

## RAPPORT

### relatif au programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017

25 mai 2012

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi le 26 mars 2012 par le Directeur général de la santé afin de faire part de ses observations sur le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017, en identifiant :

- les aspects qu'il considère comme prioritaires ;
- les points manquants ou insuffisamment développés.

Le document a été analysé par un groupe de travail *ad hoc* (cf. Annexe 1), le Comité technique des vaccinations et la Commission spécialisée Maladies transmissibles du Haut Conseil de la santé publique.

Le Haut Conseil de la santé publique approuve globalement chacune des actions proposées dans ce document ainsi que la présentation qui en est faite dans le document de synthèse qui l'accompagne.

#### Il identifie un certain nombre de points qui mériteraient une réflexion :

➤ **Modalités d'acquisition et de fourniture des vaccins à la population en dehors de situations exceptionnelles**

Dans certains pays ou régions (Royaume Uni, Québec...), c'est l'Etat qui achète les vaccins et les rétrocède gratuitement à la population. Cette modalité permet des économies très substantielles, la puissance publique et la mise en concurrence chaque fois que cela est possible contraignant les firmes à accepter des réductions de prix parfois considérables (vaccins HPV, Rotavirus...).

La mise à disposition gratuite des vaccins serait un geste très fort d'engagement de l'Etat en faveur de la vaccination.

➤ **Dogme des recommandations appuyées par des preuves**

Les recommandations vaccinales peuvent, dans certains cas, être fondées sur des niveaux de preuve qui ne sont pas optimaux. A ce titre, il serait souhaitable de disposer d'un budget pour permettre la mise en œuvre d'études visant à tester et à valider des stratégies vaccinales pour lesquelles les données disponibles sont considérées comme insuffisantes.

Les fiches décrivant les 12 actions proposées ont été analysées en fonction de plusieurs critères :

- pertinence ;
- priorité ;
- existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre.

Enfin, le contenu en a été analysé d'une manière critique en le complétant chaque fois que cela a semblé nécessaire.

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

### **AXE STRATEGIQUE N° 1**

#### **SIMPLIFIER LE CALENDRIER VACCINAL ET L'ACCES AUX DONNEES DU CARNET DE VACCINATION**

##### **ACTION N° 1**

##### **ACCELERER LE PROCESSUS DE SIMPLIFICATION DU CALENDRIER VACCINAL**

**Objectif opérationnel :** rendre le calendrier vaccinal plus simple.

**Pertinence :** oui

Il est possible et souhaitable de diminuer le nombre de doses de vaccins administrés.

Il est possible et souhaitable de faire en sorte que d'une part les adultes aient une meilleure connaissance de leur statut vaccinal et que d'autre part que les médecins connaissent mieux le statut vaccinal des patients qu'ils suivent.

**Action prioritaire :** oui

Un calendrier vaccinal simplifié doit être proposé en 2012 pour une mise en place en 2013.

**Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre :** oui

Un avis du CTV/HCSP sera prochainement proposé. Une étude d'acceptabilité a été réalisée auprès des médecins libéraux et il s'avère qu'elle donne des résultats très positifs.

Des actions de communication devront toutefois être menées par les autorités de santé afin de faire connaître ce nouveau calendrier vaccinal, de le justifier et d'emporter l'adhésion des médecins et du public.

##### **Analyse du libellé de la fiche**

- Il existe une divergence entre le document de synthèse et la fiche action n° 1 :
    - le document de synthèse mentionne que la simplification du calendrier vaccinal « a pour objectifs à la fois d'optimiser le nombre d'injections nécessaires pour garantir à chaque personne une protection optimale, d'autre part de le rendre plus lisible et plus facile à mémoriser par les professionnels de santé et le public ». C'est en effet la problématique sur laquelle travaille le Comité technique des vaccinations ;
    - la fiche action n°1 introduit d'autres notions, telles le nombre de co-administrations, la limitation des exceptions, et des éléments qui concernent la présentation du calendrier.
  - Dans cette fiche sont mélangés des éléments de fond (nombre de doses, co-administrations, populations cibles) et des éléments de forme. Ces deux points doivent être nettement séparés.
  - Sur le fond, le nouveau calendrier proposé comportera bien une réduction du nombre de doses de vaccins administrés chez les nourrissons, et un passage d'une logique de rappel décennal chez l'adulte à des rappels à âge fixe, plus facilement mémorisables.
- Par contre :
- l'item co-administration n'apparaît pas pertinent :
    - parmi les quatre rendez-vous vaccinaux de la première année, trois comportent une co-administration (deux injections lors de la même séance) et il n'y a pas lieu d'en faire davantage (pas d'autre vaccin à administrer) ;

- durant la seconde année, l'enfant doit recevoir deux vaccins (rappel DTCaPHibHBs et méningocoque C) qui peuvent être co-administrés (même si cela n'est pas nommément précisé). En outre, le rappel de 16-18 mois va disparaître dans le nouveau calendrier. Après le rappel de 12 mois (qui sera une co-administration – hexa + pneumocoque - et avant l'âge de 2 ans, l'enfant recevra deux vaccins (seconde dose de ROR et vaccin méningococcique C) qui pourront être co-administrés. En théorie, ces deux vaccins pourraient être également administrés à 12 mois. L'enfant devrait de ce fait recevoir quatre vaccins le même jour. Or, on estime en France qu'il est psychologiquement difficile d'administrer plus de deux vaccins au cours de la même séance ;
- une co-administration du vaccin HPV et du rappel de 11-13 ans (DTCaP) est possible à condition de modifier les recommandations concernant l'âge de la vaccination par HPV, ce qui est en effet envisageable.
- o le terme « limitation des exceptions » n'est pas clair. Il n'existe pas d'« exceptions ». Certains vaccins ne sont pas recommandés en population générale pour des raisons de santé publique. Ces vaccins sont recommandés uniquement pour les personnes à risque particulier. La définition des populations cibles est donc indispensable.
- Sur la forme, la présentation du calendrier vaccinal et des tableaux synoptiques est réalisée par la DGS.
  - o le tableau synoptique présentant les noms commerciaux des vaccins disponibles en France au regard des valences recommandées a été ajouté au calendrier vaccinal 2012 ;
  - o la réalisation d'un tableau des co-administrations possibles a été abandonnée du fait de sa complexité. En réalité, les co-administrations sont habituellement possibles à part quelques exceptions. Plutôt que de rédiger un tel tableau, forcément complexe, il vaudrait mieux lister les quelques vaccins pour lesquels des études ont montré que la co-administration créait des phénomènes d'interférence. Par ailleurs, il existe des vaccins susceptibles d'être co-administrés et pour lesquels il n'existe aucune étude de co-administration (en particulier certains vaccins des voyageurs). Le document devrait lister ces vaccins et émettre un avertissement sur une possible diminution de l'efficacité en cas de co-administration.
  - o il convient par ailleurs de rappeler que l'Inpes édite chaque année, à l'occasion de la Semaine européenne de la vaccination, un carnet vaccinal simplifié en format carte ou disque, qui répond parfaitement au souhait exprimé de simplification de forme. Ces documents de qualité gagneraient à être davantage diffusés.
- Concernant le futur calendrier vaccinal 2013, la fiche mentionne par ailleurs la nécessité de mener en parallèle une réflexion sur sa nature juridique, son processus de révision et son appropriation par les professionnels de santé. Or :
  - o il ne semble pas que l'évolution du calendrier telle que prévue soulève des problèmes juridiques ;
  - o le processus de révision du calendrier vaccinal suivi est conforme à l'arrêté fixant la mission du Comité technique des vaccinations ;
  - o l'appropriation de ce nouveau calendrier vaccinal par les professionnels de santé va, comme précisé plus haut, nécessiter des actions de communication qui devraient être conduites principalement par la DGS et l'Inpes. La réflexion doit débiter au plus vite.
- L'Inpes devrait être ajouté aux pilotes et partenaires de l'action.

## AXE STRATEGIQUE N° 1

### SIMPLIFIER LE CALENDRIER VACCINAL ET L'ACCES AUX DONNEES DU CARNET DE VACCINATION

#### ACTION N° 2

##### ASSURER LE SUIVI VACCINAL DE LA PERSONNE DANS UN OUTIL PARTAGE AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

**Objectif opérationnel :** permettre le suivi des vaccinations par les personnes et leur médecin traitant grâce à un carnet de vaccination partagé intégré à un dossier médical informatisé.

##### **Pertinence et priorité :** oui

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) estime, dans son rapport sur l'état de santé de la population (2009-2010), que plus de 50 % des adultes n'ont aucun document sur lequel seraient reportées leurs vaccinations.

Dans l'enquête ESPS (enquête sur la santé et la protection sociale) menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2002, 57 % des adultes n'avaient pas de document de vaccination. Le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) sur la politique vaccinale en France mentionne le fait que « l'absence de vaccination des adultes résulte souvent de l'ignorance dans laquelle ils se trouvent à l'égard de leur statut vaccinal ».

En contraste, les différentes enquêtes menées chez les enfants en milieu scolaire ont montré un taux très élevé de présentation du carnet de santé.

La question d'une meilleure documentation du statut vaccinal concerne donc principalement la population adulte. Il apparaît prioritaire de mettre en place un outil permettant aux adultes de pouvoir accéder facilement à leur statut vaccinal. Un outil partagé avec les professionnels de santé apparaît aujourd'hui, dans le contexte du développement du Dossier médical personnel (DMP), hautement souhaitable et tout à fait réalisable.

Par ailleurs, à moyen terme, les données recueillies dans le cadre d'un tel support de données, dès lors que sa couverture sera suffisante, devraient pouvoir être utilisées comme outil de suivi de la couverture vaccinale.

Le Carnet de vaccination électronique (CVE), développé par le Groupe d'études en préventologie, est un des projets les plus prometteurs et les plus avancés en France pour répondre à ce besoin. Sa composante « système expert », permettant d'intégrer en temps quasi réel les évolutions des recommandations vaccinales et de limiter aussi bien les sous-vaccinations que les sur-vaccinations, constitue un atout particulièrement original. De plus les récents contacts entre l'Agence des systèmes d'information partagés (Asip) et le Groupe d'études en préventologie en vue de définir une trajectoire de convergence entre le CVE et le DMP constituent un élément très favorable à la mise en œuvre de l'Action 2.

##### **Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

La mise en œuvre de cette action implique :

- de poursuivre les contacts en cours entre l'Asip et le Groupe d'études en préventologie en vue d'intégrer le CVE dans le « Schéma générique d'urbanisation des applications DMP compatibles » ;
- de poursuivre le déploiement de l'utilisation du CVE parallèlement aux travaux en vue de son intégration au DMP (pharmacies, centres de vaccination, médecine générale...) ;
- de mettre en place des évaluations du CVE en médecine générale (faisabilité, acceptabilité, impact) ;
- d'assurer de la part de la DGS le pilotage de l'avancement des travaux de mise en œuvre de cette action ;
- d'associer l'InVS à ces travaux pour les aspects liés à l'utilisation des données générées à des fins de suivi de la couverture vaccinale.

## AXE STRATEGIQUE N° 2

### FACILITER L'ACCES A LA VACCINATION EN S'APPUYANT SUR LES AGENCES REGIONALES DE SANTE

#### ACTION N° 3

#### OPTIMISER LA VACCINATION EN ALLANT VERS LES LIEUX DE VIE

**Objectif opérationnel :** Aller vers les collectivités de vie (établissements scolaires, enseignement supérieur, établissements de santé, entreprises) pour sensibiliser à la vaccination, vérifier le statut vaccinal, proposer une offre de vaccination.

**Pertinence :** oui

L'adhésion à la politique vaccinale nationale doit être acquise le plus tôt possible et périodiquement rappelée.

L'éducation nationale, l'université, le milieu du travail sont de bons sites d'intervention ; la « journée de la défense et de la citoyenneté » est une bonne opportunité pour inciter les jeunes adultes à mettre à jour leur carnet de vaccination.

La vaccination contre l'hépatite B dans les établissements scolaires avait permis d'obtenir une couverture vaccinale élevée. Interrompue du fait des polémiques sur cette vaccination depuis plus de dix ans, la reprise d'une telle activité n'a jamais été envisagée depuis, ce qui, à l'évidence, pénalise la couverture vaccinale des adolescents et des adultes jeunes. C'est notamment le cas du rattrapage vaccinal contre la rougeole ou l'hépatite B. Dans ce domaine, il convient de rappeler que dans les pays qui pratiquent la vaccination HPV dans les écoles (Royaume Uni, Portugal, Australie) les couvertures vaccinales sont supérieures à 85 %. La reprise d'une telle activité doit être envisagée.

La vaccination dans les collectivités de vie serait de plus un moyen pour corriger en tout ou partie des inégalités sociales de santé. Ainsi, une étude réalisée en Belgique<sup>1</sup> suggère que la vaccination « opportuniste » contre l'HPV concerne préférentiellement les jeunes filles dont les mères bénéficient du dépistage du cancer du col de l'utérus par la pratique de frottis cervico-utérin et qui se feront donc dépister ultérieurement. Ce n'est pas cette population de jeunes filles pour lesquelles la vaccination avait été jugée prioritaire.

**Action prioritaire**

Oui pour la mise en route de la réflexion. Celle-ci ne pourra cependant pas aboutir dans des délais rapides.

Il est en effet également nécessaire de faire précéder cette démarche d'intervention d'un temps de concertation avec les partenaires concernés, notamment les associations de parents d'élèves, l'Education nationale, la médecine scolaire...

Il conviendrait :

- de faire passer les idées d'égalité dans l'accession à la santé avant de les appliquer à la vaccination en s'appuyant sur les enseignants (professeurs des écoles, professeurs de biologie, professeurs de philosophie) et les organismes d'éducation pour la santé ;
- de tenir compte des possibilités des individus à accéder à la vaccination (médecin traitant...);
- d'offrir des prestations de qualité (ex. : accueil personnalisé) pour rentabiliser une accession à la vaccination favorisée par un effet de groupe – à condition qu'il soit bien préparé.

---

<sup>1</sup> Lefevre E, Hens N, Theeten H, et al. Like mother, like daughter? Mother's history of cervical cancer screening and daughter's Human Papillomavirus vaccine uptake in Flanders (Belgium). *Vaccine* 2011; Aug 19. [Epub ahead of print]

### **Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

Une préparation psychologique et logistique serait nécessaire avant de réaliser des actions massives ; il y aura lieu d'adopter un discours approprié et homogène ; les différents partenaires auront besoin d'un temps d'échange important.

Il conviendra par ailleurs :

- de solder le passif né de l'échec de l'expérience hépatite B afin de rassurer les professionnels de la médecine scolaire qui ont gardé beaucoup de rancœur de cet échec ;
- de ne mobiliser les équipes qu'à bon escient.

Dans cette attente, il faut s'appuyer sur le système actuel qui a quand même fait ses preuves : le recours au médecin traitant ; faire participer à l'information sur les vaccinations et à l'acte de vaccination (s'ils pensent que c'est possible) les infirmeries d'établissements, les médecins scolaires ou universitaires, les médecins du travail (la vaccination faisant partie de leurs missions), les médecins militaires et les établissements de santé. Pour cela, il est nécessaire qu'ils puissent avoir à disposition les vaccins utiles. Une simplification de l'accès aux vaccins considérés comme indispensables serait déjà une première étape appréciable.

**AXE STRATEGIQUE N° 2**

**FACILITER L'ACCES A LA VACCINATION EN S'APPUYANT SUR LES AGENCES REGIONALES DE SANTE**

**ACTION N° 4**

**SIMPLIFIER LE PARCOURS VACCINAL EN MEDECINE LIBERALE**

**Objectif opérationnel :** Simplifier le parcours vaccinal en médecine libérale.

**Pertinence :** oui

**Action prioritaire :** oui

**Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

Il conviendrait de ne pas limiter la réflexion à la médecine libérale mais de l'étendre aux professions et aux structures habilitées à pratiquer la vaccination (centres de vaccinations internationales, certains services hospitaliers, centres de dépistage anonyme et gratuit, centres de planning familial,...).

La détention de vaccins sur le lieu même de leur administration peut simplifier le parcours vaccinal et permettre une première vaccination, élément qui semble augmenter la vaccination de la population.

Une réflexion doit être menée afin de permettre la détention de vaccins par ces professionnels de santé et ces structures :

- législation pour permettre la détention de vaccin au cabinet et sa délivrance. Rôle du pharmacien à définir (facturation du vaccin) ;
- assurance de bonne conservation et de la traçabilité des vaccins.

La relation des patients avec leur médecin traitant ou leur pédiatre est essentielle pour convaincre de l'intérêt de se vacciner.

La réflexion devrait être étendue à d'autres professions ou structures en même temps qu'au choix des vaccins qui pourraient être détenus sur place. Ainsi, par exemple et de façon non exhaustive :

- les cabinets médicaux pourraient détenir en priorité les vaccins des adolescents et des adultes ;
- les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) : le vaccin hépatite B, le vaccin HPV ;
- les cabinets de sages-femmes : les vaccins ROR, coqueluche, grippe, hépatite B, HPV, le BCG ;
- les centres de planning : les vaccins HPV.

## AXE STRATEGIQUE N° 2

### FACILITER L'ACCES A LA VACCINATION EN S'APPUYANT SUR LES AGENCES REGIONALES DE SANTE

#### ACTION N° 5

#### LES CAMPAGNES DE VACCINATION SPECIFIQUE (POUR UNE POPULATION, UNE VALENCE...)

**Objectif opérationnel :** prévoir les modalités de mobilisation des professionnels de santé et des structures existantes dans l'organisation de campagnes de vaccination spécifiques en cas de situation exceptionnelle.

#### **Pertinence**

Préparation à une intervention rapide pour faire face à la survenue d'évènements épidémiques.

Dans la mesure où il faut perdre le moins de temps possible, le HCSP pense qu'il est impératif d'anticiper ces situations exceptionnelles en prévoyant en amont les dispositions- d'exception - qui permettraient la mobilisation des personnes (médecins et paramédicaux, administratifs...), des vaccins, du matériel, de la logistique pour réaliser une campagne de vaccination.

Il faut s'appuyer sur le système de soins et de prévention en place où les médecins libéraux, les pharmaciens d'officine occupent une place prépondérante. Il faut définir avec eux la répartition des rôles, l'intérêt de la mise en place - éventuelle - de centres de vaccinations ou la mobilisation d'équipes qui pourraient leur apporter leur concours. Des exercices ou même l'application de telles procédures pourraient être testés prospectivement.

En outre, la réflexion devrait être étendue à des problématiques qui ne relèvent pas de situations exceptionnelles :

- envisager des campagnes de vaccination dans les régions sous-vaccinées (ex. : rougeole dans le sud de la France) ; dans des populations défavorisées ou ayant un accès difficile au système de soin ;
- par exemple, l'épidémie de rougeole de 2008-2011 aurait probablement pu être arrêtée si les acteurs de santé avaient été capables de mener des campagnes de rattrapage, notamment dans les lieux de vie.

#### **Action prioritaire**

L'anticipation est indispensable pour mettre en place « à froid » les dispositifs (médicaux, administratifs, législatifs) nécessaires pour gérer les situations de crise.

Il n'est jamais trop tôt pour mettre en place une préparation à une situation épidémique.

Les professionnels de santé doivent y être sensibilisés dès leur formation.

Les différentes dispositions doivent être envisagées et les modalités d'application prévues pour assumer les objectifs simultanés d'efficacité et de sécurité.

#### **Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

Les moyens existent mais doivent être perfectionnés.

Différentes situations de crise récentes ont permis de tester la réactivité du système de réponse aux épidémies. Son efficacité et son intégration dans la communauté ont été mises à l'épreuve. De nombreux perfectionnements sont attendus.

La confrontation à la pratique est le meilleur moyen pour contrôler leur opérabilité. Il serait envisageable de les tester régulièrement - sur des secteurs limités - à l'occasion des épidémies que nous connaissons - épidémies de grippe, par exemple.

Les ARS, désormais autonomes, auront un pouvoir décisionnel dans ces circonstances. Toutefois, il conviendrait que la DGS conserve un rôle de lien, de sorte que le savoir-faire né des expériences précédentes puisse servir à l'ensemble.

**AXE STRATEGIQUE N° 3  
INCITER A LA VACCINATION**

**ACTION N° 6  
PROMOUVOIR L'ACCES AUX CONNAISSANCES SUR LA PREVENTION VACCINALE  
POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE**

**Objectif opérationnel :** renforcer l'enseignement sur la prévention et la place de la vaccination dans cette démarche.

L'objectif attendu est de renforcer l'enseignement sur la prévention et la place de la vaccination dans cette démarche.

**Pertinence :** oui

Cette action est pertinente car force est de constater que la place de l'enseignement sur la prévention en général (« prise en charge » du sujet bien portant) et la vaccination en particulier est limitée en France, quel que soit le cursus.

Cet effort doit porter :

- sur l'enseignement supérieur : études médicales et paramédicales ;
- mais également sur la formation continue des professionnels de santé : médecins, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes qui sont les acteurs de la vaccination.

**Action prioritaire**

Cette action est prioritaire car les effets attendus seront décalés par rapport à sa mise en place. Les campagnes de vaccination récentes ont mis en évidence un niveau de connaissances tout à fait insuffisant des professionnels de santé vis-à-vis du vaccin, de son efficacité et des risques potentiels.

**Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

Les outils nécessaires sont à créer et les modalités et la place de l'enseignement dans le cursus des professionnels de santé ainsi que dans le cadre de la formation continue (EPP) sont à définir.

Parmi les professionnels de santé, l'enseignement des professionnels infirmiers et sages-femmes est à développer en priorité compte tenu des modifications récentes concernant leurs responsabilités dans la vaccination et les réticences identifiées à l'occasion des épidémies récentes.

**AXE STRATEGIQUE N° 3  
INCITER A LA VACCINATION**

**ACTION N° 7**

**COMMUNIQUER AVEC LE GRAND PUBLIC SUR LA PREVENTION PAR LA VACCINATION**

**Objectif opérationnel :** renforcer le sens collectif et individuel du principe de prévention de la vaccination par une communication adaptée auprès du grand public, par des actions ciblées.

La communication à destination du grand public s'exerce à travers un processus à plusieurs niveaux : des « leaders d'influence » forment les attitudes et les idées d'un petit nombre de chercheurs et d'experts, de médecins praticiens et de journalistes qui jouent le rôle de relais d'influence transmettant à un public plus large les messages élaborés par les « leaders ». Il convient donc d'identifier soigneusement ces prescripteurs d'opinion si l'on veut mettre en œuvre une campagne d'information efficace.

La présente action vise les professionnels du soin (médecins, infirmières, sages-femmes) en tant que prescripteurs d'opinion en matière de prévention par la vaccination ; elle vient préciser et compléter la précédente fiche qui considérait les professionnels de santé en tant qu'acteurs (fiche n°6).

**Pertinence**

Différentes études sur la campagne de vaccination contre la grippe pandémique en 2009 ont montré que la décision de se faire vacciner a été le plus souvent influencée ni par la presse (écrite ou audiovisuelle), ni par internet, ni même par les pouvoirs publics, mais bien par le médecin de famille et l'entourage proche des personnes<sup>2</sup>.

**Action prioritaire**

C'est une action prioritaire, car une communication interne dirigée vers les professionnels du soin doit précéder la communication externe, en direction du grand public, qu'elle conditionne. Capter la bonne volonté des prescripteurs (relais d'influence) est la clé de la réussite des campagnes de prévention.

**Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

A côté de messages généraux, des messages ciblés vers les prescripteurs seront à concevoir et à diffuser.

- **Gouvernance** : l'action en faveur de la prévention vaccinale gagnerait en légitimité si elle était pilotée, aux côtés de représentants des acteurs publics, par des délégués des organisations corporatives des professions de santé ainsi que d'associations diverses, intéressées et compétentes (dont associations de patients). Les représentants des académies scolaires et universitaires, des organisations syndicales patronales et salariées, des organisations sportives et de jeunesse, ainsi que des médias devraient eux aussi être invités à participer.
- **Qualité des messages** : il est impératif que les recommandations soient faciles à mettre en pratique compte tenu des spécificités des prescripteurs (médecins généralistes, personnels hospitaliers). Les messages seront en outre adaptés à la sociologie locale du

---

<sup>2</sup>. - Setbon M, J Raude. Factors in vaccination intention against the pandemic influenza A/H1N1, The Eur J Pub Health, advanced access, 5 mai 2010: 1-5.

- Schwarzinger M, P Verger, MA Guerville, C Aubry, S Rolland, Y Obadia, JP Moatti, Positive attitudes of French general practitioners towards A/H1N1 influenza-pandemic vaccination: A missed opportunity to increase vaccination uptakes in the general public, Vaccine 28, 2010: 2743-48.

- Partouche H, Benainous O, Barthe J, Pierret J, Rigal L, Michaloux M et Gilberg S, Déterminants de la vaccination contre la grippe A(H1N1) 2009, La revue du praticien 61, suppl, 2011 : 9-15.

lieu d'implantation des prescripteurs (taille des villes, zones rurales, histoire locale des vaccinations)<sup>3</sup>. Une décentralisation de la conception des messages aux prescripteurs serait souhaitable (sous la supervision du comité de pilotage de la campagne préventive).

- Parallèlement aux campagnes de prévention, les pouvoirs publics auront à stimuler la recherche, notamment en sciences sociales, en promotion de la santé et dans le domaine des médias et de la communication publique. Des études d'opinion telles que celles menées par l'Inpes, devront être conduites régulièrement. Les canaux de diffusion des messages devront être multipliés dans les territoires, et des études lancées pour la production de messages-types et de kits de communication en matière de prévention vaccinale à l'usage des différents acteurs locaux.

## Contexte

- Insuffisance des taux de vaccination chez les professionnels de santé : entre 2003 et 2006, le taux de vaccination contre la grippe plafonnait à 63 % chez des professionnels de santé (toutes catégories)<sup>4</sup>. Dans l'ensemble du pays, à l'issue de la campagne 2009 de vaccination contre la grippe A(H1N1), la proportion des professionnels de santé (toutes catégories) à s'être fait vacciner ne dépassait pas 44 %<sup>5</sup>.
- Défiance du public à l'encontre de l'industrie des vaccins et, conjointement, à l'encontre des experts soupçonnés d'être stipendiés. En 2006, l'*Enquête Nicolle* révélait que 25 % des Français interrogés suspectaient l'industrie du vaccin d'être à la base des campagnes de vaccination<sup>6</sup>. Six ans plus tard, la tendance s'est encore accentuée : 37,5 % des Français jugent aujourd'hui que l'industrie pharmaceutique ne s'intéresse qu'à ses profits<sup>7</sup>.
- Politique vaccinale : vaccinations obligatoires et vaccinations recommandées (voir fiche n° 8).

3. Glik DC. Risk Communication for Public Health Emergencies. *Annu Rev Public Health* 28, 2007: 33-54.

4. Gautier A, M Jauffret-Roustide, Ch Jestin (dir.), *Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux* (Saint-Denis : INPES, 2008), pp. 98-9.

5. A. Podeur (directrice générale de l'offre de soins, Ministère de la Santé) lors de son audition devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale. Lagarde J-C (président) et Door J-P (rapporteur), Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1), Assemblée nationale, n° 2698, 6 juillet 2010, p. 232.

6. Nicolay et coll., *Enquête Nicolle 2006* (2008), p. 99.

7. Observatoire sociétal du médicament, *Etude sur le rapport des Français aux médicaments (2012)* <http://www.leem.org/micro-trottoir-rapport-des-français-aux-médicaments>

**AXE STRATEGIQUE N° 3  
INCITER A LA VACCINATION**

**ACTION N° 8  
REDEFINIR LES NOTIONS DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES ET RECOMMANDEES**

**Objectif opérationnel :** repenser les termes, voire les notions de vaccination recommandées et obligatoires pour une juste compréhension du message de santé publique par la population et les professionnels de santé.

**Pertinence :** oui.

Comme indiqué dans la fiche, l'existence de ces deux niveaux dévalorise l'image des vaccinations recommandées par rapport aux vaccinations obligatoires, alors que cette gradation dans les critères de définition actuels ne présente plus de justification en matière de santé publique.

**Action prioritaire :** oui pour la mise en route de la réflexion qui ne pourra pas donner des résultats rapides.

Toutefois, il convient de souligner que la disparition *de fait* du vaccin DTP (les trois seules valences obligatoires en France) crée une situation difficile à gérer par les médecins vaccinateurs et génère une certaine urgence : en droit, l'obligation vaccinale légitime les personnes à ne vouloir (pour eux-mêmes ou leurs enfants) que les vaccins obligatoires, ce qui s'avère en pratique très difficile puisque tous les vaccins utilisés en routine contiennent des valences additionnelles de vaccins recommandés.

**Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

Les outils existent et sont listés dans l'item « Pilotes et partenaires de l'action ».

Une conférence citoyenne réunissant tous les acteurs listés, comprenant également les organisations militant contre la vaccination ou certains de ses aspects, semble indispensable. Celle-ci devrait se situer en aval d'une réflexion institutionnelle aboutissant à des propositions élaborées.

**Analyse du libellé de la fiche**

La description de l'action est sommaire et doit être précisée. La réflexion préalable devrait :

- définir les critères d'une vaccination obligatoire :
  - en population générale et en milieu professionnel ;
  - en routine et en situation de crise sanitaire en définissant notamment les critères qui pourraient faire rendre obligatoire une vaccination habituellement recommandée.

Ces critères devraient prendre en compte à la fois les notions de protection individuelle et collective, notamment le risque nosocomial pour les vaccinations en milieu professionnel.

- au vu de ces critères, réexaminer la liste des vaccins obligatoires en population générale et en milieu professionnel. La levée des obligations vaccinales actuelles en population générale doit être une hypothèse envisagée.
- attribuer un statut juridique aux recommandations vaccinales afin que « recommandé » ne soit plus traduit par « pas important ». La notion d'opposabilité des recommandations vaccinales devrait être creusée sur le plan juridique.

- envisager
  - la gratuité des vaccins recommandés qui serait un signal fort pour que ne soient pas associées au caractère de « vaccin recommandé » les notions de « vaccin pas important ou pas très efficace » ;
  - la notion de « refus éclairé » signé par le patient ou les parents d'un enfant mineur au cours d'une consultation médicale les ayant informés des risques et complications de la maladie naturelle et du rapport bénéfice/risque.
- analyser les conséquences juridiques et législatives des différentes propositions ainsi que sur le régime indemnitaire régissant les accidents vaccinaux.
- prévoir les actions de communication à mettre en place, notamment en cas de levée des obligations vaccinales actuelles en population générale afin d'éviter que la levée de l'obligation ne soit suivie d'une chute significative de la couverture vaccinale. Ces actions devraient être permanentes auprès des prescripteurs et cibler également le grand public.

**AXE STRATEGIQUE N° 3  
INCITER A LA VACCINATION**

**ACTION N° 9  
RENFORCER LE RESPECT DES RECOMMANDATIONS VACCINALES EN COLLECTIVITE**

**Objectif opérationnel :** soutenir, voire renforcer le suivi des recommandations de vaccination dans certaines collectivités, pour les professionnels comme pour les bénéficiaires.

**Pertinence**

Cette action sera effective si les autorités de santé et donc l'Etat sont dotés d'outils permettant de satisfaire à ces recommandations (conduite à tenir en cas de refus de vaccination, ayant un impact majeur en termes de santé publique).

**Action prioritaire**

Cette action est à envisager après la redéfinition des notions de vaccination obligatoire et recommandée.

**Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

Le respect des vaccinations en collectivité se heurte à deux obstacles majeurs :

- le principe de démarche organisée, par opposition à une démarche individuelle ;
- l'organisation de la vaccination en collectivité (les outils mis en œuvre pour solliciter ce public : information, lieux de vaccination).

Les quelques enquêtes conduites auprès des professionnels de santé lors de campagnes de vaccination de la grippe saisonnière ont montré que l'incitation à la vaccination de ces mêmes personnels était améliorée, et donc la couverture vaccinale, lors de déplacement de l'équipe qui vaccine sur des lieux de travail.

La perception qu'ont les professionnels du risque pour eux-mêmes, mais également pour les autres sera à apprécier.

L'évaluation du risque d'infection nosocomiale dans les établissements de santé, dont la prévention aurait pu être faite par une vaccination efficace, et la communication qui pourrait être disponible pour le public, comme pour les professionnels, seraient à mesurer avec plus d'acuité par les autorités de santé.

La place des différents acteurs est à évaluer et à redéfinir :

- médecine libérale ;
- médecine scolaire et universitaire ;
- médecine du travail.

L'aspect législatif et juridique de la non-satisfaction d'une vaccination en collectivité est à prendre en compte : l'hypothèse de la mise en place d'obligations vaccinales en collectivité devra être étudiée, notamment si l'obligation vaccinale en population générale devait être levée.

**AXE STRATEGIQUE N° 4**  
**AMELIORER LE SUIVI ET L'EVALUATION DE LA POLITIQUE VACCINALE**

**ACTION N° 10**  
**AMELIORER L'EVALUATION DES COUVERTURES VACCINALES**

**Objectif opérationnel** : disposer d'estimations fiables et réactives de la couverture vaccinale pour les vaccins figurant au calendrier vaccinal et les catégories de population concernées, avec un développement régional.

**Pertinence** : oui

De façon générale, l'amélioration de l'évaluation des couvertures vaccinales est une action pertinente par le fait que le dispositif actuel est :

- **Incomplet**, puisque nous ne disposons pas aujourd'hui de données pour tous les vaccins, dans toutes les populations cibles, pour un échelon géographique donné ;
- **Insuffisamment réactif** aux changements du calendrier vaccinal, puisque certains outils ne génèrent des données que plusieurs années après une modification ;
- **Pas toujours adapté** à l'évaluation infranationale, car l'obtention de données pour un échelon géographique souhaité n'est pas toujours possible ;
- **Insuffisamment intégré** dans le système de santé et parfois mal compris par les différents acteurs (CG, médecins) dont la participation est insuffisante ;
- **Insuffisamment coordonné** entre les différents acteurs de ce dispositif parmi lesquels les acteurs de terrain (vaccinateurs) ou d'autres institutions (Inpes, DGS, CnamTS...) ;
- **Affecté** par un manque de ressources dévolues (saisie des CS dans les CG, enquêtes triennales) qui gênent sa mise en œuvre ;

Spécifiquement, pour chaque sous-action.

**Acronymes utilisés dans les tableaux ci-après**

ARS	Agence régionale de santé
CG	Conseil général
Cire	Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région
CnamTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CS	Carnet de santé
CV	Couverture vaccinale
CVE	Carnet de vaccination électronique
DCIR	Données de consommation inter-régimes
DMP	Dossier médical personnel
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EGB	Echantillon généraliste des bénéficiaires
ESPS	Enquête sur la santé et sur la protection sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
Sniiram	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

Sous-action	Pertinence	Priorité	Outils/conditions de mise en œuvre	Existent-ils ?
Certificats de santé (CS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui</li> <li>▪ Mais des progrès ont déjà été faits à toutes les étapes.</li> <li>▪ Raccourcir davantage les délais avec l'outil tel qu'il est paraît difficile.</li> <li>▪ Il faut centrer cet objectif sur l'amélioration de la qualité des données et une meilleure participation des départements.</li> </ul> <p>A moyen terme se posera la question de l'intérêt des CS dans cette évaluation compte tenu de l'outil Sniiram.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'amélioration de la qualité des données est un objectif prioritaire.</li> <li>▪ L'obtention d'estimations régionales dans toutes les régions est un objectif prioritaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information/sensibilisation des médecins pour améliorer le taux de remplissage et la qualité des informations inscrites dans les CS.</li> <li>▪ Information/sensibilisation des CG pour un meilleur retour des CS et sur la nécessité de fournir aux services départementaux de PMI les ressources nécessaires.</li> <li>▪ Les ARS doivent demander la participation de tous les départements d'une région à ce dispositif.</li> <li>▪ La dématérialisation des CS faciliterait la remontée des données.</li> <li>▪ Continuer de renforcer la coordination entre les différents acteurs de ce dispositif (InVS, Drees, CG, médecins).</li> </ul>	Non Renforcement nécessaire à tous les niveaux.

Sous-action	Pertinence	Priorité	Outils/conditions de mise en œuvre	Existent-ils ?
Enquêtes scolaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui.</li> <li>▪ Mais la diminution de la fréquence de ces enquêtes nuit à l'évaluation de la couverture vaccinale (CV).</li> <li>▪ Des effectifs plus importants permettraient des évaluations régionales en classe de CM2 et de 3<sup>e</sup>, ce qui est parfois réclamé mais n'est pas possible avec les effectifs actuels.</li> </ul>	L'amélioration du fonctionnement de ce dispositif est un objectif important.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre et renforcer la mobilisation du ministère de l'Education nationale (EN) pour la mise en œuvre de ces enquêtes sur le terrain.</li> <li>▪ Améliorer la participation en sensibilisant les inspections académiques à l'importance d'intégrer ce dispositif.</li> <li>▪ Discuter la possibilité d'augmenter les effectifs afin d'obtenir des estimations régionales en CM2 et 3<sup>e</sup>.</li> <li>▪ Favoriser les conditions pour éviter la réalisation d'autres enquêtes qui viendraient interférer avec celles du cycle triennal.</li> <li>▪ Améliorer la coordination de ces enquêtes entre les différentes institutions participantes, à travers notamment un renforcement des comités de pilotage et d'exploitation.</li> </ul>	Renforcement nécessaire à tous ces niveaux.
Sniiram	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui</li> <li>▪ Les analyses à partir de l'EGB sont essentielles dans le suivi de la CV chez le nourrisson et à moyen terme dans le suivi des CV jusqu'à l'âge de 20 ans.</li> <li>▪ Les analyses à partir du DCIR seront essentielles dans le suivi des CV chez le nourrisson en région</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'accès au DCIR pour les Cire/ARS est en discussion.</li> <li>▪ Si analyses en région par les Cire/ARS, nécessité d'harmoniser les méthodes d'analyse, peut-être à travers la mise en place d'un comité de pilotage.</li> <li>▪ Souhait d'augmenter le délai de conservation des données dans le DCIR (actuellement 3 ans + l'année en cours).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En partie, en cours de mise en place au niveau national.</li> <li>▪ Mise à disposition du DCIR en région programmée.</li> </ul>

Sous-action	Pertinence	Priorité	Outils/conditions de mise en œuvre	Existent-ils ?
Carnet de vaccination électronique (CVE) adossé au Dossier médical personnel (DMP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Théoriquement oui mais l'outil a été peu testé en France.</li> <li>▪ Intérêt potentiel dans le suivi de la CV chez l'adulte, et aussi dans des cibles spécifiques dont l'évaluation est difficile à partir des autres outils.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tester et évaluer l'outil efficace dans une optique d'aide à l'évaluation de CV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place d'un plan d'évaluation de cet outil s'étalant sur plusieurs années sous la responsabilité d'un comité de pilotage pluridisciplinaire.</li> <li>▪ Identification des équipes menant cette évaluation.</li> <li>▪ Financement nécessaire.</li> </ul>	Non  Mais une première étude est planifiée sous réserve de financement.
Enquêtes population	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le maintien des questions vaccinales dans ces enquêtes est une priorité en l'absence d'autres outils, puisqu'il s'agit pour l'instant du seul dispositif permettant de recueillir des données de couverture vaccinale chez l'adulte (en dehors des données grippe).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérenniser le financement.</li> <li>▪ Poursuivre la collaboration avec l'Irdes (enquête ESPS) et avec l'Inpes (Baromètre Santé).</li> <li>▪ Raccourcir le délai entre deux volets vaccinaux de l'enquête SPS (actuellement tous les 10 ans).</li> <li>▪ Envisager un éventuel élargissement des questions à d'autres vaccinations chez l'adulte.</li> </ul>	Oui, A renforcer.

**AXE STRATEGIQUE N° 4**  
**AMELIORER LE SUIVI ET L'EVALUATION DE LA POLITIQUE VACCINALE**

**ACTION N° 11**  
**FACILITER LE RECUEIL ET L'ANALYSE DES DONNEES DE PHARMACOVIGILANCE DES VACCINS**  
**ET LES PORTER A LA CONNAISSANCE DU PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

**Objectif opérationnel :** fournir des données actualisées relatives au profil de sécurité d'emploi des vaccins à l'attention des professionnels de santé et du grand public.

**Contexte**

L'efficacité du système de pharmacovigilance dépend, notamment, de la déclaration d'effets indésirables post-vaccinaux suspectés par les professionnels de santé, au réseau national des Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) et/ou aux départements de pharmacovigilance des firmes pharmaceutiques concernées.

Afin de sensibiliser à l'intérêt de santé publique de cet acte de déclaration, un retour d'information systématique doit être mis en place ainsi qu'un accès facilité aux données de pharmacovigilance sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). A l'échelon européen, depuis juin 2011, la déclaration légale par les patients eux-mêmes constitue également une source d'information.

Parallèlement à l'analyse des données de pharmacovigilance, la pharmaco-épidémiologie doit être développée dans le domaine de la vaccination, en lien avec les bases de données de la CnamTS.

Une meilleure transparence sur le profil de sécurité d'emploi mais également sur la balance bénéfice-risque des vaccins et de la vaccination vis-à-vis des professionnels de santé et du grand public devrait contribuer à l'augmentation de la couverture vaccinale. Toutefois, beaucoup d'événements survenant après une vaccination sont sans lien avec celle-ci. Il importe donc d'améliorer l'analyse d'imputabilité, afin d'éviter que l'inévitable augmentation des notifications ne se retourne contre l'image de la vaccination.

**Description de l'action**

- Renforcer la pharmacovigilance en lien avec les nouvelles missions de l'ANSM.
- Communiquer sur les effets indésirables et la balance bénéfice-risque des vaccins auprès des professionnels de santé et du grand public.
- **Lors de la mise en place de nouveaux programmes de vaccination, développer les travaux de pré-modélisation des notifications attendues du simple fait du hasard et communiquer sur ces effets.**
- **Travailler sur la communication en situation de crise.**

**Pertinence :** oui

**Action prioritaire :** oui

**Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

- Donner des moyens au GIP (Groupement d'intérêt public) Médicaments.
- Renforcer le système d'analyse et d'imputabilité.
- Développer une expertise spécifique, notamment par une coopération internationale, permettant de réaliser des analyses d'imputabilité appropriée aux vaccins.

## AXE STRATEGIQUE N° 5

### CONFORTER LE CONTINUUM RECHERCHE FONDAMENTALE PUBLIQUE - TRANSFORMATION INDUSTRIELLE SUR LES VACCINS ET FAVORISER LA RECHERCHE EN SOCIOLOGIE

#### ACTION N° 12

#### PROMOUVOIR LA RECHERCHE SUR LES VACCINS

**Objectif opérationnel :** renforcer et conforter l'articulation entre la puissance publique et les acteurs de la recherche et de l'industrie (laboratoires pharmaceutiques) afin de parvenir à l'optimum en termes de disponibilité des vaccins nécessaires à la politique de santé publique ; favoriser les analyses socio-économiques des perceptions et attitudes vis-à-vis des vaccinations.

**Pertinence : oui**

Cependant l'objectif opérationnel mériterait d'être élargi.

En effet, outre la mise en place de recherches pour le développement de nouveaux vaccins, il est nécessaire de favoriser les recherches permettant de générer des données d'efficacité et d'innocuité pour les vaccins existants en particulier dans les populations spécifiques qui ne sont pas ciblées par les essais menés dans le cadre du développement des vaccins.

**Action prioritaire : oui**

Il est indispensable de pouvoir justifier les politiques vaccinales sur des niveaux de preuve élevés.

Les études de sciences sociales sont elles aussi prioritaires pour identifier les éléments positifs et les freins éventuels à la vaccination et secondairement adapter les messages de communication.

**Existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre**

Le développement de la recherche en vaccinologie nécessite de fédérer la recherche existant dans ce domaine et de favoriser la mise en place d'appels d'offre spécifiques.

Une saisine de la Direction générale de la santé relative à la recherche en vaccinologie a été adressée au HCSP. La réponse à cette saisine est en cours de rédaction.

*Le CTV a tenu séance le 10 mai 2012 : 11 membres qualifiés sur 16 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 11 votants, 0 abstention, 0 vote contre.*

*La CSMT a tenu séance le 25 mai 2012 : 9 membres qualifiés sur 14 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 9 votants, 0 abstention, 0 vote contre.*

Avis produit par la Commission spécialisée Maladies transmissibles, sur proposition du Comité technique des vaccinations

Le 25 mai 2012

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)

## **Annexe 1 – Composition du groupe de travail**

Jean BEYTOUT, HCSP-CTV

François BOURDILLON, HCSP-CSPEPS, président de la CSPEPS

Christian CHIDIAC, HCSP-CSMT

Emmanuel DEBOST, HCSP-CSMT

Daniel FLORET, HCSP-CTV, président du CTV

Alexis JACQUET, ANSM

Odile LAUNAY, HCSP-CTV, vice-présidente du CTV

Corinne LE GOASTER, SG-HCSP

Daniel LEVY-BRUHL, InVS

Isabelle MORER, ANSM

Elisabeth NICAND, HCSP-CTV

Hélène PEIGUE-LAFEUILLE, HCSP-CSMT, vice-présidente de la CSMT

Christian PERRONNE, HCSP-CSMT, président de la CSMT

Sylvie QUELET, HCSP-CSMT

Patrick ZYLBERMAN, HCSP-CSMT

## Annexe 2 – Glossaire

<b>ANSM</b>	<b>Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé</b>
<b>ARS</b>	<b>Agence régionale de santé</b>
<b>Asip</b>	<b>Agence des systèmes d'information partagés</b>
<b>CDAG</b>	<b>Centre de dépistage anonyme et gratuit</b>
<b>CG</b>	<b>Conseil général</b>
<b>Cire</b>	<b>Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région</b>
<b>CnamTS</b>	<b>Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés</b>
<b>CS</b>	<b>Carnet de santé</b>
<b>CSMT</b>	<b>Commission spécialisée maladies transmissibles</b>
<b>CSPEPS</b>	<b>Commission spécialisée prévention, éducation et promotion de la santé</b>
<b>CTV</b>	<b>Comité technique des vaccinations</b>
<b>CV</b>	<b>Couverture vaccinale</b>
<b>CVE</b>	<b>Carnet de vaccination électronique</b>
<b>CVI</b>	<b>Centre de vaccinations internationales</b>
<b>DCIR</b>	<b>Données de consommation inter-régimes</b>
<b>DGS</b>	<b>Direction générale de la santé</b>
<b>DMP</b>	<b>Dossier médical personnel</b>
<b>Drees</b>	<b>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques</b>
<b>EGB</b>	<b>Echantillon généraliste des bénéficiaires</b>
<b>EPP</b>	<b>Evaluation des pratiques professionnelles</b>
<b>ESPS</b>	<b>Enquête sur la santé et sur la protection sociale</b>
<b>HCSP</b>	<b>Haut Conseil de la santé publique</b>
<b>HPV</b>	<b><i>Human papillomavirus</i></b>
<b>Inpes</b>	<b>Institut national de prévention et d'éducation pour la santé</b>
<b>Irdes</b>	<b>Institut de recherche et documentation en économie de la santé</b>
<b>InVS</b>	<b>Institut de veille sanitaire</b>
<b>Opeps</b>	<b>Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé</b>
<b>PMI</b>	<b>Protection maternelle et infantile</b>
<b>Sniiram</b>	<b>Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie</b>