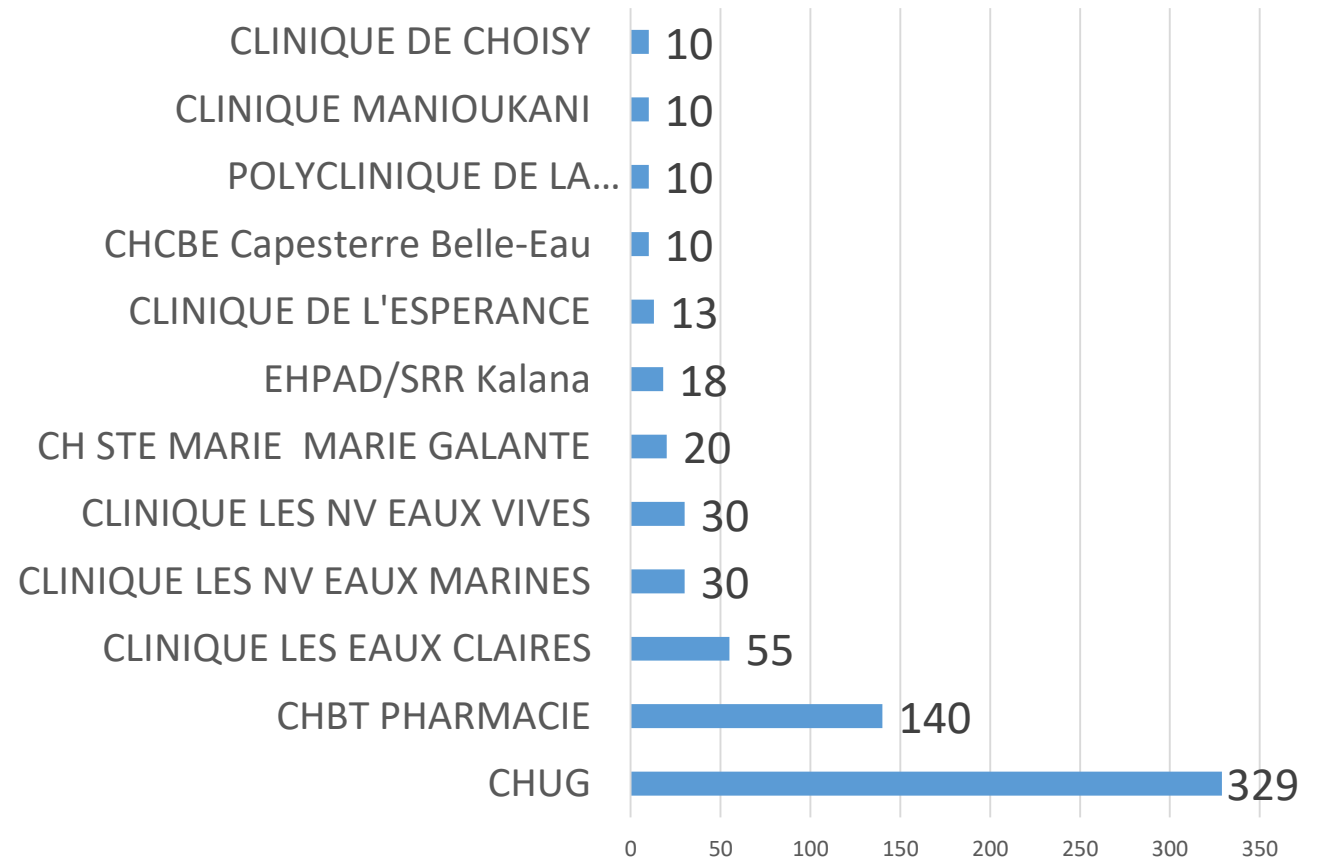


Campagne 2024/2025

Constat

- Seulement 11 établissements de santé ont déclinés une campagne de vaccination.
- Très faible participation des ESMS
 - Une seule EHPAD non rattachée a participé.
 - 2 EHPAD rattachées à un ES

675 doses délivrées par la PUI du CHUG



Les vaccins 2025-2026

Les recommandations

- Personnes âgées de 65 ans et plus.
- Enfants sans comorbidités :
 - La vaccination peut être proposée chaque année à tous les enfants de 2 à 17 ans révolus. Les trois vaccins antigrippaux (Fluarix Tetra, Vaxigrip Tetra, Influvac Tetra, qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) chez l'enfant et qui sont disponibles en France, peuvent être utilisés.
- Femmes enceintes sans facteur de risque spécifique (dès le premier trimestre de grossesse)
- Personnes obèses (indice de masse corporel supérieur ou égal à 40)
- Drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalassodrépanocytose ;
- Diabète de type 1 et de type 2 ;
- Pathologie cardiaque et pulmonaire

Les recommandations professionnelles

- Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque de grippe sévère ;

Campagne de vaccination contre la grippe pour la saison 2025-2026 de l'hémisphère nord

- Passage aux **vaccins trivalents**
 - car la souche B/Yamagata du virus de la grippe B ne circule plus depuis mars 2020.
- Les vaccins inactivés utilisables seront les suivants :
 - VAXIGRIP,
 - INFLUVAC et
 - FLUCELVAX.

Campagne de vaccination contre la grippe pour la saison 2025-2026 de l'hémisphère nord

- La HAS recommande pour les personnes âgées de 65 ans et plus l'utilisation préférentielle
 - des vaccins antigrippaux **adjuvantés** (FLUAD) et **hautelement dosés** (EFLUELDA) pour la campagne 2025/2026.
 - remboursés à 65 % et pourront être commandés par les pharmacies d'officine pour la prochaine campagne de vaccination 2025-2026.

Campagne de vaccination pour la saison 2025-2026

- Campagne Covid-19/grippe : en 2025, elle a lieu du 14 octobre pour l'hémisphère nord au 31 janvier 2026.
 - ➔ Le calendrier pourra être adapté en fonction du contexte épidémiologique.
- Les deux vaccins peuvent être injectés simultanément, sur deux sites différents (une injection dans chaque bras).

Bon de commande de vaccin antigrippe pour les professionnels de santé ES et ESMS (1)

Formulaire à compléter et à expédier au plus tard le vendredi de la semaine N pour traitement et mises à disposition dès le mardi de la semaine N+1 à : (2)

- PUI CHUG : audrey.ancedy@chu-guadeloupe.fr, marion.saliege@chu-guadeloupe.fr, diana.mathieu@chu-guadeloupe.fr
- ARS : ars971-suivi-pharmacies@ars.sante.fr, jocelyne.otz@ars.sante.fr, aline.franck@ars.sante.fr

Structure qui fait la demande	
Nom de la structure (Centre de vaccination ou établissement ou assimilés)	
Adresse complète	
N° FINESS (ET ou géographique)	
Nom et prénom du demandeur (médecin responsable ou à défaut le directeur de la structure)	
Fonction du demandeur	
Adresse mail	
Téléphone	
Date de la demande	
Personne référente vaccination antigrippe si différente du médecin responsable	
Nom et prénom	
Téléphone fixe/mobile	
Adresse mail	

Nom de spécialité du vaccin	VAXIGRIPTETRA-SANOFI
Date envisagée de la vaccination	.. /.. /202..
Nombre total de vaccins souhaités pour les professionnels de santé	... vaccin(s)

(1) : ES : établissements de santé ; ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux

(2) : Il appartient à chaque établissement de récupérer sa commande à la PUI du CHUG le mardi de la semaine N+1

Bon de commande de vaccin anti-COVID 19 par la pharmacie d'établissement de santé Guadeloupe

Formulaire à compléter et à expédier au plus tard le vendredi de la semaine N pour traitement et préparation des envois le mardi de la semaine N+1 à :

ars971-suivi-pharmacies@ars.sante.fr, jocelyne.otz@ars.sante.fr, aline.franck@ars.sante.fr, audrey.ancedy@chu-guadeloupe.fr, marion.saliege@chu-guadeloupe.fr, diana.mathieu@chu-guadeloupe.fr

Structure qui fait la demande	
Nom de la structure (Centre de vaccination ou établissement ou assimilés)	
Adresse complète	
N° FINESS (ET ou géographique)	
Nom et prénom du demandeur (médecin responsable ou à défaut le directeur de la structure)	
Fonction du demandeur	
Adresse mail	
Téléphone	
Date de la demande	
Personne référente vaccination anti-covid19 si différente du médecin responsable	
Nom et prénom	
Téléphone fixe/mobile	
Adresse mail	

Nom de spécialité du vaccin (cocher la case ou entourer le nom de spécialité du vaccin)	Comirnaty [®] LP.8.1 30 µg/dose PAE 12 ans + ☐ (6 doses/Flacon)	Comirnaty [®] * LP.8.1 10 µg/dose PAE 5-11 ans ☐ (6 doses/Flacon)	Comirnaty [®] * LP.8.1 3 µg/dose AD 6 mois-4 ans ☐ (3doses /Flacon)	
Date envisagée de la vaccination				
Nombre de personnes prioritaires ou de résidents				
Nombre de professionnels de santé				
Nombre de personnes hors publics prioritaires (préciser brièvement les motifs de ces demandes)				
Soit nombre total de doses souhaité				

Partie réservée à l'ARS « 971 »

Validation ARS	
Avis ARS (cocher la case)	☐ FAVORABLE ☐ DÉFAVORABLE
Nom et prénom de la personne qui valide	
Fonction de la personne qui valide	
Date avis ARS	

(*) : vaccination nécessitant un avis médical pédiatrique