recherches sur les dommages de l'alcool.

Avis du 4 avril 2014

- **Bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette, étendus en population générale**

Cet avis rappelle qu'un nouveau mode de consommation de substances à inhaler pouvant contenir de la nicotine se développe en France avec l'utilisation de la cigarette électronique ou e-cigarette.

L'utilisation de ce produit industriel, récent et non pharmaceutique, se veut une « alternative » au tabac et à l'acte de fumer. La réduction possible du risque liée à la fumée de tabac est un sujet de grande importance compte tenu de la mortalité et de la morbidité liée au tabac. L'e-cigarette est présentée comme un moyen d'aide au sevrage tabagique et de nombreux utilisateurs y voient un espoir de sortir du tabagisme. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), en réponse à la saisine de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), a réalisé une analyse de la littérature du rapport bénéfices-risques de la consommation d'e-cigarette et de ses conséquences possibles sur la population générale.

L'analyse bénéfices–risques dépend du type de situation.

- Les risques du développement de l'e-cigarette sont :
 - la re-normalisation du tabac ;
 - et pour les non-fumeurs, l'entrée dans la dépendance à la nicotine avec son corollaire, l'entrée dans le tabagisme. Ce risque semble particulièrement élevé chez les jeunes.
- Pour les fumeurs ayant envie d'arrêter, la consommation d'e-cigarette est un outil de réduction des risques lorsqu'il amène au sevrage.
- Pour les vapofumeurs (consommation de tabac et d'e-cigarette) de nombreuses interrogations demeurent et nous avons encore besoin d'études pour élaborer des recommandations étayées scientifiquement.

La principale mise en garde du HCSP concerne le risque d'entrée en addiction nicotinique des adolescents et leur détournement vers le tabagisme.

Le HCSP recommande :

- L'observation périodique des niveaux et modes de consommation de l'e-cigarette.
- L'information publique des consommateurs sur les risques ou sur la méconnaissance des risques.
- La communication sur l'interdiction de vente aux mineurs des e-cigarettes et sur le risque du vapotage pour la femme enceinte.
- Un contrôle périodique de la présence de nicotine et de sa concentration dans les e-liquides.
- La mise en place de mesures pour contrer la « renormalisation » de la consommation de nicotine inhalée ou fumée.

Avis du 25 avril 2014

PERSPECTIVES

■ Une implication croissante dans les activités d'évaluation des actions mises en place par la puissance publique

- Evaluation du plan de lutte contre le VIH et les IST
- Evaluation du plan de prévention du suicide (copilotée par la CSPEPS et la CSESP)
- Evaluation du plan hygiène et santé mentale
- Evaluation du plan maladies rares

Parmi les groupes de travail constitués en 2014, les deux groupes suivants vont poursuivre et développer leur activité au cours de l'année 2015

■ **Groupe de travail santé à l'école**

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 santé et les objets connectés**

Les travaux porteront sur les potentialités et les difficultés associées au développement des technologies « Web 3.0 », dans le domaine de la prévention en santé.

■ **Groupe de travail santé sexuelle et reproductive**

Le champ de la problématique est très vaste et fait l'objet d'une saisine de la DGS. Il est constitué de domaines multidisciplinaires. Cela concerne l'éducation à la sexualité, la santé maternelle et infantile, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, les IST dont le VIH, les violences sexuelles dans leur impact sur la santé, la stérilité, l'aide médicale à la procréation et les questions liées aux droits en lien avec la sexualité, aux genres et orientations sexuelles, ainsi que les interactions de ces sujets entre eux.

Pour l'ensemble de ses travaux, la CSPEPS fera appel aux membres des cinq autres commissions du HCSP et à des experts extérieurs afin de promouvoir pluridisciplinarité et complémentarité.

COMMISSION SPÉCIALISÉE ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE

PRÉSENTATION

Président : Franck Chauvin

Coordonnatrice : Elisabeth Roche puis
Ann Pariente-Khayat

Vice-présidente : Valérie Buthion

Secrétaire : Catherine de Pretto

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

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

COMPOSITION

La CSESP compte actuellement :

- 15 personnalités qualifiées,
- cinq membres de droit : InVS, Anses, Inpes, INCa, HAS. La Drees est invitée permanente de cette commission spécialisée.

En 2014, une des personnalités qualifiées (Eric Jouglu) ayant présenté sa démission en raison de son départ à la retraite a été remplacée par Thierry Lavigne sur proposition du comité exécutif du HCSP (Comex).

En 2014, la Commission a tenu huit séances plénières.

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.

Ses travaux se sont essentiellement organisés autour de l'évaluation de plans arrivés à échéance (« évaluation *ex post*»), et de l'aide méthodologique à l'élaboration de l'évaluation de plans en cours.

Par ailleurs, les membres de la commission ont contribué à la préparation d'un document de synthèse des présentations et des débats en vue de la restitution du séminaire intitulé « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques de santé publique » organisé le 11 décembre 2013. Ce document est destiné à être mis en ligne sur le site internet du HCSP avec les différents diaporamas présentés après accord de chacun des intervenants.

Les membres de la commission ont aussi participé à la réflexion sur les indicateurs dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS) et à la préparation de la loi de santé.

- **Évaluation de plans de santé publique**

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

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

- **Évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin)** (2009-2013) et du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013 (PNPIAS) a été finalisée en juillet 2014 avec la remise du rapport final aux commanditaires, la DGS et la DGOS. Ce rapport a fait l'objet d'une publication sur le site internet du HCSP.

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

Coordonnatrices : Véronique Mallet et Ann Pariente-Khayat

Cette évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer débutée en 2013, a été poursuivie en 2014, le Haut Conseil de la santé publique ayant reçu une saisine de la Direction générale de la santé en mai 2014.

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

Le Codev a mené en 2014 cinquante auditions d'acteurs impliqués dans la lutte contre le cancer depuis 10 ans et s'est réuni une fois par mois environ hors période d'été.

Concernant l'étude qualitative, celle-ci n'a effectivement commencé qu'à la fin de l'année car l'obtention de l'autorisation CNIL n'a été effective qu'en novembre 2014. Fin 2014, l'étude est désormais en cours et sera remise au CODEV fin février 2015, elle porte sur 32 cas et sera réalisée dans quatre régions.

Par ailleurs, le Haut Conseil de la santé publique a reçu en 2014, cinq nouvelles saisines en vue de l'évaluation de plans ou de programmes de santé publique.

Il s'agit de l'évaluation de :

- plan national maladies rares 2
- programme national d'actions contre le suicide 2011-2014
- éducation thérapeutique du patient
- plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014
- plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

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

Coordonnatrices : Ann Pariente-Khayat et Véronique Mallet

L'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES)⁶ et le HCSP ont été saisis le 10 juin 2014 par la DGOS et la Direction générale de la recherche et de

⁶ L'AERES est devenue en novembre 2014 le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES)

l'innovation (DGRI) pour évaluer le plan national maladies rares 2 de façon concomitante et coordonnée. Plusieurs réunions ont été organisées entre le HCSP et l'AERES en 2014 pour mettre en place cette évaluation et coordonner les actions. Un prestataire en vue d'une assistance à maîtrise d'ouvrage et d'une étude qualitative a été sélectionné par le HCSP selon la procédure des marchés publics. La réunion de lancement du comité d'évaluation a eu lieu en décembre 2014. Le Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) a mobilisé un comité international d'évaluation. Il est prévu une participation croisée du HCSP et de l'HCERES aux différentes réunions afin de faciliter la coordination de l'évaluation.

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

Coordonnatrices : Ann Pariente-Khayat et Véronique Mallet

Le HCSP a été saisi par lettre de la Direction générale de la santé en août 2014 pour réaliser l'évaluation du programme national d'actions contre le suicide qui arrive à échéance à la fin de l'année 2014. Cette évaluation devra avoir été menée à son terme en septembre 2015 avec des premiers éléments dès juin 2015. Ce programme national d'actions contre le suicide aborde ainsi la question du suicide dans sa globalité, de la prévention à la prise en charge des suicidants et à la postvention.

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

Ce programme a été lancé en septembre 2011. Il mobilise plusieurs départements ministériels (éducation nationale, travail, agriculture,...), des agences et institutions nationales (l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Institut de veille sanitaire, la Haute Autorité de santé,...), ainsi que des partenaires associatifs engagés dans la prévention du suicide.

Le pilotage du programme national d'actions contre le suicide est assuré par un comité interministériel présidé par le Directeur général de la santé, qui se réunit périodiquement.

Par ailleurs, lors de la remise du 1^{er} rapport de l'Observatoire national du suicide intitulé « Suicide : État des lieux des connaissances et perspectives de recherche – 1^{er} rapport / novembre 2014 » le 2 décembre 2014, la ministre en charge de la santé a annoncé qu'elle souhaitait que les trois recommandations de ce rapport (Améliorer le suivi des suicides et des tentatives de suicide ; Recommandations en matière de recherche et d'appel à recherche ; Suivi du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de santé) permettent l'élaboration d'un nouveau programme national d'actions contre le suicide. La ministre en charge de la santé a précisé que ce programme comporterait des mesures en direction des personnes âgées, comme le prévoit le rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement et qu'il s'appuierait sur l'évaluation du programme 2011-2014 dont le Haut Conseil de la santé publique a été saisi.

Le comité d'évaluation a été constitué fin 2014.

- **Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique du patient**

Coordonnatrices : Véronique Mallet et Ann Pariente-Khayat

Le HCSP a été saisi par lettre de la Direction générale de la santé le 8 septembre 2014 pour réaliser l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) tels qu'inscrits dans le code de la santé publique. Cette saisine s'inscrit dans la logique des acteurs de terrain engagés dans cette dynamique pour améliorer l'attractivité des programmes, les intégrer au parcours de soins personnalisé des patients et dans la logique des financeurs et des pouvoirs publics qui souhaitent avoir des recommandations opérationnelles pour rendre les programmes d'ETP plus accessibles aux populations qui ont en besoin, de structurer et mutualiser les programmes, d'accélérer le rééquilibrage entre la ville et l'hôpital. Cette évaluation permettra de guider l'évolution du cadre et des modalités de l'éducation thérapeutique du patient, dans le contexte de la stratégie nationale de santé et d'accompagner les agences régionales de santé engagées dans le renouvellement des

autorisations des programmes. Après des échanges entre le HCSP et la DGS concernant un éventuel élargissement du périmètre de cette saisine, il a été décidé de décaler la restitution de cette évaluation à septembre 2015. Fin 2014, le comité d'évaluation est en cours de constitution avec la désignation des deux pilotes.

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

Coordonnatrice : Roberte Manigat

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

Fin 2014, le Comité d'évaluation est en cours de constitution. Une première réunion a eu lieu fin octobre 2014 afin de caler les échanges entre les pilotes du Codev VIH et le commanditaire, et de faire le point sur les documents et les ressources disponibles. La constitution du Codev est en cours de finalisation.

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

Coordonnatrices : Véronique Mallet et Ann Pariente-Khayat

Le HCSP a été saisi par lettre de la Direction générale de la santé le 25 novembre 2014 pour réaliser l'évaluation de ce plan. Ce plan comprend quatre axes ciblant les ruptures, ruptures au cours de la vie de la personne, ruptures d'égalité, entre les publics et les territoires, ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal, ruptures entre les savoirs. Une attention particulière est souhaitée pour cette évaluation concernant le degré d'appropriation des orientations stratégiques par les principaux effecteurs régionaux du plan (ARS, professionnels, aidants et usagers). Les recommandations établies sur la base de cette évaluation seront utilisées dans la perspective de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et du futur service territorial de santé mentale prévu dans le projet de loi de santé. Le rapport final de cette évaluation est attendu pour fin 2015. Fin 2014, le comité d'évaluation est en cours de constitution avec la désignation des deux pilotes.

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

La CSESP a débuté des travaux relatifs à une demande d'aide à l'élaboration de l'évaluation du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017.

- **Autres travaux**

- **Contribution de la CSESP du HCSP à la définition des indicateurs de la SNS et à l'élaboration de la loi de santé**

- **Mise en place d'une réflexion sur un groupe de travail consacré à l'évaluation de l'articulation entre le niveau national et le niveau régional**

Ce groupe de travail s'inscrit dans la continuité des groupes de travail suivants (2008, Les politiques régionales de santé publique, 2011 Santé en région) au sein du HCSP sur la thématique régionale. De plus, une contribution importante au cours du séminaire « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques de santé publique » du 11 décembre 2013 a présenté des pistes de travail et une relance a donné lieu en novembre 2014 au sein de la Commission ESP à des échanges qui ont schématiquement refait les mêmes constats.

- **Participation aux groupes de travail transversaux**

Les membres de la CSESP se sont fortement impliqués dans les travaux des groupes transversaux, notamment celui mis en place sur les indicateurs de santé publique.

- **Préparation du rapport « 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.

PERSPECTIVES

En 2015, les travaux de la CSESP seront consacrés essentiellement à l'évaluation.

■ Poursuite des travaux en cours

- **Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer (1^{er} trimestre 2015)**
- **Évaluation du plan national maladies rares 2 : 3^{ème} trimestre 2015**
- **Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 : 3^{ème} trimestre 2015**
- **Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique du patient : septembre 2015**
- **Évaluation du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 novembre 2015**
- **Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 : année entière 2015**
- **Mise en place d'un groupe de travail relatif à l'articulation de l'évaluation entre le niveau national et le niveau régional.**

Ce groupe procédera par étapes avec :

- 1) la constitution de la liste exhaustive de tous les documents validés du HCSP émanant des différents groupes de travail qui ont été chargés de la réflexion sur l'articulation régionale de l'évaluation des plans et programmes nationaux, depuis 2010 puis,
- 2) une recherche documentaire et une synthèse de la bibliographie internationale sur le thème de l'articulation de l'évaluation entre les échelons national et régional puis,
- 3) une grille permettant d'évaluer la prise en compte de la dimension régionale dans les plans ou programmes nationaux puis,
- 4) une fois ces trois étapes ayant produit leurs résultats, de lancer un groupe de travail dont l'objectif sera de concevoir et de produire un cadre méthodologique d'aide à l'évaluation régionale des plans.

MISSION STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

TABLEAU DE BORD

PRÉSENTATION

Pilote : Béatrice Tran

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

MISSIONS

Pour générer de façon réactive une expertise complémentaire des travaux produits par les services centraux du ministère et les agences associées, dans le contexte de la SNS en cours de structuration, le pilotage de cette mission a été confié à Béatrice Tran, conseillère scientifique au SG-HCSP, de façon à impulser une dynamique « d'expertise interne » donnant la réactivité adéquate du HCSP à une demande fortement soutenue par le cabinet de la ministre. Cette configuration particulière, jusque là officiellement inédite au HCSP, a pour but de faciliter et de mobiliser dans un temps bref les capacités d'expertise du HCSP sur des sujets de fond habituellement traités selon une modalité de réponse de moyen ou long terme : en matière de programmation stratégique en santé, de connaissance de l'état de santé, d'évaluation des politiques, de systèmes d'information et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Cette mission a pour objectifs :

- de conduire une réflexion pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un tableau de bord d'indicateurs de santé, permettant de suivre et d'évaluer les effets des politiques développées dans le cadre de cette stratégie nationale, notamment en ce qui concerne l'évolution des inégalités de santé ;
- de coordonner d'autres types d'expertises éventuellement dévolues au HCSP dans le cadre de l'élaboration de cette stratégie nationale.

COMPOSITION

La mission SNS-Tableau de bord était composée :

- d'une équipe permanente au SG-HCSP :
 - Béatrice Tran, coordonnatrice responsable de la mission
 - Kiran Ramgolam,
 - Frédéric Dugué, interne de santé publique, jusqu'au 30 avril 2014
 - Paolina Blaizot, de juillet à décembre 2014.
- d'un groupe d'experts transversaux « SNS core group »
 - Roger Salamon, président,
 - Pierre Arwidson,
 - Marcel Goldberg,
 - Eric Jouglu,
 - Thierry Lang,
 - Louis-Rachid Salmi.

Elle s'est appuyée sur plusieurs groupes de travail thématiques et experts extérieurs en fonction des sujets traités.

Liste des experts associés individuellement ou au sein de groupes de travail :

ANDRIEU Sandrine (vieillissement),
ANKRI Joël (vieillissement),
BASSET Bernard (addictions),
BERR Claudine (vieillissement, maladies chroniques),
BONNET Dominique (vieillissement),
BOUE François (maladies chroniques),
BOURDILLON François (santé des jeunes),
BRIFFAULT Xavier (santé mentale),
CASES Chantal (inégalités sociales de santé),
CHAUVIN Franck (cancer),
CHAUVIN Pierre (inégalités sociales de santé),
COLVEZ Alain (vieillissement),
CZERNICHOW Pierre (sécurité des patients),
FLORET Daniel (vaccination),
GRANJEAN Hélène (vieillissement, maladies chroniques, cancer),
HALLEY DES FONTAINES Virginie (inégalités sociales de santé),
HAURY Brigitte (santé mentale),
JOURDAN Didier (santé des jeunes),
JUSOT Florence (inégalités sociales de santé),
KOVESS Viviane (santé mentale),
LAPORTE Anne (inégalités sociales de santé),
LEVY-BRUHL Daniel (vaccination),
LOMBRAIL Pierre (inégalités sociales de santé),
LUTZ Jean-Michel (cancer),
MANSOUR Zeina (cancer),
MARANO Francelyne (environnement),
MARTIN François (cancer),
MELCHIOR Maria (santé mentale),
MENVIELLE Gwenn (inégalités sociales de santé) ,
MICHEL Philippe (sécurité des patients),
MONNET Elisabeth (maladies chroniques),
PIANT Jacques (santé mentale),
REY, Sylvie (inégalités sociales de santé),
ROUSSEY Michel (maladies chroniques),
SERMET Catherine (maladies chroniques),
WEILL Caroline (cancer),
ZMIROU-NAVIER Denis (environnement).

ACTIVITÉS

• Les saisines

La mission a traité la réponse à deux saisines formulées par la ministre au HCSP en vue de l'élaboration de la future loi de santé :

- Une saisine du 28 novembre 2013 ayant pour objet de :
 - fournir les éléments, en priorité scientifiques, permettant d'argumenter, au sein des cinq priorités énoncées dans le discours de la ministre⁷, les points nécessitant une attention et un effort prioritaire dans les années à venir. Argumenter la proposition de priorités supplémentaires qui seraient nécessaires ;
 - définir un nombre limité d'objectifs de résultats à atteindre à 5 ans et 10 ans, dans les domaines d'actions prioritaires énoncés préalablement.
- Une saisine du 13 février 2014 ayant pour objet de :
 - mener une réflexion stratégique et technique et faire des propositions pour la définition d'un tableau de bord national annuel d'indicateurs synthétiques, à visée d'arbitrages politiques interministériels et de diffusion auprès du grand public. Ce tableau de bord « synthétique » devait être inscrit dans la loi.

• Programme de travail

La réponse aux deux saisines a constitué le point de départ des travaux de la mission SNS, et a permis de lancer un chantier dans la continuité des travaux antérieurs du HCSP relatifs à l'évaluation et au pilotage des politiques de santé. De nombreux travaux ont en effet été conduits respectivement dans le cadre des évaluations de plans de santé publique, de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique de 2004, de la réflexion sur la conduite des politiques de santé par objectifs, ces différents apports ayant débouché en avril 2013 sur un certain nombre de propositions du HCSP à la mission d'Alain Cordier.

La mission SNS s'est tout d'abord donné comme objectif de répondre aux deux saisines, respectivement pour les mois de janvier et d'avril 2014.

Puis, prolongeant les dispositions de niveau législatif, la mission SNS avait pour ambition, à moyen terme, de :

- compléter les objectifs « traceurs » proposés pour le projet de loi et identifier le contenu et les modalités de mise en œuvre d'un tableau de bord d'indicateurs nationaux et régionaux en rapport avec ces objectifs de résultats ;
- proposer des indicateurs nécessaires pour les programmes conduits en dehors de ces domaines.

Les travaux de réponse aux saisines se sont appuyés sur les contributions d'un groupe d'experts associés, concernant les différentes thématiques prioritaires, sur l'audition de personnalités *ad hoc*, ainsi que sur les travaux conduits par la DGS et la Drees dans le cadre de la refonte des indicateurs associés à la loi de santé publique de 2004. La mission devait également proposer lorsque cela serait nécessaire des travaux complémentaires à développer spécifiquement pour combler d'éventuels déficits de connaissance préjudiciables à la conduite de la politique de santé.

⁷ Santé des jeunes de 0 à 25 ans, cancer, addictions, santé des personnes âgées, santé mentale

- **Avis et rapports publiés en 2014**

- Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé, 3 février 2014.
- Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé. Complément de réponse : proposition d'objectifs de résultats à 5 et 10 ans, 31 mars 2014.
- Note de réponse à la saisine de Mme la ministre de la santé concernant le tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé, 2 mai 2014.

- **Autres activités conduites en 2014**

Un appel à projet a été lancé en septembre 2014 à destination d'équipes de recherches, pour mener des travaux complémentaires à la définition, parmi les 15 propositions d'indicateurs pour le tableau de bord synthétique du HCSP, de quatre d'entre eux actuellement encore non disponibles dans les systèmes d'information existant.

Un cabinet de consultants de Saint-Etienne, associé à un laboratoire de recherche de l'INSA Lyon (CERCLH-DISP), a été retenu pour son projet d'indicateur de délai d'attente dans les services d'urgence. Le projet de recherche sera conduit durant l'année 2015, en articulation avec les travaux et les réflexions menées sur ce sujet par la HAS (indicateur de durée de passage aux urgences, à partir des données des Résumés de passage aux urgences) et la Drees (exploitations et travaux complémentaires à l'enquête nationale un jour donné dans les services d'urgences).

D'autre part, des contacts informels ont été pris avec la conférence des Directeurs Généraux d'ARS pour proposer une réflexion conjointe sur la définition d'indicateurs régionaux de pilotage.

PERSPECTIVES

En 2015, la mission travaillera en articulation avec les directions centrales du ministère (DGS, Drees), le Secrétariat général des ministères sociaux et les ARS, pour établir plus précisément les termes d'un suivi de la SNS, au plan national et régional.

L'étude du CERCLH devrait déboucher à la fin de l'année 2015 sur une proposition de modalité de calcul d'un indicateur de délai d'attente aux urgences pouvant être produit en routine.

Des groupes de travail *ad hoc* vont être constitués, avec le cas échéant un nouvel appel d'offre, pour explorer les possibilités d'améliorer la définition des trois indicateurs proposés dans l'appel à projet de septembre et n'ayant pas été pourvus : délai d'attente pour une prise en charge / un traitement après diagnostic de cancer, taux de familles vivant dans un logement indigne, taux de retour à l'emploi des personnes atteintes de maladie chronique.

D'autre part, plusieurs demandes d'ordre stratégique et méthodologique seront traitées avec l'appui de la mission SNS :

- propositions d'orientations pour l'évaluation du plan pour préserver l'autonomie en cours d'élaboration, adossé au projet de loi autonomie (demande de Jean-Pierre Aquino, préfigurateur du plan) ;
- proposition d'orientations pour une stratégie sur la santé sexuelle et reproductive dans la SNS (saisine à venir).

MALADIE À VIRUS EBOLA

Groupe de travail piloté conjointement par la Commission spécialisée Maladies transmissibles et la Commission spécialisée Sécurité des patients

Co-pilotage : Bruno Grandbastien
Christian Chidiac

Coordinatrices : Corinne Le Goaster
Ann Pariente-Khayat

Chargée du suivi : Claudine Le Grand

Tous les avis rendus par ce groupe de travail ont fait l'objet d'une procédure de validation en urgence par le Président du HCSP.

- **Réponses aux saisines**

- **Conduite à tenir autour des cas suspects de fièvre hémorragique à virus Ebola**

Depuis début 2014, des cas de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHV Ebola) sont rapportés dans trois pays d'Afrique de l'ouest. Le virus Ebola se transmet à l'homme à partir des animaux sauvages et se propage par transmission interhumaine, notamment les fluides biologiques, avec une forte létalité.

En l'absence de traitement spécifique ou de vaccin, le respect de mesures de protection est le seul moyen de prévenir l'infection.

Le HCSP a pris en compte le contexte épidémiologique, les aspects cliniques et biologiques des FHV Ebola, le niveau de contagiosité et les principaux diagnostics différentiels à évoquer. Il rappelle les modalités de validation des cas et l'importance de l'application des précautions d'hygiène standard chez tout patient.

Le HCSP émet des recommandations adaptées aux différentes situations : personne asymptomatique revenant d'un pays touché, patient classé « cas possible » ou « confirmé ». Il détaille les modalités de la prise en charge en cabinet de ville et en établissement de santé en termes notamment de précautions spécifiques d'hygiène (précautions complémentaires de type « air » et « contact »), du transport et de l'hospitalisation, des examens biologiques pour le diagnostic positif, les diagnostics différentiels et la surveillance, de la gestion des excréta, des déchets d'activité de soins à risques infectieux, des matériels et de l'environnement.

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

Avis du 10 avril 2014.

- **Cas suspects de maladie Ebola : données complémentaires à l'avis du HCSP du 10 avril 2014**

Dans le contexte actuel de l'épidémie à virus Ebola qui sévit en Afrique de l'Ouest, des recommandations complémentaires à son avis du 10 avril 2014 sont apportées par le Haut Conseil de la santé publique. Ces recommandations concernent, d'une part, la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés (DASRIA), des excréta, des fluides biologiques issus de patients suspects, possibles ou confirmés de fièvre hémorragique virale (FHV) et, d'autre part, les mesures de sécurité biologique pour la prise en charge des échantillons biologiques des patients suspects de présenter une fièvre hémorragique liée au virus Ebola.

En particulier le HCSP a pris en compte les données épidémiologiques actualisées, l'expérience acquise par les différentes équipes concernées, l'intérêt du malade en termes de prise en charge, les risques pour les personnels de santé.

Le HCSP propose un logigramme pour la gestion des DASRIA en fonction des capacités d'autoclavage et d'incinération des déchets au sein de l'établissement de santé. Par ailleurs, sont détaillées les modalités de prise en charge des patients en prenant en compte la notion

de balance bénéfiques/risques et la priorité à donner aux diagnostics différentiels, ainsi que les possibilités d'examens en termes de biologie médicale par les différents plateaux techniques existants.

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

Avis du 10 septembre 2014.

- **Maladie à virus Ebola - Conduite à tenir vis-à-vis des personnes contact**

Depuis début 2014, des cas de maladie à virus Ebola (MVE) sont rapportés dans plusieurs pays d'Afrique de l'ouest. Le virus Ebola se transmet à l'homme à partir des animaux sauvages et se propage par transmission interhumaine, notamment les fluides biologiques. La maladie est grevée d'une forte mortalité.

Concernant l'identification et le suivi de la ou des personnes contacts d'un cas possible ou confirmé de maladie à virus Ebola (MVE), le HCSP recommande notamment de mettre en place une démarche de suivi pour toute personne identifiée comme « à risque faible » ou « à risque élevé » et de l'accompagner d'une information adaptée et complète. Il recommande de confier cette démarche à une cellule de coordination placée sous la responsabilité d'un médecin.

Concernant les professionnels de santé exposés à des patients cas confirmés de MVE ne relevant pas de la définition des cas contact car bénéficiant d'équipements de protection individuels (EPI), en particulier pour les professionnels de santé qui ont travaillé dans les centres de traitement Ebola en Afrique, le HCSP recommande une information préalable au départ auprès d'un infectiologue d'un établissement de santé de référence habilité à la prise en charge de ces patients (ESRH) et un suivi au retour.

Ces recommandations sont détaillées dans les documents figurant en annexe de cet avis.

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

Avis du 24 octobre 2014.

- **Maladie à virus Ebola - Recommandations pour les professionnels des établissements de santé non ESRH**

Les patients cas possibles de maladie à virus Ebola sont systématiquement orientés vers des établissements de santé de référence habilités (ESRH). Ce dispositif de prise en charge n'obère pas le rôle des autres établissements de santé qui sont tous susceptibles d'être mobilisés pour l'identification précoce des patients cas suspects et pour leur prise en charge avant transfert dans un ESRH.

Le Haut Conseil de la santé publique a émis des recommandations pour la prise en charge des patients dans les services d'accueil aux urgences des établissements de santé (ES) qui ne sont pas des établissements de santé de référence habilités (ESRH).

Après un rappel sur la maladie à virus Ebola (MVE) et les niveaux de risque de transmission en fonction du type de contact, la démarche pour la détection des cas suspects et le classement en cas possible avec le SAMU est précisée. Les recommandations sanitaires sont décrites : pas de prélèvement (celui-ci sera réalisé dans l'ESRH), limiter autant que possible les contacts directs avec le patient et si une prise en charge médicale immédiate est indispensable, la faire avec des conditions de sécurité optimisée.

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

Avis du 31 octobre 2014.

- **Maladie à virus Ebola : conduite à tenir après guérison clinique**

Le virus Ebola se transmet par contact avec le sang ou les fluides biologiques d'un patient infecté et symptomatique, fluides tels que les selles, les vomissures, les urines, la sueur, le sperme... La disparition des symptômes chez les personnes convalescentes est corrélée à

la disparition du risque de contagion. Toutefois, le virus peut persister dans certains fluides biologiques (principalement urines, sécrétions vaginales et sperme).

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en compte les données sur la persistance du virus dans les différents fluides biologiques et dans l'environnement, ainsi que les retours d'expérience des cas rapatriés et guéris au décours de l'épidémie actuelle. Il émet des recommandations pour la levée de l'isolement des personnes guéries, et sur la conduite à tenir durant la période de convalescence en ce qui concerne les relations sexuelles, l'allaitement maternel, certains types de soins et l'élimination des objets potentiellement contaminés.

Le HCSP recommande aussi la rédaction et la diffusion d'un document didactique à l'intention des personnes guéries pour expliquer les contraintes pendant cette phase de convalescence.

Avis du 18 novembre 2014.

- **Maladie à virus Ebola : recommandations en cas d'accident d'exposition au sang ou au virus**

Le virus Ebola se transmet par contact avec le sang ou les fluides biologiques d'un patient infecté et symptomatique, fluides tels que les selles, les vomissures, les urines, la sueur, le sperme...

Dans cet avis, le Haut Conseil de la santé publique émet des recommandations quant à la prise en charge des personnels de santé en milieu de soins victimes d'un accident d'exposition au sang (AES) ou d'accident d'exposition au virus (AEV), lors de la prise en charge d'un patient confirmé de maladie à virus Ebola (MVE).

Le HCSP a pris en compte le type de l'exposition et du contact, et recommande que tout accident d'exposition au virus par exposition au sang, un fluide biologique, des sécrétions ou excréments, à partir d'un cas « suspect », « possible » ou « confirmé », conduise impérativement et immédiatement à des mesures. Celles-ci sont d'ordre général et visent une conduite à tenir quel que soit le statut du patient source, mais aussi spécifiques en cas de maladie à virus Ebola confirmée chez le patient source. Ces différentes mesures concernent notamment les procédures de désinfection immédiate, de suivi des personnes victimes d'un AES/AEV, et de prophylaxie éventuelle qui se ferait avec une hospitalisation proposée dans un établissement de santé de référence habilité (ESRH).

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

Avis du 4 décembre 2014.

- **Maladie à virus Ebola : équipements de protection individuels**

Le virus Ebola est transmis par le contact avec le sang, les tissus ou les liquides biologiques de personnes infectées et symptomatiques. La transmission de ce virus nécessite un contact rapproché avec la personne infectée et le risque est plus important si cette personne présente des signes plus graves tels que des vomissements, de la diarrhée ou des saignements. La prévention de la transmission du virus repose sur des règles d'hygiène strictes et l'identification et la prise en charge spécialisée précoce des patients.

Le Haut Conseil de la santé publique émet des recommandations en termes d'organisation générale au sein des établissements de santé, de prise en charge de patients suspects, possibles ou confirmés de maladie à virus Ebola (MVE), de choix et de gestion des équipements de protection individuels (EPI). Il précise la composition et le type d'EPI à utiliser en fonction de la situation clinique présentée par le patient et du parcours de soins.

Le HCSP rappelle qu'au-delà de l'épisode actuel de MVE, tous les patients fébriles se présentant aux urgences doivent faire l'objet d'une identification rapide et d'une gestion adaptée du risque possible de transmission de leur maladie : port systématique d'un masque par le patient, application des précautions standard incluant le risque d'exposition à des produits biologiques par les professionnels de santé.

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

Avis du 9 décembre 2014.

- **Avis validés en 2014 n'ayant pas encore été rendus publics**
 - Procédures de nettoyage et de désinfection des surfaces potentiellement contaminées.
 - Anticipation de l'évolution et de l'impact de l'épidémie de maladie à virus Ebola sur le territoire national.

- **Documents validés**
 - Recommandations pour la Gestion des DASRIA produits dans la chambre d'un patient classé "cas suspect", "cas possible" et "cas confirmé" de MVE dans un établissement de santé.
 - Avis et validation des Recommandations professionnelles multidisciplinaires opérationnelles (RPMO) élaborées par la SPILF-Coreb.

- **Saisines en cours d'instruction**
 - Validation de la fiche relatives aux mesures de protection pour le personnel de la Croix-Rouge déployé dans le cadre de l'opération "Ebola".
 - Validation de la procédure de prise en charge des appels pour suspicion de MVE.
 - Prise en charge d'une parturiente cas suspect ou possible dans un ESRH et dans un établissement non ESRH.
 - Spécificité de la prise en charge des enfants cas suspects, possibles ou confirmés de MVE.
 - Recommandations pour la désinfection des aéronefs lors de la présence d'un cas possible à bord.
 - Désinfection des dispositifs médicaux.
 - Transmission du virus Ebola après le décès en France d'un patient atteint de MVE avérée.
 - Stratégie de classement des cas suspects.

REVUE ACTUALITÉ ET DOSSIER EN SANTÉ PUBLIQUE

PRÉSENTATION

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

La revue actualité et dossier en santé publique (*Adsp*) est publiée par le Haut Conseil de la santé publique afin de diffuser une culture de santé publique auprès des acteurs de santé.

- L'*Adsp* est une publication trimestrielle qui existe depuis 1992.
- Le tirage est de 1 800 exemplaires par numéro.
- Le lectorat est composé d'acteurs de santé publique (agents de l'État, des collectivités territoriales, des hôpitaux, des caisses de sécurité sociale, du domaine associatif, médecins) mais aussi d'établissements de formation et d'étudiants des domaines sanitaire et social.

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

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

ACTIVITÉS

• Organisation

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

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

• Échanges de sommaires

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

• Indexation de la revue dans les bases de données

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

par l'Institut de l'information scientifique et technique (Inist) du Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Cette base est pluridisciplinaire et multilingue, analysant la littérature internationale dans le domaine de la médecine. Elle comprend environ 17 millions de notices.

- **Diffusion de la revue**

L'*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, etc. (fichier de 500 personnes environ).

L'*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**

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

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

- **Quatre numéros *Adsp* ont été publiés en 2014**

- Mars 2014 « La santé : un capital en construction dès l'enfance », dossier coordonné par Renée Pomarède et Philippe Jeammet, n° 86.
- Juin 2014, « La nutrition : des constats aux politiques », dossier coordonné par Serge Hercberg, n°87.
- Septembre 2014 « Parcours de santé : enjeux et perspectives », dossier coordonné par Elisabeth Féry-Lemonnier, Elisabeth Monnet et Nicolas Prisse, n° 88.
- Décembre 2014, « Penser et vivre la fin de vie : débats éthiques », dossier coordonné par Dominique Grimaud, Baptiste Morizot et Anthony Fornes, n° 89.

PERSPECTIVES

En 2015, il est prévu de publier :

- Mars 2015 : Alcool et santé : dossier coordonné par Bernard Basset et Alain Rigaud, n°90.
- Juin 2015 : Santé en Outre-mer : dossier coordonné par Régine Lefait-Robin, n°91.
- Septembre 2015 : Pertinence des soins : dossier coordonné par Philippe Michel et Arnaud Fouchard, n°92.
- Décembre 2015 : Climat et santé : dossier coordonné par Jean-François Toussaint et Francelyne Marano, n° 93.

SECRETARIAT GENERAL DU HCSP

PRESENTATION

Secrétaire générale : Régine Lefait-Robin
Assistante : Aline Orriols

Le Haut Conseil de santé publique (HCSP) est l'une des trois instances nationales créées par la loi de santé publique de 2004 pour offrir un appui à la politique de santé publique.

Structure d'expertise indépendante, placée auprès de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme. Le HCSP a été installé en 2007 pour un premier mandat de quatre ans, renouvelé en mars 2011. Il est donc en cours de son deuxième mandat. Il est composé de plus de cent experts nommés par arrêté et dont la mission principale est d'apporter une aide à la décision publique en rendant des avis sur les questions de santé publique, principalement sur saisine de la Direction générale de la santé (DGS) ou bien sur auto-saisine. Ces experts sont répartis en six commissions et deux comités techniques permanents.

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

La Direction générale de la santé donne au Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique, les moyens de son fonctionnement (art. R. 1411-57 du code de la santé publique).

Le SG-HCSP se compose de 13,5 ETP de formations différentes et complémentaires et de statut différents (fonctionnaires, CDI, CDD). Il a accueilli au cours de l'année 2014 quatre stagiaires (Instituts régionaux d'administration, Sciences Po, Master de droit de la sécurité sanitaire alimentaire et environnementale, Master de droit) ainsi qu'un interne de santé publique.

Dans ce contexte très original, où la notion de cohabitation entre différents corps est une réalité, les personnels doivent posséder et mettre en œuvre des qualités de communication particulièrement développées et une grande capacité d'écoute. Les réunions de service hebdomadaires permettent de faire un point sur les activités de chacun, et sur la répartition des tâches. C'est aussi un lieu de débats ; débats qui peuvent donner lieu à des propositions très pragmatiques. La subsidiarité entre les coordinatrices des différentes commissions spécialisées et comités techniques permanents, ainsi que celles entre les assistantes, est un élément qui participe largement au bon fonctionnement du Secrétariat général du HCSP

ACTIVITES

- **Assurance qualité**

Chargée de mission : N.

- **Coordination et suivi des saisines**

En 2014, le SG-HCSP a poursuivi son effort de coordination transversale entre les commissions spécialisées et les comités techniques permanents lors de l'organisation des réponses aux saisines.

Procédures

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

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

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

• Déclarations publiques d'intérêt

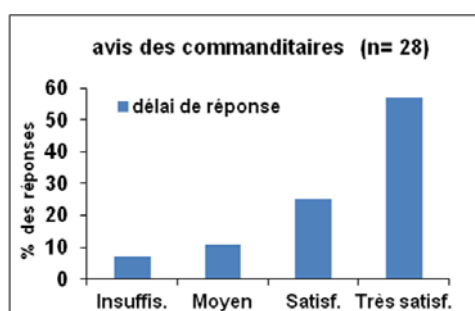
En application de la loi du 29 décembre 2011, le décret n° 2012-745 du 9 mai 2012 unifie et étend le champ de la déclaration publique d'intérêt (DPI) depuis le 1er juillet 2012.

Le formulaire de déclaration, fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012, est commun aux institutions et aux agences sanitaires. Ce formulaire a été 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.

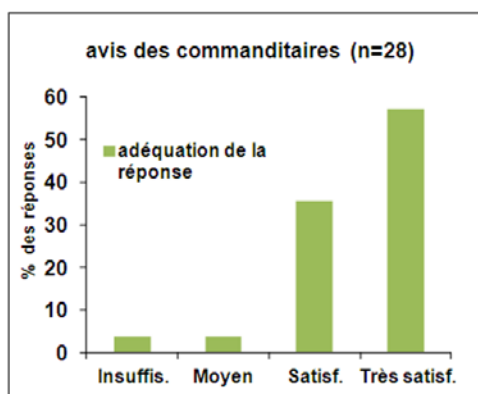
Ce suivi se présente sous la forme d'un court questionnaire adressé aux responsables des services concernés et aux personnes spécifiquement en charge du dossier dans les semaines ou mois suivant l'avis et/ou le rapport du HCSP selon les cas. En 2014, 31 questionnaires portant sur les saisines ou les évaluations confiées au HCSP, principalement par la DGS et les autres commanditaires (ministre, DGOS, DUS, ministère de l'Écologie, ministère des affaires étrangères) 28 réponses ont été reçues. Quelques résultats, exprimés en pourcentage, sont présentés ci-dessous.



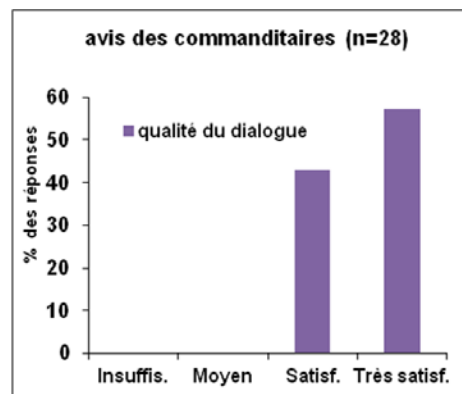
82 % satisfaits ou très satisfaits



93 % satisfaits ou très satisfaits



93 % satisfaits ou très satisfaits



100 % satisfaits ou très satisfaits

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 et à la surcharge de travail des experts qui, rappelons le, effectuent ce travail bénévolement avec un véritable engagement au service de la santé publique.

- **Soutien aux travaux**

En 2014, le SG-HCSP a organisé 67 réunions plénières de l'ensemble des instances dont quatre réunions du Collège et huit réunions du Comex. Il a assuré la production et la diffusion des comptes rendus des réunions correspondantes du Collège, du Comex, des commissions spécialisées et des comités techniques permanents.

Par ailleurs, le SG-HCSP a coordonné au cours de l'année 2014 les travaux de 66 groupes de travail, techniques ou de réflexion.

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

Ces travaux ont permis au HCSP d'élaborer au total 53 avis et 16 rapports, dont quatre ont été publiés à la Documentation française (Recommandations sur les bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes, Enjeux en santé-environnement en France, Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé, La qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques).

- **Frais de fonctionnement courant**

Les moyens de fonctionnement nécessaires à la réalisation des travaux des experts imputés sur le Programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » se sont élevés à 215 548 € (258 025 € en 2013).

L'indemnisation des experts s'élève à 48 300 € (56 580 € en 2013) pour participation aux travaux et 19 440 € (17 640 € en 2013) pour perte de revenus. S'y ajoutent 131 953 € (166 819 € en 2013) de frais de déplacement pour l'ensemble des réunions organisées en 2014.

Personne en charge du dossier : Catherine de Pretto

Les frais de fonctionnement propres aux agents du SG-HCSP consistent en frais de déplacement des agents du SG-HCSP et frais d'inscription aux colloques s'élèvent à 1 035,99 € (680 € en 2013).

Personne en charge du dossier : Aline Orriols

Les frais de réception s'élèvent à 15 140 € (15 537 € en 2013). Les fournitures courantes de bureau sont prises en charge par la DGS.

Personnes en charge du dossier : Aline Orriols, Isabelle Douard et Catherine de Pretto

- **Commandes aux prestataires et gestion budgétaire**

Le montant total des dépenses relevant du programme budgétaire 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé » s'élève à 304 396 € TTC (551 416 € TTC en 2013) en engagements et à 407 005 € TTC (236 280 € TTC en 2013) crédits de paiement.

Personne en charge du dossier : Dominique Gallot

a/ Soutien aux travaux scientifiques et techniques

Trois marchés de soutien aux travaux scientifiques et techniques ont été attribués

- *Evaluation du plan maladies rares 2011-2014* (89 790 € TTC) qui se décompose en deux lots :

Le lot n° 1 porte sur une assistance à maîtrise d'ouvrage auprès du Comité chargé de l'évaluation.

Le lot n° 2 concerne une évaluation qualitative consistant à mesurer :

- les évolutions depuis la précédente évaluation en termes d'organisation des soins, de prise en charge sociale et médico-sociale des patients atteints de maladies rares, de dépistage, de formation et d'information des professionnels de santé ;
- l'impact des réalisations françaises au niveau européen.

- *Evaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013* qui se décompose en deux lots :

Le lot n° 1 (46 200 € TTC) porte sur une assistance à maîtrise d'ouvrage auprès du Comité d'évaluation du Haut Conseil de la santé publique.

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 de ces établissements.

Seul le lot n°1 a été attribué en 2014 et le lot n°2 l'avait été en 2013.

- *Analyse de l'indicateur « temps d'attente moyen dans les services hospitaliers d'accueil des urgences »* (32 340 € TTC).

Trois marchés de soutien aux travaux scientifiques initiés en 2013 se sont poursuivis en 2014

- Lot n°2 du marché d'évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 ;

- L'enquête qualitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap par les Maisons départementales du handicap (MDPH) ;

- L'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.

Une convention (10 140 € TTC) de mise en œuvre des dispositions logistiques pour la réunion technique des GTCV-NITAGs, des 8 et 9 décembre 2014, a été conclue avec l'Agence de médecine préventive (AMP).

b/ Valorisation des travaux

Un marché de valorisation des travaux a été renouvelé

Il s'agit du marché de correction des épreuves maquettées de la revue « Actualité et dossier en santé publique ».

Six marchés de valorisation des travaux 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 ;
- prestations de communication pour le HCSP ;
- gestion des sites Internet et Extranet du HCSP ;
- prestations de traductions des documents pour le HCSP.

Commandes d'achat directes hors marché

Les commandes d'achat complémentaires suivantes ont été conclues :

- éditions et diffusion des rapports du HCSP pour un montant de 10 872 € TTC ;
- pré-impression du rapport BHRé pour un montant de 2 179 € TTC.

c/ Frais généraux et logistique

Ces dépenses sont exclusivement constituées de prestations de secrétariat. Leur montant s'élève en engagement à 62 144 €.

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

Coordinatrice : Kiran Ramgolam

Webmestre : Philippe Ferrero, prestataire

• **Internet**

Entre janvier et décembre 2014, le site www.hcsp.fr a reçu 1 193 534 visites (1 078 187 en 2013) dont 807 832 visites (771 845 en 2013) uniques et 467 671 nouveaux visiteurs (461 128 en 2013) ; 4 291 320 pages (1 525 113 en 2013) ont été vues.

La lettre de diffusion qui annonce les nouveautés du site a été adressée à 4 230 abonnés (4 309 en 2013), l'inscription à la lettre est accessible sur la page d'accueil, 3 264 personnes (2 519 en 2013) suivent les messages postés par le HCSP sur Twitter et 331 personnes (228 en 2013) suivent les messages postés sur la page Facebook du HCSP.

Le site internet présente l'actualité du HCSP, les nouveaux avis et rapports, de nombreux extraits de la revue *Actualité et Dossier en santé publique* ; les missions et l'organisation du HCSP, ses rapports d'activité ; les membres, leur activité et leurs publications HCSP, et leur déclaration publique d'intérêt. Sont également accessibles 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, hcsppi.fr, a été mis en service par le HCSP en mars 2008, afin de faciliter le travail de ses membres et de ses experts et leur permettre l'accès aux informations gérées par les coordonnateurs du SG-HCSP. Il comprend pour chaque commission, comité technique et groupe de travail plusieurs espaces de consultation : un tableau de bord, la liste des membres, la liste chronologique des réunions, les comptes rendus de celles-ci, les ouvrages et articles de référence indispensables au travail collaboratif des membres, les textes en cours d'élaboration, etc.

- **Communication**

Coordinatrice : Patricia Siwek
Assistante : Aline Orriols

- **Communiqués de presse**

- Juin 2014 : Future loi de santé publique : le HCSP salue la place faite à la santé publique.
- Décembre 2014 : Agir sur les prix du tabac : un impératif de santé publique

- **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 2014 le HCSP a été cité **2430** fois : **980** fois par la **presse écrite** et **1450 fois** dans la **presse électronique**.

Près de la moitié des articles (1042) mentionnant le HCSP faisait état des recommandations en matière de vaccinations (307: HPV ; 249: méningite ; 260 : débats autour de l'obligation vaccinale ; 46:grippe...);

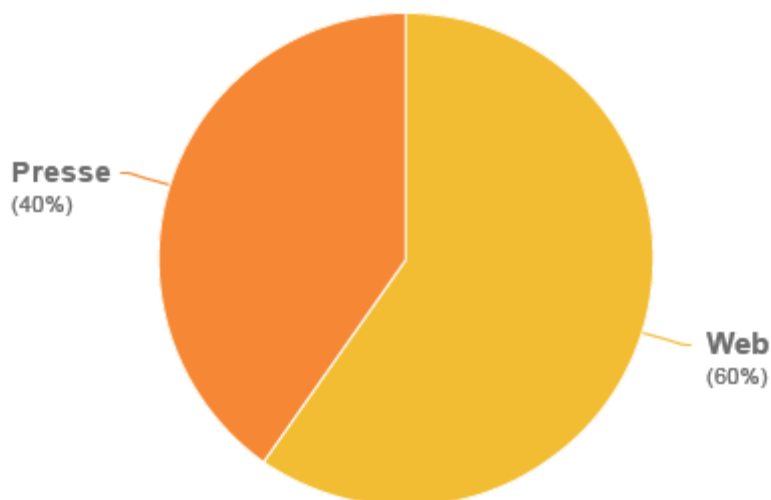
360 articles traitaient de problèmes d'environnement dont 274 sur l'amiante ;

161 articles reprenaient les recommandations du HCSP concernant l'épidémie Ebola ;

140 articles mentionnaient les avis du HCSP sur le tabac ou la cigarette électronique ;

les autres faisaient suite aux différents avis rendus (bilharziose : 58 ; opérations funéraires : 16 ; loi de santé publique : 19...)

Répartition des retombées presse par média



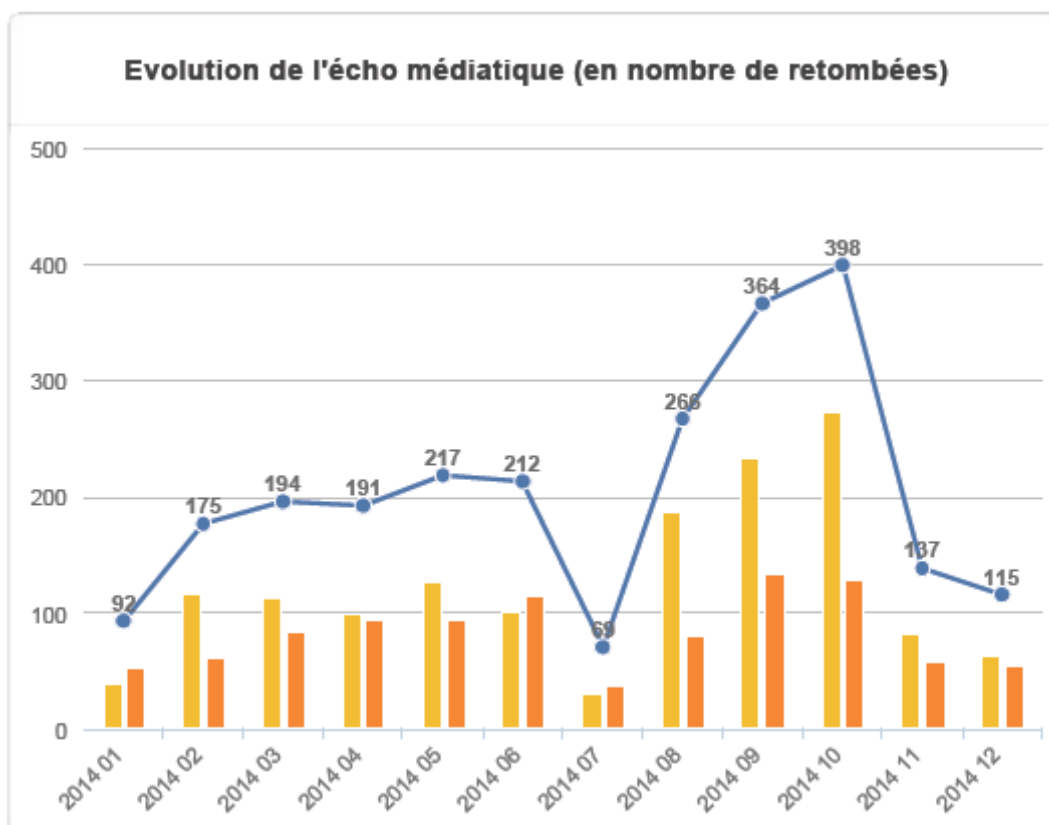
Source : Kantar Média

Retombées selon le type de média

	Nombre de retombées
P.Q.R.	517
PRESSE PRO ET SPECIALISEE - MEDICALE	466
PRESSE PRO ET SPECIALISEE - PHARMACIE	146
PRESSE PRO ET SPECIALISEE	128
PRESSE LOCALE	125
P.Q.N.	102
PRESSE PRO TECHNIQUE - MEDICALE	72
AGENCE DE PRESSE	64
PRESSE SANTÉ	46
PRESSE FAMILLE	32
Cumul des autres sources	182

Source : Kantar Média

P.Q.R. : Presse quotidienne régionale
P.Q.M. : Presse quotidienne nationale



Source : Kantar Média

Analyse des retombées presse durant le pic des mois d'août à octobre 2014

En 2014, on constate un pic en nombre de retombées médiatiques durant les mois d'août, septembre et octobre : 1022 articles (333 presse écrite et 689 sur le web) soit près de la moitié des retombées sur l'année 2014.

En août : sur les 266 articles recensés mentionnant le HCSP, 189 (puis 16 en septembre) faisaient suite au rapport « Recommandations pour la gestion du risque amiante dans l'habitat et l'environnement » mis en ligne le 14 août.

A noter également une dizaine d'article citant le HCSP suite à des cas de méningite dans le Finistère et 12 articles citant l'avis relatif aux mesures de gestion pour l'utilisation dérogatoire du malathion en Guyane, mis en ligne le 11 juin 2014.

En septembre : 343 articles ont été publiés. Reprenant les avis du HCSP concernant l'épidémie d'Ebola, 17 articles ont mentionné ses recommandations (88 en octobre).

Suite à la mise en ligne, le 10 septembre, de l'avis relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale, 73 articles reprennent les propositions du HCSP.

Après la mise en ligne du rapport sur la vaccination contre les infections à papillomavirus humains, le 10 septembre 2014, 73 articles sont parus.

Suite au procès de Strasbourg concernant la maladie de Lyme, 54 articles mentionnant le HCSP ont été relevés.

En octobre : 413 articles ont été publiés. Les principaux thèmes abordés font suite aux avis publiés depuis les trois derniers mois :

Politique vaccinale et obligation vaccinale (relancée par la décision du tribunal d'Auxerre devant le refus de parents de faire vacciner leur enfant le 8 octobre) : 181 articles

Ebola : 88 articles

Grippe avis relatif à la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé (mis en ligne le 6 juin) : 47 articles

Amiante : 26 articles

Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (avis mis en ligne le 10 septembre 2014) : 22 articles

En conclusion, ces pics de retombées médiatiques s'expliquent principalement par :

- les suites données au rapport pour la gestion du risque amiante dans l'habitat et l'environnement (mis en ligne le 14 août) : 231 articles ;
- les suites de l'avis relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale (mise en ligne le 10 septembre) : 254 articles ;
- puis de façon moins forte par les articles sur Ebola : 105 ;
- et la maladie de Lyme : 54 articles.

ANNEXES

- Productions du HCSP en 2014
- Textes régissant le HCSP

LISTE DES PRODUCTIONS PUBLIÉES PAR LE HCSP EN 2014

CSMT	Commission spécialisée Maladies transmissibles
CTV	Comité technique des vaccinations
CMVI	Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation
CSMC	Commission spécialisée Maladie Chronique
CSRE	Commission spécialisée Risques liés à l'environnement
CSSP	Commission spécialisée Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres évènements indésirables liés aux soins et pratiques
CSPEPS	Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé
CSESP	Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective
SNS	Mission stratégie nationale de santé
Adsp	Actualité et dossier en santé publique

<i>Date de validation</i>	<i>Support</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Instances/ GT</i>
22/01/2014	Avis	Schéma vaccinal par le vaccin MenBvac® et éventuelle revaccination par Bexsero®	CTV/CSMT
23/01/2014	Avis	L'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé	CSMC
24/01/2014	Avis	Vaccination de rappel contre la fièvre jaune pour la Guyane	CTV
03/02/2014	Note	Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé	SNS
13/02/2014	Avis	Modalités de la transmission obligatoire des données du chikungunya dans une situation épidémique	CSMT
20/02/2014	Avis	Schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B par les vaccins Engerix B® 20 microgrammes/1 ml et Genhevac B Pasteur® 20 microgrammes/0,5 ml	CTV
20/02/2014	Avis	Stratégie vaccinale contre la coqueluche chez l'adulte dans le cadre du cocooning et dans le cadre professionnel	CTV
20/02/2014	Avis	Utilisation du vaccin contre les infections à papillomavirus humains Cervarix®	CTV
20/02/2014	Avis	Recommandations sanitaires pour les ressortissants français se rendant au Brésil dans le cadre de la coupe du monde de football 2014	CMVI
01/03/2014	Revue	Parcours de santé : enjeux et perspectives	Adsp
06/03/2014	Avis	La politique vaccinale et l'obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et Règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination	CTV
28/03/2014	Avis	Utilisation du vaccin contre les infections à papillomavirus humains Gardasil®	CTV
28/03/2014	Avis	Recommandations de prévention du paludisme chez les visiteurs se rendant à Mayotte	CMVI
28/03/2014	Avis et Rapport	Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé	CTV
28/03/2014	Avis et Rapport	Borréliose de Lyme. État des connaissances	CSMT
31/03/2014	Note	Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé. Complément de réponse : proposition d'objectifs de résultats à 5 et 10 ans	SNS

<i>Date de validation</i>	<i>Support</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Instances/ GT</i>
06/04/2014	Avis	Suivi de consommations d'alcool et leurs conséquences sur la santé pour une meilleure prévention	CSPEPS
10/04/2014	Avis	Conduite à tenir autour des cas suspects de fièvre hémorragique à virus Ebola	CSMT/CSSP
15/04/2014	Rapport	Recommandations sanitaires du Plan national canicule 2014	CSSP
23/04/2014	Avis	Avis relatifs aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette, étendus en population générale	CSPEPS
25/04/2014	Avis	Opinion concerning the risks and benefits in the use of electronic cigarettes by the general population	CSPEPS
28/04/2014	Avis	Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2014	CMVI
02/05/2014	Note	Note de réponse à la saisine de Mme la ministre de la santé concernant le tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé	SNS
09/05/2014	Avis	Conditions d'utilisation et mesures de gestion à mettre en place si une dérogation était accordée pour l'emploi du malathion en Guyane pour la lutte anti-vectorielle dans le but de prévenir la propagation de l'épidémie de chikungunya se développant actuellement dans les Antilles	CSRE
15/05/2014	Rapport	Infections associées aux soins : propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique – Rapport d'auditions	CSSP/CSESP
23/05/2014	Avis	Dépistage et traitement des infections à <i>Schistosoma haematobium</i>	CSMT
23/05/2014	Avis	Place du vaccin FluarixTetra® dans la stratégie de lutte contre la grippe saisonnière	CTV
23/05/2014	Rapport et Synthèse	Expositions au plomb : détermination de nouveaux objectifs de gestion	CSRE
23/05/2014	Rapport et Synthèse	Repérage de l'amiante, mesures d'empoussièrement et révision du seuil de déclenchement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux contenant de l'amiante - Analyse et recommandations	CSRE
01/06/2014	Revue	La nutrition : des constats aux politiques	Adsp
19/06/2014	Communiqué de presse	La prévention est à l'honneur dans la prochaine loi de santé	
03/07/2014	Rapport	Évaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013	CSSP/CSESP
08/07/2014	Avis	Vaccination de rappel contre la poliomyélite pour certains voyageurs dans le contexte actuel d'urgence sanitaire décrétée par l'OMS	CMVI/CTV/CSMT
08/07/2014	Avis	Booster vaccination against poliomyelitis for some travellers in the context of the current public health emergency declared by the WHO	CMVI/CTV/CSMT
10/07/2014	Avis	Actualisation de l'avis relatif à l'antibioprophylaxie et à la vaccination méningococcique des personnes traitées par éculizumab (Soliris® 300 mg solution à diluer pour perfusion)	CTV
10/07/2014	Avis	Place du vaccin FluenzTetra® dans la stratégie de lutte contre la grippe saisonnière	CTV
10/07/2014	Avis	La nécessité de poursuivre les campagnes de vaccination contre le clone B :14 :P1.7,16 en Seine-Maritime, dans la Somme et les Pyrénées-Atlantiques	CTV
10/07/2014	Rapport	Recommandations sur la conduite à tenir lors d'épisodes de cas groupés d'infections cutanées suppuratives liées aux souches de <i>Staphylococcus</i>	CSMT/CSSP

<i>Date de validation</i>	<i>Support</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Instances/ GT</i>
		<i>aureus</i> résistant à la méticilline (SARM Co)	
10/07/2014	Rapport	Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Données actualisées	CTV
10/07/2014	Rapport	Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche	CTV
01/09/2014	Revue	La santé : un capital en construction dès l'enfance	Adsp
10/09/2014	Avis	Demande de précisions sur l'avis du HCSP concernant la conduite à tenir autour des cas suspects de maladie à virus Ebola du 10 avril 2014	CSMT/CSS P
12/09/2014	Avis	Projet de loi relatif à la santé	
24/10/2014	Avis	La conduite à tenir concernant l'identification et le suivi des personnes contacts d'un cas possible ou confirmé de maladie à virus Ebola et les professionnels de santé exposés à un cas confirmé de maladie à virus Ebola	CSMT/CSS P
31/10/2014	Avis	Maladie à virus Ebola - Recommandations à l'intention des professionnels de santé des établissements de santé non établissements de santé de référence habilités	CSMT/CSS P
07/11/2014	Avis	Demande de renouvellement de prorogation de délai d'achèvement des travaux de retrait de l'amiante de la Cité administrative de Bordeaux	CSRE
07/11/2014	Avis	Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche BoostrixTetra®	CTV
07/11/2014	Avis	Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche Repevax®	CTV
07/11/2014	Avis	Mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin contre la grippe saisonnière FluarixTetra®	CTV
07/11/2014	Avis	Adaptation de la stratégie de vaccination contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C en situation de pénurie de vaccins	CTV
07/11/2014	Avis	Recommandations de vaccination contre les infections invasives à méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	CTV
07/11/2014	Avis et Rapport	Vaccination contre l'hépatite B : problématique des non-répondeurs	CTV
07/11/2014	Rapport	Demande de renouvellement de prorogation de délai d'achèvement des travaux de retrait de l'amiante de la Cité administrative de Bordeaux	CSRE
13/11/2014	Avis	Conditions d'utilisation et mesures de gestion à mettre en place pour l'emploi dérogatoire du malathion en Guyane pour la lutte anti-vectorielle – complément d'information sur les mesures de protection pour les piscines	CSRE
18/11/2014	Avis	Conduite à tenir concernant la transmission du virus Ebola après guérison clinique, par les liquides biologiques et notamment par voie sexuelle	CSMT/CSS P
01/12/2014	Revue	Penser et vivre la fin de vie : débats éthiques	Adsp
04/12/2014	Avis	Prise en charge des personnels de santé en milieu de soins, victimes d'un AES/AEV, à partir d'un patient index cas confirmé de maladie à virus Ebola	CSMT/CSS P
04/12/2014	Avis	Management of health-care worker (HCW) in care settings who are victims of an AEB/AEV from a patient who is a confirmed index case of Ebola virus disease	CSMT/CSS P

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
- Arrêté du 30 juin 2012 portant nomination au Comité technique des vaccinations
- Arrêté du 30 juin 2012 portant nomination au Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 2 août 2012 portant nomination au Haut Conseil de la santé publique
- Décret du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique
- Arrêté du 4 juin 2014 portant démission nomination au Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 24 novembre 2014 portant approbation du règlement intérieur du Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 5 décembre 2014 portant nomination au Haut Conseil de la santé publique