



ORS

Île-de-France

Observatoire régional de santé Île-de-France

Les acteurs publics de la politique vaccinale en Île-de-France

Avril 2014

**Synthèse de l'ORS Île-de-France réalisée à partir d'un travail de Pierre Chalmeton
Sous la direction de Nathalie Sénécal**

Citation recommandée : ORS Île-de-France. Les acteurs publics de la politique vaccinale en Ile-de-France, 2014, Rapport, 40 p.

Résumé

A la demande de l'ARS Île-de-France et afin d'accompagner dans sa réflexion l'un des groupes de travail du projet régional vaccination, l'Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS) a réalisé en 2013 un état des lieux des acteurs impliqués dans la politique vaccinale régionale.

Ce travail s'est centré sur les dispositifs de vaccination gratuite en Île-de-France avec une analyse de ses deux maillons : les centres de vaccinations gratuites conventionnés ou habilités, et les services de Protection maternelle et infantile.

Il relève d'une méthodologie qualitative, avec une trentaine d'entretiens conduits auprès de la quasi-totalité des pilotes et coordinateurs des dispositifs de vaccination gratuite, d'acteurs locaux principalement effecteurs directs de la vaccination. Des représentants des Unions régionales des professionnels de santé infirmiers et sages-femmes ont également été interviewés.

L'étude souligne l'hétérogénéité des dispositifs publics sur les territoires malgré la recentralisation de 2004. Les modalités d'organisation adoptées par le passé en fonction des volontés politiques et des ressources des territoires persistent en partie.

Un certain nombre de pistes sont proposées pour agir : améliorer la communication, augmenter les temps consacrés à la vaccination en particulier en déléguant plus largement les actes de vaccination aux infirmier(ières), et mieux coordonner les acteurs.

En outre, il est souligné la nécessité de mise en cohérence des différents dispositifs pour permettre à l'ensemble de la population d'accéder de manière optimale à la vaccination.

Remerciements

Nous remercions les personnes ayant reçu Mr Pierre Chalmeton pour un entretien :

Sur Paris :

Pour la direction de la PMI : Mme Dufour

Pour le bureau prévention dépistage de la ville de Paris : Mme Quelet

Pour les ASV parisiens : Mme Fontaine, Mme Guilberteaud, Mme Malbec, Mme Pourraz, Mme Giles, Mme Taniga (*entretien collectif*)

En Seine-et-Marne :

Pour la DTARS : Mme Francezon

Mme Donaghy

Pour les centre de vaccination de Melun : Mme Cerfontaine

Pour le centre de vaccination de Meaux : Mme Van de Velde

Pour la direction de la PMI : Mme Comte, Mme Minelli, Mme Polenq (*entretien collectif*)

Dans les Yvelines :

Pour la plateforme vaccination nord Yvelines : Mr Coudert

Pour la DTARS : Mme Perrutel (*entretien téléphonique*)

Pour l'AVS des Mureaux : Mr Tesmoingt

Pour l'agglomération 2 rives de Seine : Mme Henry

Dans l'Essonne :

Pour la direction de la PMI : Mme Moron

Pour le CG 91 et le CDPS (centre départemental de prévention santé) de Juvisy : Mme Détot, Mme Boyer (*entretien collectif*)

Dans les Hauts-de-Seine :

Pour la direction de la PMI : Mr Guillemot

Pour la DTARS : Mme Buchon

Pour le CMS et l'ASV d'Asnières : Mr Michaud, Mme Barthes

Pour la Seine-Saint-Denis :

Pour le CG 93 : Mme Vincenti

Pour le CMS de Pantin : Mr Duhot

Pour la mairie de Pantin, pôle prévention santé et handicap : Mme Granger

Pour le CMS du Blanc-Mesnil : Mr Manuellan

Pour le Val-de-Marne :

Pour la plateforme vaccination Croix Rouge : Mr Serruques

Pour la DTARS : Mr Diakité

Pour le Val d'Oise :

Pour la direction de la PMI : Mme Martres

Pour la PMI de Garges-les Gonnesses : Rencontre avec une infirmière puéricultrice

Pour le CDDS de Garges-les Gonnesses : Mme Beulaigne

Pour le CG 95 : Mme Mijatovic

Pour l'éducation nationale : Mme Bourven, Mme Cordoliani, Mme Martin Jourden

Pour les URPS :

Pour l'URPS Infirmier : Mr Pinte, Mr Morteo, Mme Gravy-Tonnelier et Mme Michel
(entretien collectif)

Pour l'URPS sages-femmes : Mme Vayer

Nous remercions également pour leur aide dans la réalisation de ce travail : Mme Allais (IREPS), Mme Carayol (PMI 93), Mme Donnadiou (IREPS), Mme Dragos (DPMI 92), Mr Faro (ARS IDF), Mme Guillou (IREPS), Mme Hennequin (DPMI 94), Mme Ménager (ARS IDF), Mme Murigneux (journaliste vacataire IREPS), Mme Sissia (ARS IDF), Mr Rodon (CPAM 92).

Enfin, nous remercions plus particulièrement pour leur relecture : Mme Francezon (DTARS 77), Mme Halfen (ORS Île-de-France), Mme Ménager (ARS IDF), Mme Vincenti (CG 93).

Sommaire

I. Contexte	9
II. Objectifs	10
III. Méthodologie	11
IV. Les dispositifs de vaccination gratuite en Île-de-France	12
IV.1. Une compétence décentralisée puis re-centralisée	12
IV.2. Les deux maillons du dispositif public de vaccinations	14
IV.2.1. Les centres de vaccinations gratuites conventionnés ou habilités	14
• IV.2.1.1. Une diversité des acteurs	14
• IV.2.1.2. Un dispositif d'ampleur très hétérogène selon les départements	16
• IV.2.1.3. Des modalités d'organisation hétérogènes	19
• IV.2.1.4. Des bénéficiaires plus ou moins ciblés	20
IV.2.2. Les services de Protection maternelle et infantile	23
• IV.2.2.1. Situation des PMI en Île-de-France : des disparités de moyens entre départements	23
• IV.2.2.2. Des prises en charge ciblant prioritairement les enfants les plus jeunes	25
• IV.2.2.3. Vocation universelle de la PMI ou public ciblé ?	25
• IV.2.2.4. Une limitation à la gratuité des vaccins	26
IV.3. Une partie des enfants de moins de six ans dans un « no vaccination's land »	27
V. Améliorer la couverture vaccinale : quels leviers pour les dispositifs publics ?	28
V.1. Améliorer la communication	28
V.2. Augmenter les temps consacrés à la vaccination	30
V.2.1. Augmenter la disponibilité des médecins ?	31
V.2.2. Déléguer plus largement les actes de vaccination aux infirmier(ière)s	32
V.2.3. Faire évoluer les créneaux d'ouverture	33
V.3. Mieux coordonner les acteurs	34
V.3.1 Une séparation entre acteurs publics et praticiens libéraux	34
V.3.2. Des partenariats plus efficaces à mettre en œuvre	35
V.4. Identifier les leviers pour un meilleur ciblage des bénéficiaires	36
VI. Conclusion	37
Bibliographie	38
Liste des acronymes	39

I. Contexte

Protection individuelle et collective, la vaccination a été l'un des grands succès de la médecine et des politiques de santé publique. Des millions de vies dans le monde ont pu être sauvées grâce à ce moyen très efficace de prévention des maladies infectieuses. En France, les vaccinations ont fortement contribué à une réduction de la mortalité infantile et de la mortalité par maladies infectieuses ; la poliomyélite a pu être éliminée et d'autres maladies comme la diphtérie ou le tétanos sont devenues très rares.

Mais de ce fait, les bénéfices des vaccins apparaissent moins évidents, et des doutes sur leur efficacité et des craintes sur leurs effets secondaires s'expriment plus largement, notamment sur internet. Les polémiques entourant les campagnes de vaccination contre l'hépatite B, la grippe H1N1 et plus récemment les papillomavirus humains, ont aussi participé à une baisse générale du crédit accordé à ce moyen de prévention. L'enjeu de santé publique de la vaccination est actuellement sous-estimé, parfois contesté.

Chaque année, les recommandations en matière de vaccination sont revues et un calendrier vaccinal (1) est publié après avis du Haut Conseil de la santé publique¹. Cependant, les recommandations vaccinales sont aujourd'hui insuffisamment suivies, comme l'attestent les récentes épidémies de rougeole (avec plus de 23.300 cas notifiés entre le 01/01/2008 et le 31/12/2013) et la persistance de la circulation de la bactérie responsable de la coqueluche². La situation est cependant contrastée, la couverture vaccinale étant inégale à la fois selon l'âge (les vaccinations des enfants étant mieux suivies que celles des adultes), selon les maladies infectieuses considérées, et selon les territoires (2).

Les freins à la vaccination sont multiples et de différents ordres : complexité et modification fréquente du calendrier vaccinal, lourdeur du parcours de vaccination en médecine libérale et autres circuits peu connus, négligence, occasions manquées, méconnaissance de la sévérité potentielle de la maladie, crainte d'effets secondaires, volonté de laisser faire la nature ou encore théorie du complot ou des intérêts de l'industrie pharmaceutique, opinions et réticences des médecins eux-mêmes...

¹ Vaccinations / Vaccins / Politique vaccinale [internet] Ministère des affaires sociales et de la santé (consulté le 24/01/2014) En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>

² Maladies infectieuses [internet] InVS (consulté le 24/01/2014) En ligne : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses>

Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 (3) encourage dans l'un de ses axes les Agences régionale de santé (ARS) dans leur mission de coordination régionale des partenaires impliqués dans la vaccination.

L'ARS Île-de-France dans son projet régional de santé (PRS) et plus particulièrement dans le schéma régional de prévention (SRP), le plan de gestion du risque (GDR) et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) s'est engagée à développer des actions de promotion de la vaccination³. Le projet régional vaccination prévoit ainsi la mise en place de trois groupes de travail qui sont chargés :

- d'améliorer la connaissance de l'épidémiologie et de la couverture vaccinale régionale ;
- d'élaborer un plan de communication en direction des professionnels et du public et de préparer un plan d'actions de promotion de la vaccination ;
- de mettre en œuvre des actions spécifiques, notamment lors de la semaine européenne de la vaccination.

En 2013, l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France a été mandaté par l'ARS Île-de-France pour réaliser un état des lieux des acteurs impliqués dans la politique vaccinale et accompagner le second groupe de travail dans ses propositions.

II. Objectifs

Cet état des lieux des acteurs qui concourent à la vaccination a pour objectifs de rendre compte de l'organisation de la vaccination sur les territoires de la région Île-de-France, de leur multiplicité, et de leurs rôles respectifs, actuels et potentiels. Il s'agit aussi de restituer les situations et problématiques rencontrées par les acteurs des vaccinations dans la région.

La contribution des différents acteurs de la vaccination a déjà fait l'objet d'évaluations au niveau national (4). Celles-ci montrent que la plus grande partie des vaccinations est réalisée par les médecins libéraux, essentiellement généralistes et pédiatres. Ils réalisent, selon les estimations (4) (5), entre 80% et 90% de l'ensemble des vaccinations. Le deuxième acteur, en termes de contribution, est constitué des centres de Protection maternelle et infantile (PMI), qui concourent aussi de manière importante aux vaccinations des enfants jusqu'à 6 ans : ils réaliseraient ainsi entre 10% et 15% des vaccinations (5). Enfin, les centres de vaccination représentent, quant à eux, un peu moins de 3% des vaccinations au niveau national (550 000

³ L'ensemble de ces documents peuvent être consultés sur le site internet de l'ARS Île-de-France : Politique vaccinale en Île-de-France [internet] (consulté le 06/04/2014). En ligne : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Politique-Vaccinale-en-Ile-de.154849.0.html>

doses sur 20 millions de doses remboursées). Ils ont cependant un public spécifique⁴ et jouent souvent un rôle de coordinateur, d'animateur de réseau et de promotion des vaccinations au-delà de la stricte activité de leurs centres.

La grande diversité des acteurs a rendu nécessaire de porter une attention plus particulière à certains d'entre eux. Il a été décidé, en accord avec les pilotes du groupe de travail, de se focaliser sur les organisations et les problématiques actuelles des dispositifs de vaccination gratuits ; d'autant que ces dispositifs apparaissent parfois comme peu lisibles, peu coordonnés, et sont peu étudiés comparativement à d'autres acteurs et d'autres questions liées à la vaccination. Ainsi, les problématiques liées à la vaccination en médecine libérale, bien qu'essentielles, sont d'ores et déjà traitées largement par ailleurs (4)(5)(6).

III. Méthodologie

Afin de rendre compte de la situation des dispositifs publics de vaccination, une méthode essentiellement qualitative a été appliquée, basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'acteurs des vaccinations.

Au total, 30 entretiens ont été menés au cours de l'année 2013, d'une durée moyenne de 1h30.

La quasi-totalité des pilotes et coordinateurs des dispositifs de vaccination gratuite de la région ont été interviewés. Ont dans ce cadre été rencontrés :

- les directions des services de protection maternelle et infantile (PMI) des Conseils généraux pour la vaccination des enfants de moins de 6 ans,
- les gestionnaires des centres de vaccination au niveau des départements qui sont, selon les cas, des services des délégations territoriales de l'ARS, ou des services du Conseil général.

Des visites et entretiens auprès d'acteurs locaux, principalement effecteurs directs des vaccinations, ont également été réalisés : professionnels des centres de PMI, des centres de vaccinations : centres de prévention et dépistage du conseil général, centres de vaccination hospitaliers, des centres de santé municipaux habilités ou conventionnés. Il s'agit des directeurs, médecins, puéricultrices, et infirmier(e)s de ces centres.

Parmi les acteurs locaux, le champ d'investigation a été élargi à quelques partenaires impliqués dans l'organisation d'actions avec des centres de vaccination : services de prévention et actions

⁴ Voir partie sur les bénéficiaires des centres de vaccination.

de santé des mairies ou communauté d'agglomération, Ateliers santé ville (ASV), et personnels de la médecine scolaire.

Ces entretiens ont permis de comprendre l'organisation actuelle des dispositifs publics sur les huit départements franciliens, d'obtenir leurs données d'activité de vaccination, d'identifier leurs spécificités, leurs problématiques, et leurs orientations.

Par ailleurs, il a été envisagé de rencontrer les représentants régionaux des praticiens libéraux. Des représentants des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) infirmiers et sages-femmes ont été interviewés. Nous avons donc pu identifier certains freins et leviers dans leur pratique des vaccinations, et aborder quelques pistes d'actions envisageables à l'avenir. L'URPS médecin, malgré des sollicitations répétées, n'a pas souhaité être interrogée dans le cadre de cette étude.

En complément des entretiens, et afin d'estimer la part des dispositifs publics dans les différents départements, les données d'activité de vaccination ont été recueillies auprès des directions des services de PMI, et de vaccination pour adultes et enfants de plus de 6 ans (Conseils généraux et délégations territoriales de l'ARS).

IV. Les dispositifs de vaccination gratuite en Île-de-France

IV.1. Une compétence décentralisée puis re-centralisée

Historiquement compétences de l'Etat, les activités de vaccination publique, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, les infections sexuellement transmissibles, et le cancer ont été confiées aux départements par les lois de décentralisation de 1983. La vaccination a donc été gérée par les Conseils généraux pendant près de 20 ans, jusqu'au milieu des années 2000.

Comme pour les autres actions de santé décentralisées, l'investissement des départements en matière de vaccination s'est révélé très variable. Ce processus a donc conduit à une très grande hétérogénéité territoriale de l'offre de vaccination gratuite. Certains départements en avaient fait une de leurs priorités de santé publique, tandis que d'autres l'avaient délaissée ou maintenue réduite au minimum.

La loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 a réattribué à l'Etat les activités de vaccination, de dépistage des cancers, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles, cette « re-centralisation » ayant pour objectif de réduire les inégalités constatées, et de garantir l'application d'une même politique de prévention et de

soin sur l'ensemble du territoire national. Les ARS ont donc désormais comme mission d'être les pilotes et coordinateurs de la politique vaccinale au niveau régional.

Cette recentralisation n'a néanmoins pas concerné l'ensemble des organismes : les services de protection maternelle et infantile sont restés de la compétence des Conseils généraux. Par ailleurs, les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) avaient, en outre, comme mission obligatoire lors de leur création par la loi du 15 février 1902 la vaccination. Certains SCHS ont conservé cette mission par transfert de compétence en 1983. Ceci n'a pas été remis en cause par la loi de 2004, et certains SCHS continuent donc d'exercer cette activité.

De plus, la loi avait prévu la possibilité pour les collectivités territoriales de conserver l'exercice de ces responsabilités, en concluant une convention avec l'Etat, cet assouplissement devant permettre la continuité des services qui fonctionnaient de manière satisfaisante. En 2013, l'activité de vaccination gratuite est donc pilotée :

- soit par un service de la Délégation territoriale de l'ARS, on parle alors de « centres habilités »,
- soit par un service du Conseil général, on parle alors de « centres conventionnés ».

De manière générale, ces centres de vaccination, habilités ou conventionnés, sont destinés aux plus de 6 ans, évitant le recoupement avec les centres de PMI.

En Île-de-France, la moitié des départements ont conservé la gestion de la compétence vaccination : Paris, l'Essonne, la Seine-Saint-Denis, et le Val-d'Oise. Les quatre autres départements l'ont restitué à l'Etat, à partir de 2006 pour les Hauts-de-Seine et la Seine-et-Marne, de la fin 2007 pour le Val-de-Marne, et de la fin 2012 pour les Yvelines.

Les opérateurs concrets des vaccinations sur le terrain ont cependant peu changé. Dans les départements où le Conseil général a conservé la gestion de la compétence vaccination, les mêmes centres sont naturellement restés conventionnés. Dans les départements où les Conseils généraux l'ont abandonné une évolution significative n'a pas toujours eu lieu : ainsi, pour les Hauts-de-Seine, les mêmes centres de vaccinations que ceux exerçant auparavant avec le Conseil général ont été habilités. Concernant les Yvelines, le projet actuel vise à reconduire dans un premier temps les structures existantes. La Délégation territoriale du Val-de-Marne de l'ARS a également habilité les anciens centres de santé, essentiellement municipaux. Elle y a cependant ajouté une plateforme de vaccination⁵ avec des équipes mobiles, permettant de

⁵ Cette plateforme de vaccination a pour mission d'accompagner, coordonner et promouvoir l'activité des centres habilités, d'organiser la gestion et la distribution des vaccins qui leur sont nécessaires, d'assurer la promotion des séances de vaccinations proposées, et de contribuer à l'évaluation de l'activité des centres. Elle comprend une équipe de coordination, et deux équipes mobiles pour réaliser des vaccinations sur des sites variables.

couvrir de nouveaux territoires où des besoins sont identifiés. Seule la Seine-et-Marne a totalement changé d'opérateurs, et s'est tournée vers ses hôpitaux publics.

IV.2. Les deux maillons du dispositif public de vaccinations

IV.2.1. Les centres de vaccinations gratuites conventionnés ou habilités

IV.2.1.1. Une diversité des acteurs

Les organismes réalisant les vaccinations gratuites sont principalement :

- **Des centres de prévention et de dépistage** (CDDS, CDPS, CDDPS, USP...⁶) qui réunissent la plupart du temps plusieurs actions de santé publique en un même lieu : la vaccination, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (CDAG/CIDDIST), la lutte antituberculeuse, voire d'autres activités (victimologie, dépistage de la drépanocytose, bilans de santé pour populations vulnérables, consultations pour des personnes en situation de précarité). Ces organismes sont gérés soit par le Conseil général soit par l'ARS.
- **Des centres de santé municipaux** conventionnés avec le Conseil général (CG), ou habilités par l'ARS pour organiser des séances de vaccination gratuite, à fréquence variable⁷. Les centres de santé sont indemnisés, partiellement ou totalement par le CG ou l'ARS pour cette activité.
- **Des équipes mobiles** : le Val-de-Marne dispose, dans le cadre de sa plateforme de vaccination, de professionnels dédiés à la vaccination susceptibles d'intervenir sur une multitude de sites du territoire départemental, que ces sites soient des structures de soin ou non.
- **D'autres organismes conventionnés pour la réalisation de vaccinations** : des services de médecine universitaire (SUMPS), des unités de consultation et de soins ambulatoires, situées dans un établissement pénitentiaire (UCSA), ou des associations comme Médecins du monde, ou le Comede. Dans ces cas, les vaccins sont mis à disposition par le Conseil général ou l'ARS.

Les principales configurations rencontrées au niveau départemental sont les suivantes :

- 1) Les seuls opérateurs sont les professionnels des structures dédiées aux activités de prévention (dépistage des IST, vaccination, lutte antituberculeuse) : c'est le cas dans le département de l'Essonne (CDDPS), et de la Seine-et-Marne (USP).

⁶ Voir détail des acronymes en annexe.

⁷ Exceptionnellement, les vaccins peuvent être utilisés au fil des consultations habituelles.

- 2) Les seuls opérateurs sont des centres de santé municipaux organisant des séances de vaccination. C'est l'organisation du département des Hauts-de-Seine. La subvention de l'ARS couvre les frais de vaccins (chaque centre s'approvisionne individuellement) et tout ou partie du personnel mis à disposition par les municipalités.
- 3) Les opérateurs relèvent de plusieurs types d'organismes : le plus souvent, il s'agit d'une part des centres de santé municipaux, d'autre part des structures du Conseil général (CDPS, CDDS...), ou de l'ARS (équipes mobiles de la plateforme de vaccination du Val-de-Marne), auxquels s'ajoutent quelques partenaires (UCSA, SUMPS, associations...). C'est le cas de la Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et du Val-d'Oise.

Les centres de vaccination, qu'ils soient habilités ou conventionnés, ont l'obligation d'envoyer chaque année leur rapport annuel d'activité et de performance (RAAP) à l'ARS, soit par l'intermédiaire des délégations territoriales de l'ARS (DTARS), soit par celui du Conseil général. Ces rapports contiennent de nombreuses informations : effectifs, horaires d'ouverture, existence de structures annexes, indicateurs d'activité, répartition par types de vaccins, partenariats, actions « hors les murs ».

Ces rapports constituent le principal outil d'évaluation de l'activité des centres. Mais ils ne sont pas exempts de défauts et leur exploitation est rendue difficile du fait d'un manque de retour des dossiers, des nombreux items non remplis, ou ambigus. Malgré la nécessité exprimée et réitérée du retour de ces dossiers, une partie des délégations territoriales de l'ARS (DTARS), et des conseils généraux, font état de difficultés persistantes pour obtenir ces rapports, à la fois dans les délais attendus, et dans leur exhaustivité⁸.

En outre, quelques difficultés dans l'interprétation des RAAP ont été soulevées :

- Les effectifs et équivalents temps plein des personnels des centres réunissant plusieurs activités (vaccination, dépistage des IST, CLAT...) ne peuvent pas toujours être ventilés par activité. Il est donc parfois indiqué simplement le total des effectifs du centre, tandis que d'autres fois, la réponse n'est pas mentionnée.
- Il n'est pas indiqué dans quelle mesure les infirmiers participent aux vaccinations. Le nombre de vaccinateurs effectifs n'est pas connu.

⁸ Ces rapports sont jugés particulièrement chronophages pour les centres dont l'activité de vaccination est très réduite, et ceci d'autant plus qu'ils ne disposent pas de logiciel pour enregistrer leur activité au fur et à mesure. De plus, ils sont perçus comme des outils qui rendent peu compte de leur activité notamment sur leurs volets qualitatifs.

- Le nombre d'heures d'ouverture permettant la vaccination peut inclure des plages dédiées à cette seule activité, ou des plages partagées entre plusieurs activités.
- Le « nombre de personnes vaccinées » est manifestement interprété de façons différentes, malgré les consignes écrites. Ce nombre est parfois strictement identique au nombre de doses administrées, parfois très proche, et parfois très différent. Il est possible de comptabiliser une seule fois la même personne quel que soit son nombre de visites, ou de comptabiliser chaque visite.
- Le nombre de personnes bénéficiant de la Couverture maladie universelle (CMU), ou n'ayant pas de couverture complémentaire est très rarement rempli, ce qui ne permet pas de savoir si les populations en situation de précarité sont effectivement bénéficiaires du dispositif public.

L'analyse de l'activité par cette source reste donc limitée, les items renseignés ne permettent pas tous une analyse globale, ni une analyse fine. Pourtant, tous les centres et tous les pilotes souhaiteraient disposer d'un meilleur retour quant à leurs actions, l'absence de retour ne favorisant pas la remontée initiale d'informations. Il est néanmoins possible d'évaluer globalement l'activité des centres, en recoupant certaines données des RAAP et les discours des acteurs concernés.

IV.2.1.2. Un dispositif d'ampleur très hétérogène selon les départements

En 2013, l'Île-de-France comprend 137 centres habilités ou conventionnés réalisant des vaccinations (cf encadré). La reprise prochaine de la plateforme sud de vaccination des Yvelines devrait permettre d'atteindre un total de 144 centres⁹.

Le nombre de centres varie très fortement selon les départements (Tableau 1). Par exemple, sur les 137 centres de vaccination recensés dans la région, 56 sont situés dans le département de Seine-Saint-Denis, presque chaque commune de ce département accueillant un ou plusieurs centres. La Seine-et-Marne, qui représente près de la moitié de la superficie de l'Île-de-France, ne dispose quant à elle que de 8 centres de vaccination (dont 5 sont d'ailleurs des « antennes » des 3 centres principaux). Le nombre de centres ne dépend qu'en partie des moyens alloués au niveau du département (Conseil Général ou ARS) : les modèles d'organisation, les ressources disponibles localement sur les territoires, et les volontés politiques des municipalités comptent pour beaucoup dans l'existence de séances de vaccination gratuite.

⁹ L'activité recentralisation ayant été abandonnée par le Conseil général des Yvelines au cours de l'année 2012, il ne persiste actuellement, sur les 12 centres historiques du CG, que 5 centres de vaccinations repris par la plateforme nord Yvelines habilitée par l'ARS. L'arrivée prochaine d'un opérateur pour la plateforme sud du département devrait, selon les informations obtenues auprès de la délégation territoriale de l'ARS, conduire à habilitier les anciennes structures du sud du département. Le nombre de centres devrait donc repasser à 12 pour l'année 2014, soit un total de 144 centres sur la région.

Nous entendons ici par « centre de vaccination » tout lieu fixe de vaccination gratuite, et incluons donc les annexes ou antennes des centres de vaccination, ainsi que les sites réguliers des équipes mobiles de la plateforme du Val-de-Marne¹⁰. Ces antennes ne sont habituellement pas comptabilisées comme centres dans les RAAP. Cependant il semble délicat de définir un seuil à partir duquel une « antenne » aurait une activité suffisante pour changer de catégorie et être considérée comme un « centre » à part entière. Cela a d'autant moins de sens que certains centres de santé municipaux habilités ou conventionnés sont comptabilisés pleinement comme centres de vaccination alors même qu'ils ont une activité de vaccination tout aussi réduite, voire davantage, que certaines « antennes » des centres départementaux. En revanche nous n'incluons pas les rares lieux de vaccinations gratuites non intégrés aux dispositifs du Conseil général ou de l'ARS, dont nous ne connaissons pas l'activité de vaccination.

Tableau 1 : Nombre de centres de vaccination et quantification de l'activité

Dep	Population totale	Nombre de centres de vaccinations (y compris antennes ou annexes)	Nombre doses de vaccins administrées	Doses administrées pour 1000 habitants
75	2 234 105	7 (7)	68 234	30,5
77	1 313 414	3 (8)	1 969	1,5
78	1 407 560	5 (5)	700 ¹¹	0,5
91	1 208 004	4 (7)	5 978	4,9
92	1 561 745	12 (12)	5 689	3,6
93	1 515 983	56 (56)	30 516	20,1
94	1 318 537	14 (24)	15 387	11,7
95	1 168 892	14 (15)	2 368	2,0
total	11 728 240	125 (137)	130 325	11,1

Sources : Insee RP 2009, et CG et DT ARS données 2012.

La couverture du territoire offerte par les dispositifs de vaccination gratuite est de fait très variable. Il est naturellement plus difficile aux départements de grande couronne d'offrir la même accessibilité géographique qu'en proche couronne et à Paris. De plus, les zones de l'Île-de-France les plus densément peuplées peuvent s'appuyer sur l'existence de nombreux centres

¹⁰Après plusieurs années d'activité, certains lieux de vaccination des équipes mobiles sont bien établis et les séances sont programmées très à l'avance : ces lieux peuvent être considérés comme fixes.

¹¹ L'activité ayant été suspendue suite à l'abandon de la compétence par le CG fin 2012, nous avons retenu les données d'activité de la dernière année complète, soit 2011. Cependant ces données sous-estiment l'activité réelle des centres, le retour des RAAP sur ce département ne dépassant pas la moitié des structures du département (sur 2011 comme sur 2010, seules données dont dispose l'ARS).

de santé pour organiser des séances de vaccination. C'est le cas en Seine-Saint-Denis, dans le Val-de-Marne, et dans une moindre mesure dans les Hauts-de-Seine, ou à l'est du Val-d'Oise. En revanche la Seine-et-Marne, et les autres zones rurales de grande couronne ne disposent quasiment d'aucune structure de ce type.

La problématique de l'accessibilité des centres ne se pose donc pas du tout de la même façon aux gestionnaires des dispositifs à Paris, en proche couronne, et en grande couronne.

- A Paris, l'évolution a plutôt été jusqu'ici de réduire le nombre de centres, historiquement nombreux, mais en élargissant leurs plages d'ouverture.
- En proche couronne, les gestionnaires misent sur une offre de proximité, avec l'appui des centres municipaux de santé, qui s'adressent déjà en grande partie aux mêmes populations « vulnérables » que ciblent les vaccinations gratuites. Les professionnels et les locaux pouvant être mis à disposition, la charge financière se trouve parfois répartie entre la municipalité et le Conseil général ou l'ARS. Cela permet, en tout état de cause, d'obtenir un nombre conséquent de centres sur des départements à la superficie limitée. Ainsi les départements de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne sont très bien couverts par les centres de vaccination. Cependant, les municipalités souhaitent les voir dédiés exclusivement à leur population, et le public apparaît majoritairement issu de la commune où est implanté le centre. Une étude menée sur le dispositif de vaccination du Val-de-Marne¹² établit ainsi à 84,9% le nombre de bénéficiaires des vaccinations résidant dans la commune où a lieu la séance¹³. Une partie de la population vue aux séances de vaccination est constituée par des habitués du centre de santé qui y centralisent tous leurs soins.
- En grande couronne, si des municipalités peuvent parfois se montrer intéressées pour organiser des vaccinations publiques, elles n'ont pas forcément la possibilité de mettre à disposition un médecin, même avec une indemnisation de son temps de travail¹⁴. Sans partenariat, les possibilités d'améliorer la couverture du territoire sont plus limitées, et la perspective principale est de développer des antennes ou des permanences pour les centres existants. Mais celles-ci doivent s'implanter et trouver un public suffisant, pour être viables. A moyens constants, une nouvelle séance organisée se fait au dépend d'une autre dans les lieux préexistants.

¹² Description des bénéficiaires du dispositif de vaccination gratuite dans le Val de Marne 2010, Cemka Eval.

¹³ Il existe cependant des exceptions. Par exemple, le centre de santé du Comede, situé au Kremlin Bicêtre (Val-de-Marne), reçoit une population provenant pour un tiers du Val-de-Marne, pour un tiers de Paris, et pour un tiers de Seine-Saint-Denis.

¹⁴ Certaines séances s'appuient donc sur les rares ressources et lieux disponibles, comme le bénévolat de médecins libéraux pour vacciner gratuitement dans leurs cabinets médicaux (Val-d'Oise).

Or, la vaccination, avec une attractivité limitée, se révèle être un service de proximité, et cela d'autant plus qu'elle s'adresse à des populations peu mobiles, ayant d'autres préoccupations. Cependant, la proximité géographique ne suffit pas pour assurer aux centres de vaccination d'atteindre leur public cible. L'accessibilité dépend de bien d'autres facteurs tels les horaires d'ouverture, la connaissance de cette structure par les réseaux de partenaires...

Quoi qu'il en soit, le nombre de centres n'est que peu lié à l'activité vaccination effective. En effet, les jours et plages d'ouvertures de l'ensemble des centres ne sont pas du même ordre de grandeur : certains centres vaccinent toute la semaine, d'autres n'organisent des séances de vaccination qu'une ou deux fois par an. Ainsi, les 7 centres de vaccinations de Paris réalisent 68 234 vaccinations par an, tandis que les 15 centres du Val-d'Oise n'en totalisent que 2 368.

Au total, l'offre de vaccination gratuite et l'activité des centres est extrêmement hétérogène selon les départements. Cela reflète avant tout l'engagement des collectivités et de l'ARS dans cette mission de santé publique.

IV.2.1.3. Des modalités d'organisation hétérogènes

Les modalités d'organisation sont extrêmement variables. Les séances de vaccination nécessitent en effet non seulement des vaccins, mais une compétence médicale disponible à savoir des professionnels de santé (médecins et/ou infirmiers) pour réaliser une consultation vaccination. Elles nécessitent aussi des agents administratifs pour l'accueil, le secrétariat, des relais de communication, et des moyens matériels : mise à disposition de locaux, de réfrigérateurs (pour le respect de la chaîne du froid), affiches, flyers...

Une grande diversité de configuration est donc possible : les professionnels de santé ou administratifs sont soit rémunérés par le CG, soit par l'ARS, la municipalité, l'association, ou agissent même parfois bénévolement. Le CG ou l'ARS peuvent fournir les vaccins, le personnel, les locaux, ou indemniser les différents organismes pour tout ou partie de ces services. Exceptionnellement même, des vaccinations gratuites sont organisées à partir d'initiatives locales, sans aucune intervention ni contribution ni du CG, ni de l'ARS (par exemple à Gonesse (95), ou à Antony (92)¹⁵).

Quant aux lieux d'exercice, les séances de vaccinations peuvent se dérouler soit :

- à l'hôpital, ou dans un bâtiment appartenant à l'hôpital,
- dans des centres de prévention et dépistage départementaux,
- dans les centres de santé municipaux, ou associatifs.

¹⁵ Ces initiatives sont de ce fait très difficiles à repérer. Il est probable que nous n'ayons pas pu toutes les identifier. Leur activité n'est pas comptabilisée dans les dispositifs gratuits de vaccinations

Mais aussi, de manière régulière ou ponctuelle, selon les ressources locales, et les bonnes volontés dans de nombreux autres lieux :

- en PMI,
- dans une salle quelconque de la mairie, du service d'hygiène, du CCAS, une crèche, un centre social ou socio-culturel, ou un centre médico-sportif,
- dans un local associatif
- au sein de cabinets médicaux privés
- dans un ensemble de lieux non ouverts à toute la population, pour des actions de vaccinations « hors les murs » : établissements scolaires, foyers de travailleurs migrants...

L'organisation revêt même des spécificités locales pour des structures qui semblent à première vue identiques. Ainsi, en Seine-et-Marne, les structures habilitées sont les hôpitaux de Melun, Meaux et Jossigny. Ils gèrent tous les activités de vaccination, CLAT et CDAG/CIDDIST dans leurs USP. Cependant l'organisation spatiale et humaine de ces services est sensiblement différente.

IV.2.1.4. Des bénéficiaires plus ou moins ciblés

La PMI étant susceptible de vacciner gratuitement les jeunes enfants, les différentes conventions de l'ARS précisent que les centres de vaccination s'adressent aux personnes de plus de 6 ans. Le cahier des charges du dispositif de vaccination des Yvelines indique, par exemple, s'intéresser « prioritairement aux personnes âgées de plus de 6 ans en situation de précarité, à l'écart des circuits de vaccination habituels (médecin traitant, médecine préventive, hôpital) ». Les centres de vaccination, dans leur immense majorité, ne prennent effectivement en charge les personnes qu'à partir de cet âge, à l'exception de centres dans les Hauts-de-Seine. Cette condition d'âge occasionne d'ailleurs parfois un conflit avec les PMI¹⁶.

Mise à part la question de l'âge, les centres de vaccination gratuits sont théoriquement ouverts à toute la population. Le contexte de recentralisation a cependant donné lieu à une affirmation des orientations de la politique de santé publique indiquées par des circulaires en 2005, et l'ARS les destine clairement en priorité aux populations « précaires », « vulnérables », et éloignées du dispositif de soins conventionnel. La convention établie entre le Conseil général de Seine-Saint-Denis et l'ARS mentionne ainsi que « le dispositif permettra de porter une attention particulière aux personnes en grande précarité, et plus généralement à celles qui éprouvent le plus de difficultés pour accéder au système de soins et de prévention ».

¹⁶ Sur ce point se reporter à la partie sur les services de PMI.

Un certain flou entoure les caractéristiques sociales des populations fréquentant réellement les centres de vaccination. Les centres doivent théoriquement recueillir un certain nombre d'informations sur les bénéficiaires des vaccinations afin de renseigner les RAAP. Deux indicateurs sont précisément en rapport avec ces notions de « précarité » et de « vulnérabilité » : d'une part, le nombre de personnes vaccinées bénéficiaires de la CMU, de l'AME ou de la prise en charge pour « soins urgents » ; d'autre part le nombre de personnes vaccinées ne disposant pas de complémentaire santé (assurance ou mutuelle). En pratique, ces indicateurs sont très peu renseignés car ils ne correspondent pas à l'usage spontané des centres qui délivrent leurs prestations gratuitement. En pratique, les centres visités n'effectuent pas de sélection dans les demandes, et les professionnels vaccinent toutes les personnes souhaitant bénéficier du dispositif sans distinction de niveau socio-économique ni de couverture sociale.

De manière informelle seulement, certains professionnels des centres cherchent à connaître la couverture sociale leurs bénéficiaires, sans pour autant vérifier. Parfois aussi, au moment de la prise de rendez-vous, le secrétariat demande qui les adresse à eux, voire, si les délais d'obtention d'un rendez-vous sont trop importants, s'ils ne disposent pas d'une autre solution pour se faire vacciner. Mais le relevé de toutes ces informations n'est ni systématique ni formalisé.

Cependant, la principale population fréquentant les centres de vaccination nous a été décrite comme « précaire », « en difficulté », « vulnérable », « migrante ». Presque toujours, ce constat repose sur une appréciation subjective des personnels des structures visitées, ou sur un sentiment global des responsables administratifs et des coordinateurs des dispositifs au niveau du département.

Il existe, tout de même, dans ces appréciations des différences sensibles de public, à la fois selon les départements, et selon les sites de vaccination au sein de chaque département. Selon les cas, des centres déclarent prendre en charge quasiment exclusivement des populations en grande précarité, quand d'autres reconnaissent une situation plus équilibrée et décrivent une population assez diversifiée. Le secrétariat du CDDS de Garges-les-Gonesse (95) estime par exemple que 90% des rendez-vous pour les vaccinations résultent de migrants adressés par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Le centre d'Etampes (91) couvre, quant à lui, un vaste territoire rural, avec un public décrit comme « moins en difficulté » que celui des centres du nord de l'Essonne.

Il subsiste d'ailleurs une marge d'appréciation pour les opérateurs locaux, qui s'observe à la fois dans la fréquentation habituelle des centres, et dans le ciblage du public réalisé à l'occasion d'actions spécifiques de sensibilisation ou de vaccination « hors les murs ». La vulnérabilité, tout comme la précarité, sont en effet des notions complexes, multidimensionnelles (précarité administrative, économique, sociale...), et relatives, car résultant d'une comparaison défavorable à une situation « normale » dans un environnement donné. Ne disposant pas de

données de couverture vaccinale à leur niveau géographique, les centres déterminent les « besoins » des populations de leur secteur de façon empirique. Ils s'appuient sur les orientations générales, évaluent où se situent ces populations dans leur territoire, et définissent à la fois les moyens de les atteindre, les partenariats à établir, et les vaccins à proposer¹⁷. Ils peuvent aussi se fonder sur des demandes exprimées spontanément par les partenaires implantés localement.

Depuis quelques années, une tendance au recentrage sur les populations « vulnérables » peut être observée dans l'ensemble des départements. A la suite de la recentralisation, des rencontres ont été organisées, et des bilans menés sur les actions développées par les centres. Même dans les départements conservant la gestion de la vaccination, les conventions ont parfois été l'occasion de remettre à plat les objectifs poursuivis et les organisations. Des vaccinations en milieu scolaire ont ainsi été abandonnées dans les Yvelines, l'Essonne et le Val-de-Marne, au bénéfice de ces nouvelles populations cibles¹⁸. Une volonté d'organiser des actions « hors les murs » pour mieux les atteindre est également aujourd'hui affichée dans la plupart des départements.

Cependant les nouveaux centres et plateformes habilités ont intégré plus facilement les orientations de l'ARS que les centres installés de longue date dans des réseaux et circuits d'adressage de leur public. Les centres de vaccination sont en effet parfois très bien implantés et bien connus de la population, et des partenaires. En l'absence de nouvelles campagnes de communication, les caractéristiques de leur public restent identiques, et les mêmes partenaires continuent à leur adresser des personnes. Par exemple, le centre municipal de santé d'Asnières n'est plus habilité comme centre de PMI, mais continue à prendre en charge une forte population de jeunes enfants. Cela explique pourquoi l'essentiel des vaccinations publiques à Asnières se réalisent sur la classe d'âge 0-2 ans, alors même que le dispositif piloté par l'ARS ne s'adresse théoriquement pas du tout à cette population.

De même, à Vincennes, une partie de la population bénéficiant des séances de vaccination est en fait constituée des personnes habituées du centre de santé. Cela peut être parfois des personnes

¹⁷ Les vaccins proposés et réalisés varient en fonction des populations reçues (grippe saisonnière, hépatite A, papillomavirus).

¹⁸ Encore en 2007, l'essentiel des vaccinations des CDPS de l'Essonne étaient réalisées dans les écoles, collèges et lycées. Seule une demi-journée par mois de vaccination était dédiée à la population générale. L'évolution du dispositif est due à la volonté politique de cibler prioritairement un autre public, mais résulte aussi d'une diminution de moyens : une partie des effectifs des CDPS constituée des médecins vacataires a été supprimée, ce qui ne permettait plus de maintenir à la fois les vaccinations en établissement scolaire et les vaccinations pour les populations précaires.

Malgré le maintien des vaccinations scolaires à Paris, on assiste aussi à une modification du profil des bénéficiaires : les consultants sont plus souvent d'origine étrangère et arrivés récemment en France. Ces consultants étrangers non francophones sans antécédents vaccinaux rendent d'ailleurs les consultations plus longues et difficiles.

de niveau socio-économique moyen ou élevé, par exemple des personnes à la veille d'un départ en vacances ayant besoin de mise à jour des vaccins, et qui estiment le dispositif pratique.

IV.2.2. Les services de Protection maternelle et infantile

La Protection maternelle et infantile (PMI) est une compétence départementale. Elle regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer par des actions préventives continues la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire (6 ans)¹⁹. C'est dans le cadre des consultations infantiles que sont réalisées les vaccinations. L'activité de planification familiale génère quant à elle des vaccinations de manière très marginale.

Selon les estimations de la DREES, la PMI suivrait, à l'échelle nationale, 20% des enfants de moins de 6 ans, et 50 à 60% des enfants de moins d'un an (7).

IV.2.2.1. Situation des PMI en Île-de-France : des disparités de moyens entre départements

Comparés au niveau national, les services de PMI d'Île-de-France apparaissent comme bien dotés, en particulier ceux des départements de Paris, du Val-de-Marne, de l'Essonne, des Hauts-de-Seine, et de Seine-Saint-Denis (7). Cette situation perdure globalement, même si les moyens alloués tendent actuellement à diminuer.

On constate des différences de moyens et d'activité assez fortes entre départements (tableau 2), que ce soit en nombre de centres de protection infantile rapporté au nombre de naissances, en nombre de consultations, en nombre d'examens médicaux ou en nombre de doses de vaccins administrées (quant à lui assez étroitement corrélé au volume d'activité de consultation infantile).

Les raisons de ces différences entre départements sont multiples. Historiques tout d'abord, car des différences ont existé depuis la création des PMI en 1945. La décentralisation en 1982 a entériné cet état de fait, les enveloppes budgétaires des PMI restant ensuite stables, malgré l'évolution démographique des départements. Les autres facteurs explicatifs sont le potentiel fiscal des collectivités, mais aussi l'implication des élus départementaux dans les politiques de l'enfance.

¹⁹ Les PMI ont des missions réglementées, et des missions issues de la volonté politique départementale. Elles mènent des actions très diversifiées : consultations, visites à domicile, actions collectives, recueil de données épidémiologiques, planification des naissances, éducation à la sexualité, suivi des enfants et surveillance sanitaire, contrôle et suivi des modes de garde.

Tableau 2 : Activité de consultation infantile et vaccination des PMI d'Île-de-France

	Centres de protection infantile	ETP médecin	Séances de consultations infantiles	Enfants suivis pour acte médical	Vaccinations réalisées	Naissances domiciliées dans le département
75	64	86	14 863	50 153	91 258	31 450
77	61	50 ²⁰	3 381	10 694	33 007	19 712
78	73	ND	9 968	ND	ND	20 313
91	60 ²¹	65,3	7 378	9 346	50 005	18 509
92	63	78,7	10 455	30 403	76 989	25 194
93	117	ND	ND	ND	180 000	28 513
94	76	100	14 577	43 908	80 355	21 391
95	62	40	7 168	29 073	60 172	19 506
total	576	420,15	54 441	173 577	571 786	184 588

Sources : services de PMI des conseils généraux données 2012, données Insee 2010 pour les naissances domiciliées.

ND : Non documenté.

Il existe aussi parfois des disparités infra-départementales significatives. Certaines circonscriptions de PMI apparaissent mieux dotées que d'autres au regard des normes²². Les besoins plus ou moins importants des populations locales ne sont pas forcément pris en compte dans cette répartition. Si la fréquentation des centres de protection infantile est en général le fait de populations précaires ou à faibles revenus, les situations sont contrastées en fonction des territoires. Les inégalités dans l'offre sont parfois accentuées par des difficultés de recrutement de personnel dans des zones déjà déficitaires.

Dans la plupart des départements, on assiste à une diminution des moyens des PMI ou à une stagnation, mais dans un contexte d'augmentation du nombre de naissances, et de diversification des missions. La question de la vocation universelle de la PMI se pose donc aux services des différents départements.

A noter par ailleurs que ces différences ne sont pas systématiquement corrélées à la densité médicale du secteur libéral. Ainsi, le département de Seine-et-Marne cumule une densité médicale faible (généralistes et pédiatres) et un nombre de consultations infantiles en PMI nettement inférieur aux autres départements de la région. Inversement à Paris, l'offre en PMI complète une offre libérale conséquente, même si une partie de celle-ci est composée de médecins en secteur 2.

²⁰ 10 postes restent vacants.

²¹ Auxquels s'ajoutent 2 camions itinérants pour le sud du département.

²² C'est sur ce constat que s'appuie par exemple le schéma départemental de la PMI dans les Hauts-de-Seine 2009-2013.

IV.2.2.2. Des prises en charge ciblant prioritairement les enfants les plus jeunes

La diminution globale des moyens, combinée à des difficultés de recrutement des médecins a plusieurs conséquences en matière de suivi médical des enfants, et de réalisation de leurs vaccinations en PMI.

A l'exception de Paris et de la Seine-Saint-Denis, la conséquence la plus courante, rencontrée dans la quasi-totalité des départements de la région, est un recentrage sur la prise en charge des enfants de 0 à 2 ans. C'est une consigne donnée par les Conseils généraux à leurs services. Localement, en fonction des ressources, ce recentrage peut être même limité aux enfants de 0 à 1 an. Au-delà, le suivi médical des enfants n'est plus assuré et les parents sont invités à s'orienter vers d'autres professionnels, sauf quelques exceptions lorsque les professionnels de PMI considèrent que les familles risquent de ne pas faire suivre, et donc ne pas faire vacciner leur enfant dans le secteur libéral.

Le calendrier vaccinal ne comportant pas de vaccinations entre 2 et 6 ans (hors rattrapages), ce recentrage devrait avoir une répercussion relativement limitée sur les taux de couverture vaccinale, sauf quand l'arrêt des prises en charge intervient avant 2 ans et sous réserve que le calendrier théorique ait pu être respecté. Cependant, l'absence de mise en place d'un suivi de l'enfant par un médecin traitant risque d'être un obstacle à la réalisation du rappel prévu à 6 ans.

Les files d'attente s'allongeant, il existe aussi une limitation pour débiter une prise en charge en PMI. Les délais d'obtention de rendez-vous sont parfois de plusieurs mois et dans ces cas de figure, les parents sont souvent invités à réaliser les premières vaccinations en médecine de ville. Ceci n'est pas sans conséquence, particulièrement pour la vaccination BCG prévue dans les premiers mois de vie et que les médecins généralistes pratiquent moins, en partie par absence de maîtrise du geste technique²³. Pour éviter cette situation problématique, certains services de PMI, par exemple en Essonne, ont des plages de rendez-vous dédiées et réservées pour assurer la prise en charge des nourrissons à un mois.

IV.2.2.3. Vocation universelle de la PMI ou public ciblé ?

Les critères sont variables d'un département à l'autre, selon l'existence ou non de consignes exprimées par la hiérarchie, et la définition des critères de vulnérabilité. Certains responsables des services de PMI renoncent explicitement à la vocation universelle de leurs services, en mettant en avant la nécessité de se concentrer sur les populations les plus nécessiteuses de leur

²³ La vaccination BCG n'est plus obligatoire depuis 2007 mais reste fortement recommandée en Île-de-France. A l'arrêt de l'obligation vaccinale s'est ajouté un changement dans la technique d'administration du vaccin. Celui-ci est désormais réalisé par voie intradermique, ce qui représente un acte d'une certaine technicité que certains praticiens ne maîtrisent pas.

service. D'autres services se refusent à voir la PMI se restreindre à la prise en charge de populations précaires, et laissent les centres décider au cas par cas des sélections à effectuer dans les demandes.

IV.2.2.4. Une limitation à la gratuité des vaccins

Dans un objectif de réduction des coûts, les Conseils généraux adoptent des politiques plus ou moins restrictives concernant la gratuité des vaccins.

Ainsi, les Conseils généraux du Val-d'Oise et de Seine-et-Marne ont décidé, pour réduire les coûts des vaccinations, de ne fournir les vaccins qu'aux familles n'ayant aucune couverture sociale, ou n'ayant pas de couverture complémentaire et ne pouvant assumer le reste à charge. A Paris, dans les Hauts-de-Seine, et en Seine-Saint-Denis, les vaccins onéreux comme le Prevenar (vaccin contre les infections à pneumocoque) ne sont fournis qu'aux personnes les plus démunies, sinon, les parents doivent acheter les doses à administrer. Malgré des résistances de certains professionnels de PMI, ces pratiques sélectives sont peu à peu instaurées.

Dans tous les cas, ces restrictions tentent de préserver un dispositif public avec des moyens en diminution, et garder ainsi la possibilité de fournir gratuitement les vaccins aux familles ne pouvant en assumer le coût. En outre, les PMI fournissent également les vaccins à celles ayant simplement oublié d'effectuer l'achat au préalable. Certaines PMI donnent aux familles une prescription, pour qu'elles apportent le vaccin à leur prochaine visite. D'autres PMI s'y refusent, indiquant qu'elles ne maîtrisent pas les conditions de conservation et de transport des vaccins.

Les restrictions des prises en charge associées aux difficultés de recrutement des médecins, et à la limitation de la gratuité sont susceptibles de diminuer la contribution des PMI aux vaccinations²⁴, et in fine la couverture vaccinale d'une partie de son public, et donc la couverture vaccinale globale.

²⁴ Dans les Hauts-de-Seine, les vaccinations en PMI sont passées de plus de 100 000 à environ 75 000 entre 2007 et 2012.

IV.3. Une partie des enfants de moins de six ans dans un « no vaccination's land »

La vaccination d'une partie des enfants de moins de six ans se révèle problématique dans la mesure où les PMI et les centres de vaccinations de certains départements considèrent qu'ils n'ont pas les moyens de vacciner cette population notamment après deux ans, et/ou que ce n'est pas de leur responsabilité. On assiste à une absence de prise en charge gratuite des vaccinations pour ces enfants entre l'arrêt de la prise en charge par les PMI et le début des vaccinations gratuites des centres de vaccinations à partir de six ans.

Les centres de vaccination se réfèrent à leur convention avec l'ARS, qui prévoit de ne vacciner qu'à partir de 6 ans. Ils argumentent également sur la nécessité d'un suivi global de certains enfants qu'ils peuvent adresser à la PMI compte-tenu des missions de celle-ci.

Les PMI se réfèrent quant à elles aux missions définies par les textes de loi, et renvoient l'Etat à ses responsabilités, dans un contexte de restrictions budgétaires. Par ailleurs, elles pointent du doigt les conventions signées entre l'ARS et les centres de vaccinations avec un âge minimum prévu à six ans, et s'interrogent sur l'absence de réflexion commune en amont.

La vaccination contre le BCG illustre plus particulièrement les difficultés intersectorielles. Certains médecins libéraux sont ainsi réticents pour vacciner contre le BCG, par crainte de mal réaliser un geste technique qu'ils ne dominent pas, et renvoient une partie des enfants aux médecins de PMI. Les maternités pourraient vacciner les nouveau-nés, mais rencontrent parfois la même difficulté technique et, en situation de carence de moyens humains, se concentrent sur d'autres priorités. Dans ce contexte, la PMI, déjà engorgée, a l'impression que l'on se décharge sur elle, ce qui conduit certains professionnels à refuser de réaliser certaines vaccinations.

Dans ce contexte de non prise en charge en PMI, en centre de vaccination et en secteur libéral, il apparait que certains enfants peuvent possiblement échapper à la vaccination.

V. Améliorer la couverture vaccinale : quels leviers pour les dispositifs publics ?

V.1. Améliorer la communication

Au-delà des « vaccineurs », un grand nombre d'acteurs interviennent pour réaliser la promotion de la vaccination et/ou adresser leur public aux vaccineurs.

La plupart des obligations vaccinales ayant été supprimées, les vaccinations nécessitent davantage l'adhésion des personnes. Mais les bénéfices des vaccins n'apparaissent plus de nos jours comme évidents. En effet, certaines maladies infectieuses se sont raréfiées, et des doutes sur l'efficacité des vaccinations et sur leurs effets secondaires s'expriment plus largement, notamment sur internet. Les difficultés des récentes campagnes de vaccination contre l'hépatite B et la grippe H1N1 ont aussi participé à la baisse générale du crédit accordé à ce moyen de prévention. Dans le contexte actuel la communication s'avère donc un outil essentiel. Même s'ils ne sont pas des contributeurs directs et mesurables, les promoteurs de la vaccination jouent donc un rôle très important pour soutenir l'ensemble de cette politique de santé publique.

Au niveau national, la promotion de la vaccination relève principalement de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Cet institut réalise des outils, des documents d'informations pour les professionnels et le grand public : guide des vaccinations (8), support de promotion et de présentation du calendrier vaccinal, documents et outils pour la semaine européenne de la vaccination...²⁵

Les firmes pharmaceutiques, dotées de moyens financiers importants pour réaliser cette promotion, ne peuvent cependant pas réaliser des campagnes publicitaires pour des vaccinations totalement librement. Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a exprimé à plusieurs reprises ses craintes quant aux effets négatifs de telles campagnes sur l'adhésion du public aux vaccinations²⁶, et les conditions de leurs autorisations sont de plus en plus restrictives.²⁷

²⁵ Son rôle ne s'arrête cependant pas à ces tâches en matière de vaccination, il réalise également de nombreuses études sur les comportements de la population et des médecins incluant des questions sur la vaccination

²⁶ Avis du 17 octobre 2008 et du 25 mai 2012.

²⁷ Les campagnes publicitaires auprès du public ne sont autorisées pour les vaccins obligatoires et recommandés que si elles comportent des mentions déterminées par le HCSP et seulement pour une liste arrêtée de vaccins (Lois du 19 décembre 2007 et du 29 décembre 2011)

Au-delà de la communication publique nationale, les ARS réalisent des campagnes de communication sur la vaccination, créent et mettent à disposition des outils d'information et de sensibilisation des professionnels et de la population.

Les coordinateurs des dispositifs de vaccination gratuits des Conseils généraux et des délégations territoriales de l'ARS assurent la gestion de leurs services, mais s'impliquent parfois aussi dans l'information du grand public, la sensibilisation des professionnels, et l'animation d'un réseau de partenaires concernés par la politique vaccinale.

L'Instance régionale de promotion et d'éducation pour la santé (Ireps) et ses quatre comités départementaux (Codes) en Île-de-France constituent également pour un ensemble d'actions de vaccination un relais de communication, notamment lors de la semaine européenne de la vaccination²⁸.

Enfin, les actions de sensibilisation et de promotion de la vaccination font intervenir de nombreux acteurs locaux. Les différents centres de vaccinations jouent en partie ce rôle avec les moyens dont ils disposent, mais les soutiens de leurs partenaires municipaux et associatifs sont souvent importants dans ce cadre, pour relayer leurs messages et assurer l'orientation du public vers eux.

Les municipalités peuvent contribuer par divers moyens à la promotion de la vaccination, et à l'amélioration de la couverture vaccinale :

- En faisant respecter strictement l'obligation vaccinale (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) au moment de l'inscription des enfants à l'école, et à d'autres activités collectives (voyages, centre de loisir, crèche, etc.).
- Par la tenue d'un fichier vaccinal, qui est une obligation des maires. Si l'existence de ce registre est très aléatoire, et son alimentation complexe, il représente parfois un des moyens d'effectuer des rappels auprès de la population.
- Par la mise à disposition de personnels ou de locaux pour l'organisation de séances de vaccination publique en partenariat avec le CG ou l'ARS.
- Pour les mêmes actions, avec les communications dans le journal local, sur le site internet de la commune, la réalisation de flyers et d'affiches, le relais des agents municipaux, des Ateliers santé ville (ASV), des travailleurs sociaux des maisons de quartier...

Les Ateliers santé ville (ASV) ou associations permettent aussi de sensibiliser et de mobiliser des populations dites « vulnérables », « précaires » ciblées par les centres de vaccination. Ils

²⁸ Mais aussi pour d'autres actions, comme la Journée départementale de la vaccination organisée dans les Yvelines

sont plus à même d'adapter la communication envers ces publics et de trouver les personnes susceptibles de relayer l'information.

La liste des acteurs potentiellement impliqués dans les parcours de vaccination des populations est donc très vaste. Elle diffère en fonction des partenariats, des spécificités locales et des publics cibles considérés.

Ceci peut-être illustré par l'expérience de la plateforme de vaccination du Val-de-Marne qui s'est beaucoup investie dans des actions de communication pour améliorer la visibilité de l'ensemble du dispositif. Cette communication repose sur plusieurs canaux :

- la diffusion de 30 000 prospectus précisant les lieux et dates des séances de vaccination gratuite, à proximité des lieux de diffusion (le département a été divisé en trois zones) ;
- la diversification des sources de communication : journaux locaux, PMI, CCAS, foyers, associations ;
- un retour d'information régulier auprès des mairies, qui apprécient de pouvoir valoriser leur action dans leurs journaux municipaux, et contribuent alors plus activement à la visibilité du dispositif. Cela permet de pérenniser les séances de vaccination, et rend plus attractive la participation de nouvelles communes.

Ces opérations ont permis d'augmenter régulièrement et significativement l'activité à la fois des centres habilités, et des équipes mobiles de la plateforme.

V.2. Augmenter les temps consacrés à la vaccination

Un autre levier d'augmentation de l'activité consisterait à augmenter le nombre de professionnels vaccinateurs, ou leur temps consacré à la vaccination.

Selon la législation, la vaccination est un acte médical, précédé d'un diagnostic. C'est pourquoi les injections vaccinales, qu'elles soient effectuées dans un cadre libéral ou salarié, ne peuvent être réalisées que par des médecins, et dans certaines conditions par des infirmier(ière)s ou sages-femmes.

Ainsi, l'infirmier(ière) est habilité(e) à pratiquer les injections destinées aux vaccinations dans deux cas précis :

- en application d'une prescription médicale²⁹, précisant la réalisation de la vaccination par un(e) infirmier(ière),
- en application d'un protocole écrit de délégation.

²⁹ Rôle sur prescription au sein de l'article R4311-7 du Code de la santé publique

De plus, pour la vaccination contre la grippe saisonnière, les infirmier(ières)s peuvent vacciner sans prescription médicale, dès lors qu'une première vaccination antigrippale a été effectuée par un médecin³⁰.

Par ailleurs, les arrêtés du 22 mars 2005 et du 10 janvier 2011 ont donné aux sages-femmes une autorisation élargie de vacciner, notamment afin de faciliter les vaccinations dans les maternités. Ainsi, les sages-femmes peuvent vacciner les femmes enceintes ou les femmes venant d'accoucher, ainsi que les nouveau-nés. A ce jour, les sages-femmes sont habilitées à prescrire³¹ auprès des femmes les vaccins, sous forme monovalente ou associés, contre les pathologies suivantes : tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rougeole, rubéole, oreillons, hépatite B, grippe et vaccin préventif contre les lésions de col de l'utérus (HPV) et infections invasives par le méningocoque C, et auprès des nouveau-nés le vaccin et les immunoglobulines anti-hépatite B ainsi que le BCG.

V.2.1. Augmenter la disponibilité des médecins ?

Dans un certain nombre de centres, l'offre ne suffit clairement pas à répondre aux besoins, les temps de médecin disponibles sont trop restreints, et les délais pour obtenir des rendez-vous sont parfois de plusieurs mois. Mais ce levier se trouve contraint à la fois par des budgets limités, et des difficultés de recrutement de médecins sur certains territoires, ce qui est plus particulièrement souligné dans le Val-d'Oise.

Les directions des services de PMI des Conseils généraux ont toutes exposées des difficultés de recrutement, particulièrement en ce qui concerne les médecins. Des postes restent vacants dans la plupart des départements. Ailleurs, les difficultés de recrutement ne se posent parfois pas seulement dans la mesure où le nombre de postes se trouve régulièrement diminué.³² Ces difficultés, déjà pointées par le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2006 (7), se posent actuellement avec plus d'acuité étant donné l'évolution de la démographie médicale.

Ces difficultés de recrutement concernent les titulaires, mais aussi en partie les contractuels et vacataires. Elles sont en partie dues aux conditions salariales proposées. Concernant les médecins titulaires de PMI, ceux-ci sont des fonctionnaires territoriaux. Leurs conditions de rémunération sont fixes³³, et moins favorables que celles des autres médecins, libéraux,

³⁰ Décret n°2008-877 du 29 août 2008

³¹ Conformément à l'article L.4151-4 du code de la santé publique, les sages-femmes ne peuvent prescrire que les médicaments figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé (arrêté du 12 octobre 2011).

³² C'est le cas par exemple dans le département de l'Essonne.

³³ Il existe à la marge une variation de leur régime indemnitaire.

hospitaliers ou même inspecteurs de santé publique. Les leviers pour augmenter les rémunérations sont plus simples pour les médecins contractuels et vacataires. Plusieurs départements ont ainsi mis en place une dynamique de revalorisation de ces salaires, pour augmenter l'attractivité de leurs postes de médecin.

Cette politique de revalorisation a parfois pour conséquence une certaine concurrence entre départements limitrophes. Ainsi, les secteurs nord des Hauts-de-Seine et est du Val-d'Oise se trouvent « concurrencés » dans leur attractivité par la Seine-Saint-Denis qui offre aux jeunes médecins contractuels des rémunérations plus intéressantes³⁴. Or ces territoires mal couverts sont spécifiquement ceux qui comprennent le plus de populations en difficultés.

Dans les Hauts-de-Seine par exemple, plusieurs départs en retraite de médecins de PMI ont eu lieu en peu de temps sur le secteur nord du département. Aux problèmes de rémunération s'ajoutent d'autres difficultés exposés par le Conseil général : zones peu attractives car secteur difficile, mal couvertes par les transports en commun et éloignées du domicile des médecins. Or, ce territoire nord des Hauts-de-Seine présente également des densités médicales faibles, en secteur libéral à la fois pour la médecine générale et la pédiatrie. Leurs lacunes se cumulent donc, et ne sont compensées qu'en partie par l'activité des centres de santé municipaux.

En Essonne, s'il n'y a pas de postes vacants, le nombre de postes de médecins a diminué au fil des années suite à des départs. Cette réduction progressive a été partagée le mieux possible sur le territoire par des redistributions des postes sur tous les centres, en veillant à minimiser les fermetures de consultation, mais engendrant des déplacements de personnels générant une certaine souffrance.

V.2.2. Déléguer plus largement les actes de vaccination aux infirmier(ière)s

Actuellement, la délégation de l'acte de vaccination aux infirmier(ière)s diplômés d'Etat (IDE) reste dépendante des volontés individuelles, et assez marginale, si l'on excepte le cas de la grippe saisonnière pour laquelle les IDE réalisent 17% des vaccinations. La composition des équipes des centres de prévention et dépistage se caractérise pourtant par une proportion importante de personnel infirmier, avec près de 43% des équivalents temps plein (ETP) affectés. Dans ce contexte, la possibilité de déléguer le geste vaccinal aux personnels infirmiers sur prescription médicale pourrait être plus largement utilisée pour multiplier les sites d'intervention, les jours et plages d'ouverture et la capacité vaccinale des centres.

³⁴ la variation de revenus pouvant approcher les 1 000 euros par mois pour les jeunes médecins. Cette concurrence a été mentionnée comme un des facteurs explicatifs des difficultés de recrutement à la fois par les Conseils généraux des Hauts-de-Seine et du Val-d'Oise.

Ainsi, un protocole de délégation existe depuis de nombreuses années dans les centres de vaccinations de Paris, et les infirmier(ière)s y réalisent environ un quart des consultations habituelles de vaccination.

Un protocole de délégation plus circonscrit a également été instauré dans le département de l'Essonne depuis début 2013³⁵. Les personnels infirmiers des Centres Départementaux de Prévention et de Santé (CDPS), dans le cadre de « Consultation infirmière de précarité » (CIPE), peuvent y prescrire et réaliser les vaccinations en toute autonomie. Ce protocole a déjà permis d'augmenter significativement le nombre de vaccinations réalisées (près de 20% des vaccinations du département y ont été réalisées dès le 1^{er} semestre 2013), mais il est jugé encore trop limitatif, car lié à ces consultations spécifiques. Le projet est de permettre aux infirmier(ière)s de vacciner après la première consultation médicale décidant du schéma vaccinal, ce qui libérerait le médecin pour réaliser un plus grand nombre de primo-consultations.

Ces types de protocoles intéressent plusieurs pilotes des autres dispositifs départementaux de vaccination, qui souhaitent les reproduire ou s'en inspirer. Le Val-d'Oise met actuellement³⁶ en place un protocole comparable à celui de Paris.

En PMI, du fait de la raréfaction des médecins, la possibilité de déléguer les actes de vaccination aux infirmier(ière)s de manière beaucoup plus large est une piste actuellement envisagée dans plusieurs départements (Seine-et-Marne, Hauts-de-Seine, Val-d'Oise) et la PMI de l'Essonne devrait prochainement expérimenter un protocole de délégation dans un site volontaire.

Dans une étude réalisée en 2012 auprès d'un panel de médecins généralistes, 73% seraient favorables à la délégation de la vaccination et l'application du calendrier vaccinal aux infirmier(ière)s (9).

V.2.3. Faire évoluer les créneaux d'ouverture

D'autres leviers existent quand la demande observée s'avère insuffisante, comme une implantation plus pertinente des sites de vaccination, et une adaptation des horaires. Les demandes varient en effet en fonction des créneaux journaliers et horaires proposés. Les séances

³⁵ La mise en œuvre de ce type de protocole nécessite l'avis de l'HAS ainsi que l'autorisation de l'ARS. Le protocole « Prescription et réalisation de vaccinations et de sérologies, remise de résultats de sérologie, par un infirmier en lieu et place d'un médecin » des centres départementaux et prévention de l'Essonne est disponible sur la plateforme d'appui aux professionnels de santé [internet] (consulté le 06/04/2014). En ligne : <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Les-protocoles-autorises-en-Il.142052.0.html>

³⁶ En date de novembre 2013

du mercredi sont souvent considérées comme plus attractives que celles d'autres jours de la semaine³⁷, et les horaires plus étendus sur la fin de journée permettent aux enfants de venir après la sortie de l'école et de rendre les séances accessibles aux personnes travaillant en journée. Les horaires décalés suscitent cependant les réticences des professionnels qui n'ont pas été embauchés à l'origine sur ces dispositions.

V.3. Mieux coordonner les acteurs

V.3.1 Une séparation entre acteurs publics et praticiens libéraux

Une multitude d'acteurs participent aux vaccinations. Si la plupart des acteurs a un champ d'intervention assez défini en termes de population, il ne constitue pas pour autant le seul vaccinateur possible pour son public. Un adulte peut être vacciné par son médecin traitant, un infirmier, ou en centre de vaccination ou en médecine du travail ; un enfant par son pédiatre ou généraliste libéral, en PMI, à l'école voire en centre de vaccination gratuit.

Cette multiplicité des acteurs susceptibles de vacciner augmente théoriquement les possibilités, et les occasions d'être vacciné. Mais simultanément :

- elle crée une certaine concurrence entre professionnels : les vaccins réalisés par les infirmiers, sages-femmes, en centres de vaccinations ou en PMI sont potentiellement autant de vaccins qui ne seront pas réalisés par le médecin traitant. On peut remarquer à ce titre que les vaccinations réalisées par les infirmiers libéraux sur prescription d'un médecin sont peu courantes. Il existe des différences de public cibles, mais des chevauchements existent bel et bien. Les PMI et centres de vaccination conservent en partie leur vocation universelle, et effectuent des vaccinations pouvant être réalisées par un médecin libéral.

- elle dilue la responsabilité de la vaccination entre tous ces acteurs. Chacun, en fonction de ses contraintes, peut être amené à reporter la réalisation de cette tâche sur un autre professionnel (la vérification du statut vaccinal comme l'injection), ce qui accentue certaines problématiques spécifiques : non maîtrise de la technique d'inoculation BCG, vérification rare du statut vaccinal au-delà de l'enfance.

³⁷ Il s'agit surtout d'un constat empirique, ou au moins une idée assez largement partagée par les personnes interrogées dans le cadre de cette étude. Le mercredi permet la vaccination des enfants qui ne sont pas à l'école ce jour de la semaine. La plupart des municipalités qui mettent à disposition des locaux pour des vaccinations demandent prioritairement le mercredi.

Dans ce contexte, la mise en œuvre de la politique vaccinale se heurte à la multiplicité des intervenants et à la difficile coordination des acteurs, qui travaillent le plus souvent isolément sans prendre en compte les éventuels recoupements et/ou complémentarité.

Un constat notable est l'absence de coordination entre praticiens libéraux et dispositifs publics de vaccination. Si des initiatives locales visant à associer les médecins libéraux existent, elles sont en nombre limité et n'obtiennent pas, au dire de ceux qui les entreprennent, de résultats probants. Les professionnels qui mettent ces actions en place estiment pourtant essentiel de travailler avec les médecins généralistes et les actions relatives qui ont tenté de les impliquer se sont révélées pour la plupart décevantes. Les évaluations de conférences réalisées par l'Ireps révèlent les mêmes faibles niveaux de participation des libéraux.

V.3.2. Des partenariats plus efficaces à mettre en œuvre

Même entre acteurs publics, les coopérations sont rendues compliquées par la méconnaissance des compétences, des missions, et des problématiques des différents intervenants. La plupart des personnes rencontrées reconnaissent un manque de visibilité sur l'activité des autres acteurs des vaccinations.

De plus, les découpages territoriaux et administratifs des uns et des autres ne coïncident pas, ce qui fait que les professionnels n'ont pas d'interlocuteurs uniques correspondant à leurs territoires d'intervention³⁸.

Le pilotage des vaccinations gratuites lui-même se trouve souvent éclaté entre ARS, services des Conseils généraux, et des opérateurs de terrain, qui peuvent avoir des orientations sensiblement différentes. Par exemple, les centres de santé municipaux (habilités ou conventionnés) s'adressent prioritairement à la population de leur ville, ce qui ne correspond pas forcément au souhait de l'ARS ou du Conseil général. Il est un peu plus facile pour l'ARS de travailler dans les départements dans lesquels la compétence a été re-centralisée, car elle gère plus directement les financements³⁹. Le pilotage et la coordination de ces centres de vaccinations apparaissent parfois aussi distants.

Ce manque de concertation et de coordination entre les acteurs s'illustre bien avec la vaccination des enfants de moins de 6 ans et plus particulièrement la vaccination BCG.

³⁸ Il n'existe souvent aucune correspondance entre les territoires, et ceci même lorsque le Conseil général gère simultanément la vaccination pour les plus de 6 ans et la PMI.

³⁹ Alors que les Conseils généraux reçoivent leur financement de la dotation générale de décentralisation.

Au sein même d'un dispositif départemental de vaccination gratuite (Conseil général ou ARS), les échanges entre professionnels sur l'activité de leur centre et leurs pratiques sont souvent insuffisants. Les professionnels des différentes structures ne se connaissent pas ou très peu. Il n'existe pas toujours de réunions communes aux centres de vaccination, et quand celles-ci existent, elles ne leur permettent pas de communiquer sur leurs expériences d'actions, ou de partager des supports de communication, ce qui fait que chacun recommence isolément le même type d'action, sans profiter du travail et de l'expérience des autres. La présentation annuelle des actions de la structure lors de rencontres avec le financeur pourrait constituer une base, avant d'instaurer des échanges plus réguliers.

De plus, au sein même des dispositifs de vaccination gratuite, les échanges relatifs à l'activité des centres et à leurs pratiques sont souvent insuffisants. En Seine-Saint-Denis, des rencontres des centres de vaccinations ont été organisées, particulièrement pour traiter des actions hors les murs. Ce type de groupes de travail, permettant en outre de communiquer sur les actions mises en œuvre, mais aussi de partager des supports de communication, mériterait d'être généralisé et proposé au plus grand nombre, sans distinction d'opérateur.

De manière générale, ce sont ces partenariats qui déterminent le degré d'imbrication dans le paysage sanitaire et au final l'activité des centres. Ceux-ci nécessitent cependant du temps et un investissement conséquent de la part des professionnels des centres de vaccination. Les intervenants doivent être en mesure d'aller à la rencontre des autres acteurs, ce qui nécessite disponibilité et volonté d'ouverture sur l'extérieur. L'activité de nombreux centres repose sur un nombre limité de professionnels très investis, d'où des structures fragiles. Cependant, certains centres ont vu leur activité augmenter du fait de l'investissement important des équipes pour nouer des partenariats efficaces, avec ouverture de consultations supplémentaires pour répondre à la demande.

En outre, la vaccination ne constitue pas, pour la plupart des acteurs, une priorité. Qu'ils soient effecteurs ou promoteurs des vaccinations, ils agissent plutôt pour la santé en général des populations dont ils s'occupent. La vaccination ne représente qu'une partie de leurs activités, le plus souvent marginale en dehors de la prise en charge de la petite enfance et de certains centres de vaccinations.

V.4. Identifier les leviers pour un meilleur ciblage des bénéficiaires

On peut en partie opposer une logique de masse, visant à augmenter l'activité des centres existants, et une logique de ciblage, visant à mieux couvrir les populations définies comme prioritaires. En effet, le changement de public et/ou de lieu géographique d'un centre nécessite

l'établissement de nouveaux partenariats. Ces processus s'inscrivent dans la durée, et passent souvent par une baisse temporaire de l'activité de vaccination, avant que le réseau de partenaires et le bouche à oreille puissent assurer le relais de l'information et l'alimentation des séances publiques.

Un véritable recueil d'informations, et une analyse plus systématique du profil des bénéficiaires seraient susceptibles de renseigner sur les parcours des usagers les conduisant au centre de vaccination, et sur les populations encore peu touchées. Cela permettrait de cibler plus spécifiquement les types de partenaires à mobiliser.

Les actions de sensibilisation auprès des populations, les visites organisées du centre pour familiariser et rassurer les futurs bénéficiaires, les actions de vaccinations sur les lieux de vie et d'activité sont autant de leviers permettant de toucher les populations concernées et de créer des dynamiques d'adressage de celles-ci. Si établir des partenariats est parfois difficile pour certains centres, les Ateliers santé ville peuvent parfois assurer les relais d'information avec les associations et populations locales, et être à l'initiative d'actions communes.

VI. Conclusion

La recentralisation de 2004 n'a pas permis, à ce jour, d'harmoniser les dispositifs, ni d'améliorer la lisibilité. Bien qu'encadrés par les textes, les dispositifs de vaccination bénéficient encore dans chaque département d'une autonomie significative (choix des publics cibles, sites d'intervention encore essentiellement définis en fonction des attentes perçues par les opérateurs, et les partenariats historiques), à plus forte raison quand ceux-ci restent gérés par les Conseils généraux. Les modalités d'organisation adoptées par le passé en fonction des volontés politiques et des ressources des territoires persistent en partie. Le dispositif actuel de vaccination gratuite repose donc encore sur son héritage historique, dans son ampleur comme dans son organisation.

Aujourd'hui, non seulement les moyens alloués restent très hétérogènes entre départements, mais les opérateurs des vaccinations ne sont pas des structures équivalentes. Leurs lieux d'exercice changent en fonction des opportunités locales, de même que les populations qui les fréquentent, et les partenariats qu'ils établissent ou entretiennent.

Ce travail fait émerger un certain nombre de pistes pour agir. En outre, il souligne la nécessité de mise en cohérence des différents dispositifs pour permettre à l'ensemble de la population d'accéder de manière optimale à la vaccination.

Bibliographie

1. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull épidémiologique Hebd. 2013;14-15:129–58.
2. Guthmann J, Fonteneau L, Lévy-bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles [Internet]. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012 p. 98. Available from: <http://www.invs.sante.fr>
3. Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017, Ministère des affaires sociales et de la santé [Internet]. p. 19. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_damelioration_de_la_politique_vaccinale.pdf
4. Blanc P. Rapport de la politique vaccinale de la France. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé; 2007 p. 255.
5. La politique vaccinale de la France, rapport de la cour des comptes. 2012 p. 161.
6. Géraldine L. Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. Etudes et résultats. 2004;315.
7. Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. Etude sur la protection maternelle et infantile en France. Rapport de l'IGAS. 2006 p. 64.
8. Direction générale de la Santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations [Internet]. Inpes. Saint-Denis; 2012. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1133.pdf>
9. Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, Verger P, Cavillon M, Mikol F, et al. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. Etudes et résultats, DREES. 2014;873.

Liste des acronymes

ARS :	Agence régionale de santé
ASV :	Atelier santé ville
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CDAG :	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDDPS :	Centre départemental de dépistage et de prévention sanitaire
CDDS :	Centre départemental de dépistage et de soins
CDPS :	Centre départemental de prévention et de santé
CG :	Conseil général
CIDDIST :	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIPE :	Consultation infirmière de précarité
CLAT :	Centre de lutte anti-tuberculeuse
CMU :	Couverture maladie universelle
Codes :	Comité départemental d'éducation pour la santé
Comede :	Comité médical pour les exilés
DGS :	Direction générale de la santé
DT ARS :	Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé
DTP :	Diphtérie, tétanos, polio
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ETP :	Equivalent temps plein
GDR :	Plan de gestion du risque
IDE :	Infirmier(ière) diplômé(e) d'Etat
Inpes :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Iresp :	Instance régionale en éducation et promotion de la santé
IST :	Infection sexuellement transmissible
OFII :	Office français de l'immigration et de l'intégration
PMI :	Protection maternelle et infantile
PRAPS :	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS :	Projet régional de santé
RAAP :	Rapport annuel d'activité et de performance
SRP :	Schéma régional de prévention
SUMPS :	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
USCA :	Unité de consultation et de soins ambulatoires
USP :	Unité de santé publique
SCHS :	Service communal d'hygiène et de santé



ORS Île-de-France
43, rue Beaubourg
75003 Paris
tél.: 01.77.49.78.60
www.ors-idf.org

Directrice de l'ORS Île-de-France : Nathalie SENECAI

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil régional d'Île-de-France



ISBN : 978-2-7371-1821-0