



ASSOCIATION  
NATIONALE DES  
ÉTUDIANTS EN  
PHARMACIE DE  
FRANCE

---

# UN ŒIL SUR LA PHARMACIE

---

LE PHARMACIEN ACTEUR DE CHANGEMENTS  
DANS SA PROFESSION, FOCUS SUR LA VACCINATION

---

## Dossier vaccination : Faire le point

---

Historique

PAGE 3.

Constat actuel

PAGE 4.

Défiance et perspectives :  
comment améliorer la  
couverture vaccinale ?

PAGE 10.

---



## Les querelles de chapelle n'ont pas droit de cité !

En mars dernier, vous vous insurgiez contre le retrait de l'article 32 du projet de loi de santé qui aurait autorisé les pharmaciens à administrer certains vaccins, dénonçant un « *rendez-vous manqué et un échec pour la santé publique* ».

**Vous avez mille fois raison !**

Le nombre d'articles et d'échanges sur les réseaux sociaux parus sur les vaccins, l'obligation de la vaccination, les bienfaits ou les effets indésirables des vaccins, atteste de l'acuité de ce débat et des polémiques scientifiques, idéologiques ou politiques qui y ont trait.

A contre-courant du climat de méfiance actuelle envers les vaccins, en dépit des effets indésirables causés par certains vaccins sur certains patients (*comme pour tout médicament, le risque zéro n'existe pas*), la vaccination reste à ce jour le moyen le plus efficace de protéger les populations contre les maladies infectieuses. Or, il est désolant de constater, au pays de Pasteur, que la couverture vaccinale tend à baisser et que certaines maladies autrefois disparues refont surface.

Face à cette situation, l'Ordre des pharmaciens tire la même conclusion que l'ANEPP, l'association européenne des étudiants en pharmacie (EPSA), l'association européenne des pharmaciens d'officine (GPUE), l'Académie de Pharmacie, l'IGAS, la Fédération internationale pharmaceutique (FIP) ou l'OMS: **il faut améliorer la couverture vaccinale et les pharmaciens peuvent y contribuer !**

Pour cela, encore faut-il que les vaccins soient disponibles ! La situation de pénurie actuelle brouille les messages et peut décourager les plus convaincus.

Quant à la possibilité offerte aux pharmaciens de vacciner, certes la loi de santé représente un « *rendez-vous manqué* » que je déplore mais je place de grands espoirs dans les suites du futur rapport de Sandrine HUREL qui sera publié prochainement. Face à un tel enjeu de santé publique, le corporatisme et les querelles de chapelle n'ont pas droit de cité !

Isabelle ADENOT  
Présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens

# HISTORIQUE

## XVII<sup>ème</sup> siècle

La notion de vaccin émerge suite aux épidémies de variole provoquées par le virus : la vaccine.

Le but des chercheurs des différents continents était de provoquer chez un individu une infection bénigne afin de lui procurer une protection à vie. Chacun adoptant sa propre technique : dépôt de pus ou squame variolique sur muqueuse nasale des enfants (*Chine*), inoculation intradermique de pus variolique (*Empire Ottoman puis Europe*)...

Edward Jenner (*médecin anglais*) constate que les fermières de campagne en contact permanent avec la vaccine ne contractent pas la maladie. Ainsi, Jenner annonce le principe de l'atténuation des germes lors du passage d'une espèce animale à un autre : c'est la naissance de la vaccination.

## XVIII<sup>ème</sup> siècle

## XIX<sup>ème</sup> siècle

Louis Pasteur isole le staphylocoque et le streptocoque.

**1881** : il énonce le principe de vaccination « des virus affaiblis ayant le caractère de ne jamais tuer, de donner une maladie bénigne qui préserve de la maladie mortelle. » C'est la révolution Pastoriennne.

**1885** : premier vaccin à virulence atténuée contre la rage.

vaccin BCG contre la tuberculose : 1921

vaccin contre diphtérie-tétanos : 1924

l'OMS annonce l'éradication complète de la variole : 1976

## XX<sup>ème</sup> siècle

Depuis **les années 1990** de nombreux progrès ont été effectués, pour arriver notamment à l'éradication de la poliomyélite ainsi qu'à une forte réduction de la rougeole et du tétanos.

Pour **fin 2015** l'OMS se fixe l'objectif d'éradiquer la rougeole du continent européen.

Face aux inégalités mondiales en matière de vaccination, une agence a même été créée en **2000** pour améliorer la couverture vaccinale mondiale : l'alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

Cependant, depuis quelques années, des groupes anti-vaccins se développent et l'on remarque une recrudescence de certaines maladies comme la rougeole notamment...

# AUJOURD'HUI, LE CONSTAT

---

## QUI VACCINE ?

---

### Le médecin

En France, 85% des vaccinations sont réalisées au cabinet d'un médecin, pédiatre ou généraliste. Les vaccinations peuvent aussi être réalisées par un médecin dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI) ou dans un centre de vaccination.

Si vous êtes amené à voyager à l'étranger, certaines vaccinations doivent être réalisées dans un centre de vaccination internationale (*ex : fièvre jaune, encéphalite japonaise, choléra, rage...*), seul organisme habilité à vous délivrer le certificat de vaccination obligatoire.

### La sage-femme

Elle est autorisée à vacciner les nouveaux-nés contre la tuberculose et contre l'hépatite B. La vaccination par le BCG est recommandée dès la naissance chez les enfants à risque élevé de tuberculose, notamment tous les enfants qui résident en Ile-de-France, en Guyane et à Mayotte. La sérovaccination hépatite B est recommandée dès les premières heures de vie chez les nouveaux-nés dont les mères sont infectées par le virus de l'hépatite B.

Sachez aussi que la sage-femme est autorisée à pratiquer chez les femmes les vaccinations suivantes : rougeole-oreillons-rubéole, DTPolio et coqueluche, grippe, hépatite B, papillomavirus et méningocoque C.

### Les infirmie(è)r(e)s

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, suivant une liste fixée par décret en Conseil d'État après avis du Haut conseil de la santé publique (*art. L. 4311-1*). Pour l'instant, est seule concernée l'injection du vaccin antigrippal, à l'exception de la première injection, et uniquement pour certaines personnes dont les conditions d'âge et/ou les pathologies dont elles peuvent souffrir sont précisées par arrêté du ministre chargé de la Santé (*art. R. 4311-5-1*).

---

## QUELS VACCINS SONT OBLIGATOIRES / RECOMMANDÉS ?

---

En France, les trois vaccinations obligatoires, pour l'ensemble de la population générale, sont :

- ▶ le vaccin anti-diphtérique,
- ▶ le vaccin anti-tétanique,
- ▶ le vaccin anti-poliomyélitique.

Il existe en tout 11 vaccins dits «recommandés» dans le calendrier vaccinal, qui ne sont donc pas obligatoires. Ils concernent les maladies telles que la coqueluche, la rubéole, la rougeole, les oreillons, la varicelle, mais aussi les infections invasives à haemophilus influenza B, à pneumocoque, à méningocoque C. Concernant le BCG, vaccin contre la tuberculose, il est conseillé dans certaines zones du territoire à risque élevé.

Les professionnels de santé soulignent que ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas obligatoires qu'il faut considérer ces vaccins comme moins importants.

Un paradoxe dont les autorités sanitaires françaises semblent avoir bien conscience puisque la volonté de « *redéfinir les notions de vaccination recommandée et obligatoire* » est bien inscrite au « *programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017* » de la Direction générale de la santé. À ce jour pourtant, rien n'a changé.

Face aux parents qui boudent la vaccination, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a reconnu récemment que le système de vaccination devait évoluer en France. Dans son dernier avis, il se positionne clairement en faveur des vaccins obligatoires, et estime qu'ils doivent être gratuits et plus nombreux. *La vaccination est « l'action de santé publique la plus efficace »*, juge le HCSP en préambule de son avis. En chiffres, elle a en effet fourni des résultats indéniables : depuis 1989, la France n'a pas connu de cas autochtone de poliomyélite. Le tétanos, lui, n'a fait que 36 victimes entre 2008 et 2011.

Une prise de position loin d'être isolée puisque « *c'est aussi l'avis de 56 % de la population générale et 42 % des médecins* », rajoutait le HCSP. Ce dernier souhaitait même élargir la liste des vaccins obligatoires et ajouter le ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole) aux vaccinations diphtérique, tétanique et poliomyélitique.

## Crainte d'une chute de la couverture vaccinale

De plus, ces experts affirmaient qu'un obstacle de taille s'oppose à la levée de l'obligation vaccinale. D'après le HCSP, deux enquêtes de l'Institut de Veille sanitaire (InVS) et de l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont révélé qu'en cas de levée, 21 % de la population générale s'interrogerait sur le bien fondé de la vaccination. Côté médecins, 83 % des généralistes et 90 % des pédiatres insisteraient pour que les parents vaccinent... mais 15 et 9 % d'entre eux leur laisseraient la possibilité de ne pas vacciner. « La crainte d'une chute de la couverture vaccinale apparaît aujourd'hui comme la principale raison du maintien d'un régime d'obligation », concluait le HCSP.

# Le paradoxe de l'obligation vaccinale

Malgré ses bienfaits évidents, la vaccination obligatoire repose sur plusieurs paradoxes.

► Depuis 1964, aucune nouvelle obligation n'a été établie, alors même que certaines maladies à vaccination « recommandée » représentent « un fardeau comparable voire plus important que celui pour lesquelles la vaccination est obligatoire », observait le HCSP. Il cite en exemple l'hépatite B - avec 1 300 décès annuels par cirrhose ou cancer du foie - et le papillomavirus humain - qui cause chaque année 1 000 décès par cancer du col de l'utérus.

► Et l'existence même d'une catégorie « obligatoire » dévalorise celle qui est « recommandée » : 53 % des personnes interrogées dans une étude menée en France estimaient que les vaccins recommandés sont moins importants que ceux obligatoires. Sans compter que les vaccins combinés associent dosages recommandés et obligatoires... Ce qui complique encore la situation.

---

## FONCTIONNEMENT ET CONCEPTION D'UN VACCIN

---

L'organisme possède deux grandes lignes de défense immunitaire, innée et adaptative.

► La première fonctionne dès la naissance (*sauf pathologie spécifique*) : tout corps étranger (*le non-soi*) provoque une réaction immunitaire. Celle-ci est automatique et non-spécifique. Elle est aussi sans mémoire.

► La seconde ligne de défense est une réaction spécifique à des agents infectieux : de nature humorale (*anticorps*) et cellulaire (*lymphocytes T, cellules NK*), elle réagit à l'attaque d'agents infectieux comme les virus, les bactéries et les parasites. Mais cette défense immunitaire adaptative est dotée d'une mémoire : si l'agent se représente, il sera identifié. C'est la raison pour laquelle le fait d'avoir subi certaines maladies (*comme la rougeole ou les oreillons*) nous immunise dans 90 % des cas contre une seconde attaque.

**La vaccination est fondée sur cette propriété de notre système immunitaire.**

Un agent infectieux atténué (*vaccin contre la tuberculose ou la poliomyélite*) ou une toxine désactivée (*tétanos et diphtérie*) non pathogène est présenté au patient, sous forme d'une injection, éventuellement d'un spray nasal. Le système immunitaire « apprend » à reconnaître les antigènes de l'agent introduit. Lors d'un second contact avec le même agent infectieux, l'organisme présente une réponse très rapide et plus importante qui est déterminante pour la protection du patient

### Conception des vaccins

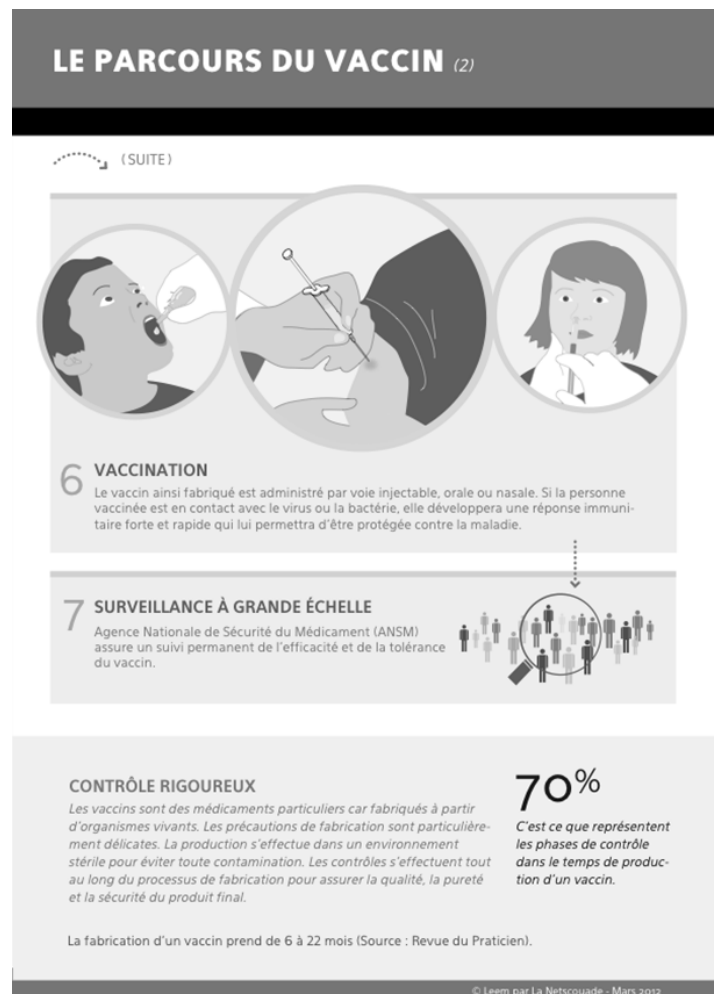
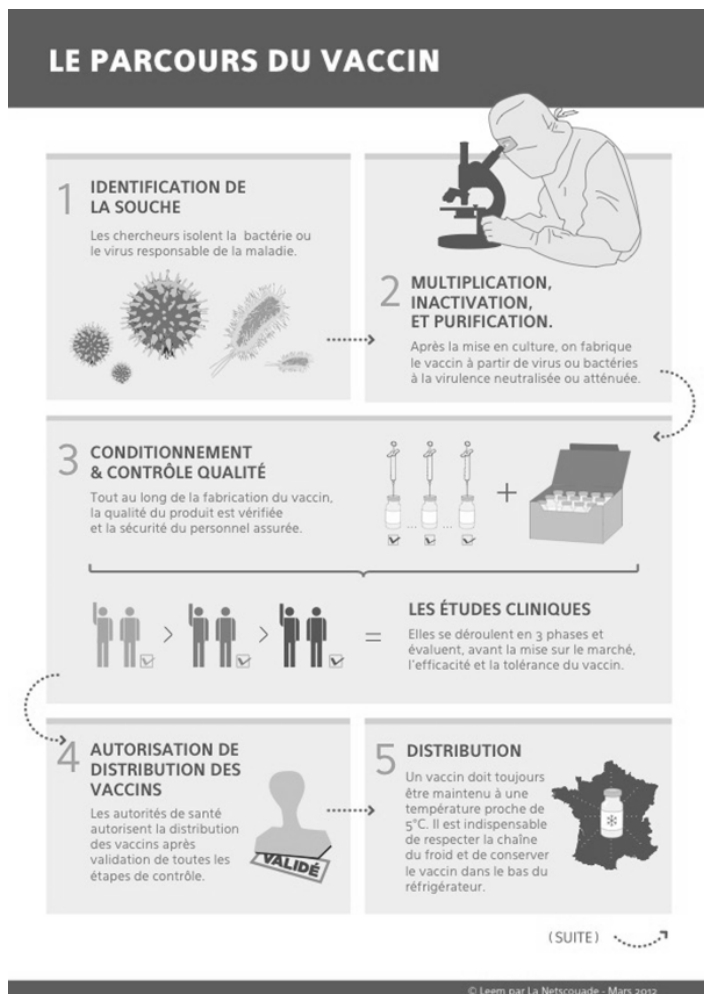
Les vaccins ont longtemps été conçus de manière empirique. Les progrès de la biologie cellulaire et moléculaire ont considérablement amélioré la compréhension des mécanismes et la maîtrise de leur administration. Ainsi, on peut identifier des sous-unités d'agents infectieux qui comportent non pas le virus ou la toxine dans sa totalité, mais les éléments suffisants pour provoquer la réponse mémoire du système immunitaire. La connaissance précise des antigènes impliqués (*les protéines d'identité et de reconnaissance cellulaires*) permet d'améliorer l'efficacité et de limiter les effets secondaires.



On a par ailleurs identifié dès 1925 des moyens de rendre la réponse immunitaire au vaccin plus efficace. Cette amplification passe par l'adjonction de molécules appelées des «adjuvants». Les premiers ont été des sels d'aluminium et beaucoup de vaccins conventionnels en contiennent encore. À la fin des années 1990, le squalène (*précurseur des stéroïdes*) a été introduit dans certains vaccins, notamment antigrippaux. Aujourd'hui, les laboratoires travaillent sur des stimulateurs de l'immunité, des supports microparticulaires et des émulsions susceptibles soit de renforcer l'efficacité de la vaccination, soit d'étendre la réponse immunitaire et donc la protection vaccinale à des agents infectieux jusqu'ici impossibles à maîtriser. Par ailleurs, les adjuvants ont de nombreux avantages : stimulation de la réponse immunitaire de la personne âgée (*vaccination contre la grippe saisonnière*), augmentation de la protection à long terme, protection large et croisée en cas de pandémie, diminution des doses d'antigène nécessaires par vaccin.

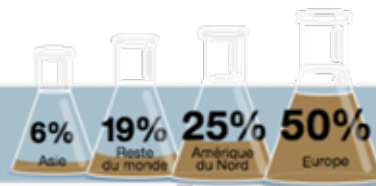
La mise au point du vaccin contre le cancer du col de l'utérus (*HPV*) a par exemple été rendue possible par l'analyse génétique détaillée des différentes souches du virus et par l'utilisation de systèmes d'adjuvants.

Des travaux similaires sont menés dans la recherche de vaccins contre le paludisme (*Plasmodium*) et le SIDA (*VIH*).



## L'INDUSTRIE DU VACCIN INVESTIT POUR L'AVENIR DE L'EUROPE

La moitié des projets de recherche et de développement menés par les industriels du vaccin s'effectuent en Europe



Source : Vaccines Europe

Les industriels du vaccin ont concentré **58 %** de leurs investissements de R&D en Europe entre 2002 et 2010

# 42,3 Mrd€

C'est le chiffre d'affaires<sup>1</sup> estimé de l'industrie du vaccin en 2016

# 20,3 Mrd€

C'était le chiffre d'affaires<sup>1</sup> estimé de l'industrie du vaccin en 2012

# +11,5 %/an

C'est le taux de croissance<sup>2</sup> de l'industrie du vaccin

# 79 %

C'est la part de l'Europe<sup>3</sup> dans la production de vaccins

## ET DEMAIN ?

Plusieurs pistes sont explorées pour rendre les vaccins plus efficaces ou en créer de nouveaux contre des agents infectieux résistant à l'atténuation / inactivation utilisée dans la vaccination classique. Parmi ces pistes :

► **Neutralisation par génie génétique** : il s'agit de rendre inoffensive une souche infectieuse en agissant directement sur les gènes responsables de sa virulence ou de sa pathogénicité. Le coût économique est moindre.

► **Vaccins recombinants et microbes présents** : la recombinaison génétique permet de produire des molécules mixtes qui provoquent une réaction immunitaire contre un vecteur unique représentant plusieurs virus ou bactéries.

► **Vaccins conjugués** : lorsque les antigènes de l'agent infectieux sont insuffisants pour produire la réaction immunitaire attendue, on les couple à une protéine porteuse.

► **Vecteurs non répliquatifs** : il s'agit d'obtenir un effet immunogène en évitant la réplication dans l'organisme, par insertion des antigènes dans des « enveloppes vides ».

► **Vaccination génétique ADN / ARN nu** : cette variante de la thérapie génique consiste à insérer dans les cellules un fragment d'ADN ou d'ARN qui va directement coder pour un antigène vaccinal.



---

# QUID DES PÉNURIES ?

---

## Rupture de stock !

À la pharmacie Bosquet Grenelle de Paris, les vaccins Infanrix Tetra et Quinta (*des laboratoires GlaxoSmithKline, abrégés «GSK»*) ne sont plus disponibles depuis plusieurs mois. Tout comme son concurrent, le Pentavac (*Sanofi-Pasteur MSD*). Ces vaccins destinés aux bébés à partir de 2 mois contiennent les 3 vaccins obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite), combinés aux composantes de la coqueluche, ainsi que de l'*haemophilus influenzae* de type b (*responsable de méningites - à noter que ce dernier n'est pas présent dans l'Infanrix Tetra*). « Cette pénurie est difficilement gérable car habituellement, nous passons des commandes deux fois par jour pour satisfaire les besoins des clients en vaccins », déplore Sophie Gasnier Duparc, pharmacienne de la rue de Grenelle. « Les laboratoires GSK m'avaient indiqué récemment que ma pharmacie pourrait de nouveau vendre l'Infanrix tetra et quinta dès la fin du mois de mars 2015, mais cela fait plusieurs fois qu'ils repoussent le délai de réapprovisionnement ».

### Et cette pénurie de vaccins touche l'ensemble du territoire français.

« Nous sommes confrontés à des tensions croissantes d'approvisionnement sur les vaccins Infanrix Quinta depuis septembre 2014, explique à Sciences et Avenir Meg Iqbal, du pôle communication de GSK. Cette situation est due à une demande croissante en vaccins coquelucheux au niveau mondial, notamment liée à l'augmentation du nombre de pays ayant fait évoluer leur calendrier vaccinal des vaccins coquelucheux à germes entiers (*ndlr : non vendus en France*) vers les vaccins coquelucheux acellulaires (*ndlr : vaccin Infanrix Quinta*) et/ou ayant ajouté des doses de rappel de vaccins coquelucheux acellulaires à différents âges de la vie. »

Sanofi-Pasteur MSD, qui commercialise le Pentavac, connaît les mêmes problèmes de réapprovisionnement, précise l'Autorité nationale de sécurité du médicament (ANSM) sur son site web. Joint par téléphone, Sanofi-Pasteur MSD n'a pas donné suite à notre demande d'interview.

Or ce retard de réapprovisionnement ne semble pas avoir été anticipé par les laboratoires. « Les capacités actuelles de production mondiale des différents industriels ne permettent pas de répondre complètement à l'évolution rapide de cette demande en vaccins, admet Meg Iqbal. Or la production de vaccins coquelucheux acellulaires est longue et complexe. Par exemple pour un vaccin Infanrix Tetra, la production dure 18 mois et plus de 160 tests de qualité sont réalisés. »

La pénurie risque de durer, « sur toute l'année 2015 », est-il écrit dans un avis rendu public le 9 mars 2015 par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

GSK reste cependant plus évasif sur le retour de l'Infanrix Tetra et Quinta : « Il est difficile de prévoir avec certitude une date de retour à une situation normale », précise Meg Iqbal.

# DÉFIANCE ET PERSPECTIVES

La vaccination progresse en 2014, surtout chez les jeunes enfants.

L'adhésion des Français pour la vaccination repart à la hausse. En effet, ils n'étaient que 61% en 2010 à se dire « favorables à la vaccination ». L'INVS souligne qu'en 2014 et pour la première fois, « plus de 90% des nourrissons de moins de 6 mois ont reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B ». Ce chiffre atteint les 95% pour la vaccination contre le pneumocoque à l'âge de 6 mois.

Concernant la rougeole, l'INVS est également satisfaite indiquant que le taux de couverture progresse puisque 92% des enfants nés en 2012 ont reçu la première dose à 2 ans et 66% la seconde dose.

La vaccination contre le méningoque, recommandée de 1 à 24 ans mais non obligatoire, demeure « encore insuffisante pour le reste de la population », nuance l'INPES. En effet, le taux de vaccination était de 64% en 2014 pour les enfants de 2 ans et diminue avec l'âge puisqu'un quart des jeunes de 15 à 19 ans sont vaccinés.

Les réticences subsistent aussi pour le vaccin contre le papillomavirus (*vaccination HPV*), indiqué aux jeunes filles entre 9 et 15 ans et qui connaît une couverture vaccinale en diminution. En 2014, moins de 20% des jeunes filles de 15 ans s'étaient fait vacciner.

30 % des Français doutent des vaccins en 2013

- Perte de confiance due à la crainte des effets secondaires (55 %)
- Parce qu'on leur a déconseillé (42 %)

Un système de veille media montre que la France est l'un des pays au monde où la proportion des messages négatifs sur la vaccination est l'une des plus élevées !

---

## FACE À LA DÉFIANCE, LES PHARMACIENS EN PREMIÈRE LIGNE ?

---

### Historique de la vaccination par les pharmaciens d'officine

Les *Etats-Unis* (depuis 1995) ont été suivis par de nombreux états tels que le *Royaume-Uni* (2002), le *Portugal* (2007), l'*Irlande* (2011), les *Philippines* (2014), l'*Australie* (pilote en 2014) ou encore *Colombie-Britannique*, *Alberta* et *Nouveau-Brunswick* au *Canada*.

## Focus sur la grippe saisonnière

Le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) estime à **40.000 par an** le nombre de morts prématurés en Europe pour des raisons liées à la grippe saisonnière (dont 90% chez les plus de 65 ans).

Une recommandation du Conseil de l'Union européenne a fixé à **75 %** l'objectif de vaccination des +65 ans.

EN BREF			
	ROYAUME-UNI	PORTUGAL	IRLANDE
<b>Base législative</b>	2002	2007	2011
<b>Vaccinations autorisées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grippe sais.</li> <li>• Pneumocoque</li> <li>• Papillomavirus</li> <li>• Hépatite B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grippe saisonnière</li> </ul>
<b>Tranche d'âge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes en théorie</li> <li>• Srtt adultes en fait</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes en théorie</li> <li>• Srtt adultes en fait</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• +18 ans</li> </ul>
<b>Coordination avec le médecin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans ordonnance</li> <li>• Protocole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur ordonnance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans ordonnance</li> <li>• Notification après</li> </ul>
<b>Formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatoire</li> </ul>
<b>Chiffres-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveaux patients à 10/20 % (selon)</li> <li>• 50 %- des officines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveaux patients à 13,1 %</li> <li>• 70 % des officines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveaux patients à 24 %</li> <li>• 53 % des officines</li> </ul>

### Pour quels résultats ? (exemple de la grippe saisonnière)

#### ► Royaume-Uni :

Les plus de 65 ans ont vu leur couverture vaccinale passer de 59% (2005) à 76% (2008). Tandis que 20% des patients se faisant vacciner à l'officine le faisaient pour la première fois.

#### ► Portugal :

Les plus de 65 ans sont passés de 50,4% en 2009 à 53,7% en 2010. 13% des patients se faisaient vacciner pour la première fois. 99% des patients étaient satisfaits de cette nouveauté.

#### ► Irlande :

24 % des patients vaccinés en pharmacie n'avaient jamais reçu le vaccin auparavant, dont 85 % appartenait à une catégorie à risque (2013 / 2014).

## Quelques chiffres

Les vaccins permettent de se prémunir contre 28 maladies infectieuses

3 millions de vies sauvées / an dans le monde

Les maladies infectieuses font 13 millions de morts / an dans le monde

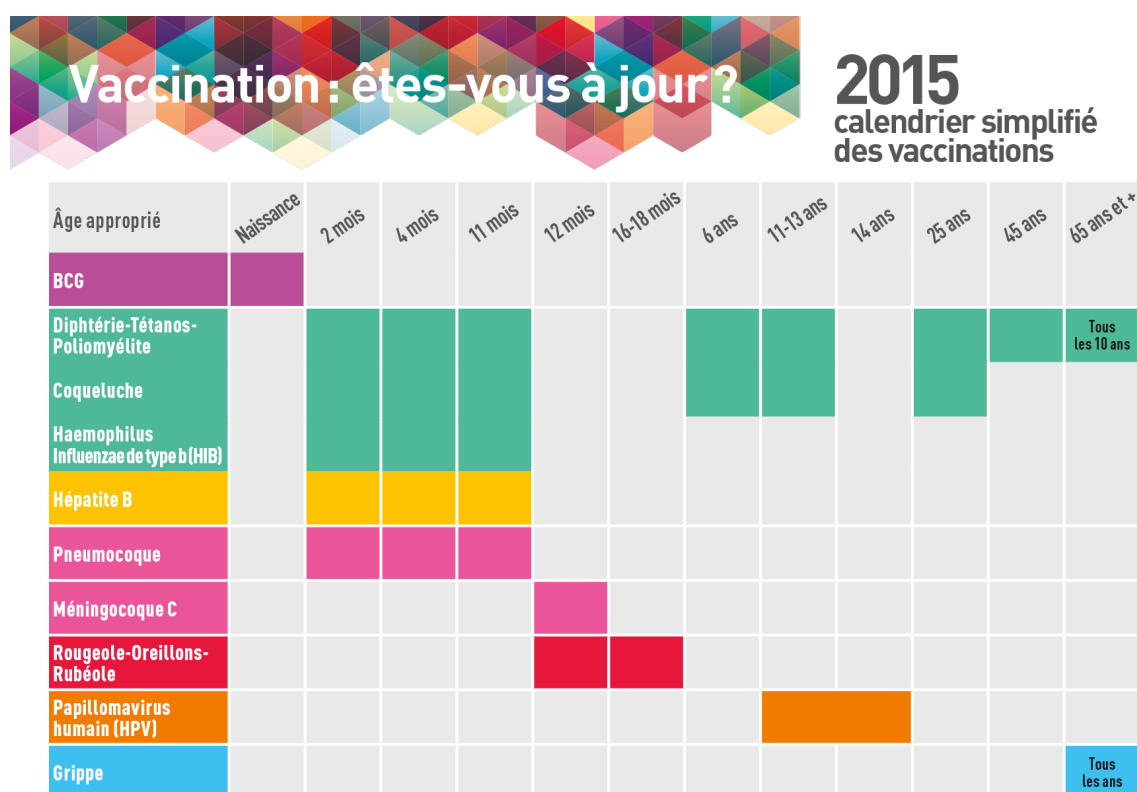
# LES VACCINS ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE ?

On estime que la découverte du principe de la vaccination a sauvé la vie de 2 millions de personnes chaque année dans le monde (OMS 2005).

De nombreuses campagnes internationales ont été couronnées de succès : éradication de la variole (*entre 1967 et 1977*), initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (*depuis 1988, baisse de 99 % des cas dans les 15 premières années*), coordination des campagnes nationales contre la rougeole (*baisse de 40 % des cas à l'échelle planétaire entre 1999 et 2003*). La couverture mondiale par le DTC3 (*trois doses du vaccin associé antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux*) était de 20 % en 1980 et a atteint 80 % dans les années 2000.

Les bénéfices de la vaccination sont individuels, mais ils s'évaluent aussi en terme de santé publique. Ainsi, la vaccination à l'échelle d'une population a pour effet de diminuer l'incidence des maladies concernées, les traitements toujours coûteux, l'hospitalisation, les handicaps résultant de certaines pathologies, les incapacités et la perte de productivité, la souffrance et les effets à long terme en perte d'années de vie.

En tant que stratégie préventive, la vaccination a un effet socio-économique positif. Dans les pays en développement, l'absence de stratégie vaccinale aggrave les coûts de dépense de santé des budgets publics, ainsi que ceux des budgets des foyers qui ne bénéficient pas de protection sociale efficace. La désorganisation sociale résultant de certaines épidémies (comme le sida en Afrique noire) produit par ailleurs des effets secondaires néfastes sur le développement scolaire, économique, cognitif.



---

# POSITION DE L'ACADÉMIE DE PHARMACIE

---

En France, la couverture vaccinale est notoirement insuffisante pour certaines infections (*notamment chez les adolescents et les adultes*), et même en chute libre pour la grippe saisonnière. En conséquence, elle risque de **ne plus garantir l'immunité de groupe indispensable pour protéger les personnes les plus vulnérables** (*en particulier nourrissons, personnes âgées, patients allergiques ou immunodéficients...*) et **compromettre l'élimination de certaines maladies infectieuses transmissibles**. Dans le contexte actuel de défiance vis-à-vis des vaccins, améliorer la couverture vaccinale doit être un **objectif prioritaire** de santé publique.

La contribution des pharmaciens, sous certaines conditions et en complément des médecins et des infirmiers, permettrait de faciliter l'accès à la vaccination. En effet, les pharmaciens sont, pour le public, **les plus accessibles** des professionnels de la santé.

**Dans tous les pays où les pharmaciens ont l'autorisation de vacciner, la couverture vaccinale a été notablement améliorée.**

---

# POSITION DE L'ANEPF

---

L'ANEPF se dit favorable à une vaccination par le pharmacien dans le cadre des campagnes touchant certaines populations. Cette nouvelle mission ne pourra voir le jour qu'avec une formation adaptée et un travail en synergie avec les autres professions de santé.

# CONCLUSION

Il est bien évident qu'étant donné la montée de la réticence des patients vis à vis du principe de la vaccination et du risque en terme de santé-publique, le pharmacien a un véritable rôle à jouer. Situé au carrefour du parcours de soins du patient, disponible facilement et rapidement, permettre aux pharmaciens en accord avec l'ensemble des professionnels de santé concernés ne pourra qu'accroître la sécurité vis à vis des infections. Ils pourront également assurer une écoute sur les interrogations des patients.

In fine, les pharmaciens pourront être associés à des campagnes nationales de santé publique et pourront être réquisitionnés en cas de pandémie.

# BIBLIOGRAPHIE

- ▶ [HTTP://WWW.VACCINATION-INFO.BE/VACCINATION-BON-A-SAVOIR/HISTOIRE-DE-LA-VACCINATION](http://www.vaccination-info.be/vaccination-bon-a-savoir/histoire-de-la-vaccination)
- ▶ [HTTP://WWW.POURQUOIDOCTEUR.FR/ARTICLES/QUESTION-D-ACTU/8206-LA-VACCINATION-OBLIGATOIRE-EST-ELLE-NECESSAIRE](http://www.pourquoidocteur.fr/articles/question-d-actu/8206-la-vaccination-obligatoire-est-elle-necessaire)
- ▶ PRESENTATION SANOFI PASTEUR MSD
- ▶ [HTTP://WWW.INSERM.FR/THEMATIQUES/IMMUNOLOGIE-INFLAMMATION-INFECTIOLOGIE-ET-MICROBIOLOGIE/DOSSIERS-D-INFORMATION/VACCINS-ET-VACCINATION](http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/vaccins-et-vaccination)
- ▶ [HTTP://WWW.SANTE.GOUV.FR/LE-PROGRAMME-NATIONAL-D-AMELIORATION-DE-LA-POLITIQUE-VACCINALE.HTML](http://www.sante.gouv.fr/le-programme-national-d-amelioration-de-la-politique-vaccinale.html)
- ▶ [HTTP://WWW.LEEM.ORG/PARCOURS-DU-VACCIN](http://www.leem.org/parcours-du-vaccin)
- ▶ [HTTP://WWW.PASTEUR.FR/FR/SANTE/VACCINATIONS-INTERNATIONALES-ET-CONSEILS-AUX-VOYAGEURS](http://www.pasteur.fr/fr/sante/vaccinations-internationales-et-conseils-aux-voageurs)
- ▶ [HTTP://WWW.AMELI.FR/ASSURES/PREVENTION-SANTE/LA-VACCINATION\\_LOIRE-ATLANTIQUE.PHP](http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/la-vaccination_loire-atlantique.php)
- ▶ [HTTP://WWW.SCIENCESETAVENIR.FR/SANTE/20150318.OBS4921/UNE-PENURIE-DE-VACCINS-OBLIGATOIRES-TOUCHE-LA-FRANCE.HTML](http://www.scienceetavenir.fr/sante/20150318.OBS4921/une-penurie-de-vaccins-obligatoires-touche-la-france.html)