



HAL
open science

Evaluation du dispositif public de vaccination piloté par le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis

Antoinette de Lachapelle

► **To cite this version:**

Antoinette de Lachapelle. Evaluation du dispositif public de vaccination piloté par le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis. Santé publique et épidémiologie. 2022. hal-04481513

HAL Id: hal-04481513

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04481513v1>

Submitted on 28 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ



UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE



UNIVERSITÉ
DE REIMS
CHAMPAGNE-ARDENNE



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Master 2 Santé Publique et environnement
Parcours Intervention en Promotion de la Santé

Année 2018 – 2019

Evaluation du dispositif public de vaccination pilote par le Conseil Départemental de Seine-Saint- Denis

Antoinette de Lachapelle

Maître de stage : Dr Mathilde Marmier
Guidant universitaire : Andréa Brezovsek

Table des matières

Table des matières	2
Remerciements	5
Introduction.....	6
Contexte	6
Le cadre législatif et administratif de la politique vaccinale	6
En France	6
En Île-de-France : le Projet régional de santé 2 (2018-2022).....	7
Couverture vaccinale en Seine-Saint-Denis.....	7
Présentation des missions du Service de la Prévention et des Actions Sanitaires au sein du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis	8
Description du dispositif public de vaccination évalué (empreinte en annexe)	8
Objectifs du dispositif de vaccination.....	8
Promoteurs et mode de financement.....	9
Organisation du dispositif	9
Objectifs de l'évaluation.....	10
Cadre logique	12
Théorie d'impact	13
Théorie des processus	14
Méthodes	15
Données nécessaires pour répondre aux questions évaluatives	15
Recueil des données.....	15
Questionnaire destiné aux professionnels.....	15
Questionnaire destiné aux usagers	16
Questions diverses à d'autres acteurs	16
Analyse des données.....	16
Résultats.....	17
Bilan quantitatif des sites enquêtés	17
Remarques sur le recueil des données.....	17
Résultats par thématique	18
Mise à disposition des vaccins dans les sites	18
Organisation du dispositif de vaccination	20
Porosité entre les séances publiques et les consultations des CMS	21
Porosité entre les séances publiques et le public PMI (voir classes d'âge en annexe).....	21
Prise en charge des populations précaires dans le dispositif.....	22

Accessibilité territoriale des séances publiques.....	22
Actions hors-les-murs.....	23
Promotion de la vaccination.....	23
Accessibilité du vaccin BCG	24
Pilotage et gestion du dispositif en central	24
Circuit de commande, livraison et stockage des vaccins	24
Vérification des droits des usagers et utilisation du bon CPAM	25
Nouveaux leviers d'augmentation des recettes.....	26
Systèmes d'information	26
Formation	26
Point de vue des usagers.....	27
Discussion.....	27
Propositions.....	27
Mise à disposition des vaccins dans les sites	27
Organisation du dispositif de vaccination	27
Porosité entre les séances publiques et les consultations des CMS	27
Porosité entre les séances publiques et le public PMI.....	28
Prise en charge des populations précaires dans le dispositif.....	28
Accessibilité territoriale des séances publiques.....	29
Promotion de la vaccination.....	29
Accessibilité du vaccin BCG	30
Pilotage et gestion du dispositif en central	30
Circuit de commande, livraison et stockage des vaccins	31
Vérification des droits des usagers et utilisation du bon CPAM	31
Nouveaux leviers d'augmentation des recettes.....	31
Systèmes d'information	31
Formation	32
Limites du projet d'évaluation	32
Situation en tant que stagiaire	33
Bibliographie.....	34
Annexes	36
A Liste des sigles utilisés.....	36
B Empreinte du dispositif public en Seine-Saint-Denis en 2017-2018 (Source : Pôle appui au pilotage du SPAS).....	37
C Calendrier vaccinal 2019	37
D Questions évaluatives, critères, indicateurs et sources de données.....	38

E Vaccins coûteux et peu remboursés	41
F Stratégie de remboursement du CD93 par la CPAM	41
G Stratégie de mise à disposition des vaccins dans les sites.....	42
H Public du dispositif par classes d'âge.....	42
I Communes sans séances publiques	43
J Schéma du circuit de gestion	44
Résumé.....	45
Abstract	45

Remerciements

Merci à tout le service de la prévention et des actions sanitaires, qui m'a si bien accueillie, et qui m'a permis de me lancer dans cette évaluation avec toutes les informations nécessaires.

En particulier, merci à Mathilde pour son encadrement toujours pertinent, juste, exigeant et disponible. Merci de m'avoir fait confiance !

Merci à Marie pour son dynamisme et son enthousiasme dans les actions menées.

Merci à mes chères compagnes de bureau, Alice et Joëlle, dont les conseils, les rires et les histoires ont enchanté mon semestre.

Merci à ma tutrice universitaire pour ses conseils et sa disponibilité.

Et enfin merci à mon conseil préféré, pour son soutien et sa patience à toute épreuve !

Introduction

En Seine-Saint-Denis, la mission de promotion de la vaccination est portée par le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis (CD93) en délégation de l'Etat, au titre des Actions de Santé Recentralisées (ASR).

Les vaccins sont mis à disposition par le CD93 dans différents sites, au nombre de 151 : centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), structures municipales dans un dispositif de séances publiques, partenaires conventionnés ciblant spécifiquement les populations précaires, antennes départementales. Le CD93 a fait le choix d'organiser son dispositif de séances publiques par délégation au travers de conventions avec 29 des 40 villes du département. La mise à disposition de vaccins dans l'ensemble des sites a évolué en fonction du calendrier vaccinal, des pénuries, de la récente obligation vaccinale depuis janvier 2018. Ces évolutions ont abouti à une stratégie complexe : les professionnels reçoivent des instructions de mise à disposition des vaccins variables pour chaque usager, en fonction de plusieurs facteurs.

La complexité de l'ensemble du dispositif, ainsi que ses évolutions récentes, posaient plusieurs difficultés : le manque de lisibilité de la stratégie de mise à disposition des vaccins pour les usagers et les professionnels, le flou autour de la mise en œuvre des séances publiques (public, utilisation des vaccins) rendant le pilotage difficile, l'identification dans le circuit de gestion de plusieurs sources de perte financière évitable.

Au vu de ces difficultés, le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis a souhaité mener une évaluation de l'ensemble du dispositif public de vaccination. La finalité de l'évaluation était d'aboutir à des recommandations d'évolution du dispositif le cas échéant. Les objectifs de l'évaluation étaient les suivants : faire un état des lieux de la mise en œuvre effective de la vaccination dans les sites, particulièrement en séance publique, en questionnant la cohérence (entre les objectifs, activités et moyens), notamment sur les points suivants : utilisation des vaccins fournis par le CD93, pertinence du dispositif en réponse aux besoins de santé identifiés, leviers pour optimiser le budget (recettes de l'Assurance Maladie, pertes logistiques de vaccins), système d'information et de gestion, besoins de formation et de ressources pour les professionnels, liens entre les acteurs et parcours de l'utilisateur, impact de l'obligation vaccinale.

Cette évaluation a été effectuée lors d'un stage de Master 2 au Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis, également semestre d'internat de santé publique, entre le 5 novembre 2018 et le 30 avril 2019.

Contexte

Le cadre législatif et administratif de la politique vaccinale

En France

Le code de la santé publique stipule que « la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute Autorité de santé » (1).

L'arrêté du 19 mars 1965 relatif à la vaccination antipoliomyélitique obligatoire (2) précisait les conditions de vaccination, dans le cadre d'une séance de vaccination menée sous la responsabilité du maire.

L'article 49 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (3) a modifié le cadre de la politique vaccinale. En effet, pour les enfants nés depuis le 1er janvier 2018, la vaccination est obligatoire jusqu'à 18 mois contre 11 maladies infectieuses (calendrier

vaccinal en annexe). La responsabilité en incombe aux titulaires de l'autorité parentale. La preuve (carnet de santé ou certificat) est nécessaire pour l'admission ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.

Cette loi a abrogé l'obligation de registre vaccinal, les amendes et le signalement au procureur de la République en cas de non-respect de l'obligation vaccinale. Le gouvernement s'y engage à évaluer l'impact de l'élargissement des obligations vaccinales chaque année à partir du dernier trimestre 2019.

En Île-de-France : le Projet régional de santé 2 (2018-2022)

Le Projet Régional de Santé 2 ou PRS 2 (4) dresse un état des lieux du dispositif public de vaccination en Île-de-France, dont les forces sont : l'existence de dispositifs de vaccinations gratuits et d'actions hors-les-murs, mais déplorant le manque de complémentarité des dispositifs qui laissent place à des inégalités sociales et territoriales de santé, ainsi que les pénuries vaccinales à répétition.

L'ARS souhaite dans ce texte « redéfinir le dispositif public de vaccination gratuite », pour renforcer l'accessibilité territoriale et financière des vaccins, renforcer la promotion de la vaccination, en ciblant les publics particuliers que sont notamment les nourrissons et les publics précaires. D'autres points sont cités, comme la question du vaccin anti HPV, coûteux, la question du périmètre de la compétence vaccinale. L'objectif du dispositif reste d'améliorer la couverture vaccinale pour qu'elle soit supérieure au seuil de 95% de la population aux groupes d'âge concernés.

Couverture vaccinale en Seine-Saint-Denis

Les dernières données de couverture vaccinale par département (5, 6, 7) montraient que la situation de la Seine-Saint-Denis était globalement satisfaisante comparée à celle de l'Île-de-France et de la France. La couverture vaccinale pour le BCG risquait de diminuer en raison des pénuries récentes. Celles des vaccins rendus obligatoires récemment allait probablement augmenter. Celle du vaccin anti HPV était basse, probablement en raison du coût de ce vaccin et d'une hésitation vaccinale spécifique.

	BCG*	DTP rappel*	Coqueluche rappel*	Hib rappel*	VHB 3 doses*	Pneumo 3 doses*	Méningo 1 dose**	ROR 2 doses*	HPV 2 ou 3 doses***
SSD	91%	97%	97%	96%	92%	94%	75%	84%	10%
IDF	84%	96%	96%	96%	93%	93%	77%	85%	17%
France	-	96%	96%	95%	90%	92%	73%	80%	21%

* Couverture vaccinale à 24 mois en 2016. Source : Drees, Remontées des services de PMI –Certificat de santé du 24e mois. Traitement Santé publique France

** Couverture vaccinale à 24 mois en 2017. Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France

*** Schéma complet à 16 ans pour les jeunes filles nées en 2001, données 2017. Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France

Pour des données plus récentes (8), d'après Santé Publique France, entre les années 2017 et 2018, la couverture vaccinale à 7 mois des nourrissons nés entre janvier et mai pour la première injection de vaccin hexavalent est passée en Île-de-France de 94,8% à 98,7% soit un gain de 3,9 points. En France entière, cette couverture vaccinale est passée de 93,1% à 98,6% soit un gain de 5,5 points. Nous ne disposons pas des estimations par département, mais ces données laissent penser que la couverture vaccinale en Seine-Saint-Denis a probablement augmenté pour l'hexavalent, et pour l'ensemble des vaccins rendus obligatoires.

Ces données semblent montrer que la mise en place de l'obligation vaccinale a été efficace pour améliorer la couverture vaccinale. Deux enquêtes menées par Santé Publique France en 2018-2019 (9,

10), auprès des parents d'enfants de moins de 2 ans vont dans le même sens. Leurs résultats montrent une meilleure adhésion aux obligations vaccinales, de par la vaccination obligatoire et un besoin d'expliquer cette nouveauté.

La Cellule Interrégionale d'Epidémiologie (Cire) Île-de-France notifie par ailleurs une augmentation du nombre de cas de rougeole déclarés en Ile-de-France depuis 2017 (11). Entre le 1^{er} septembre et le 3 janvier 2019, 112 cas de rougeole ont été déclarés en Ile-de-France, dont 60% en Seine-Saint-Denis (12). Cette augmentation des cas est en lien avec une couverture vaccinale faible pour le vaccin ROR, de 84% en 2016.

Présentation des missions du Service de la Prévention et des Actions Sanitaires au sein du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis

Le Service de la Prévention et des Actions Sanitaires (SPAS), assure, au sein du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis, des missions de plusieurs types.

D'une part, il s'agit des Actions de Santé recentralisées (ASR), missions assurées par délégation de l'Etat :

- la lutte antituberculeuse via le CLAT,
- la promotion de la vaccination,
- la prévention des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH et les hépatites virales,
- le dépistage organisé des cancers, via la participation au GIP cancer « Comité départemental des cancers 93 » (dissous au 1^{er} mai 2019, remplacé par une structure régionale – le CRCDC Ile-de-France - dans le cadre d'une réforme nationale).

D'autres missions sont assurées par le SPAS par volonté politique du Conseil Départemental :

- le programme de prévention bucco-dentaire,
- les contrats locaux de santé,
- un appel à projet associatif en promotion de la santé.

Le service compte 82 agents. En central, il est composé d'un bureau maladies infectieuses, d'un bureau actions de santé transversales, et d'un pôle appui au pilotage. Les structures de terrain sont :

- 3 Centres Départementaux de Prévention Santé, qui ont des missions de lutte antituberculeuse, de vaccination, et d'antenne CeGIDD,
- Un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD),
- 4 antennes de consultation pluri-professionnelles (médecins, IDE, secrétaires, assistantes sociales, psychologue).

En appui, le SPAS comporte également un laboratoire de biologie médicale à Bondy et une équipe d'agents polyvalents logisticiens.

Description du dispositif public de vaccination évalué (empreinte en annexe)

Objectifs du dispositif de vaccination

Les objectifs de l'intervention évaluée proviennent de la convention cadre entre l'ARS et le conseil départemental portant sur les ASR (13), et des conventions entre le conseil départemental et les communes portant sur la séance publique de vaccination (14). Ils ne sont pas toujours mentionnés en tant que tels avec cette hiérarchie des objectifs général, spécifiques et opérationnels.

Objectif général : Maintenir un taux de couverture vaccinale de la population de Seine-Saint-Denis supérieur à 95% aux âges appropriés (13, 14).

Objectifs spécifiques :

- Renforcer l'accessibilité à l'offre (13, 14) ;
- Prioriser les publics vulnérables et les territoires défavorisés dans une approche polyvalente (13);
- Renforcer la fluidité du parcours de santé (13) ;
- Améliorer la qualité et l'efficacité du dispositif (14) ;
- Améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale des populations prioritaires au regard des orientations régionales (13) ;
- Prendre en compte les évolutions réglementaires pour faire évoluer le dispositif (14).

Objectifs opérationnels :

- Organiser le dispositif de vaccinations obligatoires et recommandées gratuitement pour l'ensemble de la population (13, 14) ;
- Promouvoir le dispositif de vaccination (14) ;
- Renforcer les actions de vaccination pour les personnes ayant des difficultés d'accès au système de soins et de prévention (grande précarité, migrants, squats) (14) ;
- Animer le réseau des structures du dispositif de vaccination et des partenaires (13) ;
- Informer les professionnels de santé et le public sur la politique vaccinale (14) ;
- Remettre un carnet de vaccination aux adolescents et aux adultes ne disposant pas d'un carnet de santé (14) ;
- Mettre à disposition des professionnels les outils nécessaires à une démarche de qualité et d'efficacité (dont les procédures administratives, le protocole de contrôle de la chaîne du froid et la déclaration au CRPV des effets indésirables graves ou inattendus susceptibles d'être dus aux vaccins) (13, 14) ;
- Mettre en œuvre une démarche de suivi et d'évaluation du dispositif (retour des statistiques d'activité via le fichier de vaccination et des bordereaux CPAM, réunions au moins annuelles) (13, 14).

Promoteurs et mode de financement

Les promoteurs sont l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis. La CPAM finance en partie le dispositif, via les remboursements. Les recettes correspondantes représentent, en 2017, 1,294 millions €. L'Etat finance en partie le dispositif, via la Dotation Globale de Fonctionnement (DGF), au titre des ASR.

Organisation du dispositif

Sites du Conseil Départemental dans lesquels la vaccination est effectuée :

- Vaccination en polyvalence dans les antennes départementales pour les plus de 6 ans dans 4 sites principaux : 3 CDPS, 1 CeGIDD (et 4 antennes),
- Vaccination en consultation dans les 112 centres de PMI départementaux pour les enfants de moins de 6 ans,
Sites partenaires conventionnés avec le CD93, agréés centres de vaccination par l'ARS, dans lesquels la vaccination est effectuée :
- Séances publiques dans les 29 villes conventionnées avec le Département pour cette mission (41 sites, qui sont des CMS le plus souvent) pour les plus de 6 ans,
- Vaccination par des structures partenaires conventionnées autres ciblant les publics précaires : 6 partenaires actifs.

Au total les vaccins sont mis à disposition dans 151 sites.

Si un service, le SPAS, est officiellement porteur de la mission au sein du CD93, 2 services sont en réalité concernés par la mission de vaccination, puisque le service de PMI effectue la majeure partie des vaccinations du dispositif. Les instructions de dispensation de ces vaccins (vaccins mis à disposition par le Département, critères de mises à disposition aux usagers) sont transmises par le SPAS aux antennes départementales et aux sites partenaires conventionnés ; par le service de PMI aux centres de PMI. La gestion des commandes et des livraisons est assurée par le service des affaires générales de la même direction que le SPAS (service appelé SAG).

Objectifs de l'évaluation

Pour définir les objectifs de l'évaluation, une méthodologie spécifique a été mise en œuvre, elle a été vue dans l'UE « Evaluation des programmes et politique de santé ». Cette méthodologie vise à conduire à des questions évaluatives précises. Elle recourt à des cadres d'analyse rigoureux qui décomposent l'intervention en ses composantes pour ensuite questionner les liens entre celles-ci. Les pages suivantes présentent l'analyse qui a été effectuée pour cette évaluation, et les questions évaluatives qui en ont découlé.

Dans un premier temps, il s'agit de reconstituer le cadre logique de l'intervention, c'est-à-dire d'identifier, ici a posteriori, le diagnostic de situation qui a été posé, les objectifs de l'intervention tels qu'ils ont été définis, les activités et services prévus pour répondre à ces objectifs, et les ressources prévues pour mener ces activités et services.

Dans un deuxième temps, nous avons reconstitué la théorie d'action de l'intervention. Cette théorie d'action est utile pour reconstituer ce qui a été réellement fait, et mettre en évidence les hypothèses sur lesquelles repose l'intervention. Elle se décompose en deux parties :

- La théorie d'impact, ou comment l'intervention apporte les effets escomptés à la population cible,
- La théorie des processus, c'est-à-dire comment les ressources sont déployées pour les activités et services.

Dans un dernier temps, nous avons questionné la plausibilité de ces deux théories, pour évaluer la cohérence de l'intervention, c'est-à-dire répondre à la question « les activités vont-elles produire les effets désirés ? ». Les ressources sont-elles suffisantes pour entreprendre les activités, les activités sont-elles appropriées pour atteindre les objectifs intermédiaires visés ? Ces questions ont été déclinées en questions évaluatives précises adaptées à l'intervention évaluée, ici le dispositif public de vaccination piloté par le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis. Ces questions évaluatives sont les suivantes :

1. Qui est le public consultant dans les sites de vaccination du dispositif, avec quelle organisation ?
2. La stratégie de mise à disposition de vaccins dans les sites de vaccination conduite par le SPAS correspond-elle aux objectifs ?
3. La mise à disposition effective des vaccins dans les sites correspond-elle à la stratégie conduite par le SPAS ?
4. L'existence de créneaux horaires dédiés (séance publique) est-elle pertinente ?
5. Les vaccins sont-ils accessibles financièrement à la population de Seine-Saint-Denis ?
6. Les vaccins sont-ils accessibles à la population sur tout le territoire de Seine-Saint-Denis ?
7. Quelles problématiques de lisibilité du dispositif entraîne l'évolution récente de la législation relative à la vaccination ?
8. Les ressources financières sont-elles suffisantes pour la stratégie de mise à disposition de vaccins dans les sites de vaccination ?
9. Quelles sont les activités de promotion du dispositif existantes à destination des usagers ?
10. Le parcours usager actuel participe-t-il d'un accès facilité à la vaccination pour les usagers ?
11. Les actions de vaccination permettent-elles de cibler les populations précaires ?
12. Les actions des partenaires du conseil départemental permettent-elles de cibler les populations précaires ?
13. Les différents acteurs intervenant dans le dispositif de vaccination fonctionnent-ils en réseau ?

14. Les activités de formation continue actuellement existantes sont-elles satisfaisantes du point de vue des professionnels ?
15. L'information en cas de pénurie vaccinale est-elle de qualité et adaptée aux besoins des professionnels ?
16. La prise en charge sociale des usagers des sites permet-elle d'optimiser le remboursement des vaccins ?
17. Quelle est le rôle de la déclaration des effets indésirables dans le dispositif et comment cela est-il fait ou faisable ?
18. Quels sont les leviers de diminution des dépenses du Conseil départemental pour le dispositif de vaccination ?
19. Quels sont les autres leviers d'augmentation des recettes du Conseil départemental pour le dispositif de vaccination ?
20. Les outils de gestion et de système d'information existants permettent-ils un pilotage optimal du dispositif de mise à disposition de vaccins par le Conseil départemental ?
21. Comment le suivi de la couverture vaccinale des publics ciblés par le dispositif est-il fait ou faisable ?
22. Le dispositif de vaccination prévoit-il une évaluation ?

Cadre logique

Diagnostic de situation en SSD (en 2016) (source convention ARS 2016)

Vaccination = ASR déléguée au département, qui fournit les vaccins aux lieux
Lieux de vaccination = PMI, CMS, CDPS, autres partenaires, peu de libéraux en proportion
Taux de couverture vaccinale satisfaisante. Politique volontariste en CMS, mise à dispo en PMI gratuite. Faible taux de couverture sociale complète (Sécurité sociale + mutuelle)
Importante population prioritaire ayant peu recours à la prévention médicalisée.

Objectifs (source convention ARS 2016 et conventions communes)

→ Général

- Maintenir un taux de couverture vaccinale de la population de Seine-Saint-Denis supérieur à 95% aux âges appropriés. (1)

→ Spécifiques

- Renforcer l'accessibilité à l'offre ; (2)
- Prioriser les publics vulnérables et les territoires défavorisés dans une approche polyvalente ; (3)
- Renforcer la fluidité du parcours de santé ; (4)
- Améliorer la qualité et l'efficacité du dispositif ; (5)
- Améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale des populations prioritaires au regard des orientations régionales ; (6)
- Prendre en compte les évolutions réglementaires pour faire évoluer le dispositif (7)

→ Opérationnels

- Organiser le dispositif de vaccinations obligatoires et recommandées gratuitement pour l'ensemble de la population ; (8)
- Promouvoir le dispositif de vaccination ; (9)
- Renforcer les actions de vaccination pour les personnes ayant des difficultés d'accès au système de soins et de prévention (grande précarité, migrants, squats) (10)
- Animer le réseau des structures du dispositif de vaccination et des partenaires ; (11)
- Informer les professionnels de santé et le public sur la politique vaccinale ; (12)
- Remettre un carnet de vaccination aux adolescents et aux adultes ne disposant pas d'un carnet de santé ; (13)
- Mettre à disposition des professionnels les outils nécessaires à une démarche de qualité et d'efficacité (dont les procédures administratives, le protocole de contrôle de la chaîne du froid et la déclaration au CRPV des effets indésirables graves ou inattendus susceptibles d'être dus aux vaccins) ; (14)
- Mettre en œuvre une démarche de suivi et d'évaluation du dispositif (retour des statistiques d'activité via le fichier de vaccination et des bordereaux CPAM, réunion au moins annuelle). (15)

Activités et services prévus (source convention ARS 2016)

- Mise à disposition de vaccins :

Tous les vaccins obligatoires et recommandés au calendrier vaccinal, pour les > 6 ans en SP (CMS) et les 0-6 ans en PMI, et certains vaccins dans les CeGIDD (VHA, VHB, HPV), gratuitement. Promotion du dispositif. Information du public sur la politique vaccinale.

- Ciblage des populations précaires :

Actions de vaccination pour les personnes ayant des difficultés d'accès au système de soins et de prévention.

- Travail en réseau :

Animation du réseau des structures du dispositif de vaccination et des partenaires. Information des professionnels de santé.

Outils de la démarche de qualité et d'efficacité (procédures administratives, chaîne du froid, déclaration des EI). Remise d'un carnet de vaccination aux adolescents et aux adultes sans carnet de santé.

- Système d'information :

Suivi des informations relatives à la vaccination pour la CPAM en vue du remboursement. Suivi de l'activité du dispositif et de l'adéquation du taux de CV des publics visés. Réunions de suivi.

→ Groupes ciblés

- Population générale
- Populations prioritaires au regard des orientations régionales
- Populations ayant peu d'accès au système de soins et de prévention

Ressources prévues (source bon de commande et documents de gestion)

→ Humaines (1)

Personnel des CMS dans les créneaux des SP (variables selon chaque CMS), des PMI et du SPAS : 151 sites, et en central (7 postes en lien en central).

→ Matérielles (2)

Conditions permettant à tous les vaccins obligatoires et recommandés d'être accessibles à tous (sauf HPV)

Principaux vaccins mis à disposition (*vaccins obligatoires avant 2018, **vaccins rendus obligatoires en 2018) :

- PMI : pour tous les patients : BCG, ROR**, VHB**, 3*, 4**, 5** et 6-valent** / sans CS complète uniquement : MéningoC**, et PNC**
- CMS théoriquement >6 ans: tous : BCG, ROR**, VHB**, 3*, 4**, 5** et 6-valent** / sans CS complète uniquement : VHA, typhoïde
- CDPS : fonction de CMS + en CeGIDD : pour tous les patients : VHA (indication HSH) / sans CS complète uniquement : HPV (indication ou PREP)
- Autres partenaires : voir conventions

Hors de ces conditions, les vaccins doivent être achetés par les patients en pharmacie (cela ne concerne donc que des patients avec CS complète)

Bon de commande des vaccins transmis par mail Matériel de contrôle de la chaîne du froid (fridge tag) Salle pour les conférences vaccination 2/an

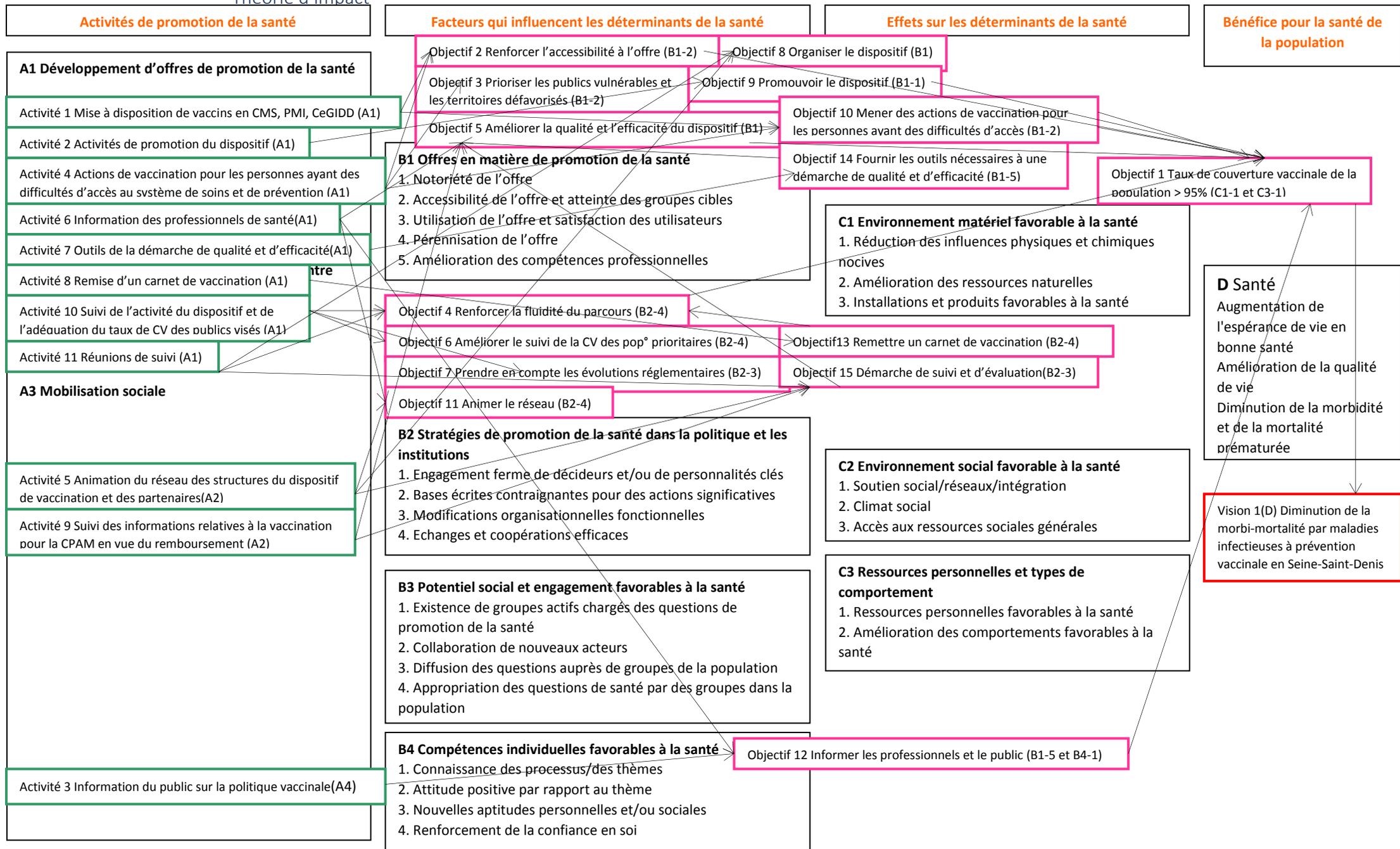
→ Financières (3)

- **Recettes** : DGD = 1,243 millions € en 2017. Remboursement des vaccins fournis par le SPAS par la CPAM → 0% si pas de CS ou régime spécial ou pas de retour du bon CPAM / sinon en PMI : 100% pour ROR, VHB, 4, 5 et 6-valent ou si CMUC/AME sinon 65% / en CMS : 100% pour ROR <18 ans, grippe si recommandé, AME, CMUC, ALD, sinon 65% / en CeGIDD : 65% VHA, VHB et HPV si recommandé.

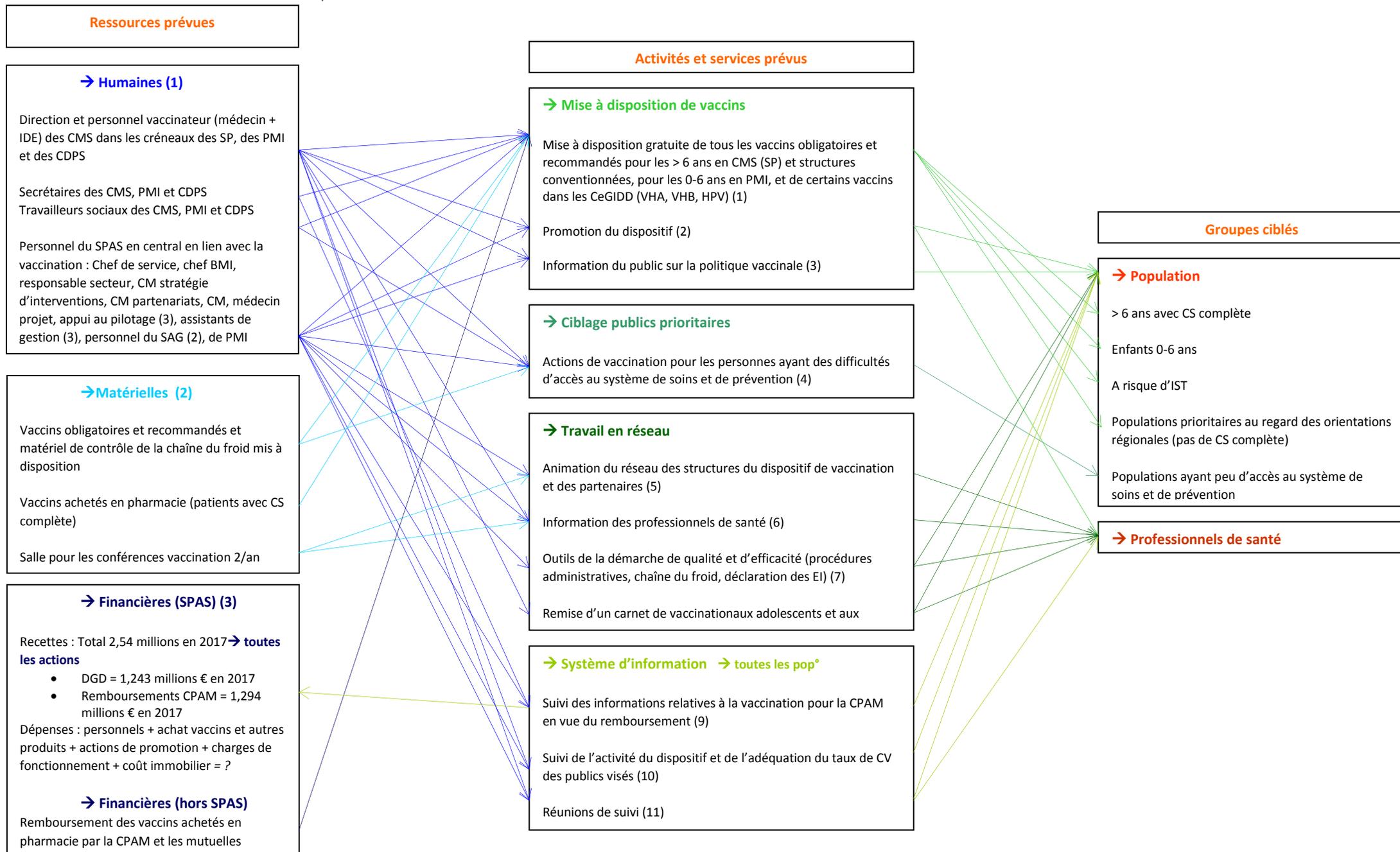
Remboursement des vaccins achetés par les patients avec CS complète en pharmacie par la CPAM sauf ticket modérateur

- **Dépenses** : personnels + achat vaccins et autres produits + actions de promotion + charges de fonctionnement + coût immobilier.

Théorie d'impact



Théorie des processus



Méthodes

Données nécessaires pour répondre aux questions évaluatives

Pour chaque question évaluative, nous avons défini un critère, et des indicateurs permettant d'approcher ce critère. Pour chaque indicateur, nous avons déterminé par quelle source nous pouvions l'obtenir :

- Données existantes :
 - o Documents internes du Conseil Départemental : stratégie de mise en œuvre de la politique vaccinale dans les sites,
 - o Bibliographie : description de la population et des caractéristiques du territoire, recommandations relatives à la politique vaccinale et aux interventions de santé publique,
- Données non existantes :
 - o Questionnaire destiné aux professionnels : état des lieux sur la mise en œuvre de la politique vaccinale dans les sites,
 - o Questionnaire destiné aux usagers : satisfaction du dispositif,
 - o Questions diverses à d'autres acteurs.

A partir des indicateurs à obtenir, nous avons construit des questionnaires permettant de recueillir les données nécessaires. Les critères, indicateurs et sources correspondant à chaque question évaluative sont présentés en annexe.

Recueil des données

Questionnaire destiné aux professionnels

Le focus a volontairement été dirigé en priorité vers les séances publiques organisées par les villes conventionnées, dans lesquelles se joue l'enjeu de pilotage. Au vu de la durée limitée du stage, il n'a pas été possible d'investiguer les autres sites de manière aussi poussée. En particulier, les centres de PMI dépendent pour la stratégie d'un autre service que celui menant l'évaluation, les sujets ont donc été limités à ce qui concerne le public et le circuit de gestion. Les questionnaires étaient adressés par mail pour que plusieurs professionnels puissent répondre, comme cela était précisé dans le mail. Les questionnaires étaient saisis sur Word pour l'envoi par mail. Lorsqu'une visite dans les centres était programmée, l'enquêtrice complétait les informations données directement par prise de note sur le questionnaire Word renvoyé par mail.

Séances publiques

Un questionnaire, assez étoffé, portant sur tous les sujets évoqués, était destiné aux séances publiques. Tous les sites mettant en œuvre une séance publique ont été sollicités pour y répondre par mail, et des visites ont ensuite effectuées pour approfondir ces réponses, dans la mesure du possible, dans des entretiens semi-directifs. Les professionnels ciblés étaient les directeurs, secrétaires, IDE, médecins. Le choix de mener cette enquête en deux temps a été fait pour permettre aux sites de prendre le temps de travailler le sujet en amont de manière pluri professionnelle. En effet, les questions faisaient appel à plusieurs types de professionnels, qui peuvent difficilement être réunies au même endroit pendant 1h30 de suite sans affecter l'activité du centre. L'objectif était l'exhaustivité : réponse de tous les 39 sites avec une séance publique active au moment de l'évaluation, certains sites de la même ville étant dirigés par la même personne. Les sites ont été contactés le 9 janvier 2019 pour une visite au plus tard le 28 février 2019.

Antennes départementales

Le même questionnaire a été adressé à toutes les antennes départementales par mail, et dans la mesure du possible, un entretien a été réalisé pour approfondir ces réponses de manière semi-directive. Les professionnels ciblés étaient les directeurs, secrétaires, IDE, médecins. L'objectif était l'exhaustivité : réponse des 4 antennes. Les sites ont été contactés le 13 février 2019 avec comme objectif d'avoir toutes les réponses le 28 février 2019.

Partenaires conventionnés

En fonction des partenaires, soit le même questionnaire a été adressé par mail, soit un entretien téléphonique a été réalisé de manière semi-directive. Les professionnels ciblés étaient les directeurs, secrétaires, IDE, médecins. L'objectif était l'exhaustivité : réponse de tous les partenaires. Les partenaires ont été contactés le 15 janvier 2019 avec comme objectif d'avoir toutes les réponses le 28 février 2019.

Centres de PMI

Un questionnaire plus restreint, portant sur la pratique seulement (et non pas la stratégie), a été destiné aux centres de PMI, dont seulement un échantillon a été contacté, et seulement par mail. Les professionnels ciblés étaient les directrices du centre (IDE puéricultrice), les auxiliaires de puériculture et les médecins. Les centres enquêtés ont été sélectionnés par tirage au sort en ligne. Le choix a été fait de sélectionner 20 centres, dans l'hypothèse d'un taux de réponse de 50%, ce qui représenterait donc un échantillon d'environ 10% des 112 centres de PMI. Les questionnaires ont été envoyés le 30 janvier 2019 pour un retour au plus tard le 28 février.

Questionnaire destiné aux usagers

Le but de ce questionnaire était double : premièrement, d'évaluer la satisfaction des usagers par rapport au dispositif public de vaccination, deuxièmement, dans un contexte d'hésitation vaccinale, d'évaluer l'attitude du public par rapport à la vaccination ainsi que sa littératie en santé. Pour répondre aux contraintes de temps, ce questionnaire étant moins prioritaire que l'enquête focalisée sur les séances publiques, nous avons choisi de faire passer des questionnaires par des entretiens directs courts en séance publique juste après la vaccination. Ce mode de recueil des données présentait l'avantage d'être rapide, de pouvoir enquêter des publics ne lisant pas le français, et de ne pas dépendre de la motivation des professionnels. En revanche, il y a un biais de recrutement lié au site choisi. De plus, il a été décidé d'enquêter 10 personnes, pour des questions de faisabilité. Cet effectif restreint appelle à une grande prudence dans l'interprétation des résultats, qui ne peuvent constituer que des pistes de réflexion et ne doivent pas être généralisées. L'enquête a été menée lors d'une séance publique au Centre de Santé Polyvalent Aimé Césaire de Bobigny le 6 mars 2019.

Questions diverses à d'autres acteurs

D'autres acteurs ont été sollicités de manière informelle, par mail ou par téléphone, pour obtenir d'autres informations : responsables de la mission de promotion de la vaccination dans d'autres départements d'Île-de-France, agents du CD93 impliqués dans le dispositif de vaccination et dans d'autres missions de prévention en lien avec les villes.

Analyse des données

Les données des questionnaires destinées aux professionnels à analyser se présentaient comme des données qualitatives, recueillies sur un document Word différent pour chaque site. Le but était d'analyser l'ensemble de ces données de manière qualitative. La contrainte de temps était forte, l'ensemble des données ayant été recueillies fin février, pour un travail d'analyse prévu pour être terminé fin mars 2019, les données devaient donc être analysées en un mois. Dans ce contexte, l'analyse des données a été faite site par site, en relevant à la lecture des questionnaires complétés les données pertinentes qui ressortaient pour chaque thématique. Une synthèse de ces données a ensuite été faite pour l'ensemble du dispositif.

Les données des questionnaires destinés aux usagers ont été décrites quantitativement sans utiliser de logiciel particulier, au vu du faible effectif (n=10) l'analyse ne pouvait être que descriptive.

L'ensemble des autres données recueillies ne nécessitaient pas de traitement particulier.

Résultats

Bilan quantitatif des sites enquêtés

Type de site	Sollicités	Questionnaire + visite	Questionnaire + entretien par téléphone	Questionnaire seul	Entretien par téléphone seul	Pas de retour	Refus	Total des réponses	Total pas de réponse
Séances publiques	39	23	0	4	0	11	1	27	12
Antenne départementales	4	0	0	4	0	0	0	4	0
Partenaires	6	0	1	2	2	1	0	5	1
Centres de PMI	19*	0	0	8**	0	13	2	8**	15
Total	68	23	1	18**	2	25	3	44**	28

* 1 des 20 centres échantillonnés était fermé car pas de personnel

** Dont 3 questionnaires renvoyés par des centres de PMI qui n'avaient pas été sollicités, ces questionnaires ont tout de même été analysés au regard du faible taux de réponse en PMI.

Remarques sur le recueil des données

L'ensemble des données reçues ont été analysées. On remarque une forte investigation des séances publiques donnant une bonne visibilité sur leur fonctionnement. Comme prévu, cette visibilité a été moindre sur les antennes départementales, les partenaires et les centres de PMI.

Pour les sites de séances publiques, pour quelques centres la visite dans le site n'a pas pu être faite pour une raison de temps disponible pour le site ou parce que la réponse était trop tardive. Le questionnaire a le plus souvent été effectivement rempli par plusieurs types de professionnels (médecin, IDE, directeur du centre, secrétaire). Dans les quelques cas où le questionnaire n'a été rempli que par un type de professionnel (IDE ou secrétaire), le site avait le plus souvent organisé un entretien multidisciplinaire où le questionnaire a été discuté et approfondi. Mais en général, l'entretien a été mené avec seulement le directeur du centre, ou le responsable de l'activité vaccination (IDE souvent). Les entretiens ont confirmé l'importance du regard des différents professionnels impliqués, qui apportaient chacun des réponses différentes et complémentaires aux questions, certaines questions concernant spécifiquement l'un ou l'autre professionnel. Ils ont également confirmé le bénéfice d'un rendez-vous

en face-à-face par rapport à un rendez-vous téléphonique ou à un simple rendu du questionnaire. En effet, l'entretien permet de clarifier les questions mal comprises, qui souvent ont été synonymes de différence entre la pratique du site et les instructions du SPAS. Il a également permis de soulever plusieurs questions qui n'avaient pas été posées initialement dans le questionnaire, et qui ont été posées oralement aux sites au fur et à mesure qu'elles se dégageaient (par exemple les sérologies pré vaccinales avant rattrapage chez les migrants, la vaccination par le BCG, les vaccins commandés). Les questions ont été de plus en plus détaillées et approfondies au fur et à mesure de l'enquête, s'enrichissant nécessairement des informations recueillies au fur et à mesure. De plus, cet entretien a permis aux sites de faire souvent remonter des questions ou dysfonctionnements divers (liés aux documents de gestion le plus souvent, questions sur le freeze-tag) qui ont été communiquées directement aux collègues concernés ou résolues par la suite. Ce bon contact a été très apprécié des deux côtés.

Dans le cas des antennes départementales, l'entretien dans le but d'approfondir les réponses n'a pu être fait qu'avec la directrice du CeGIDD pour des questions d'organisation. Les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont les médecins, IDE et directeurs de centre.

Pour les partenaires conventionnés, un questionnaire par mail et / ou un entretien téléphonique ont été utilisés, en fonction des convenances des sites.

Pour les centres de PMI, 8 sites ont renvoyé le questionnaire, dont 3 questionnaires ont été renvoyés par des centres de PMI qui n'avaient pas été sollicités ; ces questionnaires ont tout de même été analysés au regard du faible taux de réponse. Un centre ne faisait pas de PI, un autre centre n'avait pas de consultations.

Résultats par thématique

Dans le terrain de stage, les résultats ont été restitués en plusieurs temps à différents acteurs :

- Les financeurs : la Délégation Départementale 93 de l'ARS Île-de-France et la CPAM 93, à l'occasion d'une réunion du Comité Départemental de Prévention,
- Les autres services concernés du Conseil départemental : le Service des Affaires Générales d'une part, et le service de Protection Maternelle et Infantile d'autre part, lors de réunions bilatérales,
- Le service de la Prévention et des Actions Sanitaires, par le biais de présentations en réunion de service et d'un document « Feuille de route »,
- L'ensemble des professionnels vaccinateurs concernés et enquêtés, à l'occasion de la « Conférence vaccination », demi-journée de formation annuelle pour les professionnels de santé du dispositif.

Nous présenterons les résultats de l'évaluation en fonction de la thématique plutôt que du périmètre, car les mêmes thèmes sont abordés pour tous les acteurs. Ils seront présentés de manière plus synthétique que dans le terrain de stage, en raison du grand nombre de sujets abordés. La présentation est focalisée sur le dispositif de séances publiques, qui a été investigué le plus précisément.

Mise à disposition des vaccins dans les sites

Nous verrons d'abord ce qui concerne la stratégie de mise à disposition des vaccins dans les sites ainsi que les facteurs ayant limité cette mise à disposition.

Les dépenses du dispositif sont en augmentation bien que le nombre de vaccins effectués diminue. Ce sont en majorité des dépenses directes : achat des vaccins mis à disposition. Ces dépenses ont augmenté en 2018 de 15% par rapport à 2016, du fait de la croissance de mise à disposition de certains vaccins coûteux. Par exemple, le Prévenar® (vaccin antipneumococcique) et le Neisvac®

(vaccin antiméningococcique), coûteux et remboursés à 65% par la CPAM, sont devenus obligatoires en janvier 2018, sans être mieux remboursés, générant un reste à charge important pour le département (voir tableau en annexe). Dans l'hypothèse d'une mise à disposition par le CD93 de tous les vaccins obligatoires pour tous les patients, le surcoût pour le CD9 a été estimé à 500 000 €.

Les modalités de remboursement du CD par la CPAM sont complexes (voir la stratégie en annexe), et varient en fonction du vaccin, de l'âge, de la couverture sociale (hors complémentaire) de la personne vaccinée, et du type de site dans lequel le vaccin est effectué. Par exemple, les derniers vaccins rendus obligatoires au calendrier vaccinal, Neisvac ® et Prévenar ®, ne sont fournis que pour les personnes sans couverture sociale complète, au regard des coûts qu'ils représentent. Avant 2019, le Prévenar ® était réservé aux centres de PMI. Les autres vaccins obligatoires au calendrier vaccinal sont fournis gratuitement pour l'ensemble des personnes.

En conséquence du moindre remboursement de vaccins coûteux devenus obligatoires, et pour des raisons budgétaires, de calendrier vaccinal, et de pénuries, les vaccins ne sont pas mis à disposition de la même manière pour l'ensemble du public, de manière incohérente en termes de santé publique (voir la stratégie en annexe). Les modalités de mise à disposition varient en fonction du vaccin, de la couverture sociale de l'usager (dont la complémentaire), du type de site dans lequel le vaccin est effectué. Ces instructions sont transmises via le bon de commande des vaccins.

Pour être cohérent par rapport au calendrier vaccinal et proposer gratuitement en séance publique l'ensemble des vaccins obligatoires, le département aurait dû changer ses instructions à partir de janvier 2018 pour deux vaccins :

- Le Neisvac ®, actuellement disponible à la commande pour tous les sites mais réservé aux usagers sans couverture sociale complète,
- Le Prévenar ®, qui n'était disponible que pour les centres de PMI jusqu'à fin 2018, et qui a été rendu disponible à la commande pour tous les sites, mais réservé aux usagers sans couverture sociale complète, et contingenté à 10 vaccins par mois et par site.

L'évolution de la stratégie de mise à disposition des vaccins en lien avec l'élargissement de l'obligation vaccinale a donc été insuffisante pour être totalement en cohérence avec le nouveau calendrier vaccinal, pour des raisons budgétaires.

En ce qui concerne la mise à disposition des vaccins dans les sites, l'enquête a retrouvé les résultats suivants :

- Les professionnels ne comprennent pas que le bon de commande des vaccins est un moyen de transmettre des instructions, ou celles-ci ne sont pas comprises car trop complexes et incohérentes ;
- Les pratiques de commande sont variables, les professionnels se basent pour commander sur leurs besoins et sur ce qui « passe » quand ils commandent, ils utilisent les vaccins en général selon le calendrier vaccinal en priorité et pas selon les instructions transmises ;
- En séance publique, les vaccins ne sont quasiment jamais prescrits pour achat en pharmacie, quelle que soit la couverture sociale, la faisabilité de cette pratique semble hétérogène : les obstacles sont l'absence de stocks (petites pharmacies), l'absence d'ordonnancier dans certains sites de SP (qui sont des sites de prévention uniquement), l'absence de couverture sociale, le risque de perdu de vue, le risque de dédoublement des rdv (prescription et vaccination), le risque de rupture de la chaîne du froid, globalement pour les professionnels cela ne paraît pas être le sens de la SP ;
- Les vaccins apportés par les patients sont le vaccin anti grippal, et des vaccins prescrits par le médecin traitant et achetés en pharmacie par des usagers ignorants de la gratuité de la SP ;
- En antennes départementales, dans la majorité des cas, les patients bénéficient des vaccins du CD, parfois les vaccins suivants sont prescrits pour être faits dans un autre lieu (SP par exemple), les pratiques semblent variables.
- En PMI, les pratiques semblent également variables, certains vaccins semblent avancés aux patients pour être achetés ensuite par ces derniers en pharmacie, d'autres sont dispensés gratuitement.

Organisation du dispositif de vaccination

La séance publique n'est pas une consultation mais un service de prévention gratuit « à la chaîne », indispensable selon les professionnels en raison de sa simplicité irremplaçable pour la population générale, de son accessibilité financière irremplaçable pour les populations précaires, les professionnels semblent très attachés à la gratuité et à l'équité de la vaccination.

L'évaluation montre également que la séance publique est un point de passage et d'orientation, en particulier pour les populations précaires et migrantes, car elle fait rentrer dans les soins, mais aussi dans la société via les certificats de vaccination nécessaires à la scolarisation des enfants.

En général, les sites sont libres de leurs orientations, mais il semble que peu aient une vision stratégique (en ce qui concerne les partenariats, les actions hors-les-murs, les populations ciblées, le remplissage des créneaux). Par ailleurs, ils ont en général peu de moyens pour des actions qui dépassent le cadre de la SP, et une pression à la rentabilité qui freine les actions car le temps médical nécessaire aux actions n'est pas employé pour des consultations rentables pour le centre.

Les sites de séance publique sont soit des centres municipaux de santé, soit des centres de prévention (2 des sites). Le rythme le plus commun est à séance publique par site et par semaine mais c'est variable. Les jours de la semaine et horaires sont tous représentés (sauf le dimanche), certains en soirée, à l'heure du déjeuner et le samedi matin, beaucoup le mercredi après-midi. Les professionnels mobilisés sont en général 2 ou 3 : médecin et secrétaire(s) et/ou IDE(s), parfois aide-soignante, parfois seulement un médecin. Il y a une coexistence de SP avec et sans RDV, parfois avec un système de tickets pour limiter le nombre de personnes. En général la SP est uniquement dédiée à la vaccination,

Le délai de rdv est variable, en général de 0 à 2 semaines, parfois jusqu'à 1 ou 2 mois. Il existe une variabilité saisonnière avec une affluence à la rentrée scolaire, en janvier et au début de l'été. Parfois les horaires de la SP s'adaptent (ajout d'une heure de séance publique, séance publique spéciale vaccination anti grippale), parfois il y a une fermeture totale ou partielle au moment des vacances scolaires.

La saturation de la séance publique est hétérogène : de 20-30% de place disponible à une quasi saturation, la majorité des sites auraient de la place pour prendre plus de personnes. Le nombre d'actes varie, de 10-15/heure à 2-5/heure quand l'affluence est faible ou que la vaccination est faite en plus de temps.

La communication est en général municipale, par le biais d'un journal, du site internet de la ville, d'un affichage, etc ; parfois il n'y en a aucune car la SP est saturée. Le site est souvent bien repéré, mais certains sites qui se sentent moins repérés par les usagers demandent une aide en direction notamment des usagers, des médecins libéraux et de l'Education Nationale. Il y aurait eu il y a quelques années un flyer de toutes les séances publiques, communiqué aux sites pour stocker les vaccins en cas de fermeture ou de péremption. Actuellement un document est mis en circulation par l'OFII, recensant une liste de séances publiques qui ne serait pas à jour. Le site du CD avec les horaires des SP n'est peu ou pas connu des professionnels et pas à jour, il n'apparaît pas en premier dans les requêtes Google quand on cherche une séance par ville. Certains sites expriment un besoin d'un document de communication sur le dispositif de séances publiques de vaccination, pour répartir l'affluence entre les sites surchargés et les sites moins bien repérés, pour l'orientation des patients si les horaires ne correspondent pas aux disponibilités, pendant les vacances scolaires etc, pour communiquer avec les partenaires du CD et des villes.

Dans les antennes départementales, la vaccination est en majorité au titre de la polyvalence : les usagers viennent consulter pour un autre motif, et que c'est à cette occasion que l'on leur propose la vaccination, souvent lors de consultations IST, mais elle est aussi un motif de consultation spécifique, pour les rappels de l'adulte pour les primo-arrivants, (orientation par des associations), pour les rappels de l'adulte et de l'enfant de plus de 6 ans en population générale.

Dans les centres de PMI, la vaccination est surtout faite en protection infantile, sans être un motif de consultation spécifique. Elle est très peu faite en protection maternelle et planification familiale.

Porosité entre les séances publiques et les consultations des CMS

En principe, le dispositif départemental est restreint à la seule séance publique, mais en pratique, les vaccins fournis par le Département sont très fréquemment utilisés des consultations de médecine générale des centres municipaux de santé où se tiennent les séances publiques. Dans ces consultations, l'enquête retrouve une utilisation fréquente des vaccins fournis par le CD93, ou de vaccins achetés en officine (ou parfois fournis par la PMI si elle adresse des enfants), il n'y a pas de vaccins municipaux en général. Les médecins des CMS se servent dans l'armoire à vaccins pour leurs patients, c'est toléré voire totalement approuvé et institué par la direction.

Les pratiques très variables selon les sites et les médecins en ce qui concerne le public bénéficiant de ces vaccins : pour tous, pour ceux qui n'ont pas de couverture sociale, pour ceux qui n'ont pas de mutuelle ni de couverture sociale, de manière exceptionnelle si le vaccin n'est pas disponible en pharmacie, si le patient ne peut pas revenir pour la SP, pour ceux qui ne sont pas des patients habituels du CMS, pour tous les enfants, pour les enfants avec une notion d'« urgence » (grand retard, scolarisation d'un enfant migrant primo-arrivant). Dans tous les cas, il y a la plupart du temps des enfants de moins de 6 ans. La raison invoquée est de ne pas perdre une occasion de vacciner. Il y a un grand flou sur les instructions du SPAS sur ce sujet, les sites semblent souvent ne pas se rendre compte que ce fonctionnement n'est pas prévu.

Le volume de vaccins concerné est difficile à quantifier : ces vaccins semblent souvent moins bien renseignés dans le bon CPAM (bon qui sert à remonter les vaccins utilisés dans les sites au central pour remboursement et suivi de l'activité), voire parfois pas du tout, et ne sont pas identifiés comme tels par rapport aux vaccins utilisés en séance publique. De façon déclarative, cela représenterait de 1 % à 70 % des vaccins faits dans les sites.

Porosité entre les séances publiques et le public PMI (voir classes d'âge en annexe)

En théorie, les enfants < 6 ans sont exclus du dispositif de séances publiques car relevant de la PMI. En pratique, d'après les professionnels de SP, la PMI ne peut pas prendre en charge tous les patients qui s'adressent à elle : soit les centres refusent les nouveaux patients, soit ils ne prennent que les tout petits, soit ils arrêtent de suivre les patients très tôt, soit leurs délais de rdv sont élevés (plusieurs mois). Parfois la PMI adresse clairement les patients en CMS, ou ils viennent d'eux-mêmes, et bénéficient des vaccins de la séance publique.

Cette porosité avec la séance publique des enfants de moins de 6 ans représentait en 2017 30% de la file active et 25% des vaccins faits, le BCG représentant à lui seul 52 % du volume total. Elle concerne la quasi-totalité des sites.

Les enfants concernés sont vus en général en consultation de CMS en majorité, et pas en séance publique car une consultation de suivi est nécessaire à cet âge. Ainsi les statistiques ne reflètent pas nécessairement les pratiques. Les pratiques varient en fonction des sites, les enfants vus en séance publique peuvent être des enfants de 5 ans voire de 4 ans non suivis en PMI, des enfants de moins de 6 ans qui viennent en SP avec leur famille, des cas « urgents » (condition de vaccination pour la scolarisation), des enfants de familles précaires sans couverture sociale. Ils représentent, selon les professionnels, une faible part des patients vus en séance publique en général (0 à 5%), mais leur présence concerne la majorité des sites.

Cette porosité imprévue pose problème à cause de limites dans la prise en charge de ces enfants de moins de 6 ans en séance publique : la nécessité d'une vraie consultation à cet âge, la variabilité des vaccins pour enfants disponibles selon les sites en raison d'un flou sur la possibilité de commander les vaccins. Le fait de ne pas constamment avoir les vaccins de l'enfant pour la SP pénalise surtout les enfants de familles précaires qui ne sont pas pris en PMI et qui ne peuvent pas l'acheter en pharmacie. Enfin, la plupart des sites ne disposent pas de carnets de santé, indispensables au suivi de l'enfant.

Prise en charge des populations précaires dans le dispositif

En séance publique, les populations précaires ciblées sont les personnes bénéficiaires de la CMUC, vivant dans des camps roms, dans des foyers de travailleurs migrants ou étudiants, dans des hôtels sociaux, les migrants primo-arrivants, etc. Elles sont vues en séance publique ou dans les actions hors-les-murs. La part de la population précaire en SP est estimée de 1% à 30% en général, par les professionnels, voire jusqu'à 70-75% dans certaines villes. Ces chiffres sont toutefois à prendre avec précaution, en effet, il n'existe pas de recueil systématique de la notion de précarité pour les usagers du dispositif, ces estimations ont été recueillies près des professionnels mais reflètent leur subjectivité dans l'évaluation de la notion de précarité, et sont sujets à un biais de mémorisation.

La vaccination obligatoire pour la scolarisation des enfants est un levier important du recours à la vaccination pour les migrants primo-arrivants. Les associations de médiation en santé sont très utiles pour aborder par exemple la population rom.

Les difficultés spécifiques liées à ces populations sont la barrière de la langue, le fait que la population plus facilement perdue de vue pour les rappels car les personnes sont très mobiles, souvent sans adresse ni de numéro de téléphone personnel, la prévention n'est pas une priorité. Un levier semble être d'inscrire la date de rappel dans le carnet de vaccination.

Les populations précaires bénéficient aussi du dispositif via certains partenaires conventionnés :

- Le Centre d'examens de santé de l'Assurance Maladie qui assure une consultation unique de prévention pour le public précaire, assuré, AME ou CMUC, et les oriente en libéral ;
- L'association Aurore via la vaccination en polyvalence dans plusieurs sites (CSAPA, CAARUD, unité sortants de prison) ;
- Les SUMPPS de l'Université Paris 8 et de l'Université Paris 13 qui vaccinent en consultation de prévention, avec un focus sur les étudiants étrangers ;
- La Maison d'arrêt de Villepinte, qui propose la vaccination systématiquement à l'arrivée et en consultation.

Une problématique est spécifique aux populations précaires sans couverture sociale, c'est le sujet des sérologies vaccinales. En effet, en séance publique, elles sont recommandées pour le rattrapage vaccinal des migrants en cas de doute sur la vaccination, mais elles sont coûteuses et donc impossibles à faire pour ces personnes souvent sans droits. Dans ce cas, les pratiques des médecins semblent variables : revaccination sans sérologie (souvent fait pour le tétanos), attente des droits... Il semble que ce soit un problème surtout pour la rougeole, pour laquelle les médecins ne font pas de vaccination à l'aveugle s'il s'agit d'une femme en âge de procréer ou en cas de doute sur une immunodépression, car le vaccin est vivant et provoquerait des effets indésirables potentiellement graves dans ces cas. Il y a donc une perception d'incohérence avec des recommandations inapplicables. En antennes départementales, ces sérologies sont gratuites, et semblent représenter un faible volume, probablement à cause de pratiques non conformes aux recommandations et du faible nombre de cas concernés.

Accessibilité territoriale des séances publiques

Les villes conventionnées où il n'y a pas de séances publiques pour cause de manque de médecin au moment de l'évaluation (novembre 2018 à avril 2019) sont Le Bourget et Sevran (médecin en attente de recrutement). Dans 3 villes, il n'y a plus de séances publiques assurées par choix de la ville : Aulnay, Montfermeil, Villemomble. Les sites de séance publique pour lesquels les professionnels rapportent que la séance publique n'est pas en mesure d'absorber des flux supplémentaires sont Clichy-sous-Bois (délai de 3 mois pour les rendez-vous, le CMS récupère de nombreux patients de Montfermeil, Aulnay et Villemomble), Les Pavillons-sous-Bois (les médecins vaccinent pendant leurs consultations ou en plus des consultations, et un médecin est en attente de recrutement).

Actions hors-les-murs

Leur mise en œuvre est hétérogène : une partie des villes ne fait pas du tout d'actions d'aller-vers, et peu de villes vaccinent en hors-les-murs. Les modalités de ces actions, qui peuvent ou non coexister dans un même site, sont l'aller-vers (vaccination seulement ou transversales), l'orienter-vers fait par le site en hors-les-murs (HLM) (pendant d'autres actions, vérification des carnets de vaccination ou promotion de la vaccination, la plupart des sites le font avec un médecin), l'orienter-vers via les partenaires en général associatifs. Les populations ciblées sont soit précaires soit éloignées des soins pour d'autres raisons (personnes âgées, scolaires). La satisfaction des professionnels est mitigée car les actions sont parfois perçues comme lourdes pour peu de résultats, parfois au contraire comme très efficaces. Le levier principal pour les sites est le fait de disposer d'un médecin qui ne consulte pas, et peut aller vacciner sans conduire à supprimer des consultations en CMS.

Les obstacles à la planification d'une action sont nombreux : dépendance de la motivation individuelle des professionnels, souvent faible, conditions de certaines actions HLM perçues comme difficiles (soirée, lieux perçus comme dangereux), crainte dans la démarche même de l'aller-vers, difficulté à libérer du personnel, notamment médical, sentiment que le médecin est nécessaire même en orienter-vers, besoin de médiateurs ou d'interprètes, peu de valorisation financière pour le CMS du temps consacré à la séance publique et à ce type d'action, notamment du temps médical, pression à la rentabilité, lourdeur (en temps, en logistique, en perte financière) par rapport au bénéfice, nécessité d'un succès perçu pour que l'action soit reconduite, contrainte de prévoir et de stocker plus de vaccins, questionnement logistique pour le maintien de la chaîne du froid, difficulté à avoir un contact durable avec un professionnel des structures cibles, difficulté à identifier une cible pertinente.

Les obstacles à la vaccination pendant l'action sont le manque de visibilité par la population cible avec une difficulté ressentie pour avoir une connaissance fine des populations précaires de la ville.

Un obstacle à l'efficacité de la vaccination est la logistique souvent faible faisant douter de la bonne conservation des vaccins (risque de rupture de la chaîne du froid ou de congélation) : utilisation d'une glacière parfois électrique ou d'une boîte en polystyrène avec des blocs de glace, parfois transfert dans un frigo à l'arrivée sur le lieu de vaccination, en général pas de fridge-tag (outil garant de la chaîne du froid), ou utilisation de celui du frigo, ou du freeze-tag (garant de l'absence de congélation).

Un obstacle au parcours de soins des personnes après l'action est l'absence d'outil de suivi adapté au format de l'action, pour des populations qui semblent perdre facilement les carnets de vaccination.

Promotion de la vaccination

En séance publique, les actions de promotion de la vaccination sont jugées pertinentes mais non prioritaires, surtout en cas de manque d'effectifs. Les modalités sont hétérogènes : actions de promotion de la santé, évocation de la vaccination dans les autres activités du site et en consultation, simple affichage, organisation de réunions interprofessionnelles,

Les freins sont que parfois le médecin jugé indispensable pour la crédibilité, alors que le temps médical est difficile à dégager, parfois le manque de documents d'information à donner aux usagers (beaucoup ne connaissaient pas la possibilité de commander gratuitement les documents de Santé Publique France), le succès variable des actions.

Il semble que depuis l'obligation vaccinale en janvier 2018, il y ait globalement moins de réticences à la vaccination, qui semblent plutôt ciblées sur certains vaccins (BCG, grippe, Gardasil®, VHB), notamment chez les professionnels de santé « BCG polonais », « pas de recul sur le Gardasil ».

En antennes départementales, il n'y a pas d'actions spécifiques de promotion de la vaccination hors consultation, parfois un affichage, et le fait de mentionner la possibilité de vaccination en CDPS pendant les actions HLM.

Accessibilité du vaccin BCG

La vaccination pour le BCG relève d'une organisation à part car c'est un vaccin difficile à manier sur plusieurs plans, la vaccination n'est pas faite dans toutes les villes et lorsque c'est le cas c'est hétérogène. La galénique est complexe : flacon multidose devant être utilisé dans les 4h après ouverture, nécessitant une organisation spécifique qui doit être flexible en raison des tensions d'approvisionnement répétées entraînant une imprévisibilité des stocks. Les modalités d'organisation sont variables : BCG fait en consultations du CMS (sans regroupement avec d'importantes pertes), séances publiques supplémentaires réservées au BCG (avec rappel des patients qui avaient appelé pour ce motif dès qu'un certain nombre est atteint), plages de consultation de MG dans les CMS réservées au BCG pour regrouper les doses. L'orientation des patients est problématique de par la forte demande dans les sites avec des appels de tout le département et au-delà, la PMI ne vaccinant que ses patients le plus souvent, contribuant à l'afflux en SP, de plus la mise en œuvre des critères de priorisation du HCSP (15) est souvent mal vécue face à la forte demande des patients, et parfois les soignants y renoncent. Les sites qui organisent des séances BCG ne font en général pas de communication dessus car les séances BCG sont déjà saturées, les patients sont orientés seulement à la demande.

Pilotage et gestion du dispositif en central

L'organisation du dispositif au niveau administratif « central », en amont des sites, a un fonctionnement viable pour la gestion mais révèle un manque de pilotage.

Le pilotage réparti entre deux services, le SPAS (service chargé de la mission vaccination) et le SAG (service des affaires générales, chargé de la gestion) : le SPAS est pilote mais c'est le SAG qui est en contact avec le plus d'acteurs, ces services n'ont aucun outil de gestion commun, rendant impossible un suivi en gestion site par site alors que toutes les informations sont recueillies (voir schéma du circuit de gestion en annexe). Le système de commande est également complexe, car les marchés sont passés avec des laboratoires différents, ce qui oblige les agents en charge des commandes à retraiter les commandes reçues des sites avant de les envoyer aux différents laboratoires pharmaceutiques

Il n'y a pas de coordination unique : 6 personnes sont en lien avec la vaccination, avec 5 mails de contact pour les sites (concernant les commandes, les documents de gestion à renvoyer, la formation, etc.), plusieurs créés successivement pour mettre fin aux contacts personnels en les remplaçant par des adresses génériques, en lien avec les difficultés rapportées par les professionnels pour joindre le CD et identifier le bon interlocuteur. Plusieurs sites remontent un besoin d'un récapitulatif des contacts.

Il n'y a pas de responsable du pilotage de l'ensemble du dispositif, ce pilotage étant fragmenté entre plusieurs interlocuteurs, ce qui rend possible des erreurs. Les difficultés remontées sont gérées au cas par cas lorsque les sites arrivent à trouver un interlocuteur, pas de vue d'ensemble, ce qui ne permet pas de corriger les causes des erreurs,

Le pilotage est fait par mail voire par téléphone sans contact en face-à-face : ce fonctionnement dématérialisé et « en gros » nécessite d'avoir une liste à jour des coordonnées mail des sites mais le fichier comporte des erreurs. Un besoin est exprimé par certains sites d'un pilotage et d'une coordination plus rapprochée avec le SPAS, comme un rdv annuel avec bilan d'activité, mesure qui par ailleurs est inscrit dans la convention sans être actuellement faite.

Le support principal du pilotage est l'ensemble des documents de gestion, qui font office à la fois de documents de gestion et de pilotage, mais dont le volet pilotage est mal compris au vu de la porosité avec les consultations de CMS, de l'incompréhension des instructions de mise à disposition des vaccins, du bon CPAM quasiment constamment mal rempli et non exhaustif.

Circuit de commande, livraison et stockage des vaccins

En théorie, les centres commandent les vaccins à tout moment en adressant le bon de commande par mail au SAG. Le SAG passe une commande groupée auprès des laboratoires fournisseurs 2 fois par semaine et reçoit de chaque laboratoire un bon de facturation par centre. Le fournisseur livre directement les centres et leur laisse un bon de livraison que le centre doit transmettre au SAG par mail le plus rapidement possible. Le SAG paye les fournisseurs après réception du bon de commande, ou, s'il n'est pas retrouvé, d'un mail des centres attestant que la commande a été honorée.

En réalité, l'ensemble du circuit de commande et livraison est jugé satisfaisant, mais plusieurs sites trouvent compliqué d'avoir un délai de livraison de 15 jours - 3 semaines pour la gestion des stocks, avec une nécessité d'être très réactif en cas de retard perçu dans le processus, et un grand retentissement sur l'organisation de la séance publique en cas de retard (manque de vaccins, crainte que la commande n'ait pas été prise en compte et 2^e commande avec arrivées plus tard en doublons...). Actuellement il semble que les informations de livraisons manquantes remontent des sites au CD93, qui interroge les laboratoires, qui confirment la pénurie. Ce circuit de l'information en cas de pénurie pose des difficultés aux sites qui auraient besoin d'être au courant en amont.

Le stockage de vaccins de patients existe dans la plupart des sites mais reste en général occasionnel, si le patient se trompe de jour ou a une virose.

Vérification des droits des usagers et utilisation du bon CPAM

En séance publique, les erreurs de déclaration sont estimées représenter environ 33% des pertes (estimation par l'analyste de gestion), le levier principal semble être la simplification du bon CPAM. Sa lourdeur par rapport à la durée de la séance publique est le frein majeur au partenariat mentionné par beaucoup de sites : il est souvent jugé long à remplir, pas clair, avec des bugs. Les professionnels n'ont pas toujours conscience du double but de remboursement et de pilotage. Les données qui posent problème sont les données CPAM : Organisme gestionnaire et CMUC, qui sont difficiles à recueillir et à saisir pour les professionnels. Par ailleurs, en pratique, ces données ne sont pas transmises à la CPAM, même si la convention oblige à les recueillir, car la CPAM ne s'en sert pas.

Le mémoire des sommes dues (sert à recueillir le nombre d'actes pour indemniser les sites) est compliqué logistiquement mais le circuit fonctionne bien. Parfois les sites signalent un retard dans le paiement des sommes dues. En cas de question par mail, la réponse est un message d'erreur automatique, l'adresse ne prend que les factures, les personnes n'ont pas d'autre interlocuteur.

La vérification des droits, nécessaire au remplissage du bon CPAM, est faite par le secrétaire à l'accueil en général, souvent avant la vaccination, la source de vérification des droits existante / utilisée est hétérogène : aucune, carte vitale, attestation de droits, outil CDR. Ce n'est pas une donnée dont les sites ont besoin, c'est donc fait (parfois) seulement pour le bon CPAM. La vérification est perçue comme chronophage, avec une incohérence perçue : parfois les bons ne sont pas bien remplis et les professionnels disent ne pas être relancés.

Les usagers sans droits représenteraient selon les professionnels de <1% à 40% voire 70% des usagers de la SP (migrants primo-arrivants surtout, parfois CMU en rupture de droits). Ils sont en général déjà dans un circuit pour l'accès aux droits, et lorsque ce n'est pas le cas les sites ont presque toujours une ressource à qui adresser si besoin (services de la ville, travailleur social), mais ce n'est pas toujours fait.

En antennes départementales, les sites ont toujours un travailleur social, mais l'adressage semble variable en pratique selon les centres et les professionnels : pas d'adressage, adressage si pas de droits, adressage seulement si le patient aura un suivi dans le centre.

En PMI, il n'y a pas de travailleur social, mais en général les personnes sont déjà dans un circuit. En revanche, l'ouverture des droits des nourrissons met de 2 à 6 mois, ce qui pose problème pour les usagers et les professionnels.

Nouveaux leviers d'augmentation des recettes

Les incohérences dans la stratégie de remboursement de la CPAM sont qu'en séance publique, en CDPS et pour les partenaires, certains vaccins ne sont pas remboursés à 100% par la CPAM mais à 65%, alors qu'ils le sont en PMI. Ces choix ont été faits avant l'extension de l'obligation vaccinale, dans le but de maîtriser les coûts du dispositif en priorisant le public PMI, cible principale du calendrier vaccinal. Ces vaccins sont achetés au même prix par le département, et sont censés n'être remboursés qu'à 65% par la CPAM dans les deux cas dans le droit commun. C'est d'autant plus incohérent qu'aujourd'hui, 30% des patients bénéficiant des vaccins de la séance publique sont des enfants. Il s'agit des vaccins suivants : Infanrix hexavalent ®, Infanrix Quinta ®, Tétravac ®, Boostrix ®, Engerix B10 ®, Engerix B20 ®, Priorix ®.

Par ailleurs, l'acte de vaccination et la part complémentaire du vaccin ne sont pas remboursés pour les assurés.

Systemes d'information

Les outils actuels sont le logiciel Nova (antennes départementales), le logiciel Intervax (certains sites de séances publiques), le logiciel Prisme (PMI).

En séance publique, tous les sites doivent saisir plusieurs fois les mêmes informations, aucun ne saisit le bon CPAM au moment de la SP (trop long), les sites utilisent donc toujours des outils de gestion et de suivi en plus de ceux fournis par le CD. Le schéma minimal est une fiche patient intermédiaire de saisie (sur cahier de rdv ou papier), le remplissage du carnet de vaccination et du bon CPAM (en général après la séance). Parfois en plus il y a une attestation de vaccination, le dossier médical patient (DMP), un document de suivi des rendez-vous, de la file active, un cahier de vaccination du site.

Le logiciel Intervax, antérieurement fourni aux sites dans le cadre de la séance publique, et choisi uniquement par certains sites, ne permet pas de générer le bon CPAM. Il est utile pour la fonction DMP, les attestations de vaccination, parfois les statistiques d'activité, parfois des relances pour les rappels. Il existe une attente de certains sites, qui sont selon eux bloqués avec une solution peu fonctionnelle, et demandent une évolution ou un changement de logiciel.

Il n'y a quasiment jamais d'outil global de gestion des stocks et des commandes, les commandes se font au fil de l'eau quand l'armoire à vaccins se vide. Il n'y a jamais de suivi du circuit du patient (adressage, orientation, médecin traitant), ni de la file active des patients de la SP.

L'utilisation des carnets de vaccination papier est quasi systématique, pour les adultes qui ont perdu leur carnet de santé ou les migrants primo-arrivants qui n'en ont pas ou en ont un dans une langue étrangère, ils sont jugés satisfaisants, parfois les professionnels ne connaissent pas la possibilité ou le moyen d'en commander au CD93. Pour les adultes, parfois les sites donnent des cartes de vaccination, fournies par des laboratoires pharmaceutiques ou parfois par la mairie, au format carte de mutuelle, qui tient dans un portefeuille et est probablement plus facilement conservées. Le carnet de vaccination électronique mesvaccins.net n'est jamais utilisé, il semble peu connu et est payant pour les professionnels de santé.

Formation

En ce qui concerne la conférence vaccination (demi-journée de formation semestrielle sur la vaccination organisée par le SPAS et la PMI, avec un format de conférence), globalement les professionnels rapportent une grande satisfaction. Elle est parfois perçue trop centrée PMI, ou trop médicale, les sites sont souvent enclins à des échanges de pratiques en plus petit groupe, les prochains sujets plébiscités seraient : schémas de rattrapage vaccinal, MIPV, pénuries, comment argumenter avec un usager réticent à un vaccin (bénéfices, risques, EI), vaccins des professionnels de santé.

La formation au respect de la chaîne du froid (proposée tous les deux mois à tout professionnel du dispositif, notamment les nouveaux arrivants, durant une demi-journée), est globalement perçue comme très satisfaisante. Il semble que les conditions de respect de la chaîne du froid soient globalement respectées, mais il y a besoin de quelques rappels (fonction du freeze-tag, outil de contrôle de la

congélation pendant la livraison, nécessité de transfert des vaccins en cas de fermeture de plus de 7 jours, protocole de réception des vaccins, nécessité de déclaration des vaccins perdus par accident de la chaîne du froid et des vaccins périmés).

Point de vue des usagers

Sur 10 usagers interrogés, 70% étaient des femmes, la moyenne d'âge était de 36 ans. 100% étaient satisfaits du dispositif et le seul point négatif, cité dans 30% des cas, était l'attente. 60% des usagers interrogés ne citaient aucun autre lieu possible pour se faire vacciner. 90% étaient convaincus de la dangerosité des maladies infectieuses à prévention vaccinale, 90% étaient convaincus de l'efficacité des vaccins faits. Les questions portant sur la littératie en santé n'étaient pas comprises par barrière de la langue dans 40% des cas.

Discussion

Nous présenterons dans un premier temps les propositions d'évolution du dispositif suite à l'évaluation, en suivant le même plan que la présentation des résultats. Puis nous discuterons les limites de l'évaluation.

Propositions

Mise à disposition des vaccins dans les sites

Dans le but de rendre l'offre de vaccination plus pertinente et plus lisible :

- Interpeller les financeurs pour obtenir les moyens d'aligner les vaccins mis à disposition sur les vaccins obligatoires au calendrier vaccinal.
- Simplifier les instructions de mise à disposition en les rendant homogènes, sans condition de couverture sociale le plus possible, a minima pour les vaccins obligatoires.
- Clarifier le bon de commande pour le rendre plus compréhensible.

Organisation du dispositif de vaccination

Dans le but de mieux répartir l'affluence en séance publique et de permettre aux professionnels et aux usagers de mieux s'orienter dans le dispositif :

- Faire un document de communication sur les séances publiques et prévoir ses modalités d'actualisation.

Porosité entre les séances publiques et les consultations des CMS

Pour améliorer le pilotage des séances publiques et mieux cibler les usagers bénéficiaires des vaccins :

- Réflexion à mener en lien avec l'ARS et la CPAM sur le dispositif de vaccination pour définir les orientations sur la vaccination en CMS :
 - Soit mise à disposition des vaccins du CD dans les consultations du centre hors SP, dans ce cas discuter de la mention du cadre (SP/ consultation) dans le bon CPAM, et discuter des conditions, il est proposé de le faire sous condition de couverture sociale et pour les patients qui risqueraient de ne pas revenir en consultation pour d'autres raisons (barrière

de la langue, conditions de vie précaires par exemple), discuter de la mention de cette condition dans le bon CPAM ;

- Soit réaffirmer la mise à disposition des vaccins en SP seulement, mais cela risque d'être peu suivi (pas de vaccins municipaux en général, pas de possibilité de contrôle à distance des conditions d'administration par le CD) et est contraire à la politique affichée par le CD de « ne pas rater une occasion ».
- Rappeler aux sites que tout vaccin fourni par le CD93 doit être renseigné dans le bon CPAM et remonté au département, pour suivi et pilotage de l'activité vaccinale du dispositif, et remboursement CPAM le cas échéant.

Porosité entre les séances publiques et le public PMI

Pour améliorer la prise en charge et l'orientation des enfants de moins de 6 ans dans le dispositif :

- Réaffirmer aux sites que ces enfants ont besoin d'une consultation.
- Discuter une stratégie pour les vaccins qui seront dispensés à ces enfants en concertation avec la PMI :
 - Soit adressage ponctuel par la PMI avec carnet de santé et vaccins fournis ou prescrits par la PMI (discuter les critères ex conditions de couverture sociale),
 - Soit prise en charge majoritairement en site de SP, et donc ouvrir clairement la possibilité pour les sites de commander des vaccins pour enfants ainsi que des carnets de santé,
 - Discuter les critères de dispensation de ces vaccins (conditions de couverture sociale),
 - Négocier le remboursement de ces vaccins à 100% par la CPAM.

Prise en charge des populations précaires dans le dispositif

Pour améliorer la prise en charge et l'orientation des populations précaires dans le dispositif, et cibler spécifiquement les populations éloignées du système de soins et de prévention :

- Rappeler aux professionnels les outils existants :
 - Possibilité de commander des carnets de vaccination auprès du SPAS,
 - Possibilité de commander des livrets de santé bilingues de Santé Publique France.
- Discuter de la mention de la précarité sur le bon CPAM (utilité dans le pilotage de l'activité, critères à définir).
- Renforcer le partenariat avec des associations de médiateurs en santé.
- Initier un dialogue de stratégie et de gestion annuel avec les partenaires conventionnés, notamment pour lever les facteurs bloquant l'accès à la vaccination du public ciblé.
- Construire de nouveaux partenariats pour promouvoir la vaccination auprès des publics les plus éloignés des soins et de la prévention, notamment avec l'Education nationale, les structures d'hébergement social, les lieux de passage des migrants primo-arrivants.
- Cas particulier des sérologies vaccinales indispensables et pour des personnes sans droit : à l'aide des recommandations, dont les recommandations HAS attendues prochainement, définir des critères d'orientation en antennes départementales pour les sérologies gratuites.
- Rappeler à tous les agents du dispositif l'importance de la vaccination comme action de prévention, son inscription dans les conventions, les multiples options possibles pour les actions hors-les-murs (aller-vers et orienter-vers).
- Discuter les modalités possibles des actions de vaccination en aller-vers dans le dispositif et le rôle respectif du SPAS et des sites partenaires, il est proposé de privilégier des partenariats entre le SPAS et les sites de séance publique, en polyvalence ou dans des actions dédiées à la vaccination, à un rythme annuel ou bisannuel (nécessite une coordination, permet l'apprentissage mutuel et l'autonomisation des sites, la charge logistique est partagée, l'orientation dans le dispositif est faite vers les SP et/ou les antennes départementales.
- Discuter de potentiels leviers pour la mobilisation des professionnels :

- Protocole de délégation de compétences pour les IDE (pour les actions hors-les-murs mais aussi plus largement l'utilisation des ressources médicales et paramédicales dans le dispositif),
- En antennes départementales, discuter de fixer un minimum obligatoire de participation à des actions hors-les-murs (par exemple 1/an), discuter de proposer une rémunération des médecins plus attractive qu'une vacation habituelle,
- En séance publique, discuter de proposer une rémunération additionnelle aux « sommes dues » pour les actions hors-les-murs, proposer une formation à la lecture des carnets de vaccination et à la programmation des rappels pour les professionnels paramédicaux.
- Travailler la place du SPAS en appui aux actions de vaccination hors les murs :
 - Communiquer aux sites sur l'adresse conseils-vaccination@seinesaintdenis.fr disponible pour discuter de l'organisation des actions,
 - Mettre en place un circuit de remontée des actions entreprises par les sites au SPAS permettant au SPAS de repérer les communes et populations les plus en difficulté et d'y remédier.
- Logistique des actions de vaccination en aller-vers :
 - Chaîne du froid : faire le point sur les besoins logistiques, et discuter de fournir aux SP un « kit hors-les-murs »,
 - Professionnels nécessaires : rappeler que la présence d'un médecin n'est pas nécessaire pour une action d'information et d'orientation, promouvoir le partenariat avec des médiateurs en santé, le recours à l'interprétariat, le partenariat avec des associations ou des structures de soins pour l'ouverture des droits ou d'autres actions de prévention.
 - Gestion du calendrier vaccinal : prévoir de pouvoir venir pour les rappels, dans les lieux de vie où les personnes restent plusieurs mois.

Accessibilité territoriale des séances publiques

Pour renforcer l'accessibilité de la vaccination sur l'ensemble du territoire départemental :

- Relancer les 8 villes jamais conventionnées avec le département pour mieux mailler territorialement le dispositif de vaccination, notamment dans l'est du département : L'Ile-Saint-Denis, Le Pré-Saint-Gervais, Coubron, Gournay-sur-Marne, Neuilly-sur-Marne, Noisy-le-Grand, Le Raincy, Vaujours (voir carte en annexe).
- Discuter d'élargir le périmètre de la communication sur le dispositif aux villes qui ont eu une activité de séance publique mais n'en ont plus, voire à l'ensemble des villes du département.

Promotion de la vaccination

Pour renforcer la démarche de promotion de la vaccination par les professionnels du dispositif :

- Réflexion sur le rôle du SPAS en appui dans ces actions :
 - Demander aux sites de remonter ces actions au SPAS pour les diffuser à une mailing liste de partenaires pour en démultiplier la visibilité,
 - Mise en lien des sites pour mutualiser l'organisation de ces actions à plusieurs,
 - Organisation par le SPAS d'un événement commun aux villes volontaires pour la Semaine Européenne de la vaccination, à décliner dans chaque ville.
- Sur le volet formation :
 - Faire un point sur l'organisation de ce type d'action en conférence vaccination,
 - Discuter d'ouvrir la conférence vaccination à tous les professionnels de CMS.
- Rappeler aux sites :
 - Que la présence d'un médecin n'est pas nécessaire pour promouvoir la vaccination,
 - Qu'il est possible de commander gratuitement des documents de promotion de la vaccination, dans la signature des adresses mail génériques dédiées à la vaccination.

- Les sites d'information recommandés, dans la signature des adresses mail génériques dédiées à la vaccination (<http://vaccination-info-service.fr/> : pour professionnels et usagers, <https://www.mesvaccins.net/> : pour professionnels et usagers, <https://www.infovac.fr/> : pour les professionnels).

Accessibilité du vaccin BCG

Pour améliorer l'organisation de la vaccination BCG et la rendre accessible aux usagers éligibles :

- Rappeler les contraintes pour les sites : organisation de plages spécifiques pour dispenser du BCG, en convoquant le nombre exact de patients, et en respectant les critères de priorisation.
- Réfléchir à comment optimiser l'organisation de la vaccination BCG dans le département pour simplifier l'orientation des patients et l'organisation des professionnels :
 - Séances sur un nombre de sites restreint (antennes départementales, certains CMS, à discuter),
 - Discuter la mise à disposition dans d'autres structures notamment en libéral,
 - Pérenniser les créneaux horaires en communiquant dessus,
 - En cas de pénurie, prévenir les sites rapidement et avec transparence pour leur permettre de s'organiser,
 - En cas de changement de producteur, diffuser des informations permettant de rassurer soignants et patients sur l'innocuité et l'efficacité de ce vaccin.

Pilotage et gestion du dispositif en central

Pour renforcer le pilotage du dispositif au niveau administratif et mieux cibler les usagers bénéficiaires :

- Améliorer la coopération SPAS-SAG pour le pilotage du dispositif :
 - Nommer un agent du SPAS responsable de la coordination du dispositif et un agent SAG coresponsable du circuit de gestion, mobilisant des ETP supplémentaires,
 - Mettre en place un outil de gestion commun au SPAS et au SAG regroupant par site et par type de vaccin, pour les vaccins fournis par le département, les vaccins commandés, livrés, dispensés, périmés, perdus par accident de la chaîne du froid, permettant de suivre la congruence des flux de vaccins par site,
 - Faire assurer les commandes des vaccins destinés aux PMI par le service en charge de ces centres, afin de rendre plus cohérent le pilotage et de permettre au SPAS de renforcer son pilotage stratégique : réduire le nombre de sites bénéficiaires et rendre possible ce pilotage plus fin.
- Mettre en place un dialogue rapproché avec les partenaires conventionnés à un rythme annuel,
 - Concernant la stratégie : public ciblé (âge, précarité), actions hors-les-murs et de promotion de la santé, vaccination hors séance publique, stratégie de mise à disposition des vaccins,
 - Gestion : recueil des informations par les sites, clarifier les deux dimensions de gestion et de pilotage des documents, communiquer aux sites un bilan d'activité en début d'année n+1, la persistance du partenariat pourrait être conditionnée à un bon remplissage des bons CPAM, visible via l'outil de gestion.
- Amélioration de la lisibilité des contacts dans la signature mail des adresses génériques vaccination, dans chaque document de gestion du dispositif.
- Mettre à jour la mailing liste en en créant une unique et partagée à tous les acteurs (ou une mailing liste vaccination et une mailing liste séances publiques),
- Réfléchir à la place spécifique des antennes départementales dans le dispositif et la renforcer : orientation pour les sérologies vaccinales et l'ouverture des droits, actions hors-les murs et de promotion de la vaccination.

Circuit de commande, livraison et stockage des vaccins

Pour améliorer le suivi des commandes et des pénuries :

- Mettre en place un circuit de suivi des commandes des sites permettant aux sites de s'organiser en fonction des délais de livraison, et un circuit de notification des pénuries réactif.
- Mettre en place un contrôle systématique des commandes pour que celles qui ne correspondent pas à ces instructions soient enquêtées, avec un retour régulier de l'agent responsable de la coordination du dispositif sur les dérogations, pour discuter d'une éventuelle évolution des instructions.

Vérification des droits des usagers et utilisation du bon CPAM

Pour simplifier le recueil des données concernant les vaccins dispensés :

- Explorer la possibilité de simplifier et d'harmoniser le recueil des données CPAM :
 - Diminuer le plus possible la saisie des informations CPAM par les sites : vérification sur l'outil CDR en central ou suppression de la mention code régime et organisme gestionnaire en accord avec la CPAM,
 - Mettre en évidence sur le bon qu'il sert pour le remboursement et le suivi de la file active, en rappelant quels sont les vaccins à inscrire,
 - Ajouter pour les données identifiantes la possibilité d'un anonymat (« X ») pour les personnes qui le désireraient (primo-arrivants clandestins),
- Mémoire des sommes dues : Proposer un numéro de téléphone contact ou un mail qui prenne en compte les messages.

Nouveaux leviers d'augmentation des recettes

Pour augmenter le remboursement des vaccins des usagers assurés :

- Négocier une évolution de la stratégie de remboursement de la CPAM93 :
 - Remboursement à 100% des vaccins suivants : Infanrix hexavalent ®, Infanrix Quinta ®, Tétravac ®, Boostrix ®, Engerix B10 ®, Engerix B20 ®, Priorix ® en séance publique, antennes départementales et partenaires,
 - Augmentation du taux de remboursement du Prévenar ® et du Neisvac ® pour les moins de 6 ans,
 - Remboursement de l'acte de vaccination, ce qui permettrait de mieux rétribuer les sites pour l'acte de vaccination et de lever un frein financier au partenariat.
- Travailler à obtenir le remboursement de la part complémentaire des vaccins dispensés auprès des mutuelles, pour les usagers du dispositif en bénéficiant :
 - Option la plus simple : adaptation du système de bon CPAM pour les mutuelles, en cours d'exploration,
 - Si ce n'est pas possible : télétransmission comme seul recours, télétransmission des parts AMO et AMC de manière conjointe, faisabilité, logiciel nécessaire, coût et charge de travail à évaluer.

Systèmes d'information

Pour rendre les systèmes d'information (SI) plus adaptés au dispositif et coopérer avec les organismes de surveillance épidémiologique :

- Faire évoluer le SI vaccination mis à disposition des sites : favoriser un SI qui évite de faire plusieurs saisies, qui permette une saisie rapide pendant la séance publique, qui permette de faire DMP/ activité/ bon CPAM/ attestation de vaccination, en gardant les données des SI des sites, par exemple le logiciel Nova, ou le carnet de vaccination électronique Mesvaccins.net, qui fait fonction de DMP, fournit des statistiques d'activité, contribue à l'estimation de la couverture vaccinale en lien avec Santé Publique France.

- Renforcer le recueil des données concernant le public bénéficiaire du dispositif pour renforcer le pilotage : couverture sociale, évaluation de la précarité, etc.
- Mise à disposition des carnets de vaccination et de santé : rendre plus explicite la possibilité de commander des carnets de vaccination gratuitement auprès du SPAS ; étudier la faisabilité de mettre à la commande des cartes de vaccination format carte de mutuelle, pour diminuer les pertes ; étudier la possibilité de commander autant de carnets de santé que nécessaire, pour les sites qui voient des enfants de moins de 10 ans.

Formation

Pour renforcer l'adaptation de la formation proposée aux professionnels aux problématiques rencontrées sur le terrain :

- Sur la conférence vaccination : expérimenter une partie échange de pratiques, faire des interventions sur comment argumenter avec un usager réticent à un vaccin (bénéfices, risques, effets indésirables), vaccins des professionnels de santé, faire intervenir des professionnels non médecins (par exemple sous un format « partage de pratiques : actions hors-les-murs »).
- Travailler la circulation de l'information relative à la vaccination : format newsletter, clarté de la formulation, rappels réguliers des bonnes pratiques par mail (notamment chaîne du froid).

Limites du projet d'évaluation

Nous aurions souhaité évaluer aussi la pertinence de l'intervention, étape qui logiquement doit précéder l'évaluation de la cohérence, mais cela n'a pas été possible pour une question de temps, la durée du stage étant limitée.

Le nombre de réponses de centres de PMI a été assez faible : 8 sur 20 sites tirés au sort. Théoriquement, nous n'aurions pas dû analyser les réponses fournies par 3 sites non tirés au sort, qui ont eu le questionnaire par partage de mail, mais nous l'avons fait car il nous a semblé que les 5 réponses des sites tirés au sort n'étaient pas suffisantes pour être représentatives.

Une limite importante est que les données n'ont pas pu être analysées de manière quantitative, par manque de temps. Toujours par manque de temps, les entretiens n'ont pu être retranscrits puis travaillés de manière standardisée.

Une autre limite à noter, et qui est informative quant au fonctionnement du circuit : la plupart des questions posées sur le public de la séance publique (population précaire, sans couverture sociale, enfants, hors commune) et son circuit (adressage, orientation, médecin traitant) n'ont trouvé que des réponses approximatives de la part des professionnels, basées sur leur impression en pratique ; en effet, les outils de recueil de données mis à disposition des sites ne permettent pas de renseigner ces données pourtant indispensables au pilotage. De plus, beaucoup de sites vaccinent à la fois en séance publique et dans les consultations du CMS et ont du mal à distinguer les deux activités dans leurs réponses. Ces données sont donc approximatives.

Enfin, les usagers n'ont pu être interrogés que via un questionnaire assez bref, et sur un petit échantillon. Cet échantillon, dans un seul site, ne saurait être représentatif de l'ensemble des usagers du dispositif, appelant dans la mise en œuvre des propositions à prendre en compte le point de vue et la satisfaction des usagers.

Les résultats du travail d'évaluation mené ont été transmis au Service de la Prévention et des Actions Sanitaires, dont les membres discuteront et mettront en œuvre les propositions présentées ci-dessus. Une limite de ce fonctionnement est que la personne qui a mené l'évaluation ne sera pas dans le service pour accompagner la mise en œuvre des propositions, il y a un risque pour que certaines parties du travail mené portent moins de fruit que d'autres, il est toutefois prévu qu'une interne reprenne le travail pour le décliner.

Si la plupart des propositions issues de l'évaluation concernent la stratégie et l'organisation propres au Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis, et peuvent difficilement être comparées à

d'autres travaux, en revanche d'autres propositions rejoignent les recommandations et orientations nationales, telles celles du Rapport public annuel de la Cour des comptes de 2018 (16) : renforcer la promotion de la vaccination par les professionnels de santé, établir un partenariat avec l'Education Nationale. Pour autant, certaines spécificités territoriales de la Seine-Saint-Denis n'y sont pas prises en compte. Le Projet Régional de Santé de l'ARS Île-de-France (4), en revanche, pointe ces enjeux, tels que les freins financiers à l'accessibilité des vaccins pour les personnes sans droits ou sans complémentaire santé, la nécessité de l'aller-vers pour les personnes éloignées du système de soins et de santé.

Situation en tant que stagiaire

Dans cette situation de stage, les atouts étaient d'être responsable de l'évaluation, et d'être ainsi en position de mener le travail, responsable de son avancée, mais également autonome dans sa réalisation, en bénéficiant d'une supervision. L'accès à tous les contacts du service et la grande confiance accordée par l'encadrante ont été très facilitants pour organiser les visites et envoyer les questionnaires. La possibilité de présenter les résultats aux différents acteurs concernés a été une source d'apprentissage.

Une faiblesse était le manque de temps pris pour la méthodologie de l'analyse qualitative, mais cela n'a probablement pas nui aux conclusions de l'évaluation. Le manque de connaissance initial du contexte (institutionnel, partenarial, épidémiologique) a également demandé un certain temps pour se familiariser avec la problématique.

Les éléments théoriques apportés par le master ont été utiles notamment pour construire la méthodologie de l'évaluation, en décomposant l'intervention pour l'analyser via les questions évaluatives. Les autres enseignements ont été utiles pour aborder le contexte du dispositif de vaccination, notamment les enseignements concernant la précarité et la gestion de projet.

Bibliographie

1. Code de la Santé Publique, Article L3111-1 modifié par Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 49 (V) [en ligne]. 2017. [consulté le 24/05/2019] Accessible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171171&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
2. Arrêté du 19 mars 1965 relatif à la vaccination antipoliomyélitique obligatoire [en ligne]. 1965. [consulté le 24/05/2019] Accessible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072761>
3. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - art. 49 [en ligne]. 2017. [consulté le 24/05/2019] Accessible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036339090&categorieLien=id#JORFARTI000036339170>
4. Agence Régionale de Santé Île-de-France. Projet régional de santé 2018-2022, Schéma régional de santé et Programme régional d'accès à la prévention et aux soins [en ligne]. 2018. [consulté le 24/05/2019] Accessible en ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>
5. Couverture vaccinale à 24 mois en 2016. Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24e mois. Traitement Santé publique France
6. Couverture vaccinale à 24 mois en 2017. Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France
7. Schéma complet à 16 ans pour les jeunes filles nées en 2001, données 2017. Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France
8. Semaine Européenne De La Vaccination Du 24 au 30 avril 2019, Dossier de presse. [en ligne]. 2019. [consulté le 24/05/2019] Accessible en ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190418 - dossier de presse - semaine europeenne vaccination.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190418_-_dossier_de_presse_-_semaine_europeenne_vaccination.pdf) page 6
9. Enquête Santé publique France/BVA réalisée par internet auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 18 à 65 ans dont 321 parents d'enfants de 0 à 2 ans. Méthode des quotas. Juillet 2018.
10. Enquête Santé publique France/BVA réalisée par internet auprès d'un échantillon national représentatif de 1002 parents d'enfants de 0 à 2 ans (500 enfants nés en 2017 et 502 enfants nés en 2018). Méthode des quotas. Février 2019.
11. CIRE Ile-de-France. Surveillance épidémiologique de la rougeole en région Ile-de-France en 2019, Point de situation au 08/04/2019 [en ligne]. 2019. [consulté le 24/05/2019] Accessible en ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ile-de-France/2019/Surveillance-sanitaire-de-la-rougeole-en-region-Ile-de-France.-Point-au-11-avril-2019>
12. CIRE Ile-de-France. Surveillance épidémiologique en région Ile-de-France, Semaine 52-2018, Surveillance des épidémies hivernales [en ligne]. 2019. [consulté le 24/05/2019] Accessible en ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ile-de-France/2019/Surveillance-sanitaire-en-region-Ile-de-France.-Point-au-3-janvier-2019>
13. Convention cadre portant sur la mise en œuvre par le département de la Seine-Saint-Denis au titre des années 2016 à 2018 des actions de santé recentralisées (Mission de prévention et de dépistage des cancers, de vaccination et de lutte contre la tuberculose) et des actions de lutte contre le VIH, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles. Paris. 2016.
14. Conventions entre le Département de la Seine-Saint-Denis et les communes relatives au fonctionnement des séances publiques de vaccination. Communes concernées : Aubervilliers, Aulnay-sous-Bois, Bagnolet, Bobigny, Bondy, Clichy-sous-Bois, Drancy, Dugny, Epinay, Gagny, la Courneuve, le Blanc-Mesnil, Le Bourget, Les Lilas, Les Pavillons-sous-bois, Livry-

Gargan, Montfermeil, Montreuil, Neuilly-Plaisance, Noisy-le-Sec, Pantin, Pierrefitte, Romainville, Rosny-sous-Bois, Saint-Denis, Saint-Ouen, Sevran, Stains, Tremblay-en-France, Villemomble, Villepinte, Villetaneuse.

15. Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccin BCG : optimisation de l'utilisation en situation de pénurie [en ligne]. 2016. [consulté le 24/05/2019] Accessible en ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=549>
16. Cour des Comptes. Rapport public annuel 2018 [en ligne]. 2018. [consulté le 24/05/2019] Accessible en ligne : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/06-politique-vaccinale-Tome-1.pdf> p226

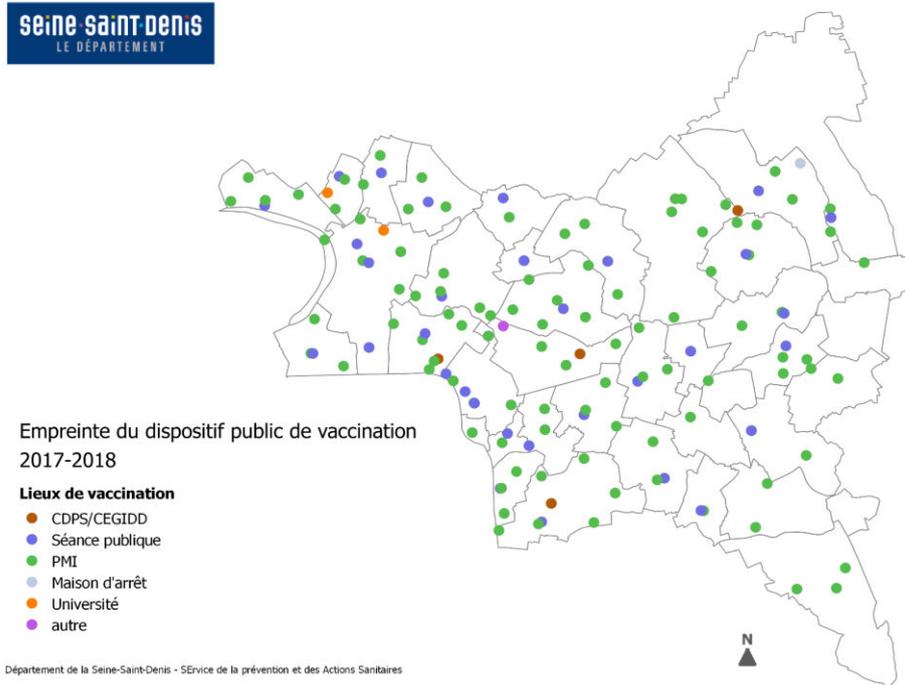
Annexes

- A Liste des sigles utilisés
- B Empreinte du dispositif public en Seine-Saint-Denis
- C Calendrier vaccinal 2019
- D Questions évaluatives, critères, indicateurs et sources de données
- E Vaccins coûteux et peu remboursés
- F Stratégie de remboursement du CD93 par la CPAM
- G Stratégie de mise à disposition des vaccins dans les sites
- H Public du dispositif par classes d'âge
- I Communes sans séances publiques
- J Schéma du circuit de gestion

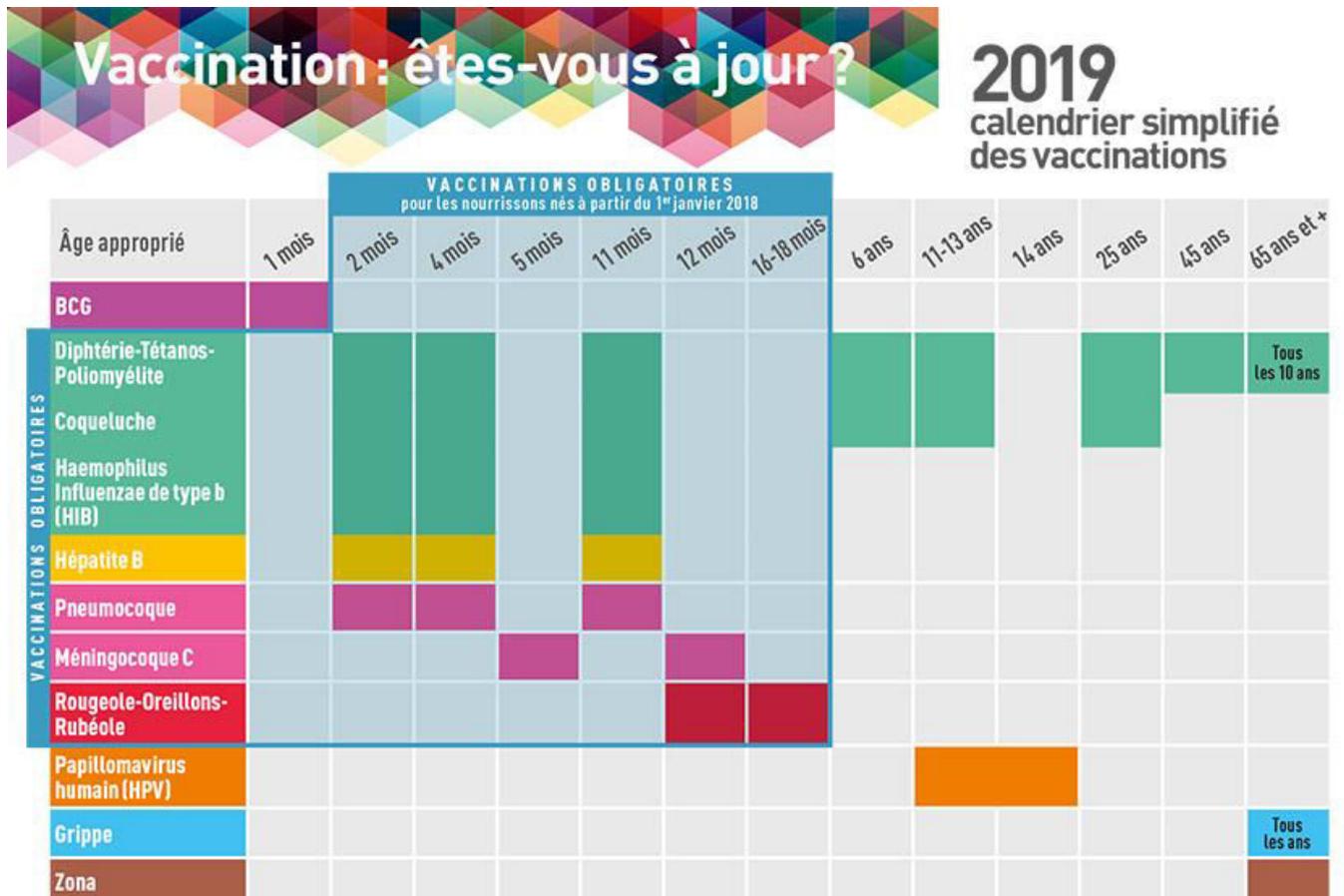
A Liste des sigles utilisés

- AMC Assurance Maladie Complémentaire
- AME Aide Médicale d'Etat
- AMO Assurance Maladie Obligatoire
- ARS Agence Régionale de Santé
- ASR Actions de santé recentralisées par l'Etat (Mission de prévention et de dépistage des cancers, de vaccination et de lutte contre la tuberculose)
- BCG Vaccin contre la tuberculose (Bacille Calmette Guérin)
- CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
- CD93 Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis
- CDPS Centre Départemental de Prévention Santé
- CeGIDD Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
- CES Centre d'Examens et de Santé
- CLS Contrats Locaux de Santé
- CMS Centre Municipal de Santé
- CMU-C Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- CPAM 93 Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine-Saint-Denis
- CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CV Couverture Vaccinale
- DGD Dotation Globale de Fonctionnement
- DMP Dossier Médical du Patient
- ETP Equivalent Temps Plein
- HLM Hors-Les-Murs
- HPV Papillomavirus
- ISS Inégalités sociales de santé
- MIPV Maladies Infectieuses à Prévention Vaccinale
- OFII Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
- PMI Protection Maternelle et Infantile
- ROR Vaccin trivalent contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
- SI Système d'Information
- SP Séances Publiques de vaccination
- SSD Seine-Saint-Denis
- SUMPPS Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
- VHB Virus de l'Hépatite B

B Empreinte du dispositif public en Seine-Saint-Denis en 2017-2018 (Source : Pôle appui au pilotage du SPAS)



C Calendrier vaccinal 2019



D Questions évaluatives, critères, indicateurs et sources de données

N°	Question évaluative	Critère	Indicateurs	Source de données
1	Qui est le public consultant dans les sites de vaccination du dispositif, avec quelle organisation?	Description du public par type de site	Selon les professionnels : tranche d'âge, couverture sociale, précarité Selon les bons CPAM : tranche d'âge, couverture sociale Fonctionnement de la SP : jour, horaire, réservée à la vaccination, vaccination hors SP avec les vaccins destinés à la SP	Documents internes Questionnaire professionnels
2	La stratégie de mise à disposition de vaccins dans les sites de vaccination conduite par le SPAS correspond-elle aux objectifs?	Stratégie de mise à disposition de vaccins, par type de site de vaccination (PMI, CMS, CDPS) et par profil d'utilisateur (couverture sociale, indications)	Vaccins disponibles à la commande parmi les vaccins obligatoires et recommandés au calendrier vaccinal Instructions de mise à disposition données par le SPAS, par type de site de vaccination (PMI, CMS, CDPS) et par profil d'utilisateur (couverture sociale) Mode de communication de ces instructions aux sites Circuit de commande-livraison	Documents internes Questionnaire professionnels
3	La mise à disposition effective des vaccins dans les sites correspond-elle à la stratégie conduite par le SPAS ?	Mise à disposition effective dans les sites	Mise à disposition effective des vaccins par type de site de vaccination (PMI, CMS, CDPS) et par profil d'utilisateur (couverture sociale, indications) Circuit de commande – livraison : clarté d'utilisation pour les professionnels Compréhension des instructions données par le SPAS Désaccord avec les instructions Causes de non-respect des instructions Problèmes particuliers par vaccins	Documents internes Questionnaire professionnels
4	L'existence de créneaux horaires dédiés (séance publique) est-elle pertinente ?	Activité effective lors de la séance publique	Prise en charge effective de tous les patients qui le désirent en SP % de remplissage de la SP et nombre d'actes par heure Exclusivité de l'activité de vaccination lors de la SP La vaccination est-elle un motif de consultation spécifique pour les usagers en PMI Utilisation de vaccins de la SP hors créneaux SP	Questionnaire professionnels
5	Les vaccins sont-ils accessibles financièrement à la population de SSD ?	Reste à charge dans le dispositif pour les vaccins obligatoires et recommandés Plus-value de l'offre de vaccination gratuite par rapport à la prescription	Reste à charge dans le dispositif en fonction de la couverture sociale pour les vaccins obligatoires Reste à charge dans le dispositif en fonction de la couverture sociale pour les vaccins recommandés Populations en difficulté particulière pour le financement des vaccins Part de la population prise en charge pour laquelle la prescription ne serait pas possible (barrière de la langue, absence de couverture sociale complète, pharmacie éloignée)	Documents internes Questionnaire professionnels
6	Les vaccins sont-ils accessibles à la population sur tout le territoire de SSD ?	Délai de consultation en CMS et PMI pour les vaccinations	Délai de RDV en CMS et PMI pour les vaccinations Territoires en difficulté particulière	Questionnaire professionnels Documents internes
7	Quelles problématiques de lisibilité du dispositif entraîne l'évolution récente de la législation relative à la vaccination ?	Impact de l'obligation vaccinale Lisibilité globale du dispositif par les professionnels et les usagers	Evaluation a priori de l'impact de l'extension vaccinale Evolutions récentes des instructions en fonction du contexte de la nouvelle obligation vaccinale Lisibilité globale du dispositif par les professionnels et cas complexes Lisibilité globale du dispositif par les usagers Faisabilité d'une évolution du dispositif de mise à disposition de vaccins pour assurer une meilleure lisibilité	Bibliographie Questionnaire professionnels

8	Les ressources financières sont-elles suffisantes pour la stratégie de mise à disposition de vaccins dans les sites de vaccination ?	Chiffrage de modèles alternatifs	Faisabilité d'une évolution du dispositif de mise à disposition de vaccins pour assurer une meilleure lisibilité	Documents internes
9	Quelles sont les activités de promotion du dispositif existantes à destination des usagers ?	Actions existantes de promotion du dispositif Faisabilité de développer / généraliser ces actions	Recherche des actions de promotion du dispositif existantes à destination des usagers Faisabilité pratique de généraliser ces actions : ressources nécessaires vs disponibles, motivation des professionnels, obstacles	Questionnaire professionnels Partenaires
10	Le parcours usager actuel participe t'il d'un accès facilité à la vaccination pour les usagers ?	Parcours de vaccination(s) actuel(s) Impact sur les ISS Faisabilité de la mise en place d'un parcours formalisé	Description du ou des parcours de vaccination(s) actuel(s) par type d'utilisateur et des sites et acteurs impliqués dont les actions de communication sur le dispositif Leviers de réduction des ISS activés par le ou les parcours de vaccination(s) actuel(s) Freins éventuels à la réduction des ISS activés par le ou les parcours de vaccination(s) actuel(s) Faisabilité de la formalisation d'un parcours adapté aux différents profils d'utilisateurs s'appuyant sur un fonctionnement en réseau des différents acteurs	Questionnaire professionnels Documents internes Questionnaire professionnels partenaires
11	Les actions de vaccination permettent-elles de cibler les populations précaires ?	Actions existantes Faisabilité de développer / généraliser ces actions	Recherche des actions de prévention primaire de type hors-les-murs existantes : populations cibles, acteurs, ressources nécessaires, fonctionnement, lien avec le conseil départemental, évaluation Faisabilité pratique de généraliser ces actions : ressources nécessaires vs disponibles, motivation des professionnels, obstacles Questionnement de la pertinence de développer des actions d'aller-vers et/ou d'orienter-vers dans le dispositif	Questionnaire professionnels Partenaires
12	Les actions des partenaires du conseil départemental permettent-elles de cibler les populations précaires ?	Actions existantes	Actions des partenaires conventionnés avec le conseil départemental : populations cibles, acteurs, ressources nécessaires, fonctionnement, évaluation Questionnement de la stratégie en direction des populations précaires (SP, centre de l'AM, MDM etc). Faisabilité pratique de développer ces actions et de nouveaux partenariats: besoins, place dans le dispositif	Documents internes Questionnaire professionnels Partenaires
13	Les différents acteurs intervenant dans le dispositif de vaccination fonctionnent-ils en réseau ?	Interactions entre acteurs Faisabilité de la mise en place d'un réseau formalisé	Existence et nature des interactions entre acteurs : CMS, PMI, CLS, médecins libéraux, pharmacies, CNAM, CD, partenaires associatifs, partenaires autres Questionner la place des CMS : existence d'objectifs Dispositifs existants sur d'autres territoires Faisabilité de la mise en place d'un réseau formalisé : volonté des acteurs, leviers Modalités de la mise en place d'un réseau formalisé entre ces acteurs pour un pilotage commun (objectifs communs / mode de coopération / activités : adressage de patients, circuit de commandement-remboursement, prise en charge sociale, promotion de la santé, aller-vers / ressources / évaluation) Outils de support à développer pour concrétiser le réseau (adresse mail, réunions de pilotage, outil de gestion commun, SI patient, documents partagés etc)	Documents internes Questionnaire professionnels Bibliographie Partenaires

14	Les activités de formation continue actuellement existantes sont-elles satisfaisantes du point de vue des professionnels ?	Activités de formation continue existantes Satisfaction des professionnels Besoins de formation continue exprimés	Description des activités de formation continue existantes Périmètre des professionnels concernés et participants Degré de satisfaction des professionnels et remarques formulées Besoins de formation continue exprimés par les professionnels Besoins de formation continue non satisfaits par les professionnels Faisabilité d'une modification de l'offre de formation continue (forme, contenu, public, périodicité, professionnels ciblés) Existence de besoins d'harmonisation des pratiques Faisabilité d'une harmonisation des pratiques (contenu, professionnels cibles)	Documents internes Questionnaire professionnels Bibliographie
15	L'information en cas de pénurie vaccinale est-elle de qualité et adaptée aux besoins des professionnels ?	Qualité du circuit d'élaboration de l'information en cas de pénurie vaccinale	Description du circuit d'élaboration de l'information en cas de pénurie vaccinale (labo - - - > sites) Satisfaction par les professionnels de l'information reçue en cas de pénurie (moyen de communication, temporalité, clarté, exhaustivité, applicabilité) Faisabilité de faire évoluer l'information reçue en cas de pénurie	Documents internes Partenaires Questionnaire professionnels
16	La prise en charge sociale des usagers des sites permet-elle d'optimiser le remboursement des vaccins ?	Description du circuit de prise en charge sociale des usagers	Existence et activité des travailleurs sociaux par site Demande et vérification de la prise en charge sociale dans les centres Existence et fonctionnement d'un circuit d'ouverture des droits ou d'aide à l'acquisition d'une mutuelle Existence et fonctionnement d'un circuit privilégié d'ouverture des droits en lien avec la CPAM en PMI Problèmes particuliers en lien avec l'ouverture des droits (nouveaux-nés) Recherche de leviers d'amélioration des recettes de la CPAM (couverture sociale)	Questionnaire professionnels Documents internes Partenaires Bibliographie
17	Quelle est le rôle de la déclaration des effets indésirables dans le dispositif et comment cela est-il fait ou faisable ?	Place dans le dispositif Existence de déclaration des EI Acteurs impliqués	Recherche dans le cadre légal et administratif de l'obligation de déclaration des EI Existence en pratique de la déclaration Acteurs impliqués Questionnement de la pertinence de le piloter en central	Bibliographie Questionnaire professionnels
18	Quels sont les leviers de diminution des dépenses du Conseil départemental pour le dispositif de vaccination?	Leviers de diminution des dépenses du Conseil départemental	Recherche de leviers d'amélioration des pratiques dans les centres (pertes « logistiques » de vaccins : rupture de la chaîne du froid, péremption) Autres leviers de diminution des dépenses (centrale d'achat)	Questionnaire professionnels Partenaires
19	Quels sont les autres leviers d'augmentation des recettes du Conseil départemental pour le dispositif de vaccination?	Leviers d'augmentation des recettes du Conseil départemental	Recherche de leviers d'amélioration des pratiques dans les centres (exhaustivité des bons CPAM, outil de gestion) Recherche de leviers de négociation avec la CPAM (conditions de remboursement négociées) Recherche de leviers d'augmentation des recettes par les mutuelles Autres leviers d'augmentation des recettes (concentrateurs de mutuelle, télétransmission, partenariats avec les pharmacies)	Partenaires Bibliographie Questionnaire professionnels
20	Les outils de gestion et de système d'information existants permettent-ils un pilotage optimal du dispositif de mise à disposition de vaccins par le conseil départemental ?	Données nécessaires au pilotage optimal Données recueillies par les outils de gestion existants Faisabilité d'améliorer les outils	Données nécessaires à une gestion optimale : par patient et par centre Données recueillies par les outils de gestion existants (bons de commande SAG, factures des laboratoires retournées au SAG, bons CPAM retournés au SPAS, dossiers patients, carnets de vaccination, autres) Utilisation du carnet de vaccination : quels patients, outil de liaison Faisabilité de la quantification de la file active par data management des outils existants en routine Synthèse du circuit de gestion en place	Documents internes Questionnaire professionnels Partenaires

			Faisabilité de mettre en place un outil de gestion commun au SAG et au SPAS permettant de suivre et valider les stocks et commandes par centre et de le mettre en relation avec les bons CPAM Faisabilité de mettre en place le logiciel Nova dans les sites	
21	Comment le suivi de la couverture vaccinale des publics ciblés par le dispositif est-il fait ou faisable ?	Existence d'un suivi de la CV des publics ciblés Acteurs impliqués Faisabilité le cas échéant	Recherche des acteurs à l'origine des données de couverture vaccinale existantes Modalités de collaboration actuelles avec le CD Questionnement de la pertinence d'une collaboration pour les données de surveillance manquantes	Bibliographie Documents internes Partenaires
22	Le dispositif de vaccination prévoit-il une évaluation ?	Critères d'évaluation prévus	Description des critères d'évaluation prévus dans le rapport d'activité Questionnement des critères d'évaluation du dispositif pertinents	Documents internes

E Vaccins coûteux et peu remboursés

Pour 1 dose	Prévenar (Pneumocoque)	Neisvac (Méningocoque)	Gardasil (HPV)
Prix public	54,54 €	22,01 €	120,39 €
Prix négocié CD93	47,48 €	17,36 €	103,48 €
Taux de prise en charge CPAM	65 %	65 %	65 %
Part complémentaire restant à charge du CD93 pour un assuré	16,62 € x 3 doses = 49,86 €	6,08 € x 2 doses = 12,16 €	36,22 € x 2 ou 3 doses = 72,44 à 108,66 €
Augmentation des dépenses en vaccins coûteux en 2018	Dépenses stables	+ 48 000 € Effet volume 84%	+ 12 000 € Effet volume 100%

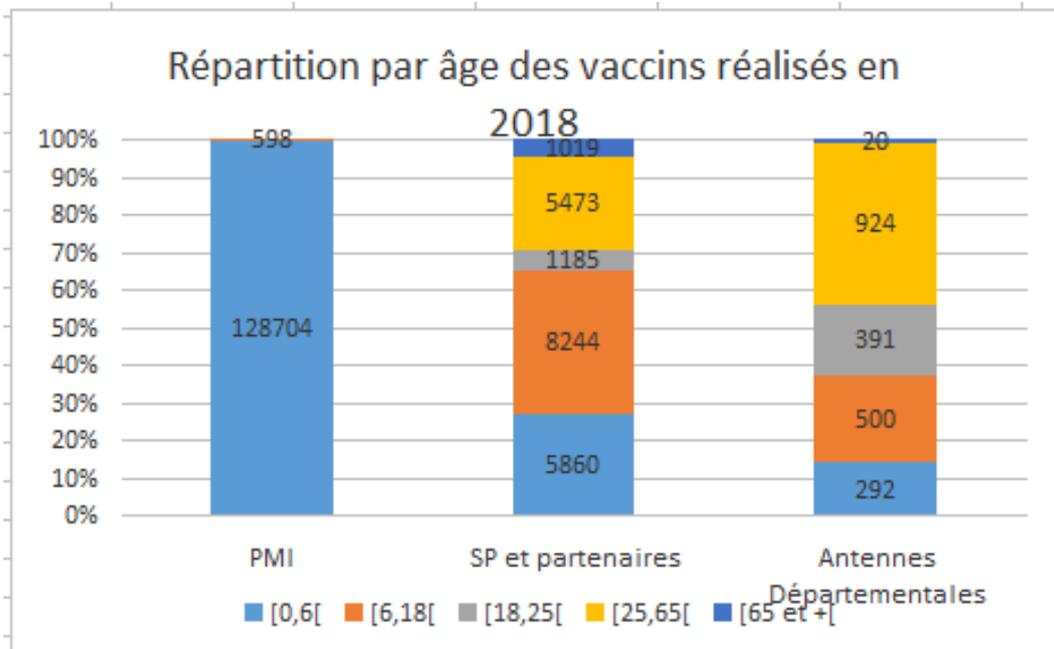
F Stratégie de remboursement du CD93 par la CPAM

Pas de couverture sociale	BCG Neisvac Méningo A+C Prévenar Pneumo 23 Revaxis Gardasil Havrix Typhim	ROR hors PMI >18 ans	Grippe en PMI	Hors PMI : Hexavalent Pentavalent Tétravalent VHB ROR	En PMI : Hexavalent Pentavalent Tétravalent VHB ROR	AME CMUC ALD	ROR en PMI	ROR hors PMI <18 ans	Grippe hors PMI
0%	65%				100%				

G Stratégie de mise à disposition des vaccins dans les sites

Pas de condition de couverture sociale	Pas de condition de couverture sociale + critères	Patients sans couverture sociale complète	Patients sans couverture sociale complète + critères	Situations particulières
Revaxis ROR VHB Infanrix hexa Boostrix tetra Tetravac acellulaire	BCG si critères de priorisation Infanrix Quinta si NN de mère Ag HBs	Prévenar Neisvac Havrix Typhim	Gardasil si antenne CeGIDD ou centre de planification	Grippe si femme enceinte ou enfant et indication Pneumo 23 si indication Méningo A+C si indication.

H Public du dispositif par classes d'âge



Résumé

La vaccination est un enjeu clé pour la prévention des maladies infectieuses. En Seine-Saint-Denis, cette mission est portée par le département, et déclinée sous forme de dispositif dans 151 sites de nature différente. Ce dispositif complexe, tant en termes de stratégie que de gestion, est évolutif, en fonction du calendrier vaccinal, des pénuries, et de la récente obligation vaccinale depuis janvier 2018. Ces évolutions ont rendu le dispositif peu lisible sur plusieurs plans, particulièrement en ce qui concerne les séances publiques de vaccination, effectuées dans des sites municipaux conventionnés, pour lesquelles le retour d'information était faible.

L'objectif de ce travail a donc été d'évaluer le dispositif de vaccination en Seine-Saint-Denis, et plus particulièrement les séances publiques. Ce travail a été mené par le biais de questionnaires et de visites dans les sites. Au total les données concernant 44 sites ont été analysées de manière qualitative.

Cette enquête a permis de mettre en évidence des points d'amélioration, à la fois sur le plan de la stratégie de mise à disposition des vaccins, avec notamment des problématiques financières et de ciblage des populations précaires, sur le plan du pilotage et de la gestion du dispositif avec un besoin de suivi plus fin des sites et des flux de vaccins. L'évaluation a été pour finir traduite en propositions, qui ont été transmises au service pilotant le dispositif.

Mots clefs : Prévention, Politique vaccination, Population défavorisée, Conseil départemental, Evaluation.

Abstract

Immunization is a key issue to prevent infectious diseases. In the Seine-Saint-Denis local community, this task is up to the County Council, and it is organized in a public program involving 151 sites. This program, a complex one in terms of strategy and management, changed over time as immunization schedule, shortage of vaccine doses and laws, such as obligation to vaccinate children since January 2018, have evolved. These changes made the program less clear on many sides, and especially in issues concerning public immunization sessions, which take place in municipal sites, with an agreement with the County Council, and for which feedback is poor.

The aim of this study was to evaluate this immunization program, with a focus on public immunization sessions. This work was done with questionnaires and qualitative interviews in the field. Data concerning 44 sites was at last analysed.

This investigation has highlighted several needs for improvement, in terms of vaccines availability strategy, and in particular financial needs and targeting of insecure population, and in terms of program steering, notably a need for sites and vaccines flows monitoring. Finally, proposals have been formulated in view of the assessment.

Keywords : Prevention, Immunization policy, Disadvantaged population, Local authorities, Assessment.