

A propos de quelques vaccins controversés

la confiance selon les types de médicaments en 2015

les médicaments sur ordonnance



les médicaments remboursés



les médicaments de marque



les médicaments sans ordonnance



les médicaments non-remboursés



les médicaments génériques



la confiance dans les vaccins



Professeur Th. MAY
10 Octobre 2015

Un contexte difficile pour la vaccination

- Une baisse de confiance de la population amplifiée par les médias.
- Des ruptures d'approvisionnement.
- Des rumeurs de toxicité neurologique, de maladies auto-immunes.
- Des procès gagnés par des plaignants...
- Des réseaux sociaux avec appels à pétition très structurés.



Les risques d'une chute de la couverture vaccinale

RTL Actu Sport Culture Grille Replay Direct

Accueil > Actu > Société et faits divers > Alsace > épidémie inquiétante de rougeole

ET UN LOT DE TICKETS EXCEPTIONNELS PARTICIPEZ MAINTENANT

Alsace : épidémie inquiétante de rougeole

Plus de 150 cas ont été identifiés dans le Haut-Rhin, dont 93 dans une seule école de la banlieue de Colmar. Les autorités de santé rappellent l'importance de la vaccination.



GAGNEZ UN VOYAGE À LONDRES



LONDON'S AUTUMN SEASON

GRANDE CULTURE GREAT

Flash Actu

- 10H18 - Air France : vers un scénario catastrophe ?
- 10H05 - "François Fillon, phénomène de librairie"
- 10H04 - Le vin anti gueule de bois, bientôt une réalité ?

Décès d'un enfant atteint de diphtérie, premier cas en Espagne depuis 1987

Le Parisien | 27 Juin 2015, 15h20

Partager 6 Tweeter 2 G+ 0

Un enfant de six ans, premier cas de diphtérie en Espagne depuis 1987, est décédé après un mois de lutte contre la bactérie et de polémique sur la vaccination, l'enfant n'étant pas vacciné, a annoncé samedi l'hôpital où il était soigné. L'hôpital de Vall d'Hebron de Barcelone, dans l'est du pays, a confirmé sur son compte Twitter "la mort du patient affecté par la diphtérie" qui était hospitalisé depuis fin mai.

Ukraine: la réapparition de la polio ill...

Ukraine: la réapparition de la polio illustre les failles du système de vaccination

Par AFP — 7 septembre 2015 à 10:04



PARTAGER

Une petite alghane est vaccinée contre la polio, le 17 août 2015 à Jibabab, à l'est du pays. Photo Noorulh Shirzada. AFP

LE FIGARO · fr

Accueil > Actualité

Article précédent Article suivant TT 5 Envoyer J'aime 100 CONSERVER

La réapparition insidieuse de la coqueluche

Mots clés : coqueluche, santé publique, maladies infectieuses

Par Damien Mascré - le 23/08/2012

Royaume-Uni, États-Unis, Pays-Bas plusieurs pays développés font face à de brutales poussées épidémiques.

La **coqueluche** est responsable de 300.000 morts chaque année dans les pays en développement, faute de vaccination suffisante, mais voilà que la maladie semble reprendre une certaine vigueur dans les pays développés.

Ainsi, les **États-Unis** sont-ils confrontés à ce qui pourrait bien être leur plus importante épidémie de coqueluche depuis cinquante ans. D'où l'inquiétude du Pr James Cherry, relayée par l'édition en ligne de l'une des plus prestigieuses revues médicales internationale, le *New England Journal of*



IAN HOOTON/S.P.L./COSMOS/COSMOS

Vaccination d'un bébé de 4 mois. On assiste à une recrudescence des infections aux États-Unis.



répond à

INSTITUT POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ NATURELLE



Le droit de se soigner autrement

Vaccin obligatoire : les Français piégés par la loi et les laboratoires !

Pétition

à l'attention
de Madame la Ministre de la Santé Marisol Touraine.

- Les vaccins multivalents sont efficaces et sûrs.
- Les vaccins ne sont pas toxiques pour le cerveau et les muscles.
- Les vaccins ne sont pas cancérogènes.
- Les traces d'antibiotiques contenus dans les vaccins ne sont pas dangereuses.
- Les vaccins ne fonctionnent pas « en déclenchant une tempête ».
- La vaccination du nourrisson contre l'hépatite B repose sur une base médicale.
- Vacciner contre plusieurs maladies est un progrès.
- Indemnisation en cas d'effets indésirables des vaccins.

Un contexte difficile pour le vaccin anti-grippal

- Depuis 2009, une baisse régulière de la CV des populations à risque.
- Un vaccin d'efficacité sub-optimale.
- Un variant de la souche H3N2 mal couvert en 2015.
- Des conséquences dramatiques :

Figure 2 | Taux hebdomadaire d'incidence des consultations pour syndromes grippaux et du nombre de cas graves en réanimation, semaines 40/2010 à 15/2015, en France métropolitaine

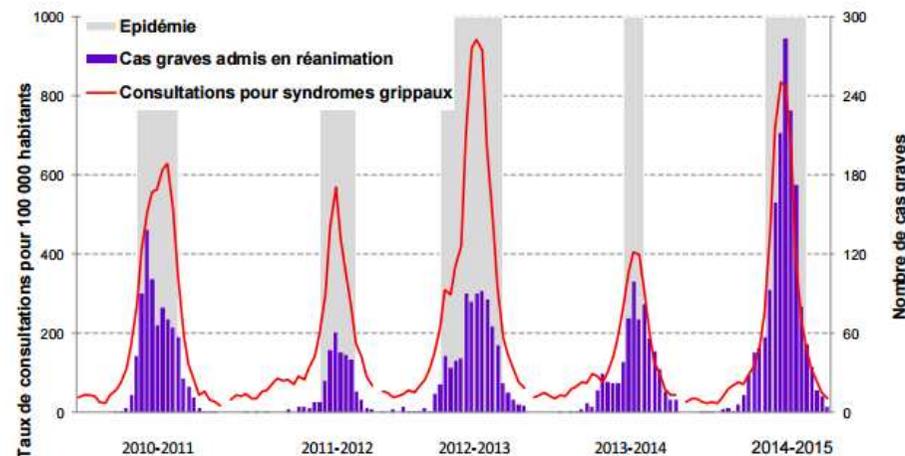


Tableau 1 : Effectifs observés de mortalité et excès de mortalité estimé sur les saisons épidémiques de grippe de 2006-2007 à 2014-2015, tous âges et chez les 65 ans ou plus

Saisons épidémiques de grippe	Durée en semaines	Tous âges confondus			65 ans ou plus				
		Effectif Observé	Excès ² (Sur 1000 communes)	Excès extrapolé à la France entière ³	Effectif Observé	Excès ² (Sur 1000 communes)	Excès extrapolé à la France entière ³		
2006-2007	7	52 077	1 286	+3%	1 919	41 657	1 385	+3%	2 068
2007-2008	9	68 644	3 020	+5%	4 508	55 194	2 966	+6%	4 427
2008-2009	10	83 601	10 166	+14%	15 173	67 988	9 339	+16%	13 939
2009-2010	10	71 346	-286	0%	-427	56 146	-388	-1%	-579
2010-2011	9	71 032	3 829	+6%	5 715	57 203	3 162	+6%	4 719
2011-2012	8	66 388	6 995	+12%	10 440	54 959	6 788	+14%	10 132
2012-2013	13	107 777	10 206	+10%	15 234	88 607	8 950	+11%	13 359
2013-2014	5	38 491	700	+2%	1 043	31 593	428	+1%	550
2014-2015	9	80 514	12 272	+18%	18 317	67 875	11 127	+20%	16 608

1 : Pays/régions avec excès : Belgique, Danemark, Angleterre, Pays de Galles, Ecosse, Grèce, Hongrie, Irlande, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Suède, Suisse

2 : Ecart entre le nombre observé et le nombre attendu de décès, calculé sur les données issues des 1000 communes participant à la surveillance en routine (près de 70% de la mortalité nationale)

3 : Ecart entre le nombre observé et le nombre attendu de décès, extrapolé à l'échelle nationale à partir d'un redressement fondé sur les données issues des 1000 communes participant à la surveillance en routine

Couverture vaccinale grippe par saison

(source : CnamTS, régime général)

Saison	Moins de 65 ans	65 ans et +	TOTAL
2009-10	47%	64%	60%
2010-11	37%	56%	52%
2011-12	40%	55%	52%
2012-13	39%	53%	50%
2013-14	38%	52%	49%
2014-15	38 %	48 %	47%



Répondre aux questions des patients

Combien de temps le virus de la grippe survit-il sur...

- > la peau : 5 minutes
- > les sécrétions séchées : quelques heures
- > les vêtements, papiers ou mouchoirs : 8 à 12 heures
- > les surfaces inertes : plusieurs jours

Combien de temps est-on contagieux ?

En général, un adulte infecté est contagieux depuis la veille de l'apparition des symptômes et durant trois à cinq jours. Les enfants peuvent être contagieux plus tôt et le rester jusqu'à dix jours après l'apparition des symptômes. C'est au début de la maladie que la contagion est la plus élevée.

Quelle est l'efficacité du vaccin ?

Le vaccin contre la grippe saisonnière présente une protection de 50 à 70 %. Il permet de réduire de moitié les formes graves et sauve chaque année plus de deux mille vies.

Quels sont les effets indésirables du vaccin ?

Le rapport bénéfice/risque est très en faveur de la vaccination contre la grippe car il existe très peu voire pas d'effets indésirables. On observe le plus souvent des réactions locales légères et transitoires, plus rarement des effets systémiques bénins tels que de la fièvre, des douleurs musculaires ou articulaires, des céphalées, un malaise.

Pourquoi faut-il se vacciner tous les ans ?

Pour être efficace contre le virus circulant (qui change chaque année) et parce que la protection conférée par le vaccin est d'environ six mois.

Quels sont les mesures barrières à appliquer en fonction de la situation épidémique ?

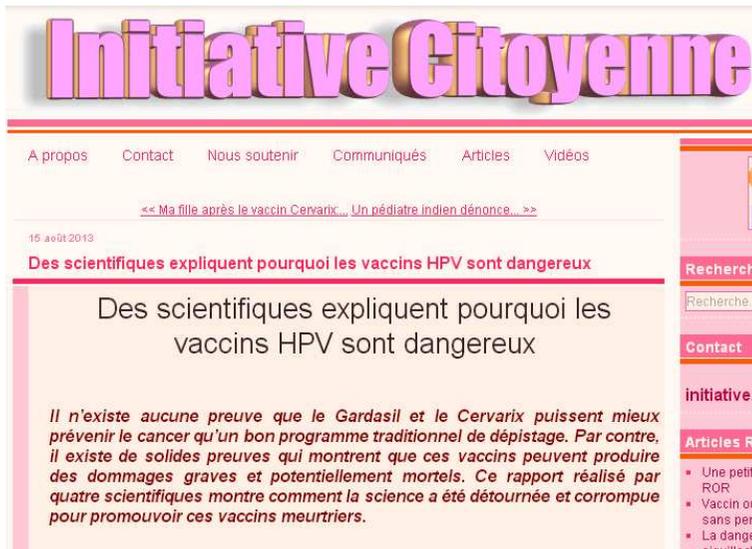
Il est important d'adapter les mesures barrières en fonction de l'épidémie et de la situation personnelle :

	Lavage des mains	Friction hydro alcoolique*	Mesures et gestes**	Distanciation sociale
Tout le temps	Oui	Oui	Oui	Non
Épidémie en cours	Oui	Oui	Oui	Non
Un proche est grippé	Oui	Oui	Oui	Oui
Vous êtes grippé	Oui	Oui	Oui	Oui

* Si vous n'avez pas accès à l'eau et au savon.

** Aérer les locaux, ne pas partager des objets, se couvrir la bouche avec le coude/la manche, etc.

Un contexte difficile pour les vaccins HPV

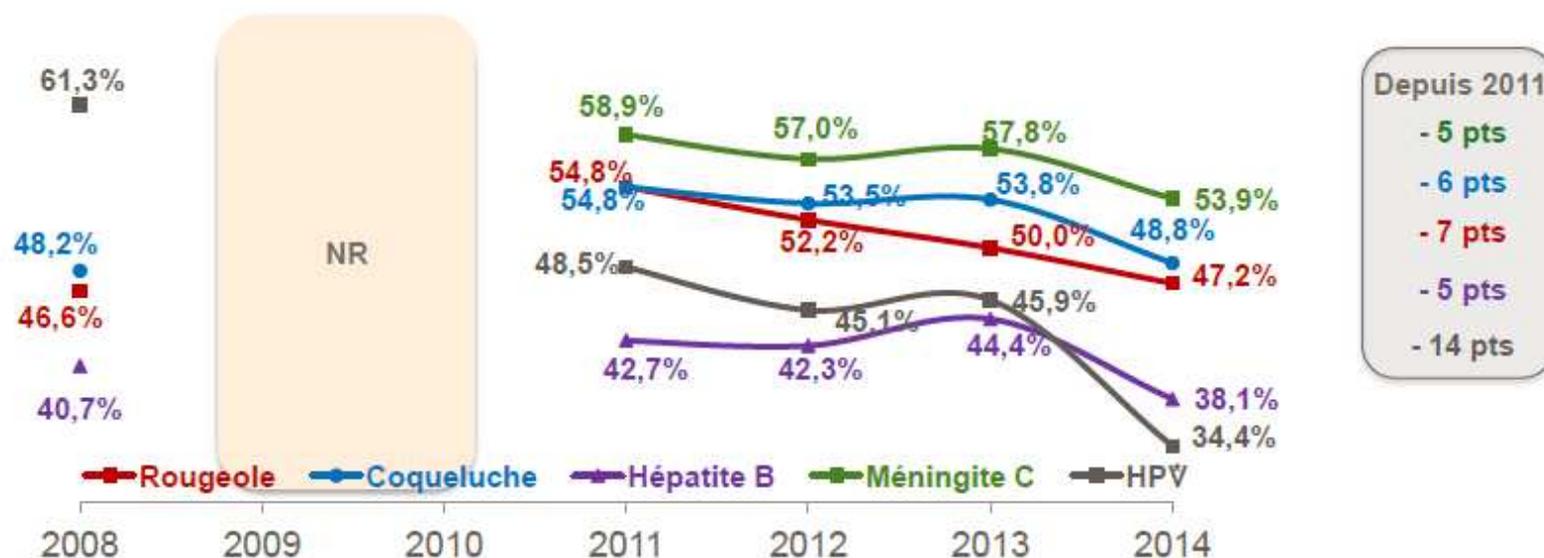


Mères des 14-15 ans : Perception du caractère indispensable des vaccins en diminution progressive depuis 2011



Q : Pour chacune de ces maladies, EN SUPPOSANT QU'IL EXISTE UN VACCIN, la vaccination de votre enfant vous paraîtrait...

Evolution du taux de réponse de la modalité : « Indispensable »



Focus sur le vaccin contre HPV :

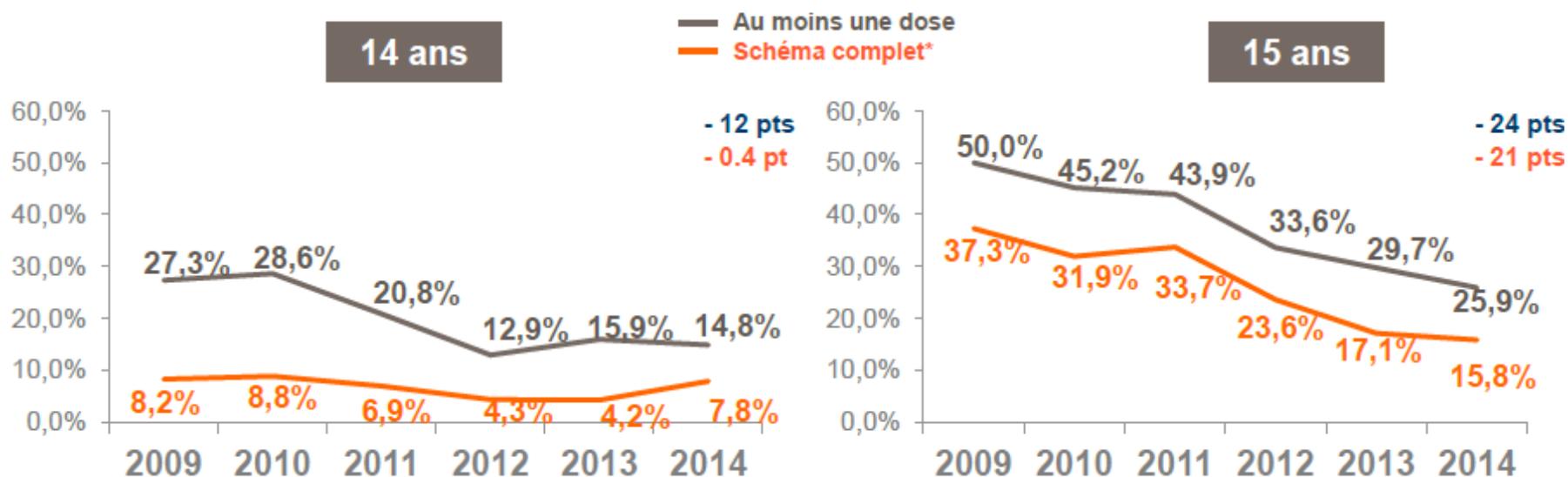
Alors que 61% des mères d'adolescentes de 14-15 ans jugeaient indispensable la vaccination contre HPV en 2008, elles ne sont plus qu'une minorité en 2014 : 34% (- 27 pts), baisse qui s'est aggravée suite au dépôt de plainte contre l'un des vaccin HPV en nov 2013.

Base 2014 : 1000 enfants de 14-15 ans (dont 473 filles) / Base 2013 : 1000 enfants de 14-15 ans (dont 508 filles) / Base 2012 : 1500 enfants de 14-15 ans (dont 760 filles) / Base 2011 : 1500 enfants de 14-15 ans (dont 745 filles) / Base 2008 : 627 enfants de 14-15 ans (dont 311 filles)

HPV : une chute de l'initiation de la vaccination et une CV schéma complet au plus bas



Evolution de la couverture vaccinale HPV au moins 1 dose et schéma complet chez les jeunes filles de 14 et 15 ans, entre 2009 et 2014



* Le schéma complet consiste en 3 doses du vaccin bivalent/quadrivalent, respectant un intervalle de 11 mois (inclus) maximum entre la D1 et D3 ou en 2 doses si la 1^{ère} dose est administrée à partir de février 2014, avec un écart minimum de 5 mois entre D1 et D2.

Base 2014 : 243 filles de 14 ans et 230 filles de 15 ans / Base 2013 : 250 filles de 14 ans et 257 filles de 15 ans / Base 2012 : 370 filles de 14 ans, 390 filles de 15 ans / Base 2011 : 380 filles de 14 ans, 365 filles de 15 ans / Base 2010 : 375 filles de 14 ans, 356 filles de 15 ans / Base 2009 : 233 filles de 14 ans, 255 filles de 15 ans

Vaccins anti-HPV et risque de maladies auto-immunes : étude pharmacoépidémiologique

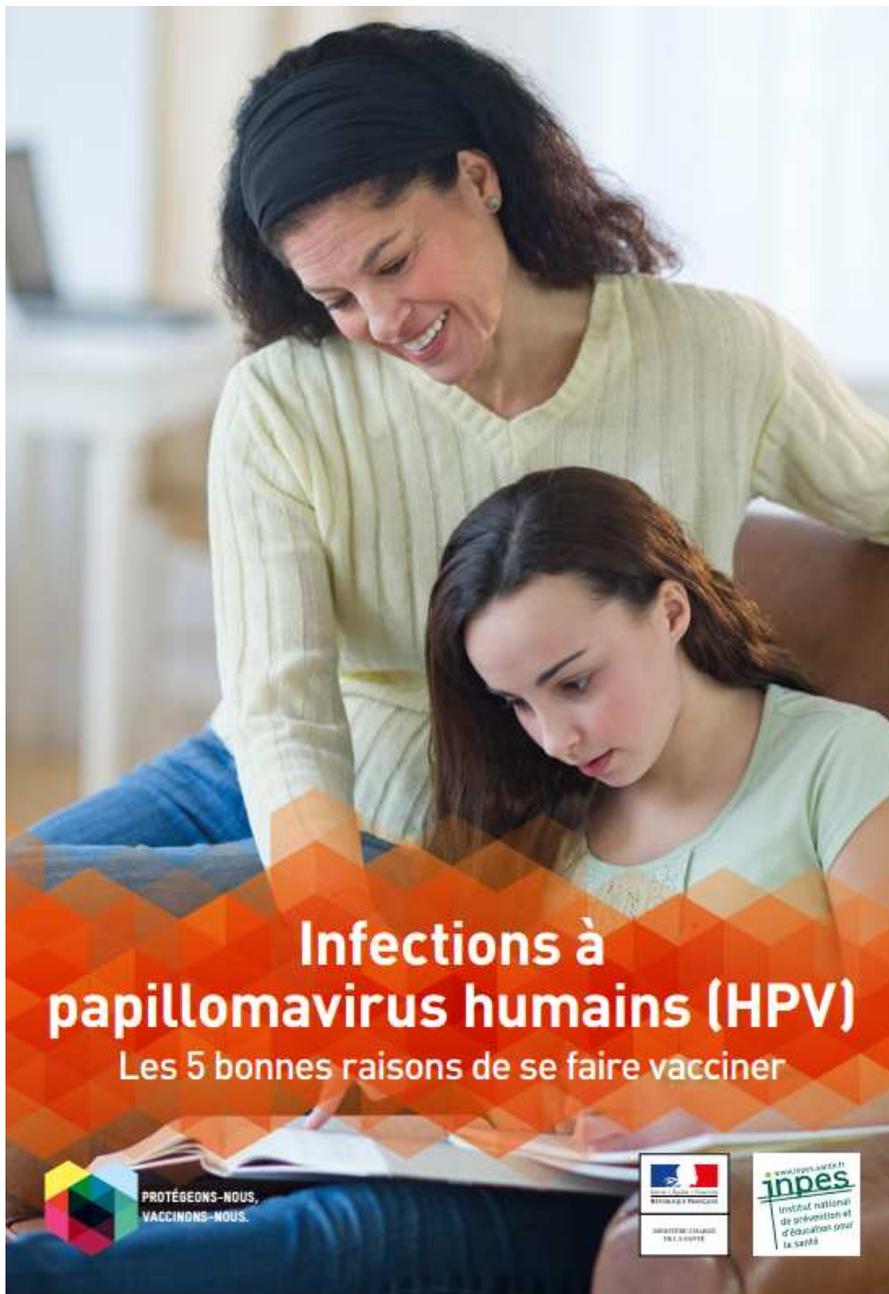
Rapport final

Septembre 2015

	Non-exposées		Après vaccination		Analyse univariée ³				Analyse multivariée ⁴			
	N	Incidence standardisée ¹	N	Incidence standardisée ¹	HR ²	IC inf	IC sup	p	HR ²	IC inf	IC sup	p
Affections démyélinisantes du SNC	219	5,8	82	5,9	0,98	0,75	1,29	0,89	1,05	0,79	1,40	0,72
Syndrome de Guillain Barré	21	0,4	19	1,4	3,62	1,73	7,59	<0,001	4,00	1,84	8,69	<0,001
Lupus cutané ou systémique	139	3,4	45	3,2	0,97	0,67	1,39	0,87	1,02	0,70	1,48	0,93
Sclérodémie localisée ou systémique	44	1,1	11	0,8	0,70	0,35	1,39	0,31	0,69	0,34	1,42	0,32
Vascularites	220	4,8	69	5,0	1,07	0,80	1,44	0,64	1,05	0,77	1,43	0,75
Polyarthrite rhumatoïde ou Arthrites juvéniles	308	6,7	99	7,1	1,07	0,84	1,37	0,58	0,98	0,75	1,26	0,86
Myosite ou Polymyosite ou Dermatomyosite	36	1,1	15	1,1	1,04	0,55	1,96	0,91	0,82	0,42	1,59	0,56
Syndrome de Gougerot-Sjögren	13	0,3	5	0,4	1,08	0,35	3,27	0,90	1,00	0,31	3,20	0,99
Purpura thrombopénique immunologique	168	3,7	37	2,7	0,68	0,46	0,99	0,044	0,72	0,49	1,07	0,11
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	647	16,9	293	21,0	1,27	1,09	1,47	0,002	1,19	1,02	1,39	0,032
Maladie coeliaque	148	3,2	40	2,9	0,97	0,66	1,42	0,88	0,87	0,58	1,29	0,48
Diabète de type 1	652	11,5	149	10,7	0,95	0,79	1,16	0,64	1,08	0,88	1,32	0,45
Thyroidites	272	5,8	87	6,2	1,08	0,83	1,40	0,58	1,05	0,79	1,38	0,75
Pancréatites	190	4,8	68	4,9	0,96	0,71	1,29	0,80	0,85	0,63	1,16	0,31
Tout événement d'intérêt ⁵	2 978	66,8	996	71,6	1,08	1,00	1,17	0,05	1,07	0,99	1,16	0,10

1 Pour 100 000 PA; Standardisation sur la structure d'âge des filles vaccinées ; 2 Hazard Ratio ; 3 Régression de Cox (âge échelle de temps) ; 4 Régression de Cox (âge échelle de temps) ajustée sur l'année d'inclusion, la zone géographique, CMLiC, antécédents de recours aux soins et d'autres vaccinations, recours aux soins et autres vaccinations après l'inclusion; 5 Une fille peut présenter plusieurs EIs au cours du suivi, mais seul celui survenant en premier est analysé dans le critère "Tout EI".

Dans cette très grande cohorte de 2 256 716 jeunes filles affiliées au régime général de l'assurance maladie, âgées de 13 à 16 ans, suivies de 2008 à 2013, **il n'a pas été mis en évidence d'augmentation globale du risque de survenue d'une MAI chez celles ayant été remboursées d'au moins une dose de vaccin anti-HPV comparativement aux non vaccinées.** Ce résultat global est en accord avec les données actuelles de la littérature concernant l'association entre la vaccination anti-HPV et le risque de MAIs. Pour 2 des 14 événements étudiés, **les MICI et le SGB, une association significative avec la vaccination anti-HPV a été mise en évidence.**



Infections à papillomavirus humains (HPV)

Les 5 bonnes raisons de se faire vacciner



PROTÉGEONS-NOUS,
VACCINONS-NOUS.



**Une question,
un conseil ?
Parlez-en à
votre médecin
ou votre
pharmacien.**

Un vaccin efficace

La vaccination protège contre la majorité des virus HPV responsables du cancer du col de l'utérus.

Un vaccin nécessaire

Chez les très jeunes filles, en général avant l'âge de 15 ans.

Un vaccin simple

Il n'y a pas besoin de rappel. 2 ou 3 injections suffisent en fonction du vaccin et de l'âge de la jeune fille.

Un vaccin sans danger

Les réactions sont peu fréquentes et bénignes.

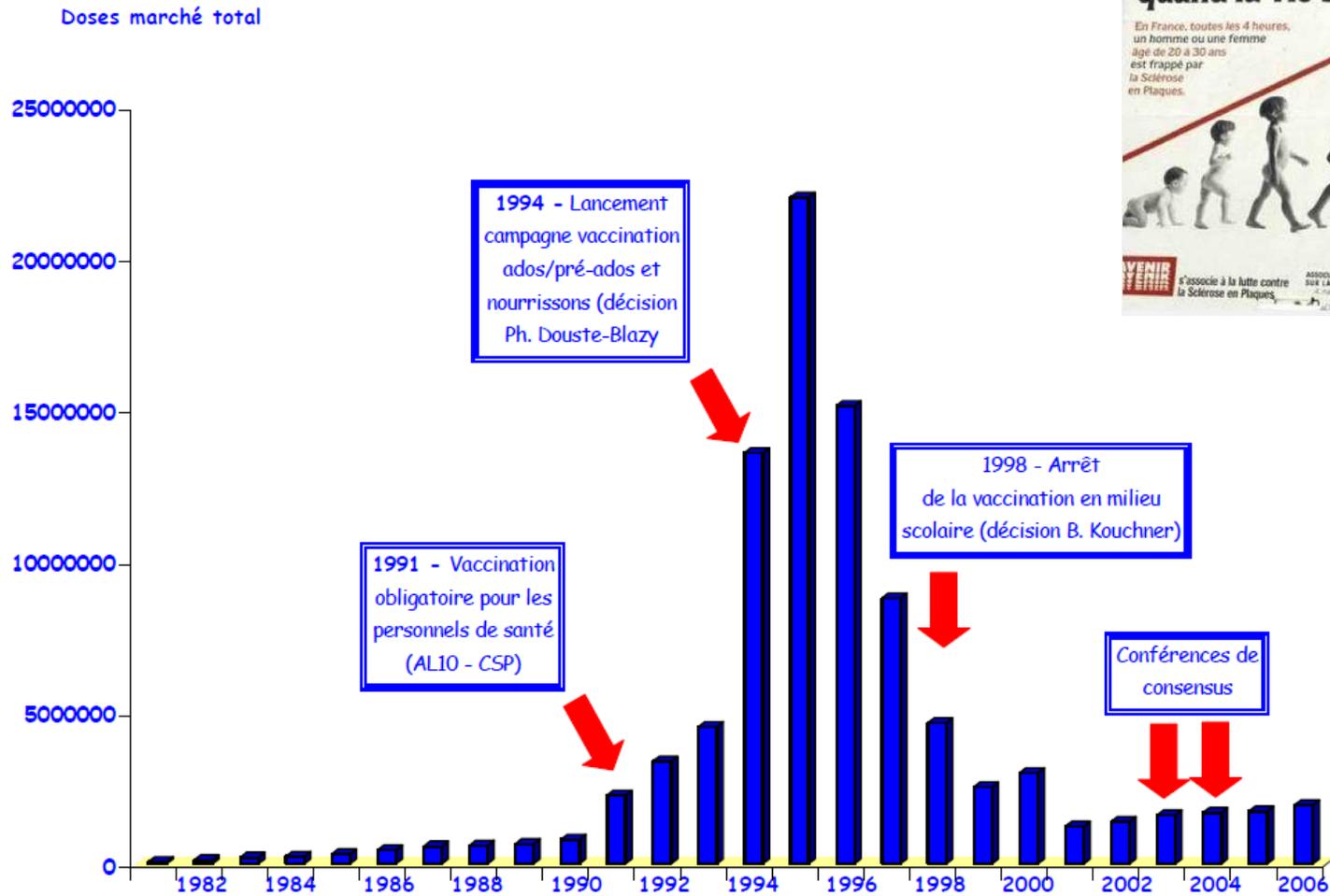
Un vaccin remboursé

L'Assurance maladie rembourse le vaccin à 65 %.

313-111015-01E - Mise à jour mars 2015 - © Corbis - ANM/AV - P.C.S. - Paris le 2015 000 001



Un contexte difficile pour les vaccins Hépatite B



Chronologie de la vente du vaccin contre l'hépatite B en France



Un vaccin disculpé !

Lancet (Fév 2000)

Sadovnick AD et coll. Lancet 2000 : 549-550

« Vacciner contre l'hépatite B n'a pas d'impact sur la survenue d'une sclérose en plaques »

OMS (Oct1998)

« La suspension de la vaccination ne se justifie pas sur le plan scientifique »

Nature Medecine (Sept 1999)

« Dans aucune tranche d'âge, la vaccination n'augmente le risque de survenue d'affection démyélinisante »

VHPB (Oct 1998)

« Pas d'association causale entre la vaccination contre l'hépatite B et les maladies démyélinisantes du SNC, y compris la SEP »

La Presse Médicale (Avr 2000)

Soubeyrand B et coll. LPM 2000 : 775-780

« Pas de relation causale entre les PDSNC rapportées et une vaccination au préalable avec GenHevac B »

NEJM (Fév 2001)

Confavreux C et coll. NEJM 2001 : 319-326

« Pas de risques de poussées à la suite d'une vaccination chez les patients atteints de SEP »

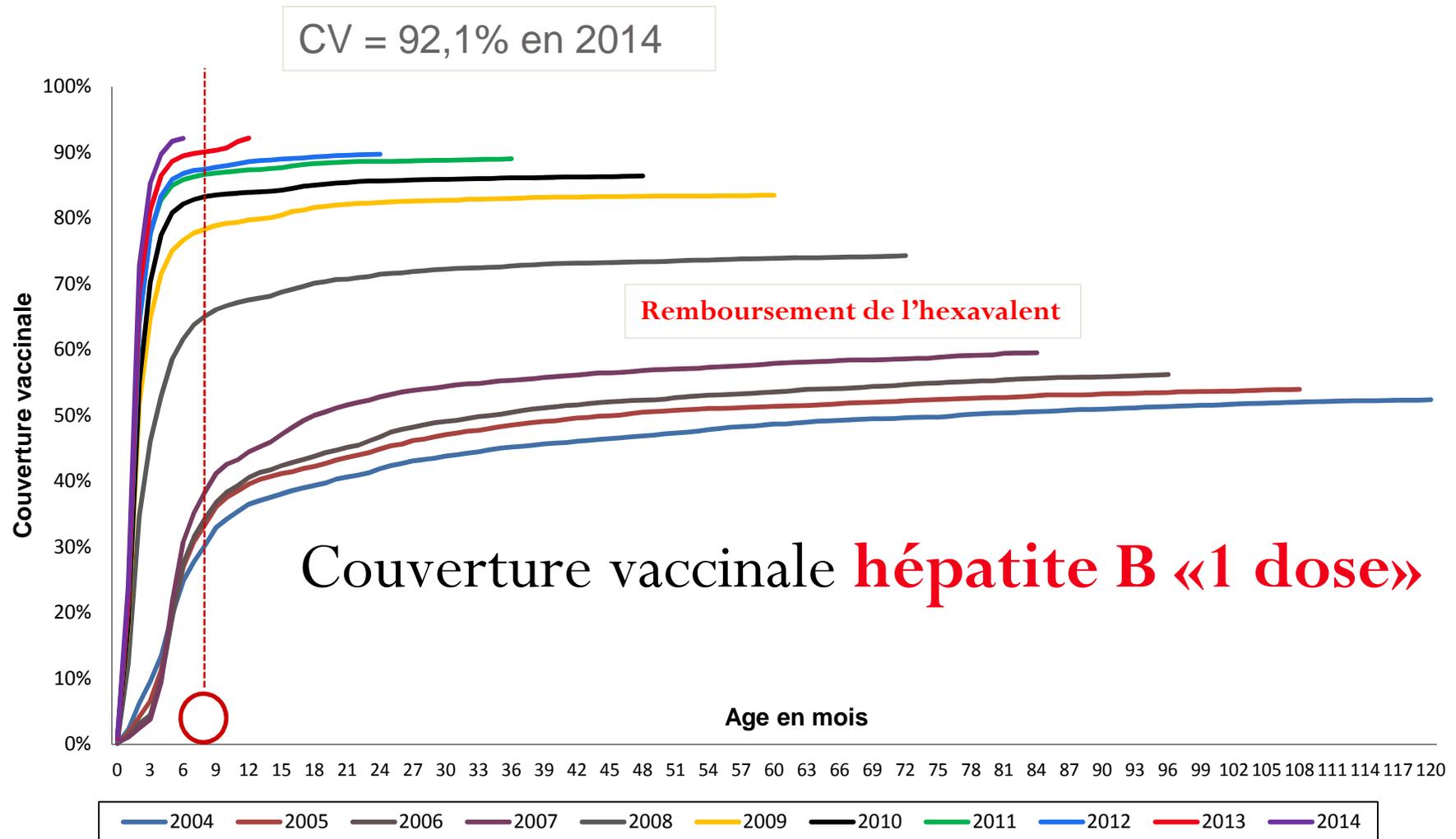
NEJM (Fév 2001)

Ascherio A et coll. NEJM 2001 : 327-333

« Absence d'association entre vaccination HB et survenue de SEP »



Des couvertures vaccinales en progression

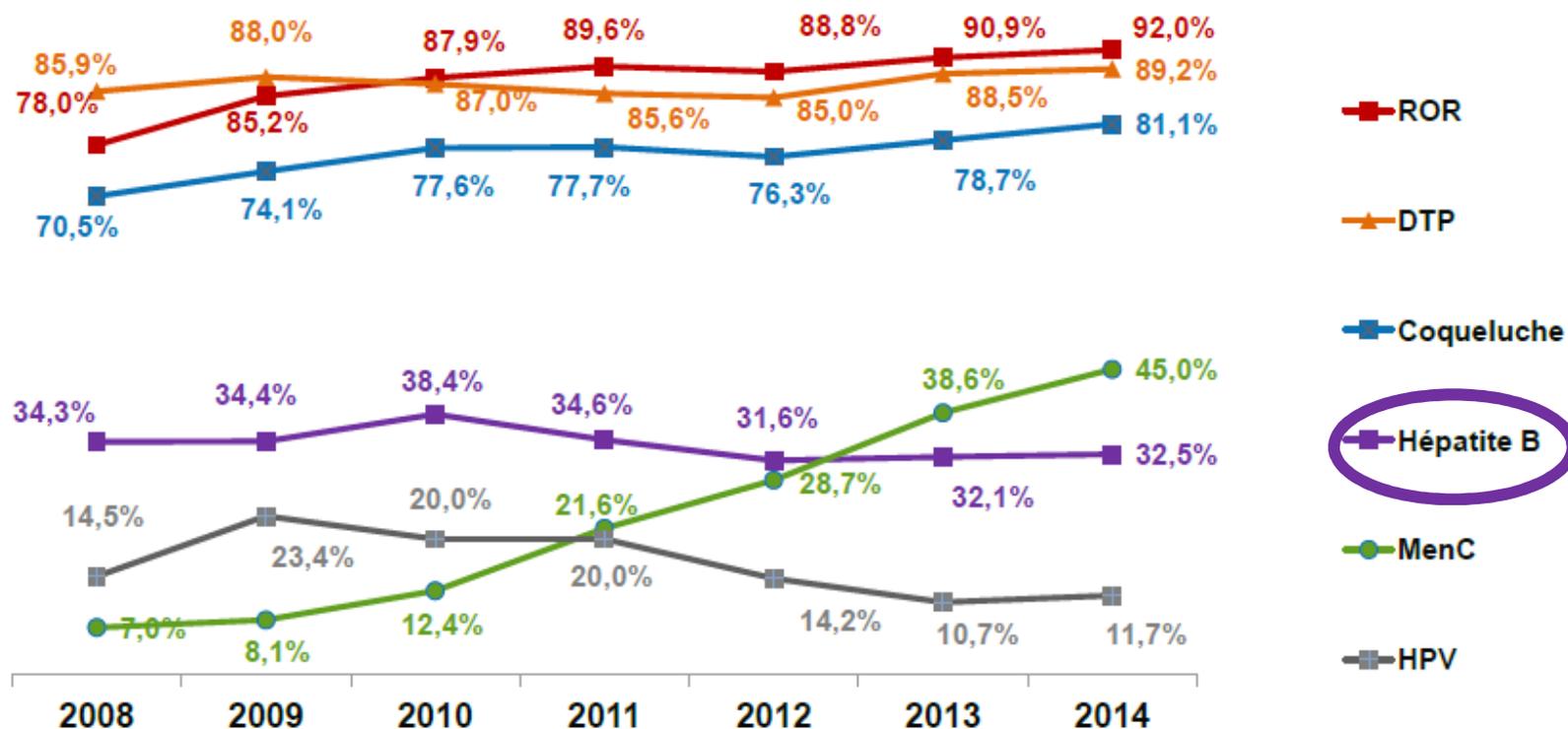


(source: EGB, mise à jour au 31/12/2014)

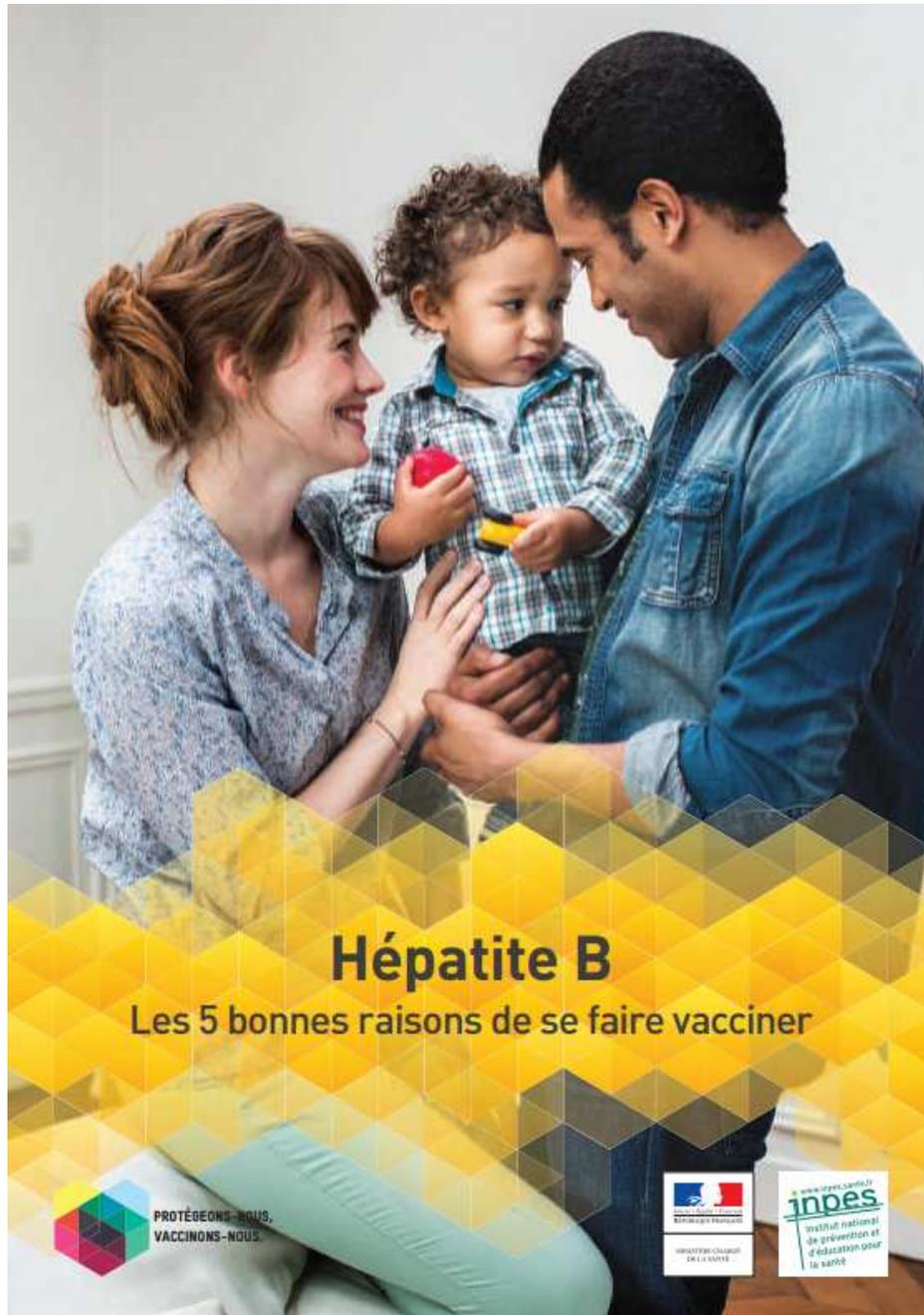
L'adolescent : des résultats très contrastés dans l'évolution des couvertures vaccinales



Evolution des couvertures vaccinales « schéma complet » chez les adolescents de 14 – 15 ans, selon la vaccination, entre 2008 et 2014



Base 2014 : 1000 adolescents de 14-15 ans / Base 2013 : 1000 adolescents de 14-15 ans / Base 2012 : 1500 adolescents de 14-15 ans / Base 2011 : 1500 adolescents de 14-15 ans / Base 2010 : 1500 adolescents de 14-15 ans / Base 2009 : 1000 adolescents de 14-15 ans / Base 2008 : adolescents de 14-15 ans



Hépatite B

Les 5 bonnes raisons de se faire vacciner



—>
**Une question,
un conseil ?
Parlez-en
à votre médecin
ou votre
pharmacien.**

—>
Un vaccin efficace

La vaccination est le moyen de protection le plus efficace contre l'hépatite B.

Un vaccin nécessaire

L'hépatite B peut devenir chronique avec des complications très graves.

Un vaccin simple

3 injections suffisent; il n'y a pas besoin de rappels.

Un vaccin sans danger

Une légère réaction à l'endroit de la piqûre est possible.

Un vaccin remboursé

L'Assurance maladie rembourse le vaccin à 65 %.

312-44913-06 - Mars à juin 2013 - © Julien Godefrain - L'Obs/STANIS



Un contexte difficile pour le vaccin Méningo C

Enfants victimes de vaccins défectueux : un grand procès s'ouvre en France

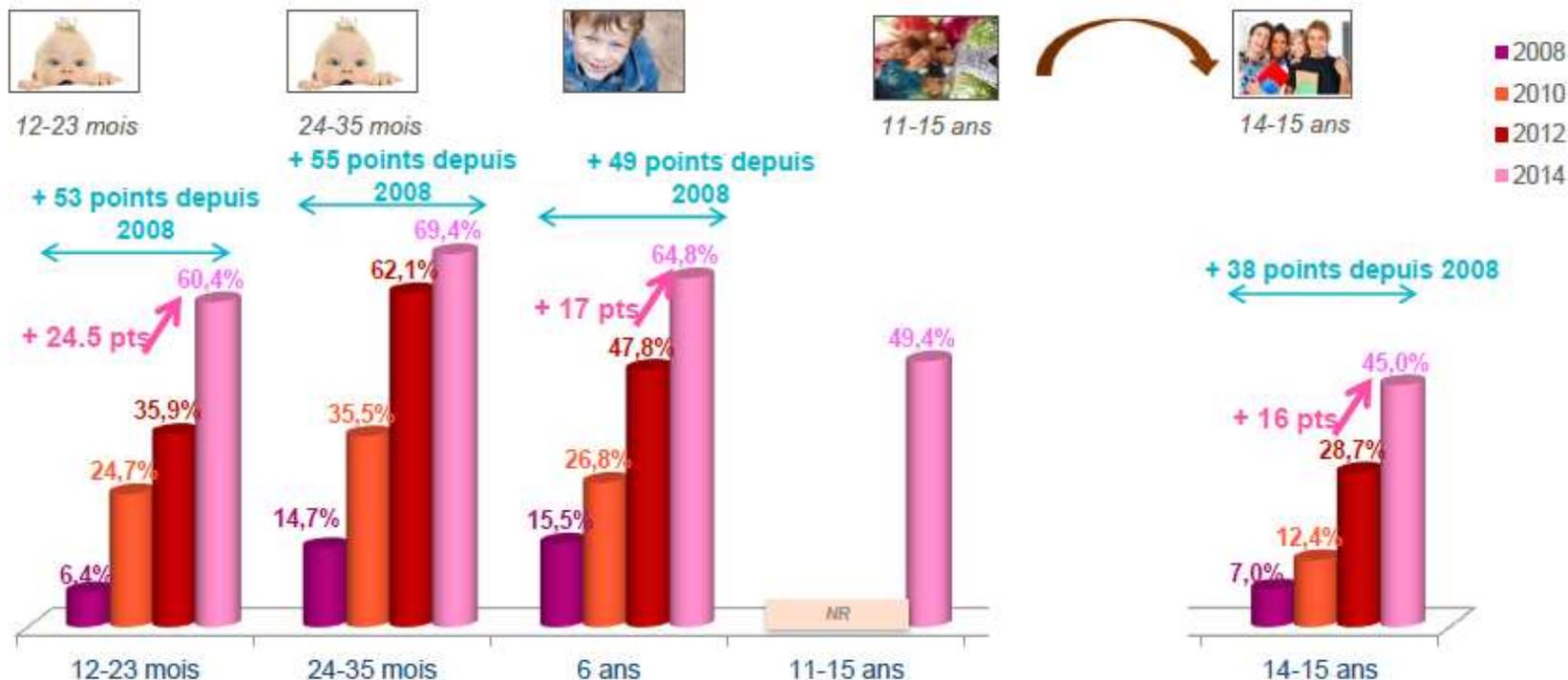
1 COMMENTAIRE

Publié le 21/09/2015 à 15h03 , modifié le 21/09/2015 à 15h03 par SudOuest.fr avec AFP

240 familles françaises ont porté plainte après que leur enfant ait été vacciné avec un produit défectueux contenant des métaux lourds dangereux pour la santé



Méningocoque C : une couverture vaccinale qui progresse fortement depuis 2010 mais qui reste insuffisante



Base 2014 : 1000 enfants de 12-23 mois ; 1000 enfants de 24-35 mois ; 1000 enfants de 6 ans ; 2500 enfants de 11-15 ans (5*500) / Base 2013 : 1000 enfants de 12-23 mois ; 1000 enfants de 24-35 mois ; 1000 enfants de 6 ans ; 2500 enfants de 11-15 ans (5*500) / Base 2012 : 2250 enfants de 12-23 mois ; 2250 enfants de 24-35 mois ; 1000 enfants de 6 ans ; 1500 enfants de 14-15 ans / Base 2011 : 1000 enfants de 12-23 mois ; 1000 enfants de 24-35 mois ; 1500 enfants de 14-15 ans / Base 2010 : 2250 enfants de 12-23 mois ; 2250 enfants de 24-35 mois ; 1000 enfants de 6 ans ; 1500 enfants de 14-15 ans / Base 2009 : 1000 enfants de 12-23 mois ; 1000 enfants de 24-35 mois ; 1000 enfants de 6 ans ; 1000 enfants de 14-15 ans / Base 2008 : 1667 enfants de 12-23 mois ; 1667 enfants de 24-35 mois ; 1000 enfants de 6 ans ; 656 enfants de 14-15 ans



Méningite - Jeunes adultes

Les 5 bonnes raisons de se faire vacciner
contre les infections à méningocoque C



313-10915-06 - État des connaissances, mai 2015 - © PopAdem/Je - ANSAU - CC-BY - 0370 380 300

Une question,
un conseil ?
Parlez-en
à votre médecin
ou votre
pharmacien.

Un vaccin efficace

La vaccination contre le méningocoque C protège contre les méningites et les septicémies à méningocoque C.

Un vaccin nécessaire

Chez l'adulte non vacciné jusqu'à 24 ans inclus.

Un vaccin simple

1 seule injection suffit. Il n'y a pas besoin de rappel.

Un vaccin sans danger

Les réactions sont peu fréquentes et non graves.

Un vaccin remboursé

L'Assurance maladie rembourse le vaccin à 65 % chez l'adulte jusqu'à 24 ans inclus.



Un contexte difficile pour les vaccins anti-rotavirus



- 2013
 - Recommandations du HCSP de vacciner tous les nourrissons : 14.000 hospitalisations et 8 à 17 décès/an
 - Demande de remboursement auprès de la Commission de transparence.
 - Risque rare d'Invagination Intestinale Aiguë dans la semaine suivant la 1ère dose (5 cas/100.000).
- 2015
 - 47 cas d'IIA notifiés depuis 2006 avec chirurgie dans 14 cas et surtout 2 décès (l'imputabilité du vaccin ne pouvait être affirmée dans 1 cas) liés à des retards de prise en charge de l'IIA.
 - HCSP : suspension de la recommandation vaccinale en France.

Infections à rotavirus : suspension des recommandations de vaccination des nourrissons



En novembre 2013, le Haut Conseil de la santé publique avait recommandé l'introduction de la vaccination des nourrissons contre les infections à rotavirus sous conditions d'un ratio coût/efficacité acceptable ainsi que la poursuite du suivi renforcé de pharmacovigilance relatif à la notification de invaginations intestinales aiguës (IIA) dont le risque devait faire l'objet d'une information aux familles.

La notification d'effets indésirables graves y compris ayant pu entraîner la mort, après la vaccination de nourrissons contre les infections à rotavirus, conduit le HCSP à reconsidérer sa position relative à cette vaccination.

Du fait de l'évolution défavorable de certains cas rapportés d'IIA (décès, résections) probablement liée à une prise en charge tardive et ne pouvant exclure que de telles situations se reproduisent, le HCSP suspend la recommandation de vaccination des nourrissons contre les infections à rotavirus population générale.

Par ailleurs, ni la littérature internationale relative aux pays industrialisés, ni les données épidémiologiques nationales ne permettent d'identifier des facteurs de comorbidité ou des facteurs de risque environnementaux (conditions de vie, zone géographique sur le territoire national) susceptibles de définir une population de nourrissons pour laquelle la balance bénéfice/risque pourrait être plus favorable. Ceci ne permet donc pas de proposer une stratégie de vaccination sélective, ciblée sur certains nourrissons.

Le HCSP rappelle par ailleurs que si cette vaccination est pratiquée à titre individuel et dans le cadre de son autorisation de mise sur le marché (AMM), médecin doit informer la famille de l'enfant vacciné du risque d'invagination intestinale aiguë et des manifestations cliniques devant motiver une consultation en urgence.

L'obligation vaccinale a t'elle encore un sens ?



Avis du 6 mars 2014

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.



Décision n° 2015-458 QPC du 20 mars 2015

D É C I D E :

Article 1er.- Les articles L. 3111-1, L. 3111-2 et L. 3111-3 du code de la santé publique sont conformes à la Constitution.

Article 2.- La présente décision sera publiée au Journal officiel de la République française et notifiée dans les conditions prévues à l'article 23-11 de l'ordonnance du 7 novembre 1958 susvisée.

Vers des vaccins indispensables ?

Comment améliorer l'image de la vaccination ?

- Faciliter l'accès à la vaccination :
Centre de vaccination, cabinets médicaux, pharmacies, méd. scolaire et du travail
- Simplifier le calendrier vaccinal.
- Inciter à la vaccination :
Formation des professionnels, communications grand public
- Améliorer le suivi et l'amélioration de la politique vaccinale :
Carnet de vaccination électronique, suivi des couvertures vaccinales, ANSM
- Conforter le lien entre recherche fondamentale publique et acteurs de l'industrie.
- Répondre aux interrogations des français avec transparence.



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Direction générale de la Santé
Sous-direction prévention des risques infectieux

Programme national d'amélioration de la politique vaccinale
2012-2017

Depuis 2008, le directeur général de la santé a souhaité que soit élaborée une stratégie nationale visant à améliorer la protection vaccinale en France. Ainsi, a été constitué un comité chargé d'élaborer les axes stratégiques, les objectifs et les actions prioritaires de cette stratégie. Ce comité, associant autour des directions ministérielles impliquées, sections savantes, ordres des professionnels réglementés, collectivités d'origine, agences sanitaires et milieux de recherche, a rendu son rapport en février 2010. Enfin, deux réunions ont été organisées, à la demande de Madame la Secrétaire d'Etat à la Santé, en 2011, en présence des principaux acteurs dans le domaine afin d'organiser la mise en place concrète de cette politique d'amélioration.

Le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 a été défini en se fondant sur ce rapport et sur les engagements plus récents issus des campagnes de vaccination lors de la pandémie grippale, lors de l'épidémie mondiale de rougeole, lors de l'épidémie à norovirus (H norovirus) (ANM) (MMS (IVac)) en Haute-Normandie et Picardie.

