Conseil
Supérieur de la Santé

PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8671

Révision de l'avis Fluor n° 8520

FLUOR(-URE) EN PREVENTION DE LA CARIE DENTAIRE

7 décembre 2011

Une version draft de l'avis a été diffusée par erreur. La version correcte se trouve ci-dessous. Les modifications figurent en jaune. Nos sincères excuses.

1. INTRODUCTION ET QUESTION

Plusieurs directives et rapports ont récemment été publiés concernant l'utilisation de fluor(-ure)([1]) pour la prévention des caries. En 2009, la *European Academy of Paediatric Dentistry* a publié son *policy document* « *guidelines on the use of fluoride in children* » (EADP, 2009) et deux rapports ont également été repris dans *The Cochrane Library* au sujet de l'impact du fluorure contenu dans les dentifrices sur la prévention de caries. Le premier traite de l'influence du dentifrice fluoré sur la prévention des caries (Marinho et al., 2009) et le second examine l'effet de différentes concentrations en fluorure dans les dentifrices (Walsh et al., 2010). Bien que les avis et rapports précités ne remettent pas fondamentalement en cause le point de vue adopté dans ses précédents avis n° 6103, 8309 et 8520, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a néanmoins estimé utile de faire une nouvelle mise au point au sujet du fluor(ure).

Le dossier relatif à la révision du point de vue du CSS a été confié à un groupe de travail ad hoc au sein duquel des expertises en dentisterie, pédiatrie, toxicologie et pharmacologie sont représentées. Ce document a alors été approuvé par le groupe de travail permanent NASSA (Nutrition, Alimentation et Santé, y compris Sécurité Alimentaire) et validé par le Collège du CSS. Dans son avis précédent (CSS 8520) le CSS n'avait pas assez tenu compte des remarques des stakeholders, notamment parce qu'il n'y avait pas assez de dentistes impliqués. Ainsi, le représentant des sociétés de dentisterie et le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) qui représentent l'autorité belge et qui donne des informations objectives aux généralistes ont été entendus.

2. CONCLUSION

Au vu des données scientifiques récentes et des recommandations internationales en la matière, le CSS conclut que :

1. L'utilisation quotidienne de dentifrices fluorés est recommandée pour la prévention des caries dentaires. Les modalités précises d'utilisation sont exposées dans le tableau ci-dessous :

[1] Bien que dans le langage courant le terme « fluor » soit généralement utilisé, l'apport en fluor s'effectue sous forme de sels (fluorures). Les sels les plus utilisés pour des applications dentaires sont: le fluorure de sodium, le monofluorophosphate de sodium, le fluorure d'amine et le fluorure d'étain.

Conseil Supérieur de la Santé
rue de l'Autonomie 4 • 1070 Bruxelles • www.css-hgr.be

.be

AGE	CONCENTRATION EN FLUORURE	BROSSAGES PAR JOUR	QUANTITE DE DENTIFRICE[2]
Jusqu'à 2 ans	500 - 1000 ppm	2	Taille d'un petit pois
Entre 2 et 6 ans	1000 - 1450 ppm	2	Taille d'un petit pois
Plus de 6 ans et adultes	1450 ppm	2	Longueur de 1-2 cm

2. D'un point de vue médical, il n'existe aucune raison de préconiser la prise (per os) quotidienne ou régulière d'une préparation à base de fluorure (comprimés ou gouttes).

3. Les suppléments de fluorure (nutriment non essentiel) ne doivent être utilisés que si cet apport est considéré nécessaire d'un point de vue médical ou tout au moins fondé. Il faut alors prendre en compte la concentration en fluorure de l'eau potable et des aliments consommés, de même que l'application de produits d'hygiène à base de fluorure (en particulier le dentifrice). Ceci est particulièrement sensible pour le nourrisson de moins de 6 mois, chez qui la Concentration Limite Supérieure (CLS) peut être atteinte avec 750 ml d'eau/j à une concentration de 0,8 mg F/L (SCHER, 2011).

En outre, le CSS émet les recommandations suivantes:

1. le dosage des dentifrices destinés aux enfants doit être contrôlé ;
2. la vente de dentifrices dont la teneur en fluorure est supérieure à 1.450 ppm ne peut être autorisée qu'en pharmacie et sur avis de médecins ou de dentistes ;
3. les gels, bains de bouches et vernis contenant des fluorures ne doivent être conseillés qu'après l'éruption des dents définitives et lorsque le risque carieux est élevé. Soit de deux à quatre fois par an pour les gels et vernis, soit quotidiennement/chaque semaine pour les bains de bouche ;
4. les comprimés et gouttes de fluorure ne doivent être utilisés que dans les groupes à risque élevé de caries surtout pour leur effet local (il est recommandé de les laisser fondre lentement).

3. ELABORATION ET ARGUMENTATION

Liste des abréviations utilisées

CEE: Communauté Economique Européenne
CLS: Concentration Limite Supérieure
CSS: Conseil Supérieur de la Santé
EFSA: *European Food Safety Authority*
EMN Eau Minérale Naturelle
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
NASSA: Nutrition, Alimentation et Santé, y compris Sécurité Alimentaire
EAPD: *European Academy of Paediatric Dentistry*

[2] Etant donné qu'il est difficile de peser le dentifrice lors de l'hygiène dentaire quotidienne et que les proportions à utiliser doivent être claires pour les enfants, les recommandations internationales préconisent l'utilisation d'une quantité égale à la « taille d'un petit pois ».

Conseil Supérieur de la Santé
rue de l'Autonomie 4 ● 1070 Bruxelles ● www.css-hgr.be

3.1 Méthodologie

La révision des recommandations (CSH 6103, CSS 8309 et CSS 8520) sur l'utilisation orale de fluor(-ure) et de dentifrices fluorés en prévention de la carie dentaire chez l'enfant et l'adulte est basée sur un aperçu de la littérature scientifique récente, des rapports internationaux disponibles ainsi que sur l'opinion des experts du groupe de travail *ad hoc*.

3.2 Elaboration

Il n'y a pas d'éléments nouveaux par rapport à l'avis émis en 2009. Cependant le présent avis est basé sur une expertise élargie aux autorités belges qui donnent des informations aux généralistes.
Le fluorure n'entre pas dans la catégorie des nutriments « essentiels » en ce sens qu'il n'est pas indispensable pour assurer la croissance ou le développement de l'organisme (EFSA, 2005). Néanmoins, il s'est avéré efficace dans la prévention des caries dentaires. Des études épidémiologiques ont en effet indiqué qu'il existe chez l'enfant une relation inverse entre l'incidence des caries dentaires et la consommation de fluorure (Twetman, 2009 ; Wong et al., 2011). La littérature scientifique récente préconise une application locale (de préférence via le dentifrice) plutôt que l'ingestion (comprimés et eau potable), considérée comme moins efficace (Pizzo et al., 2007). Enfin, il ressort d'un rapport Cochrane récent (Marinho et al., 2009) que les enfants qui se brossent les dents au moins 1 fois par jour avec un dentifrice contenant du fluorure développent moins de caries que ceux chez qui ce brossage est moins fréquent.

Il n'existe donc aucun besoin physiologique en fluorure et aucune manifestation spécifique de carence en fluorure n'a pu être mise en évidence. Dès lors, aucune recommandation spécifique relative à l'ingestion de fluorure via l'alimentation n'est donnée par les autorités sanitaires. Dans le cadre particulier de la prévention des caries, aucune recommandation complémentaire n'est faite pour les femmes enceintes et les nourrissons. En effet, la perméabilité transplacentaire à l'égard de fluorure d'une part et l'effet protecteur persistant de l'administration avant l'apparition de la dentition d'autre part n'ont pas été suffisamment démontrés.

L'*European Food Safety Authority* (EFSA) a fixé la concentration limite supérieure (CLS) d'apport en fluorure à 0,1 mg de fluorure/kg poids corporel/jour pour les enfants de 0 à 8 ans. Partant du fait que la prévalence d'une intoxication en fluorure, se traduisant par une fluorose de la dentition définitive, est inférieure à 5 % parmi des populations ingérant entre 0,08 et 0,12 mg de fluorure/kg/jour, ceci équivaut à 1,5 et 2,5 mg de fluorure par jour pour des enfants de respectivement de 1 à 3 ans et de 4 à 8 ans. Pour les enfants de plus de 8 ans et les adultes, une limite de 5 à 7 mg de fluorure/jour est acceptée.
Une fluorose légère se manifeste cliniquement par de petites lignes blanches opaques à la surface de l'émail. En cas de fluorose modérée, il s'agit de véritables taches diffuses. Dans les formes plus graves, une décoloration et une perte d'émail peuvent également apparaître. Le développement d'une fluorose dépend de la dose, de la durée et de la période d'exposition. L'émail dentaire manifestant une fluorose présente une hypominéralisation sous la surface tandis que la surface elle-même montre une hyperminéralisation. Des études tant *in vitro* (Waidyasekera et al., 2007) qu'épidémiologiques (Bottenberg et al., 2004) indiquent que les éléments de dentition présentant une fluorose légère ou modérée sont moins sensibles aux caries.

A tout âge et si le besoin en est justifié, l'apport d'un supplément de fluorure devrait prendre en compte la concentration en fluorure de l'eau potable et des aliments consommés ainsi que des produits d'hygiène utilisés (en particulier le dentifrice).

3.2.1. FLUORURE ET EAU POTABLE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS-WHO) accepte une concentration de 1,5 mg F/L pour l'eau potable, potentiellement fluorée naturellement, et ce sur base d'une consommation de 2 L

Conseil Supérieur de la Santé
rue de l'Autonomie 4 ● 1070 Bruxelles ● www.css-hgr.be

d'eau/jour. Pour l'eau potable artificiellement fluorée, une concentration de 0,5 à 1,0 mg F/L est recommandée (WHO, 2011). Des mesures réalisées en Flandre montrent que les eaux potables sont généralement en dessous de la norme de 1,5 mg/L (VMM, 2009).

Il est important de signaler à ce sujet qu'il ressort d'un rapport de la Commission européenne que le fluorure dans l'eau potable (selon les concentrations présentes dans l'eau de distribution belge, cf. directives CEE de 1980 et 1998 et l'AR de 1999) ne comporte généralement aucun risque pour l'organisme. En effet, pour atteindre la CLS chez les enfants de 1 à 6 ans, de 6 à 15 ans et de plus de 15 ans, il faudrait ingérer respectivement plus de 1 L (0,8 mg F/L), plus de 1,5 L (>3 mg F/L) et plus de 2,8 L (>3 mg F/L). Pour les très jeunes enfants (< 6 mois), cette CLS peut cependant être atteinte à une concentration de 0,8 mg F/L (SCHER, 2011). Ce seuil de sécurité peut donc être franchi pour un nourrisson qui absorbe 750 ml d'eau par jour, quantité certainement pas inhabituelle chez les nourrissons. Il est dès lors important que toute recommandation tienne compte de la concentration en fluorure locale de l'eau de distribution.
Selon les législations et règlements actuellement en vigueur, la concentration maximale autorisée en fluorure dans l'eau de distribution est fixée à 1,5 mg/L. Dans les eaux minérales naturelles (EMN), une concentration maximale en fluorure de 5 mg /L est autorisée. Lorsqu'une EMN contient une concentration en fluorure supérieure à 1,5 mg/L elle doit porter la mention: "*Contient plus de 1,5 mg de fluor /L [1500 microgrammes/L]: ne convient pas aux nourrissons et aux enfants de moins de 7 ans pour une consommation régulière".* Etant donné que la réglementation européenne le permet également, le CSS retient la mention "*Convient pour la préparation des aliments pour nourrissons*" pour les EMN contenant moins de 1000 microgrammes de fluorure/L.

De même pour l'eau en bouteille sur laquelle la teneur en fluorure n'est pas toujours mentionnée sur l'étiquette, il ressort d'une étude de Bottenberg (Bottenberg, 2004) que seulement 20 % (5 sur 25) des eaux minérales étudiées et présentes sur le marché belge mentionnent la concentration en fluorure. Pour 7 eaux, la concentration était supérieure à 1 mg/L. Il est à noter que les 5 eaux mentionnant la concentration en fluorure font partie de ce dernier groupe. L'apport moyen en fluorure via la consommation totale d'eau chez l'adulte (Vandevijvere et al., 2009) est, pour la Flandre, de 1,4 ± 0,7 mg/jour (97,5^{e} percentile: 3,1 mg/jour) alors qu'en Wallonie, il est en moyenne de 0,9 ± 0,6 (97,5^{e} percentile: 2,4 mg/jour). La vraisemblance d'atteindre le seuil de 7 mg/jour par une alimentation normale est considérée comme faible. Les auteurs ne font aucune recommandation quant à la modification des normes en vigueur mais bien pour que les concentrations plus élevées soient mieux indiquées sur l'étiquette (Vandevijvere & al., 2009).
L'évaluation globale de l'ingestion pour la Belgique fait l'objet d'un avis spécifique qui sortira début 2012.

3.2.2. FLUORURE ET DENTIFRICES

Des études montrent que, pour les dentifrices, la prévention des caries est d'autant plus efficace que les concentrations dépassent 1000 ppm de fluorure. Mais, les recommandations pour un usage dentaire doivent tenir compte du risque précité de développer une fluorose (Walsh et al., 2010). Par ailleurs, il faut également tenir compte du fait que les enfants avalent beaucoup de dentifrice. Il est dès lors important de vérifier la teneur en fluorure telle que mentionnée sur l'emballage étant donné que tous les dentifrices "pour enfants" ne contiennent pas une teneur adaptée en fluorure. Une étude comparative réalisée auprès d'enfants de 1,5 à 2,5 ans montre d'ailleurs que le pourcentage moyen de dentifrice ingéré varie de 64 à 84 % et que 36 à 70 % des enfants avalent 80 à 100 % du dentifrice appliqué. Quelle qu'en soit la concentration, une quantité de dentifrice de la taille d'un petit pois est considérée comme largement suffisante pour les enfants (Ellwood & Cury, 2009).

Pour les enfants jusqu'à 2 ans et ce à partir de la percée de la première dent de lait, il est recommandé de se brosser les dents deux fois par jour avec un dentifrice pour enfants (500 à 1000 ppm). Entre 2 et 6 ans, la même recommandation de deux fois par jour reste valable mais avec une concentration de 1000 à 1450 ppm. Pour les enfants de plus de six ans et durant toute

Conseil Supérieur de la Santé
rue de l'Autonomie 4 ● 1070 Bruxelles ● www.css-hgr.be

la vie, il est recommandé de se brosser les dents deux fois par jour avec un dentifrice contenant 1450 ppm (EAPD, 2009).
Jusqu'à une concentration de 1450/1500 ppm, les dentifrices sont considérés comme des cosmétiques. Il existe également des dentifrices contenant une concentration plus élevée en fluorure. En général, ils ne sont pas destinés à être utilisés en routine et sont considérés comme des médicaments. Ils ne peuvent être obtenus qu'en pharmacie. Ces produits ne sont de préférence utilisés que sur avis du médecin ou du dentiste.

3.2.3. AUTRES FORMES D'ADMINISTRATION

3.2.3.1. Comprimés et gouttes de fluorure

Il n'existe que peu de preuves de l'efficacité des comprimés et des gouttes pour la prévention des caries dentaires. A cet égard, la compliance du patient constitue un facteur clé. Il est également signalé que les comprimés agiraient surtout dans les groupes à risque élevé de caries. Lorsque la teneur en fluorure de l'eau potable est comprise entre 0,3 et 0,6 mg F/L il n'existerait aucune raison, pour les enfants dans la tranche d'âge de 2 à 3 ans d'être supplémentés en fluorure. L'utilisation du dentifrice et un brossage régulier et de qualité sont dans ce cas préférables. (EAPD, 2009; Espelid, 2009).

3.2.3.2. Gels, bains de bouche et vernis au fluorure

Il existe des preuves substantielles de l'efficacité de ces gels, bains de bouche et vernis au fluorure mais aucune donnée ne montre une efficacité comparative de ces trois suppléments (Poulsen, 2009). Le CSS se rallie à la recommandation de la *European Academy of Paediatric Dentistry* :

	RECOMMANDATION	**RESTRICTION**	**REGIME**
GELS 5.000-12.500 ppm F	Uniquement dentition définitive Apposés par le dentiste	Pas < 6 ans	2 à 4 fois par an (ensuite ne pas boire ni manger durant 20-30 min)
BAINS DE BOUCHE 225 ppm F ou 900 ppm F	Uniquement dentition définitive	Pas < 6 ans	Quotidiennement (225 ppm) ou par semaine (900 ppm) ; 10 ml durant 1 minute (ensuite ne pas boire ni manger durant 20-30 min)
VERNIS 1.000 – 53.300 ppm F	Dentition de lait et définitive Apposés par le dentiste		2 à 4 fois par an Quantité minimale aux endroits à risque (ensuite ne pas boire ni manger durant 20-30 min)

Conseil Supérieur de la Santé
rue de l'Autonomie 4 • 1070 Bruxelles • www.css-hgr.be

4. REFERENCES

- Bottenberg P. Fluoride content of mineral waters on the Belgian market and a case report of fluorosis induced by mineral water use. Eur J Pediatr 2004;163:626-7.

- Bottenberg P, Declerck D, Ghidey W, Bogaerts K, Vanobbergen J, Martens L. Prevalence and determinants of enamel fluorosis in Flemish schoolchildren. Caries Res 2004;38:20-8.

- CSH – Conseil Supérieur d'Hygiène. Mise à jour de l'avis sur le fluor formulé en 1995 par le Conseil supérieur d'hygiène et le Conseil national de la nutrition. Bruxelles: CSH, 2002. Avis N°6103.

- CSS – Conseil Supérieur de la santé. Recommandations nutritionnelles pour la Belgique (Révision 2009). Bruxelles : CSS ; 2009. Avis n°8309. http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/12352470_fr.pdf

- CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Révision de l'avis Fluor: Bruxelles: CSS; 2009. Avis n° 8520. http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/16750531_fr.pdf

- EAPD - European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. Eur Arch Paediatr Dent 2009;10:129-35.

- EFSA – European Food Safety Authority. Opinion of the Scientific Panel on Dietetic Products, Nutrition and allergies on a request from the Commission related to the Tolerable Upper Intake Level of Fluoride. (Request N° EFSA-Q-2003-018). The EFSA Journal 2005;192:1-65.

- Ellwood RP, Cury JA. How much toothpaste? Eur Arch Paediatr Dent 2009;10:168-74.

- Espelid I. Caries preventive effect of fluoride in milk, salt and tablets: a literature review. Eur Arch Paediatr Dent 2009;10:149-56.

- Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of systematic Reviews 2003, Issue 1.

- Pizzo G, Piscopo MR, Pizzo I, Giuliana G. Community water fluoridation and caries prevention: a critical review. Clin Oral Investig 2007;11:189-93.

- Poulsen S. Fluoride-containing gels, mouth rinses and varnishes: an update of evidence of efficacy. Eur Arch Paediatr Dent 2009;10:157-61.

- Royaume de Belgique. Arrêté Royal du 8 février 1999 concernant les eaux minérales naturelles et les eaux de source (modifié par l'AR du 15 décembre 2003). MB du 23 avril 1999. p. 13481-495.

- SCHER - Scientific Committee on Health and Environmental Risks - Critical review of any new evidence on the hazard profile, health effects and human exposure to fluoride and the fluoridating agents of drinking water. 2010. http://ec.europe.eu/health/scientific committees/environmental risks/index en.htm

- Twetman S. Caries prevention with fluoride toothpaste in children: an update. Eur Arch Paediatr Dent 2009;10:162-7.

- Union Européenne. Directive 80/777/CEE du Conseil, du 15 juillet 1980, relative au rapprochement des législations des États membres concernant l'exploitation et la mise dans le commerce des eaux minérales naturelles (modifiée par 80/1276/CEE, 85/7/CEE et 96/70/CE). JO L229 du 30 août 1980, p 1-10. http://admi.net/eur/loi/leg_euro/fr_380L0777.html

- Union Européenne. Directive 98/83/CE du conseil, du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine. JO L330 du 5 décembre 1998, p. 32-54. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1998:330:0032:0054:FR:PDF

- Vandevijvere S, Horion B, Fondu M, Mozin MJ, Ulens M, Huybrechts I et al. Fluoride intake through consumption of tap water and bottled water in Belgium. Int J Environ Res Public Health 2009;6:1676-90.

- VMM – Vlaamse Milieumaatschappij. Kwaliteit van het drinkwater. Deel 3: drinkwaterkwaliteit in detail bekeken. Kwaliteit in het net 2009. http://www.vmm.be/pub/rapportering-drinkwaterkwaliteit/

- Waidyasekera PG, Nikaido T, Weerasinghe DD, Wettasinghe KA, Tagami J. Caries susceptibility of human fluorosed enamel and dentine. J Dent 2007;35:343-9.

- Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1.

- WHO – World Health Organization. Guidelines for drinking water Quality. Geneva: 2011.

- Wong MC, Clarkson J, Glenny AM, Lo EC, Marinho VC, Tsang BW, et al. Cochrane reviews on the benefits/risks of fluoride toothpastes. J Dent Res 2011;90:573-9.

5. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé ***à titre personnel*** au groupe de travail *ad hoc*. Les noms des experts du CSS sont annotés d'un astérisque *.

Les experts suivants ont participé à l'élaboration de l'avis :

BOTTENBERG Peter	Dentisterie	VUB
DECLERCK Dominique	Sciences de la santé buccale	K.U.Leuven
De LOOF Geert	Médecine	UGENT - CBIP
DEVRIESE Michel	Dentisterie	Société de médecine dentaire asbl
HOET Perrine	Toxicologie	UCL
MARTENS Luc	Dentisterie infantile et dentisterie préventive	UGENT

NEVE Jean*	Chimie thérapeutique et sciences nutritionnelles	ULB
VANDEN ABBEELE Astrid	Dentisterie - Stomatologie	ULB
VANDENPLAS Yvan*	Pédiatrie	UZ Brussel - VUB

Le groupe de travail *ad hoc* a été présidé par Yvan VANDENPLAS et le secrétariat scientifique a été assuré par Anne-Madeleine PIRONNET.

L'avis a été approuvé par le groupe permanent NASSA (Nutrition, Alimentation et Santé, y compris Sécurité Alimentaire).

DE BACKER Guy*	Médecine préventive, santé publique et épidémiologie	UGent
DE HENAUW Stefaan*	Nutrition et santé publique	UGent
DELZENNE Nathalie*	Nutrition et toxicologie	UCL
HUYGHEBAERT André*	Chimie et technologie	UGent
MAGHUIN-ROGISTER Guy *	sciences des denrées alimentaires	ULg
PAQUOT Nicolas*	Médecine, Relations académiques et scientifiques	ULg
PUSSEMIER Luc*	Résidus et contaminants, risques chimiques	CERVA
VAN CAMP John*	Valeur nutritionnelle des aliments, alimentation et santé	UGent
VANSANT Greet*	Alimentation et santé	K.U.Leuven

L'administration était représentée par :

DE GRYSE Pascale	Compléments alimentaires et cosmétiques	SPF Santé Publique, DG4
DE BOOSERE Isabel	*Normes PNSA*	SPF Santé Publique, DG4

Le groupe permanent NASSA a été présidé par Guy MAGHUIN-ROGISTER et le secrétariat scientifique a été assuré par Anne-Madeleine PIRONNET.

Conseil Supérieur de la Santé
rue de l'Autonomie 4 • 1070 Bruxelles • www.css-hgr.be

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques), parmi lesquels 200 sont nommés à titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et un comité référent) et la validation finale des avis par le Collège (ultime organe décisionnel). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Les avis des groupes de travail sont présentés au Collège. Après validation, ils sont transmis au requérant et au ministre de la santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.css-hgr.be), sauf en ce qui concerne les avis confidentiels. Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles parmi les professionnels du secteur des soins de santé.

Le CSS est également un partenaire actif dans le cadre de la construction du réseau EuSANH (*European Science Advisory Network for Health*), dont le but est d'élaborer des avis au niveau européen.

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à info.hgr-css@health.belgium.be .

Conseil Supérieur de la Santé
rue de l'Autonomie 4 • 1070 Bruxelles • www.css-hgr.be