

Conférence nationale de santé

Avis du 21 juin 2012
portant sur le
programme
d'amélioration de la
politique vaccinale
2012-2017

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



Conférence nationale de santé

Avis du 21 juin 2012 portant sur le programme d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017

1. Modalités de saisine et positionnement de l'avis de la Conférence nationale de santé (C.N.S.)

2. Modalités d'élaboration de l'avis de la Conférence nationale de santé

3. Avis de la C.N.S. sur le programme national d'amélioration de la politique vaccinale

3.1. L'existence du programme national d'amélioration de la politique vaccinale est tout à fait opportune au regard des tendances observées

- a) La baisse du recours à la vaccination est préoccupante
- b) Les usagers du système de santé et les professionnels sont perplexes face à la vaccination
- c) La politique nationale vaccinale n'a pas fait le choix entre autonomie de décision et solidarité de santé publique
- d) La situation financière et assurantielle des vaccins - selon qu'ils sont ou non obligatoires - n'encourage pas à la vaccination

3.2. Recommandations de la C.N.S. : pour un programme ambitieux de santé publique en matière de vaccination

- 1° Améliorer la lisibilité de la politique vaccinale
- ✚ Améliorer l'accessibilité *pour toutes et tous* à la vaccination
- ✚ Mieux communiquer

Liste des contributrices et contributeurs
Notes de fin de document

1. Modalités de saisine et positionnement de l'avis de la Conférence nationale de santé (C.N.S.) :

M. Jean-Yves GRALL, Directeur général de la santé, a souhaité par [lettre du 26 mars 2012](#), que « la Conférence nationale de santé (C.N.S.), qui a inscrit dans son plan de travail la stratégie vaccinale, puisse [lui] faire part de ses observations sur ce programme d'actions en identifiant les aspects qu'elle considère prioritaires, les points marquants ou insuffisamment développés. »



M. le Directeur général de la santé y précisait : "De par sa composition et ses missions, la C.N.S. pourrait envisager plus spécifiquement les notions d'obligation et de recommandation vaccinales, leur perception sociétale par les acteurs de la vaccination et le citoyen et leur possible évolution (équilibre entre liberté de consentement, protection individuelle et collective)."

2. Modalités d'élaboration de l'avis de la Conférence nationale de santé :

- Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 a été transmis pour avis à la C.N.S. par le Cabinet du Secrétariat d'Etat à la santé en date du 26.03.12 ;
- Ce programme a été présenté par la Direction générale de la Santé à la C.N.S. lors de sa [séance plénière du 5.04.12](#) ;
- La Commission permanente de la C.N.S., [réunie les 15.05. et 12.06.](#), a débattu de l'avis à formuler et auditionné le 15.05. : Mme Corinne Le GOASTER, chargée de mission "Maladies transmissibles", Secrétariat général du [Haut Conseil de la santé publique](#) (H.C.S.P.), Direction générale de la Santé et M. le Dr [Grégoire MOUTEL](#), Maître de conférences, praticien hospitalier, chef de l'unité de médecine sociale, Hôpital Corentin Celton – A.P.-H.P. & EA 4569 Ethique médicale et médecine légale – Université Paris Descartes ;
- L'avis est adopté lors de la séance plénière de la Conférence nationale de la santé le 21.06.12.

Pour formuler son avis, la C.N.S. s'attache à mettre en perspective les propositions formulées au sein de ce programme avec les enjeux identifiés dans « [éléments de réflexion pour la politique nationale de santé 2011-2025](#) » et analysés dans [l'avis de la C.N.S. du 16 décembre 2011](#). Dans le cadre de ce programme, il s'agit tout particulièrement d'améliorer le niveau global de santé, de réduire les inégalités de santé, mais également d'assurer l'implication de toutes et tous les acteurs dans la politique de santé tant au niveau de sa conception que de sa mise en œuvre.

Pour répondre à la saisine de la D.G.S., la C.N.S., plutôt que d'analyser un à un les axes et actions proposés, a choisi de développer les points lui paraissant prioritaires et d'analyser plus particulièrement la question autour de la « recommandation » ou de l'« obligation ».

3. Avis de la C.N.S. sur le programme national d'amélioration de la politique vaccinale :

3.1. L'existence du programme national d'amélioration de la politique vaccinale est tout à fait opportune au regard des tendances observées :

- a) La baisse du recours à la vaccination est préoccupante :

« La loi de santé publique de 2004 a préconisé d'atteindre ou de maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés à un horizon quinquennal. ... La persistance de cas sporadiques de tétanos chez les personnes âgées, ainsi que l'augmentation des voyages vers les pays où l'on trouve encore des cas de poliomyélite, nécessitent de connaître précisément la couverture vaccinale des adultes et de rattraper ou d'entretenir la vaccination pour cette tranche d'âge de la population ⁱ. "...

"L'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour les enfants concernant certaines maladies (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite). Elle doit en revanche être améliorée, en particulier contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière ayant nettement progressé depuis 2008 mais étant toujours très insuffisante. Ainsi, pour le ROR, une couverture inférieure à 90 % à 2 ans et autour de 91 % - 93 % à 6 ans est incompatible avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale. Les couvertures vaccinales sont insuffisantes en particulier chez les adolescents en ce qui concerne l'hépatite B et chez les adultes en ce qui concerne le tétanos. ⁱⁱ "

Enfin, chez certaines populations vivant dans "des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou



surpeuplé) ou socioéconomiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME, ...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays en forte endémieⁱⁱⁱ, l'incidence des cas de tuberculose augmente régulièrement. C'est pourquoi, la vaccination contre la tuberculose (B.C.G.) est fortement recommandée en Île de France, en Guyane ou à Mayotte afin de protéger l'ensemble de la population, sans n'en stigmatiser aucun groupe.

Ainsi, la C.N.S. souligne l'opportunité de mobiliser toutes et tous les acteurs de santé et la population générale sur l'intérêt de la vaccination et le respect du calendrier vaccinal.

b) Les usagers du système de santé et les professionnels sont perplexes face à la vaccination :

L'intérêt de la population pour la vaccination quoique toujours fort - entre 90 % et 95 %^{iv} - a tendance à chuter. De plus, la coexistence de vaccins obligatoires et de vaccins recommandés ainsi que le non remboursement de certains vaccins par l'Assurance maladie troublent la compréhension du grand public.

"Du côté des professionnels de santé, l'opinion semble massivement en faveur de la vaccination (plus de 97 %) pouvait-on lire dans le Baromètre santé 2003. On sait néanmoins que la situation s'est détériorée depuis l'épisode de la grippe H1N1.

Toutefois, si les opposants sont rares, ils possèdent un fort pouvoir de nuisance. En outre, selon l'enquête de l'INPES/BVA de février 2005 (INPES communication personnelle), 58 % des médecins s'interrogent sur l'utilité des vaccins administrés aux enfants et 31 % sur leur sécurité."^v

c) La politique nationale vaccinale n'a pas fait le choix entre autonomie de décision et solidarité de santé publique :

Selon les articles L. [3111-2](#) et L. [3111-3](#) du Code de la santé publique (C.S.P.), seules les vaccinations antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélitique sont obligatoires pour toute personne et à tous les âges de la vie. Ces vaccinations obligatoires ont un caractère contraignant, sauf contre-indication médicale reconnue, leur non-respect est sanctionné pénalement par une contravention.

Si seuls ces vaccins sont obligatoires, alors les vaccins recommandés ont de ce fait un statut moindre, comme il l'est souligné dans l'action 8 de l'axe stratégique 3 du programme^{vi} : « La « recommandation » est perçue comme facultative ou reflétant un manque de certitude [...] ».

Les acteurs de santé et le grand public peuvent légitimement considérer que la décision de vaccination doit faire l'objet d'un examen personnalisé.

La législation est ambiguë car elle prévoit d'une part, des obligations (article L 3111-1 et s. du Code de la santé publique : la loi fixe les obligations vaccinales), et, d'autre part, le respect de l'autonomie de décision de chacun(e).

En effet, l'article 16-3 du code civil prévoit qu'*"Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir."*^{vii}

Au nom du respect du consentement éclairé, y a-t-il lieu de supprimer les obligations de vaccination ?

Pour le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (C.C.N.E.), la « recommandation » renvoie à la prise de décision individuelle alors que l'« obligation » inscrit la notion de solidarité / de collectivité.^{viii} Si on renvoie à la décision individuelle, qu'en est-il des populations plus vulnérables et de leur capacité à prendre une décision ?

Si la vaccination n'est plus obligatoire pour toutes et tous mais « ciblée » sur les populations à risque alors il y a un risque de stigmatisation. De plus, les déterminants de la population à risque(s) ne sont pas si objectifs que cela.



S'il est difficile de revenir en arrière vers l'obligation, du fait de l'évolution vers un respect croissant de l'autonomie de décision de chacun(e), si on ne peut porter atteinte au corps d'autrui sans son consentement, comment faire si ce n'est :

- en développant l'éducation à la santé, qui doit être une éducation citoyenne abordant les notions de santé de la population (alors que les questions de santé ne sont généralement abordées que sous l'angle de la santé individuelle),
- en combinant l'intérêt de santé publique et la protection individuelle, les bénéfices / risques collectifs et individuels ?

L'investissement de la puissance publique dans ce domaine est déterminant ; aussi y a-t-il lieu de s'interroger devant le peu de moyens accordés à la médecine scolaire, la médecine du travail et la médecine pénitentiaire.

Si l'on renvoie à la décision individuelle en tablant sur la capacité d'autonomie des personnes, il faut que cette décision individuelle soit éclairée. Il est donc indispensable que l'information circule le plus largement possible tant auprès des professionnels que du grand public, sur tout ce qui a trait aux vaccinations.

De plus, dans la situation présente, la distinction « obligatoire » / « recommandé » renvoie à une fausse liberté individuelle car il y a contrainte par l'accessibilité aux vaccins.

Il ne peut qu'être difficilement envisageable de revenir sur la notion de « consentement éclairé » qui est une grande avancée dans la reconnaissance des droits des usagers du système de santé même si la décision que chacun peut être amené à prendre concernant la vaccination a une double dimension, individuelle et collective.

Mais il faut veiller à ne pas changer de paradigme : d'un système fondé sur la solidarité collective, il ne faudrait pas passer à un système fondé sur une autonomie restreinte par l'individualisme, chacun(e) étant renvoyé(e) à sa propre décision indépendamment de l'impact de celle-ci sur l'ensemble de la population (en cas d'épidémie notamment mais pas seulement).

Aussi la décision de vaccination doit être éclairée. L'Etat, responsable de l'éducation du citoyen, est garant du fait que le patient doit avoir tous les renseignements nécessaires à l'exercice de son choix et qu'il le peut, eu égard à son autonomie. Il y a lieu de s'engager dans un programme d'ampleur visant à améliorer le niveau de connaissances sur la vaccination parmi les professionnels et le grand public.

- d)** La situation financière et assurantielle des vaccins selon qu'ils sont ou non obligatoires n'encourage pas à la vaccination :

Dans son avis du 16.12.11 sur « *les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025* », la C.N.S. soulignait que « *le régime de protection sociale a un impact fondamental sur les comportements de santé de nos concitoyens* » et particulièrement en matière de prévention. Or, la situation actuelle de prise en charge collective des vaccinations n'est pas toujours à la mesure des intérêts collectifs, et dès lors qu'une vaccination est nécessaire à la protection de la population, pas assez incitative. En effet, comme il est exposé ci-dessous :

Le remboursement des vaccins :

« La liste des vaccins pris en charge par l'Assurance maladie est fixée par arrêté ministériel. » ^{ix}

Il s'agit des vaccins contre les maladies suivantes :

- Coqueluche,
- Diphtérie,
- [Grippe (gratuit pour certaines populations)],
- Hépatite A (pour les patients atteints de mucoviscidose et d'hépatopathies chroniques actives) ^x,
- Hépatite B,
- Infections à Haemophilus influenza B,
- Infections invasives à méningocoque du sérotype C,



- Infection à papillomavirus humains (HPV),
- Infections à pneumocoque,
- Oreillons,
- Poliomyélite,
- Rougeole,
- Rubéole,
- Tétanos,
- Tuberculose,
- Varicelle (mais les indications entraînant le remboursement sont extrêmement limitées^{xi}).

Ils sont remboursés indistinctement sur prescription médicale, à 65 % sur la base du prix indiqué sur la vignette.

À noter :

- le vaccin R.O.R. est pris en charge à 100 % pour les enfants et pour les jeunes de 1 an à 17 ans révolus ;
- le vaccin contre la grippe saisonnière est pris en charge à 100 % pour les populations à risque(s) pour lesquelles la vaccination contre la grippe est recommandée (personnes âgées de 65 ans et plus, personnes atteintes de certaines affections de longue durée, etc.) qui reçoivent chaque année une invitation de l'Assurance maladie.

La prise en charge de l'injection du vaccin :

« L'injection du vaccin est prise en charge par l'Assurance maladie dans les conditions habituelles : elle est remboursée à 70 % si c'est le médecin qui vaccine lors d'une consultation, ou à 60 % si c'est une infirmière qui vaccine, sur prescription médicale.

À noter que pour certaines affections de longue durée exonérantes, l'injection du vaccin peut être prise en charge à 100 %.”^{xii}

La responsabilité de l'Etat :

“Dans le cas où une vaccination obligatoire est la cause directe d'un préjudice, l'Etat engage sa responsabilité même sans faute conformément à l'article L 3111-4 du code de la santé publique.”^{xiii}

3.2. Recommandations de la C.N.S. : pour un programme ambitieux de santé publique en matière de vaccination :

L'atteinte de l'objectif d'amélioration de la couverture vaccinale doit prioritairement veiller à réduire les inégalités sociales en la matière. Cela passe prioritairement par une plus grande lisibilité de la politique vaccinale, par une meilleure accessibilité à la vaccination, par une large campagne de communication autour de la solidarité en matière de santé publique (« vaccination altruiste ou citoyenne »).

1° Améliorer la lisibilité de la politique vaccinale :

La disparité introduite par les statuts différents des vaccins, selon qu'ils sont « recommandés » ou « obligatoires », nuit à la lisibilité de la politique vaccinale tant pour les usagers que pour les professionnels. La C.N.S. soutient l'action 8 de l'axe stratégique 3 visant à redéfinir les notions de vaccination recommandée et obligatoire.

La C.N.S. considère qu'il n'est plus possible de généraliser pour tous les vaccins l'obligation vaccinale en population générale ; elle partage l'avis du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (C.C.N.E.) qui s'est prononcé à ce sujet en 2006 (cf. note n° viii de fin de document). Elle considère qu'il y a lieu d'aller vers un qualificatif unique mettant un terme à la distinction entre « obligatoire » et « recommandé ». Mais cette évolution ne peut se faire sans prudence.

Pour améliorer la lisibilité, il serait souhaitable de substituer au critère de l'obligation, la notion de



recommandation associée à un niveau de priorité et de pertinence appuyé sur des preuves scientifiques périodiquement évaluées, prenant en compte les enjeux de santé publique.

Tous les vaccins *en population générale* pourraient alors avoir un statut « recommandé » assorti d'un niveau fixé par le Haut Conseil de la santé publique ^{xiv} après consultation des sociétés savantes précisant les enjeux individuels et collectifs autour de la vaccination (gravité de la pathologie, fréquence, mortalité ...), les éventuelles exclusions qu'une non-vaccination pourrait induire, les populations prioritaires, ... L'intérêt de s'engager dans cette direction est que les professionnels sont déjà dans la culture des recommandations. Maintenir des distinctions dans les vaccinations, en tenant compte des données de bénéfice /risque et des enjeux de santé publique permettrait de mener des campagnes ciblées de santé publique (grippe, rougeole, méningite, tuberculose, par exemple) dont l'évaluation de l'impact sera toujours nécessaire.

Pour ne pas prendre le risque d'une dégradation générale de l'opinion publique sur l'utilité individuelle et collective de la vaccination et des vaccins, il pourrait être créé une nouvelle appellation. Celle-ci concernerait des vaccinations prioritaires d'un point de vue de santé publique où les conséquences de non vaccination individuelles sont collectives. Ces vaccinations seraient très fortement incitées. Le terme de "vaccination indispensable et prioritaire" est soumis à réflexion.

La Conférence souhaite que toute modification de statut ne soit envisagée que dans la mesure où une étude d'impact préalable aura été réalisée (un débat public pourrait être engagé dans ce cadre). De plus, la modification de statut ne peut être engagée que si une évaluation de l'impact en vraie grandeur peut être réalisée. Ce qui suppose que soit connue la couverture vaccinale en temps « zéro » et que le suivi précis de l'évolution de celle-ci soit possible. La C.N.S. recommande de s'engager dans cette direction sous les conditions évoquées ci-dessus, dans le cadre d'une expérimentation aux contours (territoire géographique, durée, ...) et au cadre évaluatif bien définis.

Tant que ne seront pas connus les résultats de cette expérimentation - pour des raisons pragmatiques d'efficacité - il n'est pas souhaitable de changer le caractère contraignant des vaccinations antidiptérique, antitétanique et antipoliomyélitique seules obligatoires pour toute personne et à tous les âges de la vie.

En ce qui concerne les professionnel(le)s, la C.N.S. est favorable à la poursuite de l'obligation dans les milieux définis par la loi et une meilleure information tant des personnels concernés que de leur hiérarchie. En ce qui concerne les étudiant(e)s, même en dehors des filières de santé, et qui peuvent se trouver en relation notamment au cours de leurs stages devraient être soumis(es) aux obligations de vaccinations.

Améliorer l'accessibilité pour toutes et tous à la vaccination :

La C.N.S. recommande la gratuité des vaccins ayant un certain niveau de recommandation (évidemment au moins ceux qualifiés d'« indispensables et prioritaires ») selon des critères définis par la Haute Autorité de santé (H.A.S.) et le H.C.S.P. sur le territoire français de métropole ou des territoires d'Outre Mer. Il s'agit de signifier de manière claire à la population la haute importance de ces vaccins aussi bien pour la santé personnelle des citoyen(ne)s qu'en termes de santé publique.

- Ces vaccinations doivent donc faire l'objet du tiers payant ;
- Les populations précaires et les populations pouvant bénéficier de l'Aide médicale d'Etat (A.M.E.) doivent pouvoir accéder facilement et gratuitement à l'ensemble de ces vaccins ;
- La C.N.S. recommande donc d'annuler le droit d'entrée à l'A.M.E. (30 € à ce jour) qui constitue un frein indiscutable à tout type de soins alors qu'il s'agit souvent d'une population en contact avec des zones endémiques (cf. son [vœu du 09.12.10](#)) ;



- Les Permanences d'accès aux soins de santé (P.A.S.S.) devraient pouvoir disposer d'un stock de vaccins ;
- En ce qui concerne la santé des adolescent(e)s au-delà de 15 ans, la C.N.S. demande que soit mise à l'étude la question de l'autorisation et la gratuité de vaccination sans recours au consentement des parents mais en tenant compte des antécédents individuels et familiaux pour les équipes des Centres de vaccination, des Centres de planification familiale (C.P.F.) et des Centres de dépistage anonymes et gratuits (C.D.A.G.) comme c'est déjà le cas pour les actes de dépistage. Par ailleurs, la C.N.S. demande que soit étudiée la fusion de ces 3 types de centres de prévention et la pérennité de leur financement ;
- Cas des vaccins ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (A.M.M.), non recommandés et non pris en charge par l'Assurance maladie : le croisement des critères de service médical rendu (S.M.R.) et d'autorisation de mise sur le marché est le plus souvent déterminant des décisions des autorités de santé. Il importe de les systématiser, pour les vaccins comme pour les médicaments. Mais ils ne sont pas spécifiques ; il faudrait donc avant décision de remboursement, les renforcer de critères spécifiques pour les vaccinations. Quelques situations particulières ont été signalées à la C.N.S. :
 - la non prise en charge de la vaccination contre l'hépatite A pose un problème épidémiologique notamment en ce qui concerne les enfants de migrant(e)s qui, après leurs séjours "au pays" peuvent être vecteurs. Un statut similaire à celui de la vaccination contre la tuberculose pourrait être instauré ;
 - le problème est identique pour ce qui est du vaccin contre la typhoïde ;
 - le vaccin contre le rotavirus permettrait d'éviter certains cas très graves de déshydratation chez les nourrissons. Il a actuellement une évaluation de S.M.R. insuffisante.
- **Dans un souci d'égalité des citoyen(ne)s, d'accès aux soins pour toutes et tous, pour ne pas créer de discrimination par l'argent et puisque qu'il ne persiste, pour des raisons historiques et stratégiques, que 3 vaccinations obligatoires (antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique) - sauf dans certaines régions présentant des risques épidémiologiques spécifiques – la Conférence nationale de santé considère que tous les vaccins ayant un certain niveau de recommandation (et, bien sûr, au moins les « indispensables et prioritaires ») sur le territoire français – métropole et territoires d'Outre mer – et ayant reçu l'Autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) doivent :**
 - être prescrits prioritairement dans le cadre du dialogue singulier médecin/patient, mais pouvoir le cas échéant, être délivrés dans des dispositifs spécifiques,
 - être gratuits,
 - bénéficier d'un même statut en cas d'accident de vaccination ;
- **La C.N.S. est favorable au rapprochement des professionnel(le)s de la vaccination et de la population et notamment à :**
 - la disponibilité des vaccins dans les cabinets médicaux libéraux, dans les centres de santé et dans les centres d'examen de santé, dans les établissements sanitaires et médicosociaux (avec vérification systématique du statut vaccinal de tout patient hospitalisé ou résident) ;
 - l'autorisation de vacciner pour la médecine scolaire, pour la médecine universitaire et pour la médecine du travail y compris auprès des agricultrices et agriculteurs dont la couverture vaccinale est très déficiente et auprès des demandeuses et demandeurs d'emploi ;
 - l'implication des pharmaciens(ne)s dans la vaccination et la surveillance du statut vaccinal de la population *via* le futur carnet de vaccination électronique et le dossier pharmaceutique



électronique ;

- afin de toucher également les jeunes en insertion, les chômeurs/meuses, les salarié(e)s en contrat à durée déterminée (C.D.D.), les personnes en situations d'exclusion, il y a lieu de donner l'autorisation de vacciner aux centres de santé et aux centres d'examen de santé qui touchent près de 600 000 personnes par an ;
- la mise en place d'unités mobiles de vaccination pour agir dans les territoires ruraux dépourvus en professionnel(le)s de santé ;
- la simplification du calendrier vaccinal avec des repères temporels fixes et notamment en plus de l'entrée en structures d'accueil de la petite enfance, le début de la scolarité, l'entrée au collège, l'entrée en apprentissage, la majorité civique et la "journée défense et citoyenneté", l'entrée dans les études post baccalauréat et le départ à la retraite ;
- la mise en place d'outils informatiques permettant, d'une part, de tenir à jour et à la disponibilité de l'usager, la traçabilité de son dossier médical et le relevé de son statut vaccinal, d'autre part, la surveillance vaccinale de la population et enfin l'instauration d'un système d'alerte. Dans ce cadre là, il est souhaité que soit également inscrit dans le dossier électronique de la patiente et du patient son éventuel refus d'être vacciné(e). Compte-tenu de son développement, le dossier pharmaceutique pourrait également servir de support à ce suivi.

Mieux communiquer :

- La C.N.S. est favorable à une action de communication institutionnelle nationale d'envergure, plus claire et plus simple, mettant l'accent non seulement sur l'intérêt individuel à tout âge de la vie et notamment après 60 ans mais également sur le côté citoyen de la vaccination (enjeux de santé publique) s'appuyant notamment sur l'existant à savoir :

- la [semaine européenne de la vaccination](#) ;
- la [journée mondiale de lutte contre la tuberculose](#) ;
- la [campagne de l'Assurance maladie contre la grippe](#) ;

campagne à destination du grand public mais également des professionnel(le)s avec des outils simples de communication, après avoir étudié les stratégies des ligues anti-vaccinations, en particulier sur internet, où leur stratégie est particulièrement offensive. Il y aura lieu d'indiquer également les risques individuels et collectifs encourus en cas de non vaccination – car la double balance bénéfices/risques, individuelle et collective, est au fondement de la recommandation vaccinale.

La C.N.S. souhaite que l'on renforce l'enseignement de la prévention dans les études initiales de médecine et tout particulièrement l'enseignement de la vaccination. La C.N.S. suggère d'en faire un élément de l'examen classant national (E.N.C.) des internes pour attribuer à cet enseignement tout le poids qu'il mérite. La C.N.S. souhaite de même que l'enseignement de la prévention vaccinale soit renforcée dans les études des infirmier(e)s et des sages-femmes. La formation des professionnel(le)s en matière de vaccination doit reposer sur un corps d'intervenant(e)s indépendant(e)s.

- La C.N.S. recommande d'améliorer le taux de couverture vaccinale des personnels de santé et des personnels des établissements sociaux et médicosociaux sans oublier les étudiant(e)s en santé, en particulier celles et ceux en contact avec les enfants, ainsi que toutes celles et tous ceux qui se trouveront en contact avec les enfants au cours de leurs stages.
- La C.N.S. soutient l'action 12 du programme de promotion de « la recherche sur les vaccins ». En



effet, il paraît nécessaire que plus de crédits soient alloués à la recherche afin de favoriser les co-administrations et la mise au point de nouveaux vaccins contre de nouvelles pathologies (par exemple, contre la méningite à méningocoque B), ou avec de nouvelles formules (par exemple, sans excipients aluminiques, ...) Dans cette action, il y a lieu de développer une dimension évaluative de l'impact de toute décision en ce domaine.

- Afin de lever les doutes sur les messages relatifs à la vaccination, la C.N.S. demande la suppression de l'exception de la publicité grand public pour les vaccins et souhaite que, comme il en est pour les médicaments remboursables, il soit interdit de faire de la publicité pour les vaccins auprès de celui-ci. Seules les campagnes officielles institutionnelles de l'I.N.P.E.S.^{xv}, de ses réseaux et partenaires, portant sur l'intérêt de la vaccination et le calendrier vaccinal doivent être autorisées.
- La C.N.S. recommande l'évaluation à 3 ans de toute modification dans la politique vaccinale et des campagnes de communication. La démarche d'évaluation doit être partie intégrante de toute politique de santé. Aussi la C.N.S. demande-t-elle la publication sans tarder de l'évaluation de la gestion de l'épidémie de grippe H1N1 et de ses conséquences.

En conclusion, la Conférence nationale de santé est favorable à la vaccination la plus large possible et l'avis exprimé ci-dessus vient conforter le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017, soumis par le ministère.



Rapporteuses :

- **Françoise TENENBAUM** Membre de la Commission permanente de la C.N.S., Présidente de la C.R.S.A. de Bourgogne, co-rapporteuse,
- **Bernadette DEVICTOR** Présidente de la C.N.S., Présidente de la C.R.S.A. de Rhône-Alpes, co-rapporteuse ;

Contributions :

- **Christine MEYER** Membre de la Commission permanente, représentante de la Mutualité Française,
- **Laurent GERBAUD** Membre de la Commission spécialisée droits des usagers, médecin universitaire, représentant de l'Union confédérale des médecins salariés de France (U.C.M.S.F.)

Liste des personnes auditionnées par les rapporteuses et la C.N.S. :

- **Pierre ANCET** Maître de Conférences en philosophie, Université de Dijon, Chercheur en bioéthique et philosophie du soin ;
- **Pr Pascal CHAVANET** Chef du Département d'Infectiologie - C.H.U. Dijon ;
- **Dr Michel DUONG VAN HUYEN** Responsable du Centre départemental de vaccination de la Côte d'Or et du dispensaire V.I.H.- hépatites - maladies transmissibles ;
- **Pr Frédéric HUET** Doyen de la Faculté de médecine de Dijon, Chef de service de Pédiatrie 1 et de génétique médicale au C.H.U. de Dijon ;
- **Dr Corinne Le GOASTER** Chargée de mission "Maladies transmissibles", Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique, Direction générale de la santé ;
- **Dr Grégoire MOUTEL** Chef de l'Unité de médecine sociale, Hôpital Corentin Celton, A.P.-H.P. & EA 4569 Ethique médicale et médecine légale – Université Paris Descartes ;
- **Pr Pierre POTHIER** Laboratoire de Virologie du C.H.U. de Dijon, Centre national de référence des virus entériques ;
- **Dr Francisco Funès de la VEGA** Pédiatre libéral

[dernière modification : 03.07.12]



Avis du 21 juin 2012 portant sur le programme d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017

Ministère des affaires sociales et de la santé
Direction générale de la santé
Secrétariat général de la Conférence nationale de santé
14 av Duquesne - 75350 Paris Cedex 07 S.P.
Tél : 01.40.56.53.72
courriel : cns@sante.gouv.fr
site internet : www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html



-
- ⁱ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.E.S.) – Ministère de la santé : [L'état de la santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2011](#)
- ⁱⁱ D.R.E.E.S. – Ministère de la santé, [Synthèse de l'étude sur la couverture vaccinale de la population](#). Rapport cité ci-dessus
- ⁱⁱⁱ In *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (B.E.H.), n° 14 -15 du 10 avril 2012
- ^{iv} In *Baromètre santé 2005- "Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention."* BAUDIER François, LEON Christophe, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (I.N.P.E.S.)
- ^v Pr Daniel FLORET, in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 71, juin 2010, page 43
- ^{vi} Axe stratégique n° 3 : « *Inciter à la vaccination* » - Action n° 8 : « *Redéfinir les notions de vaccination recommandée et obligatoire* » - pour les membres de la C.N.S., vous pouvez retrouver le [programme](#) sur l'extranet de notre site
- ^{vii} exemple de la vaccination anti-H.P.V. : la question de l'accès au vaccin anti-papillomavirus (H.P.V.) par les jeunes filles sans le consentement des parents a été discutée dans le cadre de la loi « H.P.S.T. » et a été rejeté.
- ^{viii} Voir l'avis du C.C.N.E. sur le dépistage de la tuberculose et la vaccination par le B.C.G. (06.07.06) <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis092.pdf>
- ^{ix} [Arrêté du 16 septembre 2004 modifié le 3 mars 2010.](#)
- ^x arrêtés du 26 octobre 2011 et 15 février 2012 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux
- ^{xi} Arrêté du 26 novembre 2008 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux (J.O.- R.F. n°0280 du 2 décembre 2008 page 18373 texte n° 28)
- ^{xii} In AMELI, site de l'Assurance maladie, le 31 mai 2012 : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/medicaments-et-vaccins/tout-savoir-sur-vos-vaccins/le-remboursement-des-vaccins_loire.php
- ^{xiii} In [Conseil d'Etat, 17 février 2012, n° 331277 \(Vaccination contre l'hépatite B - facteur aggravant de l'état de santé - responsabilité\)](#)
- ^{xiv} Article L 3111-1, Modifié par [la loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 11 JORF 11 août 2004](#) : "La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la santé publique. Un décret peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4 et L. 3112-1"
- ^{xv} I.N.P.E.S. : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé