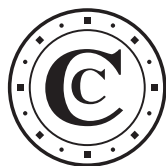


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LA POLITIQUE DE VACCINATION DEPUIS 2018

Des avancées à conforter,
une mobilisation à renforcer

Rapport public thématique

Évaluation de politique publique

Septembre 2026

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	15
 CHAPITRE I LES EFFETS INÉGAUX DES ÉVOLUTIONS RÉCENTES DE LA POLITIQUE VACCINALE SUR LA COUVERTURE DE LA POPULATION.....	 23
I - UNE CONNAISSANCE INSUFFISANTE DE LA SITUATION VACCINALE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE	24
A - La connaissance individuelle de la situation vaccinale grâce au dossier médical partagé : un objectif ancien, une mise en œuvre récente et progressive.....	24
B - Une connaissance des couvertures vaccinales collectives imparfaite, tirée de la combinaison de sources d'informations parcellaires.....	29
II - UN EFFET MAJEUR DE L'OBLIGATION VACCINALE SUR LA COUVERTURE DES NOURRISSONS ET LA LIMITATION DES FOYERS ÉPIDÉMIQUES.....	33
A - L'extension progressive du champ de l'obligation vaccinale	33
B - Un effet positif de l'extension de l'obligation vaccinale illustré par les vaccins les plus récents	34
C - Une couverture vaccinale encore améliorée pour les maladies visées par les vaccins déjà obligatoires	36
D - Un effet d'entraînement sur les vaccinations recommandées	37
E - Une couverture encore insuffisante pour certains vaccins : le cas de la rougeole.....	38
III - LES OBJECTIFS PARTIELLEMENT ATTEINTS DE L'AUGMENTATION DES LIEUX DE VACCINATION ET DES VACCINATEURS.....	42
A - L'élargissement récent des lieux de vaccination et des vaccinateurs.....	42
B - Les résultats mitigés de l'élargissement des compétences vaccinales.....	44
C - Les résultats décevants de la vaccination contre les HPV au collège.....	54
 CHAPITRE II UN EFFET AVÉRÉ DE LA VACCINATION SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ, UNE EFFICIENCE À CONFORTER.....	 63
I - LES INFECTIONS DU NOURRISSON : UNE CHARGE POUR LE SYSTÈME DE SOINS, DES MESURES DE PRÉVENTION À RENFORCER	64
A - De nouvelles modalités de prévention susceptibles d'atténuer l'impact de la bronchiolite du nourrisson sur le système de soins	64
B - La vaccination contre les rotavirus, un potentiel d'efficacité encore trop peu exploité	71
II - UN INTÉRÊT ÉCONOMIQUE MANIFESTE DE LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE, LIMITÉ PAR UNE COUVERTURE INSUFFISANTE	75
A - La vaccination contre la grippe, outil de prévention et d'économies.....	76
B - Des économies à attendre d'une augmentation de la couverture vaccinale.....	78
III - UNE ÉLABORATION DES STRATÉGIES VACCINALES QUI DOIT MIEUX TENIR COMPTE DE L'EFFICIENCE, Y COMPRIS « EN VIE RÉELLE »	79
A - La nécessaire recherche du meilleur usage des ressources financières pour améliorer la protection de la population.....	80
B - Une prise en compte limitée de l'efficacité dans l'organisation administrative actuelle.....	81

CHAPITRE III UN SUCCÈS VARIABLE DE LA POLITIQUE VACCINALE DANS LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES.....	87
I - UNE CONTRIBUTION SENSIBLE MAIS ENCORE INSUFFISANTE À LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS TERRITORIALES	88
A - Une réduction des écarts entre territoires grâce à l’extension des obligations vaccinales	89
B - Une contribution de la vaccination en milieu scolaire à la réduction des inégalités territoriales	92
II - DES INÉGALITÉS SOCIALES ENCORE TROP FORTES EN MATIÈRE DE VACCINATION	94
A - La fragilisation des services de la protection maternelle et infantile	95
B - La persistance d’inégalités sociales en matière de vaccination en milieu scolaire.....	97
C - Une prise en compte des personnes en situation précaire à mieux évaluer	100
D - Une amélioration souhaitable de la vaccination des personnes d’origine étrangère	104
CONCLUSION GÉNÉRALE	109
LISTE DES ABRÉVIATIONS	111
GLOSSAIRE	113
ANNEXES	119

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres thématiques que comprend la Cour¹ ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

Le présent rapport d'évaluation de politique publique est issu d'une enquête conduite sur le fondement des articles L. 111-2, L. 111-3 et L. 111-13 du code des juridictions financières. Il est rendu public en vertu des dispositions de l'article L. 143-6 du même code.

L'enquête de la Cour a été notifiée aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 30 avril, 28 juillet et 11 décembre 2025.

Un comité d'accompagnement a été constitué, dont la composition est rappelée en annexe n° 1.

¹ La Cour comprend aussi la chambre du contentieux, dont les arrêts sont rendus publics.

Les rapporteurs ont conduit environ 120 entretiens avec les représentants des principales administrations et organismes publics et privés concernés. Ils ont notamment rencontré des professionnels de santé, des associations de patients, des fédérations et sociétés savantes et des personnalités qualifiées.

Des visites sur place ont été réalisées au sein de quatre régions : Île-de-France, Normandie, Occitanie et Bretagne. À cette occasion, les rapporteurs ont rencontré des représentants des agences régionales de santé, de l'assurance maladie, de rectorats d'académie, de collèges publics et privés sous contrat, de collectivités territoriales, d'établissements de santé, de directions interrégionales des services pénitentiaires, d'établissements pénitentiaires, de services de santé étudiante, de structures d'exercice coordonné des soins, de communautés professionnelles territoriales de santé, d'unions régionales des professionnels de santé et d'associations. Des entretiens avec divers représentants d'organismes situés en Martinique ont été conduits à distance.

Pour compléter ces entretiens et visites sur place, des questionnaires ont été envoyés aux principaux interlocuteurs.

**

Le projet de rapport a été préparé, puis délibéré le 24 avril 2026, par une formation de la sixième chambre, présidée par M. Lejeune, président de chambre, et composée de Mme Caroli, conseillère maître, de MM. Machard, Chailland, Chastenet de Géry, Fourier, Mosimann, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, de Mmes Rumeau-Michon et Flamarion, conseillères référendaires en service extraordinaire, et M. Dossi, conseiller référendaire, et, en tant que contre-rapporteuse, Mme Régis, conseillère maître.

Il a été examiné et approuvé, le 19 mai 2026, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme de Montchalin, Première présidente, M. Hayez, rapporteur général, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, et M. Cazé, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Albertini, M. Vught, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et M. Groper, premier avocat général, représentant la Procureure générale, entendu en ses avis.

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Synthèse

L'objectif central de la politique de vaccination est d'immuniser la population contre des pathologies graves ou contagieuses, lorsque ce procédé est disponible et qu'il peut être mis en œuvre sur les plans sanitaire et économique. Moyen de prévention primaire², la vaccination vise une protection individuelle et collective en limitant la circulation d'un virus ou d'une bactérie, pouvant aller jusqu'à son éradication comme ce fut le cas de la variole. Elle contribue aussi à la réduction des inégalités sociales de santé, en prévenant l'apparition de maladies qui peuvent toucher plus fortement des catégories de population défavorisées. Par ailleurs, la politique de vaccination présente un intérêt socio-économique en réduisant les dépenses d'assurance maladie et l'absentéisme au sein de la population active, grâce à la prévention des épidémies.

L'atteinte de son objectif s'apprécie notamment au travers de la couverture vaccinale de la population, pour laquelle des taux cibles ont été fixés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à des niveaux élevés (entre 90 et 95 % pour les maladies du nourrisson, par exemple). Les documents stratégiques français ont repris ces taux cibles qui permettent d'envisager l'élimination des maladies visées. Pour les atteindre, la stratégie française *Vaccination et immunisation 2025-2030* adoptée en 2025, prévoit de multiplier les occasions de vaccination par l'augmentation du nombre de vaccinateurs. En dépit de son long délai d'élaboration, cette stratégie n'a pas été précédée d'une évaluation mettant en regard les résultats obtenus dans le cadre des précédentes stratégies et les nouveaux axes de la politique publique.

S'agissant des nourrissons, la couverture vaccinale de la France est bonne, en comparaison avec d'autres pays développés, en particulier contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B ou encore les pneumocoques. Elle est en revanche en retrait pour ce qui est des rotavirus, à l'origine de gastro-entérites. La vaccination des adolescents (personnes de plus de 12 ans) et des adultes obtient de moins bons résultats : seulement 55 % des jeunes de 15 ans sont vaccinés contre le papillomavirus, alors que ce taux dépasse 80 % dans de nombreux pays, comme le Portugal, l'Espagne et la Suède. La vaccination contre la grippe est en recul depuis 2022 et reste éloignée de l'objectif d'une couverture de 75 % de la population cible (personnes âgées de 65 ans et plus et certains malades chroniques). La vaccination des femmes enceintes, après avoir été insuffisante pendant de nombreuses années, s'est améliorée depuis 2023, en relation avec une importante épidémie de coqueluche.

La France se caractérise par une proportion importante d'adultes réticents à la vaccination. Depuis 2010, année marquée par une forte hésitation (près de 20 % des adultes étaient défavorables à la vaccination), l'adhésion vaccinale s'est améliorée jusqu'en 2024, première année où elle a diminué à nouveau³. Cette adhésion est moins forte chez les personnes disposant des diplômes les moins élevés et des revenus les plus faibles, et elle a tendance à croître chez les personnes âgées.

² L'astérisque placé après un mot renvoie à un terme du glossaire.

³ La proportion de personnes plutôt ou très favorables à la vaccination est passée de 61 % en 2010 à 84 % en 2023, puis 80 % en 2024.

En France, la politique de vaccination a représenté une dépense de 1,4 Md€ en 2024, dont près de la moitié est constituée des remboursements de vaccins par l'assurance maladie (617 M€). Cette dernière dépense a augmenté de près de 70 % entre 2018 et 2024, essentiellement sous l'effet d'un recours accru à des vaccins plus coûteux.

La vaccination est proposée selon deux modalités : par les professionnels de ville (notamment les médecins, les pharmaciens et les infirmiers), qui assurent la plupart des vaccinations et représentent la majorité des coûts et des remboursements par l'assurance maladie, et par les centres de vaccination et les services de protection maternelle et infantile, financée intégralement par les pouvoirs publics, sans reste à charge pour le patient. Un grand nombre d'acteurs interviennent au titre de l'élaboration de la stratégie, de sa mise en œuvre et de son financement. Cet éclatement des acteurs est source de coûts de coordination et d'une complexité de pilotage.

La Cour des comptes s'est attachée à évaluer la politique de vaccination depuis 2018, date à laquelle des modifications importantes de la stratégie ont été introduites (en particulier l'extension des obligations vaccinales des enfants avant l'entrée en collectivité et l'élargissement du champ des professionnels de santé habilités à vacciner). La présente évaluation est centrée sur la vaccination en population générale, à l'exception de la vaccination de crise, en particulier celle contre la covid 19. Elle ne concerne donc pas la vaccination des professionnels de santé et les enjeux associés à l'obligation vaccinale susceptible de les concerner.

La Cour des comptes s'est pour ce faire efforcée de répondre à trois questions évaluatives.

Première question évaluative : les modifications de la politique vaccinale depuis janvier 2018 ont-elles permis de mieux atteindre les objectifs de couverture vaccinale ?

Afin de répondre à cette question, la Cour a tout d'abord cherché à estimer la couverture vaccinale et donc à évaluer si les outils dématérialisés désormais utilisés pour tracer les vaccinations permettaient de disposer d'une connaissance exhaustive du statut vaccinal des personnes. Elle s'est ensuite interrogée sur l'effet de l'extension des obligations vaccinales des nourrissons au 1^{er} janvier 2018 sur la couverture vaccinale et l'incidence de ces maladies. Enfin, la Cour a vérifié si l'élargissement recherché des lieux de vaccination et des vaccinateurs avait permis d'augmenter la couverture vaccinale.

Depuis juin 2020, un carnet de vaccination électronique a été intégré au dossier médical partagé (DMP). Il est essentiellement alimenté par les pharmaciens d'officine auxquels la faculté de vacciner les adultes a été ouverte en 2021. L'historique des vaccinations est essentiellement réalisé, encore aujourd'hui, sur un support papier ou au travers de solutions numériques privées qui ont pallié l'absence d'outil public, pourtant inscrit depuis plus de quinze ans dans différentes stratégies ministérielles. En conséquence, la connaissance du statut vaccinal de chaque assuré et le calcul des taux de couverture vaccinale au niveau collectif souffrent de nombreuses lacunes qui obèrent les possibilités d'évaluation de la stratégie publique, en particulier à un échelon territorial fin.

L'extension de l'obligation vaccinale pour les nourrissons de 3 à 11 pathologies en 2018 a permis d'améliorer la prévention contre les affections concernées. Elle a conforté la bonne couverture des vaccins recommandés de longue date et a eu un effet important pour les vaccins plus récemment entrés dans le calendrier vaccinal*. La plupart des maladies prévenues par ces vaccins ont presque disparu. Cependant, des insuffisances persistent, en particulier dans la lutte contre la rougeole, face à laquelle la couverture vaccinale actuelle ne permet pas d'éviter la résurgence d'épidémies, dans un contexte mondial de recul de cette vaccination.

L'élargissement des lieux de vaccination et des vaccinateurs a produit des résultats mitigés. Bien que la vaccination contre la grippe saisonnière soit désormais largement réalisée par les pharmaciens, la mobilisation des médecins, des sages-femmes et des infirmiers doit être intensifiée pour que la couverture vaccinale, qui est encore éloignée des objectifs fixés, augmente. La contribution des services de santé au travail et des services de santé destinés aux étudiants doit être renforcée et le potentiel des établissements de santé et des laboratoires de biologie médicale, largement inexploité, peut être mobilisé.

Enfin, bien que prometteuse, la vaccination au collège, principalement contre le papillomavirus humain, a rencontré des difficultés de mise en œuvre et atteint des résultats décevants au sein des établissements. Les campagnes de vaccination ont été confrontées à des difficultés multiples, soulignant la nécessité d'une meilleure coordination et d'un engagement plus fort du ministère de l'éducation nationale.

Les voies d'amélioration de la vaccination au collège sont nombreuses : l'intégration de la vaccination dans la stratégie de santé scolaire ; une meilleure anticipation des campagnes de vaccination ; l'élargissement des rappels vaccinaux à toutes les régions ; l'ouverture de la possibilité de vacciner aux infirmiers de l'éducation nationale volontaires ; un assouplissement des formalités de recueil de l'autorisation parentale ; l'extension des campagnes à l'ensemble des collèges du secteur privé sous contrat.

À la première question évaluative, la Cour apporte donc une réponse nuancée soulignant les nets progrès réalisés mais aussi la non-atteinte de certains objectifs.

Deuxième question évaluative : les stratégies vaccinales mises en œuvre dans le cadre de la politique vaccinale depuis 2018 sont-elles efficaces ?

La vaccination est depuis longtemps connue comme l'une des interventions de santé publique les plus efficaces. En limitant, voire en évitant des maladies graves, elle contribue avant tout à l'état de santé de la population mais elle permet aussi d'alléger le recours au système de soins et, par suite, les dépenses publiques.

Ainsi, l'introduction de mesures de vaccination de la femme enceinte ou d'immunisation du nouveau-né en prévention de la bronchiolite a eu pour conséquence une diminution des passages aux urgences et des hospitalisations de nourrissons. Pour autant, l'utilisation en vie réelle* peut ne pas respecter strictement les recommandations, avec des conséquences potentielles sur l'efficacité et sur l'efficience de la politique. Il en va de même pour la vaccination contre les rotavirus, pour laquelle la France accuse un retard préjudiciable. L'effet de cette vaccination sur le recours au système hospitalier a été montré dans plusieurs pays mais la France n'atteint pas un niveau de couverture vaccinale permettant d'en tirer pleinement les bénéfices.

Les épidémies de grippe sont l'illustration des conséquences délétères de l'absence de vaccination. Avec en moyenne environ 2,5 millions de consultations et 9 000 à 10 000 décès associés, dont 90 % sont des personnes de 65 ans et plus, elles pèsent sur le système de soins et contribuent chaque année à saturer les urgences hospitalières en période hivernale.

Les coûts associés à ces hospitalisations sont variables selon les saisons, selon la virulence de la souche pathogène et l'intensité de sa circulation, allant de 26 M€ à 210 M€ selon les années, pour une moyenne de 79 M€, sans compter ni les hospitalisations pour causes respiratoires indirectement liées à la grippe, ni les conséquences à distance de l'épisode grippal, comme les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus du myocarde ou les pertes d'autonomie consécutives à une hospitalisation, particulièrement chez les personnes les plus âgées. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus notamment, l'OMS recommande une couverture vaccinale de 75 % que la France n'atteint pas (54 % des personnes âgées de plus de 65 ans en France entière en 2025-2026).

Les recommandations vaccinales devraient résulter systématiquement d'une analyse de l'efficacité du vaccin et de la stratégie, et d'une évaluation du bénéfice à attendre d'une modification de cette stratégie au regard des coûts à consentir. La fusion, au sein de la Haute Autorité de santé, de la commission chargée d'élaborer les recommandations et de celles qui évaluent l'intérêt médical et économique des vaccins, constitue un préalable à une meilleure prise en compte de l'ensemble des critères justifiant une vaccination : le bénéfice individuel, l'immunité collective, les conséquences sur l'organisation des soins et l'efficacité globale de la stratégie.

Déployée à grande échelle dans une population, la vaccination peut avoir une efficacité réelle différente de celle observée dans les essais cliniques réalisés à l'appui de l'autorisation de mise sur le marché, qu'elle soit moindre du fait de mutations des souches virales ou bactériennes, ou meilleure en favorisant le développement d'une immunité de groupe. Même pour les pathologies non transmissibles, le niveau de couverture vaccinale obtenue dans la population a une influence directe sur l'efficacité de la stratégie, qu'il convient de régulièrement vérifier, afin d'éventuellement la modifier.

À la deuxième question évaluative, la Cour apporte donc une réponse nuancée et rappelle la nécessité de mieux intégrer les analyses d'efficacité et d'impact budgétaire dans l'élaboration des recommandations vaccinales.

Troisième question évaluative : dans quelle mesure la politique vaccinale contribue-t-elle à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé ?

La politique de santé poursuit notamment un objectif de réduction des inégalités en matière de vaccination. Peu évoqué dans les documents nationaux relatifs à la vaccination, cet objectif est davantage pris en compte par les projets régionaux des agences régionales de santé.

L'extension des obligations vaccinales au 1^{er} janvier 2018 a resserré les écarts de couverture vaccinale entre les départements français. L'obligation a incidemment pu convaincre une partie des personnes hésitantes, plus concentrées dans certaines parties du territoire. Parallèlement, la recommandation de vaccination contre les papillomavirus humains, principalement réalisée en ville, a contribué au resserrement des écarts de couverture vaccinale entre départements ; les campagnes de vaccination dans les collèges lancées en septembre 2023, quant à elles, compensent en partie la faible densité en offre de soins de certains départements.

Pour autant, pour les vaccinations recommandées, certains écarts restent importants et témoignent de la grande difficulté rencontrée par les autorités sanitaires pour améliorer la couverture vaccinale dans certains départements ou à une échelle plus locale. En particulier, la couverture de plusieurs départements d'outre-mer est inférieure à la couverture moyenne de l'hexagone pour certaines pathologies comme la grippe saisonnière ou les papillomavirus humains⁴. Une action publique spécifique pour prévenir les pathologies associées à ces derniers avait pourtant été prévue pour la Martinique mais la crise sanitaire a renforcé l'hésitation vaccinale, voire la défiance, d'une partie de la population dans les Antilles françaises et à La Réunion, sans lien avec la situation sanitaire de ces territoires. Les dispositifs mis en place sont aujourd'hui insuffisants pour convaincre ces personnes. De nouvelles actions doivent être envisagées pour corriger cette évolution.

Malgré leur fréquente prise en compte dans les documents stratégiques des agences régionales de santé, les inégalités sociales en matière de vaccination restent prégnantes. Les initiatives locales développées dans de nombreuses communes au bénéfice des personnes éloignées des soins connaissent des succès inégaux. Surtout, ces actions ne sont presque jamais évaluées, en particulier par les agences régionales de santé qui en sont chargées. En outre, à quelques exceptions près, les actions qui ont fait la preuve de leur efficacité et les plus prometteuses sont insuffisamment identifiées et répertoriées par Santé publique France. Les acteurs qui mettent en œuvre la politique publique procèdent donc le plus souvent de manière empirique, sans garantie sur l'efficacité de leurs actions.

Alors qu'elles ont contribué à atténuer les inégalités territoriales liées aux différences de densité médicale en ville, les deux premières campagnes de vaccination dans les collèges n'ont pas permis de réduire les inégalités sociales, à la différence de ce qui est observé dans d'autres pays comparables à la France. Même s'ils ont également profité de l'impact plus global de ces campagnes sur la vaccination en ville, les enfants des milieux défavorisés restent ainsi moins bien vaccinés que les autres ; parallèlement, le gradient social pour le dépistage des maladies associées aux papillomavirus humains reste marqué. Les autorités sanitaires doivent accorder une plus grande attention à ce point dans le cadre de la vaccination au collège.

Les services de la protection maternelle et infantile sont confrontés à des défis structurels qui fragilisent les actions qu'ils mènent au bénéfice des publics vulnérables. Leur offre est pourtant essentielle pour une partie de la population éloignée des soins. Leur contribution à l'atténuation des inégalités sociales en matière de vaccination exige la consolidation de leur rôle et de leurs moyens.

Enfin, des enjeux spécifiques sont attachés à la vaccination des personnes étrangères. Compte tenu du maintien durable sur le territoire d'une partie d'entre eux, la vaccination des demandeurs d'asile pourrait être facilitée par l'octroi d'un statut de service de santé *ad hoc* à l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

À la troisième question évaluative, la Cour apporte une réponse tranchée, positive pour la réduction des inégalités territoriales et négative pour la réduction des inégalités sociales.

⁴ Pour les garçons comme pour les filles, la couverture vaccinale à l'issue de la première campagne de vaccination contre les HPV dans les collèges martiniquais était deux fois inférieure à la couverture moyenne nationale.

Recommandations

1. Alimenter le dossier médical partagé et le système national des données de santé avec les données issues de l'activité de l'ensemble des vaccinateurs d'ici à la fin de 2028 et élaborer une stratégie de reprise de l'historique de vaccinations (*ministère chargé de la santé, Caisse nationale d'assurance maladie- CNAM*).
2. Avant la fin de 2028, généraliser la prise en charge par les caisses primaires d'assurance maladie de la vaccination dans les services départementaux de la protection maternelle et infantile et dans les établissements de santé (*CNAM, ministère chargé de la santé*).
3. D'ici à la fin de 2027, intégrer dans la stratégie de santé scolaire la vaccination dans les collèges, en prévoyant la possibilité de prescrire des vaccins et de vacciner pour les infirmiers de l'éducation nationale (*ministère chargé de la santé, ministère de l'éducation nationale*).
4. Dès 2026, analyser l'efficacité de l'introduction de tout nouveau vaccin, au regard d'autres stratégies vaccinales (*Haute Autorité de santé*).
5. D'ici à la fin de 2027, regrouper dans une seule commission de la Haute Autorité de santé l'élaboration des recommandations vaccinales et d'immunisation, l'évaluation du service médical rendu et de son amélioration et l'évaluation de l'efficacité et de l'impact budgétaire des vaccins et des produits concourant à une immunisation (*ministère chargé de la santé, Haute Autorité de santé*).
6. Dès 2026, évaluer la pertinence (efficacité, sécurité, efficacité) en vie réelle de tout vaccin en termes de santé individuelle et collective de la population (*Haute Autorité de santé*).
7. Adapter la stratégie vaccinale 2025-2030 dans chaque région, en fixant des objectifs par territoire et par pathologie et en portant une attention accrue aux territoires où le taux de couverture vaccinale est le plus faible (*ministère chargé de la santé, Santé publique France-SPF, CNAM*).
8. Dès 2026, évaluer les actions conduites en faveur du public le plus éloigné des soins, et reproduire celles qui sont identifiées comme prometteuses ou probantes (*ministère chargé de la santé, SPF*).
9. Accorder à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) le statut de service de santé, pour lui permettre de vacciner les demandeurs d'asile (*ministère chargé de la santé, ministère de l'intérieur, OFII*).

Introduction

L'objectif principal de la politique de vaccination est de prévenir la morbidité*⁵ et la mortalité* au sein de la population en évitant la contamination des individus par des pathologies aux conséquences potentiellement graves. Mais cette politique publique poursuit aussi des objectifs plus ambitieux, selon une approche collective : assurer une protection de la population, en évitant la transmission de maladies aux personnes les plus fragiles, viser l'élimination, voire l'éradication*, de certaines pathologies et réduire les inégalités dans le domaine de la santé.

D'autres objectifs relèvent davantage d'une approche socio-économique de la politique et de ses effets sur le système de soins (diminuer la charge financière et opérationnelle pesant sur l'assurance maladie en général et sur les urgences hospitalières en particulier), ainsi que sur le marché du travail, avec la réduction des absences dues à des maladies touchant les personnes qui travaillent ou leurs proches.

Une couverture vaccinale contrastée

La vaccination, et en particulier celle qui vise les nourrissons, s'inscrit dans une histoire ancienne et structurante de la santé publique française : dès le milieu du XX^{ème} siècle, les vaccins contre la diphtérie et le tétanos (obligatoires à partir de 1938-1940) puis contre la poliomyélite (obligatoire depuis 1964) ont été intégrés au calendrier vaccinal afin de prévenir des maladies graves responsables de paralysies, de décès et d'épidémies majeures. Au fil des décennies, le calendrier s'est enrichi pour protéger les jeunes enfants contre des infections sévères ou potentiellement mortelles : coqueluche (années 1960), rougeole (recommandée dès 1983), *Haemophilus influenzae* de type b (1992), hépatite B (années 1990), puis pneumocoque (2002) et méningocoque C (2010). Cette vaccination des nourrissons a fait reculer la mortalité infantile de 40 % au cours des 50 dernières années⁶.

La vaccination du nourrisson en France se situe globalement à un bon niveau (cf. annexe n° 6 pour plus de détails). Le seul vaccin qui se caractérise par un retard important est celui prévenant les infections à rotavirus, responsables de gastro-entérites : environ 30 % des enfants étaient couverts en 2023 en France, contre 56 % en moyenne pour les pays ayant introduit ce vaccin dans leur calendrier vaccinal. Ce taux a toutefois augmenté pour atteindre 45 % en 2024 et 55 % en 2025.

⁵ L'astérisque placé après un mot renvoie à un terme du glossaire.

⁶ Shattock A. *et al.* "Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization", *The Lancet*, volume 403, n° 10441, 2024.

S'agissant des adolescents, la vaccination, moyen de prévention primaire des maladies causées par les infections à papillomavirus humain (HPV)⁷, est d'autant plus nécessaire que le dépistage organisé des cancers du col de l'utérus qui la complète révèle un taux de couverture de seulement 59 % sur la période 2020-2022, inférieur aux objectifs européens et à ceux du plan cancer 2021-2030 (70 % pour 2030 dans les deux cas)⁸.

En 2025, avec un taux de 51 %, la couverture vaccinale complète contre les HPV des filles nées en 2008 était significativement plus basse en France que dans d'autres pays développés⁹. Elle restait inférieure aux objectifs fixés par les autorités sanitaires et par l'OMS¹⁰.

S'agissant des adultes, plusieurs rappels* de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont recommandés¹¹. Ils sont effectués grâce à un vaccin combiné qui les associe à la vaccination contre la coqueluche¹². Les taux de vaccination liés à ces rappels sont faibles : en 2024, la couverture vaccinale a été estimée à 53 % pour les personnes âgées de 25 ans et à 34 % pour celles âgées de 85 ans. À titre de comparaison, au Portugal, 79,5 % des adultes sont protégés par une vaccination antitétanique remontant à moins de 10 ans¹³.

Depuis 2022, la vaccination contre la coqueluche est recommandée chez la femme enceinte à partir du deuxième trimestre de grossesse, de préférence entre les 20^{ème} et 36^{ème} semaines d'aménorrhée*. Elle permet la transmission d'anticorps* de la mère au nourrisson, ainsi protégé en attendant sa propre vaccination. Elle doit être effectuée à chaque grossesse. La couverture vaccinale contre la coqueluche des femmes ayant accouché en 2023 est estimée à 43 %, celle des femmes ayant accouché en 2024 à 62 %. Cette augmentation de 19 points s'inscrit dans le contexte de l'épidémie de coqueluche survenue en 2024 et constitue une amélioration notable dans le contexte de couverture vaccinale insuffisante des femmes enceintes¹⁴.

Les taux de vaccination contre la grippe et la covid 19 sont de même insuffisants. Ces vaccinations sont recommandées chaque année pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes affectées de certaines maladies chroniques, les femmes enceintes et les personnes obèses. En février 2026, la couverture vaccinale contre la covid 19 de l'ensemble des personnes ciblées était de 14 % (17 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et 7 % chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de covid 19 sévère). La couverture vaccinale contre la grippe était estimée à 50 % lors de la saison 2025-2026, en baisse de six points depuis la saison 2020-2021¹⁵. Elle reste éloignée de l'objectif de 75 % fixé par l'OMS et par la France pour les

⁷ Les infections à HPV peuvent évoluer vers des cancers dont le plus fréquent concerne le col de l'utérus.

⁸ HAS, *Vaccination contre les papillomavirus humains (HPV), recommandation*, avril 2025, p. 31-34.

⁹ Ce taux avoisinait 80 % en Suède, en Espagne, au Portugal, en Hongrie et au Royaume-Uni.

¹⁰ Dans sa *recommandation de 2025 sur l'extension de la vaccination anti-HPV aux garçons*, la HAS indique que l'augmentation de la couverture vaccinale des filles doit rester la priorité, d'autant plus que cette stratégie est la plus efficace par rapport aux dépenses nécessaires pour réduire les conséquences des affections imputables aux HPV.

¹¹ Rappels prévus à 15, 25, 45 et 65 ans, puis tous les 10 ans à partir de 65 ans.

¹² Le vaccin associant seulement les valences diphtérie, poliomyélite et tétanos n'est plus commercialisé en France.

¹³ Moura S. et do Rosário O Martins M. "*Determinants of Tetanus Vaccination among Adult Immigrants: Findings from the Portuguese National Health Survey 2014*", *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2019.

¹⁴ Cour des comptes, *La politique de périnatalité. Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier*, rapport public thématique, avril 2024, p. 93-94.

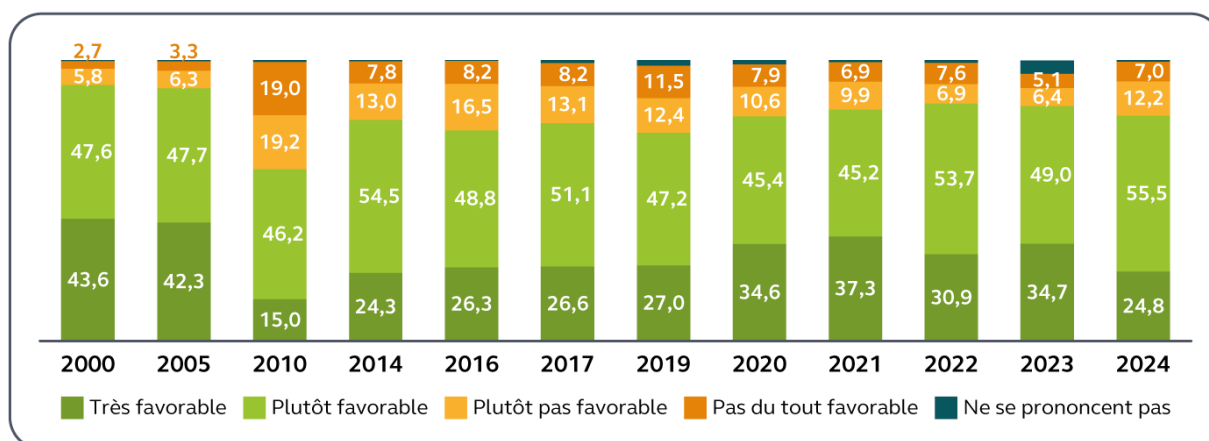
¹⁵ SPF, *Bulletin de vaccination*, 28 avril 2025.

personnes à risque de formes sévères. Ce taux masque des disparités : il était de 57 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus durant la période 2025-2026 mais de seulement 29 % pour les personnes de moins de 65 ans à risque. Dans les pays de l'OCDE, 51 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient vaccinées contre la grippe en 2024, soit un taux inférieur à celui obtenu en France.

Une politique qui s'inscrit dans un contexte d'hésitation vaccinale persistante

L'un des freins à la mise en œuvre de la politique publique est l'hésitation vaccinale*. L'OMS l'a classée parmi les dix principales menaces pour la santé dans le monde¹⁶. Chaque année, en France, l'agence nationale de santé publique, Santé publique France (SPF), évalue l'adhésion à la vaccination des Français (cf. graphique n° 1).

Graphique n° 1 : adhésion à la vaccination en général parmi les 18-75 ans résidant en France hexagonale (%), années 2000 à 2024



Source : Cour des comptes, d'après les données de SPF

L'hésitation vaccinale a atteint un maximum en 2010 et elle s'est maintenue au cours de la décennie 2010 à un niveau supérieur à celui constaté dans les années 2000. La France était, il y a une dizaine d'années, le pays le plus hésitant d'un échantillon de 67 pays¹⁷. Entre 2020 et 2023, l'adhésion vaccinale s'est renforcée. En 2024, en revanche, alors que quatre adultes sur cinq restaient plutôt ou très favorables à la vaccination, la proportion de personnes très favorables a chuté de dix points, passant de 35 % à 25 %, pour retrouver son niveau de 2014¹⁸. L'adhésion vaccinale est moins forte chez les personnes disposant des diplômes les moins élevés et des revenus les plus faibles, et elle a tendance à croître chez les personnes âgées. La crise sanitaire a renforcé l'hésitation vaccinale, voire la défiance d'une partie de la population, dans les Antilles françaises et à La Réunion, sans lien avec la situation sanitaire de ces territoires.

¹⁶ OMS, *Ten threats to global health in 2019*, 2019.

¹⁷ Larson H.J. et al. *"The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey"*, EBioMedicine, 2016.

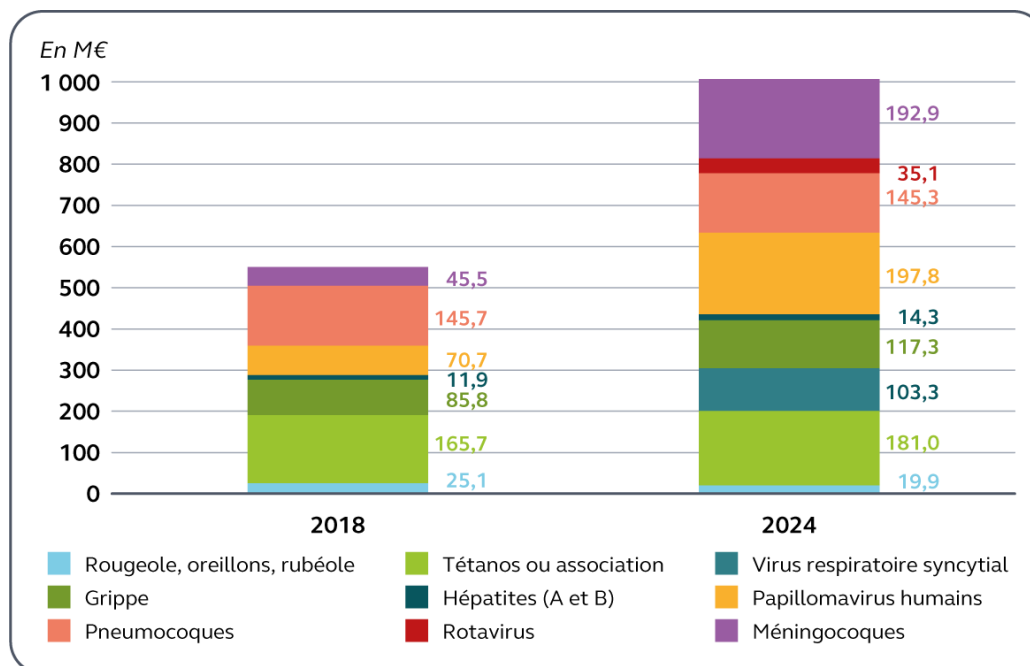
¹⁸ Nassany O. et Randriamampianina S. (SPF), *« Vaccination: état des lieux de l'adhésion et description des réticences »*, Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024, décembre 2025.

Des dépenses publiques portées par les remboursements de vaccins

Les enjeux financiers associés à la politique de vaccination sont importants, les dépenses qu'elle occasionne devant à terme permettre de fortes économies en améliorant la santé de la population. En 2024, la politique nationale de vaccination a mobilisé un budget de 1,4 Md€. L'assurance maladie en finance le principal, au travers du remboursement des vaccins et des consultations permettant leur prescription et leur administration¹⁹ ; 98 % du budget a été pris en charge par la sécurité sociale, en y incluant le financement de Santé publique France (SPF) qui provient de l'assurance maladie. Le fonds d'intervention régional (FIR), mis en œuvre par les agences régionales de santé, concourt au financement des centres de vaccinations habilités.

Au sein des dépenses liées à la vaccination assumées par l'assurance maladie, le remboursement des vaccins constitue le premier poste (617 M€ en 2024). Cette dépense a augmenté de près de 70 % entre 2018 et 2024, essentiellement sous l'effet d'une augmentation des prix moyens et d'un recours accru à des vaccins plus chers (cf. graphique n° 2).

Graphique n° 2 : montant remboursable par type de vaccin en ville²⁰ en 2018 et en 2024



Source : Cour des comptes, d'après les données du SNDS

¹⁹ Les dépenses de consultation associées à la vaccination ne peuvent être estimées avec précision que pour les infirmiers et les pharmaciens, qui facturent des actes spécifiques, ce qui n'est pas le cas des médecins et des sages-femmes.

²⁰ Ou anticorps contre le virus respiratoire syncytial – VRS.

Des stratégies vaccinales peu formalisées

La politique de vaccination en France est définie dans plusieurs documents stratégiques. La *stratégie nationale de santé 2018-2022* comprenait un volet consacré à la politique vaccinale. Elle consistait à :

- améliorer l'information des professionnels de santé et du public sur les vaccins ;
- étendre les obligations vaccinales du nourrisson de trois à onze valences*, en ajoutant aux trois vaccinations déjà obligatoires (diphtérie, tétanos et poliomyélite) huit autres valences protégeant contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, l'infection invasive à *Haemophilus Influenzae* de type b (Hib), l'infection invasive contre le méningocoque C, l'infection à pneumocoque et l'hépatite B ;
- améliorer l'accès à la vaccination et sécuriser l'approvisionnement en vaccins ;
- renforcer la protection vaccinale contre la grippe des personnes à risque ;
- renforcer la protection vaccinale des professionnels de santé.

Le plan « *priorité prévention* », présenté en 2018, prévoyait de simplifier le parcours vaccinal des personnes et de généraliser la vaccination antigrippale par les pharmaciens. Les pouvoirs publics cherchaient à élargir les compétences vaccinales des professionnels de santé. Cette orientation s'est inspirée d'une approche britannique souvent citée pour son apport en termes de santé publique (cf. encadré *infra*).

La stratégie *Make every contact count* du Royaume Uni

La démarche de santé publique *Make every contact count* (*faire en sorte que chaque contact compte*), développée initialement au Royaume-Uni, consiste à utiliser chaque interaction entre un professionnel et un citoyen comme une occasion de promouvoir des comportements favorables à la santé, en matière de nutrition, de consommation de tabac ou d'alcool, ainsi que de vaccination.

Les professionnels formés à cette approche sont en général des professionnels de santé, mais pas exclusivement. La démarche peut consister à utiliser toute interaction pour communiquer sur l'utilité de la vaccination.

Une stratégie nationale de vaccination aurait dû être adoptée en 2023. Sa publication a toutefois été reportée, au même titre que celle de la stratégie nationale de santé qu'elle était censée préciser (et dont le projet, soumis à consultation en 2023, n'était toujours pas adopté mi-2026). La *stratégie Vaccination et immunisation 2025-2030* a finalement été publiée au printemps 2025. Préalablement à son adoption, des évaluations ponctuelles ont analysé en particulier l'extension des obligations vaccinales, des compétences vaccinales des pharmaciens et de la vaccination au collège. En dépit de son délai d'élaboration, elle n'a toutefois pas été précédée d'une évaluation *ad hoc*, plus transversale, mettant en regard les résultats obtenus dans le cadre des précédentes stratégies et les nouveaux axes de la politique publique.

Cette nouvelle stratégie retient cinq axes : la multiplication des occasions de vaccination, la simplification et l'enrichissement du parcours vaccinal, l'efficience* de la vaccination, la formation des professionnels et la promotion de la vaccination. Elle dresse une liste de 31 actions, sans les assortir d'un calendrier ni des moyens retenus pour les mettre en œuvre. Elle se borne à indiquer que ces actions « *seront majoritairement évaluées par l'atteinte des objectifs de santé publique en termes de couverture vaccinale fixés par la loi de santé publique du 9 août 2004 à 95 % pour l'ensemble des couvertures vaccinales, à l'exception de celle de la vaccination contre la grippe fixée à 75 %, mais aussi par l'adhésion à la vaccination en général*

et à certaines vaccinations en particulier. La diminution de l'incidence des maladies à prévention vaccinale et le fardeau en termes de soins externes et hospitaliers seront des indicateurs indirects de suivi des mesures ».

Le premier axe de cette stratégie prolonge l'élargissement du champ des vaccinateurs mis en œuvre au cours des années précédentes. Il vise la vérification du statut vaccinal et le rattrapage vaccinal* lors de tous les rendez-vous de santé. Cette évolution se concrétisera, par exemple, par la mise à disposition de vaccins dans les cabinets des professionnels de santé libéraux et dans les laboratoires de biologie médicale, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, et par la facilitation de la vaccination en établissement de santé.

Une multitude d'acteurs

De nombreux acteurs sont chargés de la mise en œuvre de la politique vaccinale (cf. annexe n° 2 pour plus de détails). La direction générale de la santé élabore cette politique publique²¹ mais beaucoup d'acteurs nationaux contribuent à sa définition.

La Haute Autorité de santé (HAS) participe à l'élaboration de la politique de vaccination et émet des recommandations vaccinales ; elle propose l'admission au remboursement des vaccins et évalue leur efficacité. La Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) concentre la majorité des financements qui soutiennent cette politique publique, au travers du remboursement des actes et des produits, et maîtrise les principaux leviers d'incitation à la pratique de vaccination. Les organismes complémentaires santé sont pour leur part engagés de façon croissante dans le financement et la mise en œuvre de la politique (co-financement des vaccins et des actes d'administration, actions de vaccination en milieu professionnel).

Santé publique France (SPF) suit les taux de vaccination et l'épidémiologie des maladies et contribue à la communication publique et à l'évaluation de l'adhésion vaccinale. L'Institut national du cancer (INCA) est chargé de la communication sur la vaccination contre les HPV.

Tout lancement d'une nouvelle orientation de politique publique suppose donc la coordination de ces instances qui ont leur stratégie propre et des grilles d'analyse (sanitaire, réglementaire et économique) spécifiques.

Au niveau infranational, les agences régionales de santé (ARS) animent la politique de vaccination et disposent de moyens pour suivre les différents axes de la politique vaccinale sur leur territoire²². Elles financent et pilotent l'activité des centres de vaccination, qui proposent une vaccination gratuite, prioritairement en direction des adultes.

Les départements exercent la compétence de protection maternelle et infantile (PMI). Ils assurent des missions de vaccination des enfants de moins de six ans ainsi que de planification familiale et de protection maternelle qui concourent à la vaccination des adolescents et des adultes. Enfin, certaines collectivités territoriales peuvent exercer la mission de vaccination pour l'ensemble de la population, déléguée par l'État. En effet, bien qu'en 2004, la compétence vaccinale ait été recentralisée et retirée aux collectivités territoriales (hors services de PMI), des collectivités ont pu conserver cette compétence et l'exercer dans le cadre de conventions conclues avec l'État²³. La recentralisation devait atténuer les disparités locales de gestion de la politique de vaccination.

²¹ Article D. 1421-1 du code de la sécurité publique.

²² Code de la santé publique, art. L. 1431-2 : les ARS « définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, [...] en veillant à leur évaluation ».

²³ Article 71 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

L'accès à la vaccination en France est organisé selon deux parcours possibles : le secteur libéral (médecins généralistes, pédiatres et autres professionnels de santé libéraux) où la majorité des vaccinations et immunisations sont réalisées, et le secteur public (PMI, centres de vaccination principalement) qui en assure une part minoritaire.

Les axes de l'évaluation de la politique

Du fait des enjeux de la politique vaccinale en termes sanitaires, socio-économiques et financiers, la Cour a réalisé une évaluation de la politique au regard des objectifs retenus et des grandes orientations introduites dans la stratégie par les pouvoirs publics, à compter du 1^{er} janvier 2018. L'enquête est centrée sur la vaccination en population générale, à l'exception de la vaccination de crise, en particulier celle contre la covid 19 déjà analysée par la Cour²⁴.

Les sujets exclus du périmètre de l'évaluation de la politique publique

Les sujets suivants sont exclus du champ examiné par la présente évaluation : la vaccination animale et ses interactions avec la santé humaine ; la vaccination des professionnels de santé et les enjeux associés à l'obligation vaccinale susceptible de les concerner ; la vaccination en période de crise ; l'approvisionnement en vaccins ; la communication publique et la lutte contre l'hésitation vaccinale ; la constitution, la gestion et l'emploi des stocks stratégiques nationaux de vaccins ; la vaccination des voyageurs ; la recherche en vaccinologie et le développement de vaccins à visée thérapeutique ; les dispositifs de pharmacovigilance et l'indemnisation des préjudices liés à la vaccination.

L'évaluation porte sur la France hexagonale et sur les départements et régions d'outre-mer, ces derniers présentant un certain nombre d'indicateurs sanitaires dégradés dans le champ de la vaccination. Un échantillon a été constitué pour examiner plus finement la politique considérée.

L'échantillon géographique constitué par la Cour

Afin de mettre en regard les actions déployées sur le territoire et les taux de couverture vaccinale obtenus, la mise en œuvre de la politique a été analysée plus spécifiquement dans quatre régions ou collectivité : la Normandie, l'Occitanie, la Martinique et l'Île-de-France.

La Normandie est l'une des régions où la couverture vaccinale est la plus élevée²⁵. *A contrario*, la région Occitanie se distingue par de faibles taux de couverture vaccinale pour certaines pathologies. Au regard de la faiblesse de sa couverture vaccinale, la Cour a inclus la Martinique dans ses investigations. Enfin, l'Île-de-France a été étudiée sous le seul prisme des inégalités territoriales et sociales et de la campagne de vaccination dans les collèges.

Compte tenu de la multiplicité des vaccins concernés, de leur efficacité variable, de l'approche retenue pour chacun d'entre eux (régime d'obligation ou non, champ des vaccinateurs, etc.) et de la diversité des facteurs de risque à l'origine des maladies, l'appréciation globale des effets de la politique vaccinale est complexe. Au-delà de la mesure des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés, des analyses spécifiques, relatives à certains vaccins, sont exposées sans toutefois prétendre à l'exhaustivité.

²⁴ Cour des comptes, rapport public thématique, *La vaccination contre la Covid 19. Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes*, décembre 2022.

²⁵ SPF, *Bulletin Vaccination. Édition Normandie*, 26 avril 2024.

Les questions évaluatives

La Cour a retenu les trois questions évaluatives suivantes :

- les modifications de la politique vaccinale depuis janvier 2018 ont-elles permis de mieux atteindre les objectifs de couverture vaccinale ?
- les stratégies vaccinales mises en œuvre dans le cadre de la politique vaccinale depuis 2018 sont-elles efficientes ?
- dans quelle mesure la politique vaccinale contribue-t-elle à la réduction des inégalités sociales et territoriales face à la vaccination ?

Chapitre I

Les effets inégaux des évolutions récentes de la politique vaccinale sur la couverture de la population

Dans cette première partie, la Cour des comptes s'est attachée à répondre à la question suivante : « *Les modifications de la politique vaccinale depuis janvier 2018 ont-elles permis de mieux atteindre les objectifs de couverture vaccinale ?* ».

Pour ce faire, elle a d'abord cherché à évaluer si les outils utilisés pour tracer les vaccinations permettent aux patients, aux professionnels de santé et aux agences sanitaires de disposer d'une connaissance exhaustive du statut vaccinal des personnes. Cette dernière est en effet indispensable pour assurer un suivi des vaccinations à réaliser et pour calculer des taux de couverture vaccinale et envisager des actions en cas d'insuffisances constatées (§ I). En deuxième lieu, la Cour a souhaité mesurer l'effet de l'extension des obligations vaccinales des nourrissons au 1^{er} janvier 2018 sur la couverture vaccinale des maladies concernées et l'incidence de ces maladies (§ II). En troisième lieu, la Cour a vérifié si l'élargissement recherché des lieux de vaccination et des vaccinateurs a permis d'augmenter la couverture vaccinale (§ III).

Limites méthodologiques

La première partie des réponses aux questions évaluatives est consacrée au traçage des vaccinations. Les difficultés persistantes en la matière conditionnent en grande partie les réponses aux autres questions, en particulier sur l'effet de l'extension des obligations vaccinales du nourrisson et de l'élargissement des lieux et des acteurs de la vaccination sur l'atteinte des objectifs fixés. En effet, l'absence d'enregistrement exhaustif et de processus de transmission unifié des informations sur la vaccination ne permet pas aux autorités de santé de disposer de données complètement fiables pour piloter, suivre et évaluer la politique.

Certaines analyses, en particulier celles relatives à la couverture vaccinale de la population, sont donc conditionnées par la formulation d'hypothèses exposées dans le rapport. Il en va de même pour le calcul de la couverture contre les HPV des adolescents concernés par les campagnes de vaccination dans les collèges.

Le cahier méthodologique associé à ce rapport présente les méthodes d'identification du professionnel de santé prescripteur et de l'administrateur du vaccin, la reconstitution de la vaccination des nourrissons contre la gastro-entérite et la bronchiolite à virus respiratoire syncytial (VRS) et les hospitalisations liées à ces pathologies, l'estimation des séjours et des coûts hospitaliers évités pour gastro-entérite et bronchiolite et l'effet de la vaccination dans les collèges sur les inégalités sociales.

I - Une connaissance insuffisante de la situation vaccinale individuelle et collective

Le traçage de la vaccination est une obligation pour l'ensemble des vaccinateurs²⁶. Cette information est nécessaire, à la fois pour le patient lui-même et pour les professionnels de santé chargés de son suivi, mais aussi pour alimenter la connaissance collective de la couverture vaccinale. Il est historiquement réalisé grâce à un support en papier (le carnet de santé de l'enfant ou le carnet de vaccination) s'agissant de la connaissance individuelle. La connaissance du statut vaccinal collectif est élaborée à partir des données de remboursement de vaccins, d'une part, et, pour les nourrissons, à partir des certificats de santé transmis par les services de PMI aux autorités de santé, d'autre part²⁷. La dématérialisation de ces supports, à travers les informations versées au sein du dossier médical partagé (DMP)*, devait permettre de renforcer la fiabilité des informations de vaccination et d'assurer leur continuité dans le temps.

La Cour a cherché à savoir si le carnet de vaccination contenu dans le DMP a répondu à l'objectif de connaissance du statut vaccinal des assurés sociaux (§ A) et a contribué à mieux suivre la couverture vaccinale collective (§ B).

A - La connaissance individuelle de la situation vaccinale grâce au dossier médical partagé : un objectif ancien, une mise en œuvre récente et progressive

1 - Le déploiement progressif du dossier médical partagé

Dans ses deux précédents rapports portant sur la politique vaccinale, la Cour avait préconisé la mise en place d'un carnet de vaccination électronique au sein du dossier médical partagé (DMP)²⁸. Cette orientation figure depuis 2012 dans différentes stratégies ministérielles²⁹ et, plus récemment, dans les recommandations de la HAS³⁰. Pourtant, ce support informatisé unique, créé en juin 2020, n'en est qu'à ses balbutiements, alors que la réglementation prévoit que le DMP contienne l'état des vaccinations³¹.

²⁶ Voir pour les vaccins obligatoires, l'article L. 3111-5 du code de la santé publique, ou, pour les infirmiers, l'article R. 4311-5-1 du code de la santé publique ; pour les pharmaciens, l'article R. 5125-33-9 du code de la santé publique.

²⁷ Des enquêtes ponctuelles de couverture vaccinale peuvent venir compléter ces sources de données.

²⁸ Cour des comptes, *La politique vaccinale de la France*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 2012 ; Cour des comptes, « *La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter* », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre III, 2018.

²⁹ *Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017, plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale en 2016 et stratégie vaccination et immunisation 2025-2030*.

³⁰ HAS, *Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes chez les adolescents de plus de 16 ans et les adultes*, juin 2022.

³¹ Code de la santé publique, art. R. 1111-42.

Le DMP est un espace dématérialisé qui permet de recueillir plusieurs données ou documents de santé. Il est la principale composante de l'espace numérique de santé (connu du public sous le nom de « Mon espace santé »), application créée pour chaque assuré social sauf opposition de sa part ou de son représentant légal, mais qui nécessite d'être activée pour lui donner accès à son contenu³². L'intérêt de cet espace repose sur son alimentation progressive en données de santé, telles que les informations de remboursements d'actes ou de produits de santé. Plus récemment, les documents élaborés par des professionnels de santé (ordonnances, résultats de biologie, comptes rendus...) sont venus l'enrichir. Depuis 2025, le référencement de l'application patient du dossier pharmaceutique, alimenté par les pharmaciens, au catalogue de *Mon espace de santé* permet d'enrichir son contenu. Le dossier pharmaceutique comporte un historique de 23 ans pour les vaccins³³.

Malgré des moyens financiers substantiels qui lui sont consacrés dans le cadre du Ségur du numérique, en vue de son interfaçage avec les logiciels de gestion des professionnels de santé, l'usage du DMP connaît un développement progressif³⁴. Son taux d'activation national était de 21 % en septembre 2024, de 26 % en janvier 2025, de 29 % en juin 2025 et de 35 % en novembre 2025. En juin 2025, ce taux présentait d'importantes disparités selon les régions : inférieur à 20 % en Guyane, en Martinique, en Guadeloupe et à Mayotte, il s'élevait à 25 % en Île-de-France et à plus de 30 % dans six régions³⁵.

Si l'activation de « Mon espace santé » est nécessaire pour que l'assuré accède au contenu du carnet de vaccination, les informations qu'il contient sont accessibles aux professionnels de santé qu'il consulte, même en l'absence d'activation, dès lors qu'il y consent.

Des dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2026 prévoyaient de renforcer l'obligation de consultation et de remplissage du DMP par les professionnels de santé, à certaines étapes clés du parcours, notamment au travers d'une sanction financière appliquée aux établissements de santé ou aux professionnels. Ces articles ont été censurés par le Conseil constitutionnel³⁶ en tant que « cavaliers sociaux », mais témoignent d'une volonté des autorités d'accélérer l'utilisation et l'alimentation de cet outil par les professionnels de santé.

2 - Le développement limité du carnet de vaccination du dossier médical partagé

Contrairement à d'autres pays, la France ne dispose pas encore d'un outil permettant d'enregistrer de manière exhaustive les vaccinations réalisées (cf. encadré *infra*).

³² Voir notamment les articles L. 1111-13 et suivants du code de la santé publique.

³³ Code de la santé publique, art. R. 1111-20-2.

³⁴ Cour des comptes, « "Mon espace santé" : des conditions de réussite encore à réunir », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre X, 2023.

³⁵ Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Pays de la Loire, Bretagne, Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté.

³⁶ Décision n° 2025-899 DC du 30 décembre 2025.

L'exemple des plates-formes nationales pour l'enregistrement et la gestion des vaccinations au Portugal et en Australie

Au Portugal, la plateforme *Vacinas* a été créée pour améliorer l'enregistrement et la gestion des vaccinations aux niveaux local, régional et national, ainsi que la consultation en ligne d'informations individuelles par les assurés sociaux. Elle comprend les informations sur la vaccination des assurés et sur les vaccins fournis, ce qui permet une gestion centralisée du programme national de vaccination. Développée par les services du ministère de la santé, la plateforme est disponible en ligne dans toutes les unités de soins primaires et dans les hôpitaux du Service national de santé.

En Australie, la plateforme *Australian Immunisation Register* fait office de registre national des vaccinations. Elle recense l'ensemble des vaccinations de la population et les vaccins fournis, et permet d'éditer des certificats individuels de vaccination. Un tel certificat présentant l'historique des vaccinations reçues par un individu doit obligatoirement être produit à l'entrée en collectivité (école, crèches, etc.). Dès lors, disposer d'un compte personnel sur cette plateforme est obligatoire³⁷.

Depuis 2020, le DMP comprend un carnet de vaccination électronique, alimenté par chaque assuré social ou à travers des notes de vaccination enregistrées par un professionnel de santé³⁸. Seules ces dernières permettent d'identifier le professionnel de santé ayant réalisé l'administration.

Du 1^{er} janvier 2024 au mois d'octobre 2025, 12,82 millions de notes de vaccinations ont été versées dans le DMP. Les pharmaciens sont à l'origine de près de 94 % de ces flux, leurs logiciels de gestion ayant été équipés d'interfaces de saisie de ces notes³⁹. Elles concernent majoritairement la vaccination contre la grippe et la covid 19⁴⁰, qui sont les vaccinations principalement réalisées par les pharmaciens. Le fait que les pharmaciens disposent de la fonctionnalité de saisie de ces notes au sein de leurs logiciels de gestion ne garantit toutefois pas une alimentation systématique : en novembre 2025, 20 % des vaccinations réalisées par un pharmacien n'ont pas donné lieu au versement de la note de vaccination correspondante.

Pour les autres professionnels de santé concernés (médecins, infirmiers et sages-femmes), le versement d'une note de vaccination est possible mais nécessite d'utiliser l'accès professionnel du DMP, en doublon des éléments saisis dans leur logiciel de gestion. La consultation du contenu du DMP par le professionnel, et notamment du carnet de vaccination électronique, ne se fait pas non plus de manière automatique. Le traçage et la connaissance du statut vaccinal par les professionnels médicaux ne peuvent donc être régulièrement assurés grâce à cet outil, compte tenu de ces importantes limites. Ainsi, parmi les DMP activés, seulement 11 % étaient alimentés par une note de vaccination au 31 octobre 2025. L'évolution des logiciels « métiers » des professionnels médicaux et paramédicaux en ville est envisagée par la CNAM et par le ministère chargé de la santé, à horizon des années 2027 et 2028.

³⁷ Une déclaration relative aux antécédents vaccinaux doit être fournie à l'école primaire lors de l'inscription d'un enfant, même si elle indique que ce dernier n'a reçu aucun vaccin. En cas d'épidémie, les enfants non vaccinés peuvent être rapidement identifiés et exclus de l'école jusqu'à ce que le risque d'infection soit écarté.

³⁸ Ces notes permettent de coder les vaccins administrés à un patient. Elles sont créées par le professionnel de santé à l'aide de son logiciel de gestion, puis versées dans le DMP qui les consolide dans un historique des vaccinations. Les premiers versements de notes de vaccination dans le DMP ont eu lieu en fin d'année 2023.

³⁹ Dans le cadre de la première vague du Ségur du numérique.

⁴⁰ Les informations contenues dans le DMP ne sont pas accessibles à l'assurance maladie et aux autorités de santé. Toutefois, le rythme de versement des notes de vaccination suit celui de la campagne de vaccination contre la grippe et la covid 19.

Par ailleurs, même dans l'hypothèse d'une exhaustivité du versement des notes de vaccination par tous les professionnels de santé libéraux, le carnet de vaccination électronique ne pourrait compiler que les vaccinations nouvellement réalisées. Ce fonctionnement ne présente pas d'inconvénient pour la vaccination contre la grippe qui doit être réitérée chaque année et pour laquelle la donnée d'antériorité n'a pas d'intérêt au-delà d'un an. La grippe représentait, en 2024, 34 % des vaccins remboursés et, donc, une part substantielle de l'activité vaccinale en ville. En revanche, les vaccinations plus anciennes, en particulier celles réalisées dans les premières années de vie, sont aujourd'hui consignées dans les carnets de santé, en format papier pour la grande majorité des assurés sociaux.

Or, la reprise de ces informations d'antériorité des vaccinations, par exemple par des solutions d'intelligence artificielle (grâce à des photos de carnets), ne figure dans aucune feuille de route de la DNS ou de la CNAM concernant le carnet de vaccination électronique, ce qui laisse craindre un long délai de mise en œuvre. Seul le projet de *stratégie nationale de santé* de 2023 envisageait une action en ce sens mais il n'était toujours pas adopté mi-2026 et cette perspective n'apparaît pas dans la nouvelle stratégie *Vaccination et immunisation 2025-2030*. L'antériorité des vaccins délivrés consignés dans le dossier pharmaceutique pourrait permettre de réaliser une partie de ce rattrapage.

De surcroît, à ce jour, les informations concernant les vaccinations réalisées par les services de la PMI, les services de santé au travail et de santé universitaire, les centres de vaccination (dont certains réalisent les vaccinations dans les collèges, notamment) ne sont pas versées dans le DMP. Les informations recueillies par les services de santé scolaire, qui vérifient régulièrement le statut vaccinal des élèves, ne le sont pas davantage. Des travaux préliminaires sont en cours pour permettre le versement d'informations dans le DMP par ces acteurs, dont des notes de vaccinations, mais aucun calendrier de mise en œuvre n'est encore formalisé.

Enfin, certains publics échappent au DMP. C'est le cas notamment des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME), qui ne peuvent se voir créer un DMP⁴¹. Or, les étrangers nouvellement arrivés sur le territoire, surtout quand ils sont issus de pays de forte endémicité* ou quand ils n'ont pas été vaccinés dans leur pays d'origine, constituent l'un des publics ciblés par la politique vaccinale. Aujourd'hui, une solution papier (carnet remis par les centres de vaccination) ou dématérialisée est utilisée, afin d'assurer la coordination entre les professionnels qui réalisent les rattrapages vaccinaux et les éventuels rappels.

3 - Un recours encore prédominant aux documents papier, et l'utilisation de solutions numériques privées en l'absence de solution publique

En 2026, le carnet de vaccination « papier » (carnet de santé de l'enfant ou carnet de vaccination remis par des professionnels de santé ou des centres de vaccination⁴²) reste le principal support d'information pour les patients et les professionnels de santé, en particulier dans les premières années de vie.

⁴¹ Ils ne sont pas considérés comme des assurés sociaux mais comme des bénéficiaires d'une aide sociale ; la création du DMP est conditionnée par l'affiliation à un régime de sécurité sociale, ce qui n'est pas le cas des bénéficiaires de l'AME (code de la santé publique, art. L. 1111-14).

⁴² Pour les vaccins obligatoires, les éléments relatifs à la vaccination sont reportés dans un document remis par le professionnel de santé pour les personnes ne possédant pas de carnet de santé (code de la santé publique, art. D. 3111-6 et D. 3111-7).

Les carnets de santé en format papier sont régulièrement perdus ou oubliés, ce qui empêche une mise à jour sur un support unique. Par exemple, lors d'une épidémie de rougeole, le statut vaccinal des malades doit être systématiquement vérifié. Pour l'épidémie qui a touché la France en 2025 (environ 800 cas), dans près de 16 % des cas, le statut vaccinal n'était pas rapporté. Cette proportion augmente avec l'âge des personnes : environ 38 % pour les 40 ans et plus⁴³, contre 8 % pour les enfants de 1 à 4 ans⁴⁴.

Il existe aussi des solutions numériques proposées par des sociétés privées, dont certaines ont été localement promues par les autorités de santé⁴⁵. C'est le cas du site « mesvaccins.net », qui est un outil gratuit pour les patients et pour les professionnels de santé, auxquels il propose notamment un système d'aide à la décision vaccinale. Les vaccinations y sont consignées par le professionnel de santé ou par le patient. Dans ce dernier cas, le médecin peut « approuver » les informations qu'il contient. Au début de l'année 2026, 3,1 millions de carnets de vaccinations électroniques avaient été créés à travers ce site et comportaient 11 millions d'actes vaccinaux enregistrés. Environ 42 000 professionnels de santé étaient utilisateurs de cette solution. Cet outil créé en 2010⁴⁶ a connu un développement important, palliant ainsi l'absence d'outil public. Son référencement au sein de *Mon espace santé* permettra d'enrichir l'historique vaccinal des utilisateurs et de contribuer à atténuer le retard pris.

Cependant, la coexistence de supports papier et dématérialisés crée un risque pour la continuité de la connaissance du statut vaccinal par chaque personne et par les professionnels de santé.

Ainsi, l'absence de support unique et accessible du statut vaccinal peut être à l'origine d'une complexité administrative qui conduit à des occasions manquées de vaccination, comme cela s'est produit pour la vaccination contre les HPV dans les collèges, les élèves sans carnet n'ayant souvent pas pu être vaccinés⁴⁷. Le temps consacré à la recherche d'informations ou les vaccinations manquées du fait de carnets oubliés constituent un obstacle au déploiement de la stratégie qui consiste à faire de tout contact avec un professionnel de santé une occasion de vacciner⁴⁸.

⁴³ Ce taux est ramené à 31 % pour les personnes ciblées par la vaccination contre la rougeole (nées après 1980).

⁴⁴ SPF, « Situation de la rougeole en France du 01/01/2025 au 31/10/2025 (données provisoires) », *Bulletin*, 13 novembre 2025.

⁴⁵ L'ARS Nouvelle-Aquitaine, notamment, a soutenu financièrement le développement de la solution mesvaccins.net et promu son utilisation.

⁴⁶ Cet outil respecte l'ensemble des textes en matière d'accès et d'hébergement à des données de santé à caractère personnel.

⁴⁷ Ce fut en particulier le cas pour la campagne 2023-2024, avant que l'instruction interministérielle relative à la deuxième campagne ne précise que la vaccination pouvait avoir lieu en l'absence du carnet, sous réserve d'un contact téléphonique avec l'un des parents. Une photocopie ou une photographie du carnet peuvent désormais être une alternative à la présentation du carnet le jour de la vaccination. Une attestation de vaccination comprenant les informations nécessaires est remise au jeune. L'instruction recommande par ailleurs d'intégrer les vaccinations dans le carnet de vaccination électronique au sein de « Mon espace santé ».

⁴⁸ *Stratégie vaccination et immunisation 2025-2030*, axe 1 « multiplier les opportunités vaccinales tout au long de la vie ».

La HAS a adopté une recommandation sur la conduite à tenir en cas de méconnaissance du statut vaccinal des personnes⁴⁹ mais celle-ci renvoie au cas de carnets de vaccination perdus ou inexistantes et non aux situations d'oublis, plus fréquentes.

Enfin, la connaissance de son statut vaccinal par chaque assuré est un facteur d'autonomie dans la prise en charge de sa santé. La discontinuité ou l'absence de support unique, associée à une certaine complexité du calendrier vaccinal, obère cette connaissance et, par voie de conséquence, l'atteinte des objectifs de la politique de vaccination⁵⁰.

B - Une connaissance des couvertures vaccinales collectives imparfaite, tirée de la combinaison de sources d'informations parcellaires

Quand elles sont agrégées, les informations individuelles de vaccination doivent permettre de connaître la proportion de la population-cible vaccinée. Cette information est déterminante pour le pilotage de la politique vaccinale car elle permet d'évaluer l'écart entre les objectifs de couverture, associés à des impératifs de santé publique (élimination de la maladie, protection des personnes vulnérables), et la réalité de leur mise en œuvre. Compte tenu de l'absence de source d'information unique sur le statut vaccinal individuel et de la multiplicité des acteurs qui réalisent et financent les actes de vaccination, la connaissance de la couverture vaccinale souffre encore de nombreuses limites.

1 - Des couvertures vaccinales calculées à partir de données issues de deux types de sources, qui ne se combinent pas

Santé publique France est chargée de suivre la couverture vaccinale pour l'ensemble des vaccinations de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte.

La vaccination des adultes est réalisée majoritairement par des professionnels de santé libéraux, dont les données de facturation (acte et vente du vaccin) sont précisément connues grâce au système d'information de l'assurance maladie (système national d'information interrégimes de l'assurance maladie - SNIIRAM), principale composante du système national des données de santé (SNDS)*. À ce jour et sauf exception, les vaccinations réalisées par les services de médecine du travail, par la médecine universitaire et par les établissements de santé ne sont pas intégrées dans le SNDS.

La vaccination des nourrissons et des adolescents est, elle, largement réalisée par des acteurs recourant à des procédures collectives d'achat de vaccins, qui ne sont donc pas associés individuellement à un assuré dans le système d'information de l'assurance maladie : il s'agit des services de PMI pour les premières années de vie, et des opérateurs (souvent des centres de vaccination et des structures d'exercice coordonné des soins comme les maisons de santé pluriprofessionnelles) chargés des campagnes de vaccination au collège.

⁴⁹ HAS, *Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu en population générale et chez les migrants primo-arrivants*, décembre 2019.

⁵⁰ Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016, p. 73.

Compte tenu des limites d'information liées aux systèmes de facturation des vaccins, SPF est contrainte d'élaborer deux indicateurs pour suivre la vaccination du nourrisson.

Le premier indicateur s'appuie sur les données d'achats de vaccins enregistrées dans le SNDS pour les nouveau-nés. Il ne peut rendre compte de l'activité de la PMI et ne l'intègre donc qu'imparfaitement⁵¹. Les départements où la PMI contribue fortement à la couverture vaccinale voient ainsi leur taux sous-évalué. C'est le cas de territoires comme la Guyane, la Seine-Saint-Denis et la Martinique, pour lesquels les taux de couverture vaccinale contre certaines pathologies doivent être approchés par une autre méthode. Par ailleurs, les vaccins pentavalents* ou hexavalents*, contre le pneumocoque ou le ROR, sont plus susceptibles d'être administrés dans les services de PMI. La couverture vaccinale pour ces maladies est donc plus susceptible d'être sous-évaluée.

Le second indicateur s'appuie sur les données issues des certificats de santé du vingt-quatrième mois, que les services départementaux de PMI doivent transmettre sous forme anonymisée aux autorités de santé⁵². Ces certificats sont rédigés par le médecin chargé du suivi de l'enfant, qu'il exerce son activité dans ces services ou en secteur libéral. Cette source de données présente plusieurs limites. Chaque année, une quinzaine de départements ne transmettent pas d'information ou communiquent des informations inexploitable ; de surcroît, seulement 30 % des enfants de moins de deux ans font l'objet d'une transmission. S'il porte sur un échantillon suffisamment représentatif pour informer sur les tendances nationales, cet indicateur ne peut éclairer les évolutions au niveau départemental. En outre, les enfants les mieux vaccinés sont vraisemblablement surreprésentés dans cet échantillon, les professionnels de santé transmettant des certificats pour les enfants qu'ils connaissent. Cette seconde méthode permet donc d'obtenir un taux de couverture vaccinale « maximal »⁵³.

Au premier trimestre 2026, et comme la Cour l'avait déjà constaté en 2024⁵⁴, les données recueillies par les services départementaux de PMI, par la médecine scolaire (lors des visites médicales et de dépistage obligatoires) et par la médecine du travail ne sont pas encore intégrées dans le SNDS, ce que la loi a pourtant prévu depuis 2019⁵⁵. Par ailleurs, les données d'activité transmises par les services précités étant anonymisées, il n'est pas possible de les apparier avec les données de remboursement des vaccins par l'assurance maladie, ce qui permettrait pourtant de calculer la couverture vaccinale infantile complète.

La connaissance de la couverture vaccinale du nourrisson est donc obérée par ces limites méthodologiques dues à l'absence de système d'information unique qui comprendrait les informations de l'ensemble des vaccinés. La mesure de l'efficacité de la politique, et donc son évaluation, s'en trouve limitée. L'atteinte des objectifs de couverture vaccinale ne peut s'apprécier qu'au travers d'une « fourchette » de résultats, sans identification immédiate et fiable des populations sous-vaccinées.

⁵¹ SPF corrige en partie cette absence de données en considérant que les nouveau-nés sans vaccination pentavalente ou hexavalente dans les premiers mois sont suivis par les services départementaux de PMI – cette première injection étant administrée à près de 100 % des nouveau-nés.

⁵² Code de la santé publique, art. L. 2132-3 ; certificats transmis à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques jusqu'en 2018, et désormais à SPF.

⁵³ La dématérialisation des certificats de santé à partir de l'année 2025, qui devrait comporter le numéro d'identification au répertoire des personnes physiques (NIR), devrait permettre d'en améliorer la fiabilité et d'organiser son « chaînage » avec d'autres données.

⁵⁴ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre XI, « Le système national des données de santé : un vaste gisement d'informations à mieux exploiter », mai 2024.

⁵⁵ Disposition aujourd'hui codifiée à l'article L. 1461-1 du code de la santé publique.

2 - Un retard de centralisation des données de vaccination

En parallèle du déploiement du carnet de vaccination électronique du DMP, le ministère chargé de la santé prévoit la mise en œuvre d'une interface appelée « orchestrateur », destinée à récupérer une copie des notes de vaccination. En effet, les autorités de santé ne peuvent pas consulter directement le contenu des DMP⁵⁶. Il est donc nécessaire de constituer des entrepôts de données alimentés par un flux parallèle. La mise en œuvre de « l'orchestrateur », prévue au second semestre 2025, devrait finalement intervenir dans le courant de l'année 2026. Cette interface doit d'abord porter sur les données de dépistage de maladies à signalement obligatoire, issues des laboratoires de biologie médicale. Le traitement des données de vaccination est prévu mais aucun calendrier ni financement spécifique de développement ne lui sont encore associés.

L'adaptation des logiciels « métiers » des professionnels de santé libéraux, permettant l'édition automatique des notes de vaccination, est achevée pour les pharmacies. Ce premier déploiement constitue un apport pour le suivi individuel du statut vaccinal, par les assurés sociaux ou par les professionnels de santé. En revanche, il ne présente pas d'intérêt supplémentaire pour les autorités sanitaires, dans la mesure où la vaccination par les pharmaciens faisait déjà l'objet d'un acte spécifique dans le SNDS, et pouvait donc déjà être tracée par l'acte de facturation.

La mise en œuvre de la saisie des notes de vaccination dans les logiciels de gestion est prévue en 2027 pour la médecine de ville et pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (dans le cadre de la vaccination contre la grippe), et en 2028 pour les sages-femmes et les infirmiers. Toutefois, au regard des informations disponibles, même indirectement, c'est la récupération des données issues des acteurs assurant une vaccination gratuite, non tracée par les bases de données de la sécurité sociale, qui permettra réellement d'améliorer le suivi de la couverture vaccinale par SPF et les autorités sanitaires.

3 - Des outils abandonnés et des sources d'information insuffisamment exploitées

La France s'est dotée d'outils pour améliorer la connaissance de la couverture vaccinale de la population, au-delà des sources d'informations traditionnellement utilisées.

Pendant la pandémie de covid 19, un système d'information spécifique a été mis en place pour suivre la couverture vaccinale de la population. Cet outil – *vaccin covid* – créé par l'assurance maladie et déployé dans de courts délais, a alimenté la base de données *VAC-SI*⁵⁷. Celle-ci a permis à SPF de publier des données au jour le jour, pour différents niveaux géographiques, pour toutes les catégories de la population-cible (qui s'est élargie progressivement jusqu'à atteindre toute la population) et pour l'ensemble des étapes du schéma vaccinal (première dose et rappels). Ce niveau étendu de fonctionnalités était bien supérieur à celui des outils utilisés dans d'autres pays voisins⁵⁸.

⁵⁶ L'article L. 1111-18 du code de la santé publique exclut l'accès au DMP, sauf au bénéfice des professionnels de santé en charge du suivi de l'assuré.

⁵⁷ Platon J. *et al.*, « VAC-SI: un système d'information pour le suivi de la couverture vaccinale des vaccins contre la Covid 19 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 5 novembre 2024.

⁵⁸ Van Kessel R. *et al.*, « *Divergent COVID-19 vaccine policies: Policy mapping of ten European countries* », *Vaccine*, volume 41, n° 17, 2023.

« Vaccin covid » était adapté au pilotage de campagnes de vaccination. Mais cet outil n'est plus utilisé depuis la fin de la pandémie malgré ses bons résultats, compte tenu de l'ampleur des moyens mobilisés pour le maintenir opérationnel. Il reposait par ailleurs sur un financement spécifique pour inciter les professionnels de santé à le remplir. Les moyens à investir pour l'utiliser comme outil de traçage des vaccinations ont été jugés trop importants par rapport à l'alimentation d'un carnet de vaccination associé au DMP, option qui a donc été privilégiée. Cet outil illustre néanmoins la capacité des autorités françaises à développer un outil fiable et sophistiqué dans un délai contraint, qui contraste avec l'important retard pris pour le développement d'un carnet de vaccination électronique.

Par ailleurs, entre 1999 et 2020, la DREES réalisait des enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (refondues en 2010), qui portaient sur trois niveaux, à des âges clés de la scolarité : la grande section de maternelle, le CM2 et la troisième. Elles permettaient d'apporter des éléments d'information sur la prévalence* de certaines maladies, notamment chroniques, mais aussi sur la couverture vaccinale. Elles étaient réalisées à partir d'un tirage au sort d'établissements, au sein desquels les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale étaient chargés de collecter des informations pour les élèves de la classe d'âge concernée. Cette source d'information complémentaire à celles utilisées par SPF présentait l'intérêt de connaître, par échantillon, la couverture vaccinale d'enfants et d'adolescents au-delà de l'âge de deux ans (âge qui reste le principal jalon de mesure des vaccinations du nourrisson). Depuis 2020, en raison des ressources humaines qu'elle mobilisait au sein des établissements, elle n'a pas été reconduite. Aucun projet de nouvelle enquête n'est envisagé.

Certaines sources de données pouvaient utilement enrichir la connaissance de la couverture vaccinale. Ainsi, les visites de dépistage de la douzième année au collège par les infirmiers permettent à près de 80 %⁵⁹ des élèves accueillis d'être vus par un professionnel de santé et de faire le point de leur statut vaccinal. Depuis la rentrée scolaire de 2023, les infirmiers du second degré sont équipés d'un nouveau logiciel (logiciel infirmier de l'éducation nationale – *LIEN*) qui permet de répertorier précisément, valence par valence, le statut vaccinal des élèves. Cette source d'information pourrait alimenter à l'avenir une étude de cohorte sur le statut vaccinal des collégiens, pour pallier l'absence d'enquête nationale sur la santé des élèves.

Enfin, les bilans de santé en école maternelle, réalisés par les services départementaux de PMI, donnent lieu à la vérification du statut vaccinal des enfants. Le bon taux de couverture de ce bilan réalisé à 3 ou 4 ans (environ 80 % des enfants nés en 2019 ont bénéficié d'un tel bilan⁶⁰) permet d'envisager un recueil représentatif de la donnée vaccinale pour cette classe d'âge. Cette source d'information pourrait venir alimenter des études sur le statut vaccinal des enfants de plus de 2 ans.

Dans l'attente du déploiement d'un outil permettant d'exploiter les informations issues des notes de vaccination, un certain nombre d'outils existants pourraient être mieux utilisés pour appuyer les analyses de SPF concernant la couverture vaccinale.

⁵⁹ Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire*, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2020.

⁶⁰ Données de la DREES sur l'activité des PMI en 2023.

II - Un effet majeur de l'obligation vaccinale sur la couverture des nourrissons et la limitation des foyers épidémiques

L'extension progressive du champ de l'obligation vaccinale (§ A) a eu un effet majeur sur les pathologies prévenues par les vaccins les plus récents (B), tandis que la couverture vaccinale pour les maladies associées à des vaccins déjà obligatoires avant 2018 s'est aussi améliorée (§ C). En outre, le caractère obligatoire de la vaccination a eu un effet d'entraînement pour les vaccinations seulement recommandées (D). En revanche, bien qu'en progression au cours de la période évaluée, la couverture contre la rougeole reste insuffisante (§ E).

A - L'extension progressive du champ de l'obligation vaccinale

Le caractère obligatoire de certaines vaccinations en France correspond à un modèle minoritaire dans le monde. Déclarés conformes à la Constitution française⁶¹, les articles L. 3111-1 à L. 3111-3 du code de la santé publique prévoient cette obligation à destination des mineurs et les obligations corrélatives qui pèsent sur les personnes titulaires de l'autorité parentale. Jusqu'au 1^{er} janvier 2018, ces obligations étaient assorties d'une sanction pénale spécifique ; elles relèvent d'une incrimination plus large depuis lors⁶². S'ajoutent à ce dispositif des vaccinations obligatoires en milieu professionnel, en cas de mesures sanitaires d'urgence, pour des voyages internationaux et contre la fièvre jaune pour le département de la Guyane.

La première obligation vaccinale a concerné la variole (loi du 15 février 1902). Les vaccins contre la diphtérie (loi du 25 juin 1938), le tétanos (loi du 24 novembre 1940, puis décret du 5 octobre 1953) et la poliomyélite (loi du 1^{er} juillet 1964) sont ensuite devenus obligatoires.

La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 a étendu les obligations vaccinales du nourrisson à huit valences supplémentaires (méningocoque C, pneumocoques, hépatite B, *Haemophilus influenzae b*, coqueluche, rougeole, oreillons, rubéole) qui faisaient jusqu'alors uniquement l'objet d'une recommandation. Cette décision s'appuie sur la concertation conduite en 2016 par le Pr Alain Fischer⁶³ dans le cadre du plan de rénovation de la politique vaccinale.

La coexistence de vaccins obligatoires et recommandés avait été identifiée comme une source de confusion pour les parents, les vaccins recommandés étant perçus comme moins importants alors que les maladies qu'ils préviennent peuvent être à l'origine de décès ou de séquelles graves. En conséquence, la couverture vaccinale de certaines d'entre elles (particulièrement le méningocoque C et la rougeole) était insuffisante pour assurer une

⁶¹ Conseil constitutionnel, décision n° 2015-458 QPC du 20 mars 2015, Époux L.

⁶² L'article L. 3116-4 du code de la santé publique sanctionnait alors le refus de vaccination, en tant que tel, de six mois d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende. Depuis 2018, ce refus relève de l'incrimination plus large de l'article 227-17 du code pénal, qui qualifie d'infraction le fait, pour les parents, de se soustraire, sans motif légitime, à leurs obligations légales au point de compromettre la santé de leur enfant mineur, et punit celle-ci de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.

⁶³ Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination, Rapport sur la vaccination, 2017.

élimination de ces maladies, objectif pourtant fixé par l'OMS⁶⁴. Enfin, le Conseil d'État considérait que l'obligation, incombant à l'État, de prendre toutes les mesures permettant de rendre disponibles des vaccins ne concernait que les seuls vaccins obligatoires⁶⁵, alors que les valences diphtérie-tétanos-poliomyélite étaient commercialisées en association avec des valences seulement recommandées (coqueluche, *Haemophilus influenzae* de type b, hépatite B).

La sanction la plus immédiate de l'obligation est l'impossibilité pour l'enfant d'être accueilli chez une assistante maternelle, à la crèche, à l'école ou dans toute collectivité d'enfants, en l'absence de primo-vaccination complète pour ces onze valences. La constatation d'un défaut de vaccination donne lieu à l'orientation vers un professionnel de santé afin de mettre en conformité la couverture vaccinale de l'enfant, dans un délai de trois mois⁶⁶.

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a considéré que le refus de scolarisation au motif de la non-vaccination ne contrevenait pas aux principes de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales⁶⁷. Le Conseil d'État s'est prononcé à plusieurs reprises sur le caractère justifié de l'obligation vaccinale, notamment au regard des stipulations des articles 8 et 9 de la convention précitée⁶⁸.

Un refus persistant de vaccination peut donner lieu à la transmission d'une information préoccupante aux services de l'aide sociale à l'enfance. En réalité, celle-ci n'est réalisée que lorsque d'autres éléments mettant en danger la santé de l'enfant, sa moralité ou sa sécurité sont aussi signalés. Les vérifications opérées au moment des inscriptions à l'école maternelle ou primaire, combinées aux visites médicales et au dépistage infirmier de la douzième année, grâce aux carnets de vaccination ou à d'autres documents probants, sont avant tout des occasions de permettre le rattrapage nécessaire.

B - Un effet positif de l'extension de l'obligation vaccinale illustré par les vaccins les plus récents

L'extension de l'obligation vaccinale du nourrisson en 2018 pour huit valences supplémentaires a eu un effet majeur, tant sur le taux de couverture vaccinale qu'en termes de santé publique. La Cour a pu le mesurer sur deux vaccins récents et seulement recommandés jusqu'en 2018 : le méningocoque de type C et les pneumocoques.

Le vaccin contre le méningocoque de type C est le dernier vaccin, parmi ceux rendus obligatoires en 2018, à avoir intégré le calendrier vaccinal (en 2010). La couverture vaccinale, initialement basse, a connu une augmentation importante sous l'effet de l'extension de l'obligation (cf. graphique n° 3).

⁶⁴ L'OMS a fixé des objectifs d'élimination ou de contrôle de la rougeole au travers de nombreux plans et rapports : « *Progress towards regional measles elimination 2000-2016* », le plan stratégique mondial 2012-2020 (*Global Measles and Rubella Strategic Plan 2012-2020*)... Le « programme pour la vaccination à horizon 2030. IA 2030 » reporte l'horizon d'élimination face à la non-atteinte des objectifs du précédent plan.

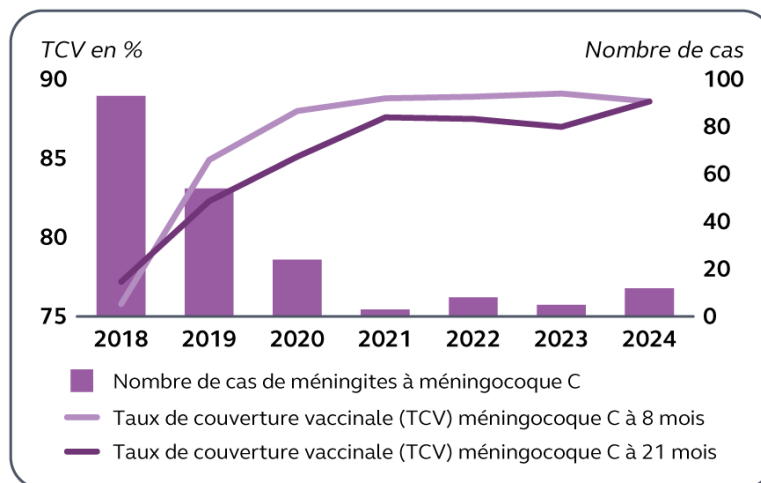
⁶⁵ CE, n° 397151, 8 février 2017.

⁶⁶ Cf. code de la santé publique, II de l'article R. 3111-8.

⁶⁷ CEDH, grande chambre, 8 avril 2021, *Vavříčka et autres c. République tchèque*, n°s 47621/13 et al.

⁶⁸ CE, 26 novembre 2001, *Association Liberté Information Santé*, n° 222741 ; CE, 6 mai 2019, *Ligue nationale pour la liberté des vaccinations*, n° 419242 ; CE, 15 février 2002, *Association Liberté Information Santé*.

Graphique n° 3 : taux de couverture vaccinale contre le méningocoque de type C et cas de méningites à méningocoque C de 2018 à 2024



Source : Cour des comptes, d'après les données de SPF

Ces bons résultats ont conduit les autorités sanitaires à étendre l'obligation vaccinale du nourrisson à la vaccination contre le méningocoque de type B, désormais responsable de la majorité des méningites, et contre les méningocoques de type A, W et Y, depuis le 1^{er} janvier 2025⁶⁹.

La vaccination contre les pneumocoques, recommandée depuis 2003, a régulièrement augmenté, passant de près de 92 % à deux ans pour les enfants nés en 2016, à plus de 95 % pour les enfants nés en 2018 (en schéma complet, d'après les données des certificats de santé du 24^e mois). L'augmentation continue de la couverture vaccinale a été associée à un recul des infections invasives à pneumocoques pour les sérotypes* couverts par le vaccin⁷⁰. Le rebond constaté après la pandémie de la covid 19, lié pour partie à un effet de « remplacement » (les sérotypes* de pneumocoques non couverts par le vaccin sont à l'origine des nouvelles infections⁷¹), a conduit à élargir la vaccination aux personnes âgées de 5 ans et plus⁷², qui ont été plus particulièrement touchées.

⁶⁹ HAS, *Stratégie de vaccination contre les infections invasives à méningocoques. Révision de la stratégie contre les sérogroupe ACWY et B* et décision du collège de la HAS du 7 mars 2024. Un vaccin tétravalent permet de vacciner conjointement contre les méningocoques A, C, W et Y.

⁷⁰ SPF, *Bilan annuel 2023 : incidence des infections invasives à pneumocoque et impact de la vaccination*, 2024

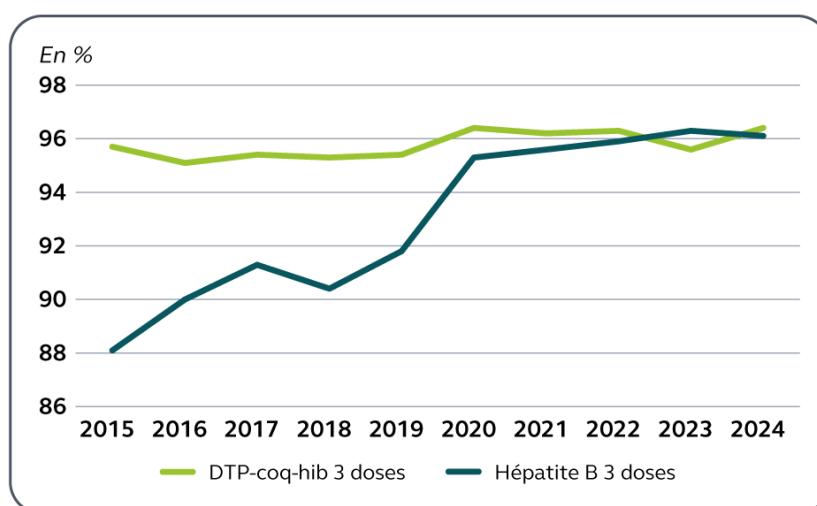
⁷¹ Hyams C. et al., "Serotype Distribution and Disease Severity in Adults Hospitalized with *Streptococcus pneumoniae* Infection, Bristol and Bath, UK, 2006-2022", *Emerging Infectious Diseases*, 2023.

⁷² HAS, *Élargissement des critères d'éligibilité à la vaccination antipneumococcique chez les adultes. Place du vaccin PREVENAR-20 chez les adultes seniors, tous niveaux de risque inclus*, 19 décembre 2024.

C - Une couverture vaccinale encore améliorée pour les maladies visées par les vaccins déjà obligatoires

La commercialisation majoritaire de formes conjuguées* de vaccins déjà obligatoires avec d'autres vaccins recommandés (*Haemophilus influenzae* de type b-Hib, coqueluche et hépatite B) avait déjà eu historiquement un effet d'entraînement sur les taux de couverture vaccinale⁷³. L'extension de l'obligation vaccinale a permis de renforcer encore cette dynamique. Cet effet a été particulièrement sensible pour la vaccination contre l'hépatite B (cf. graphique n° 4).

Graphique n° 4 : couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, Hib et l'hépatite B de 2015 à 2024 (schéma complet aux deux ans de l'enfant)



Source : données de SPF issues des carnets de santé du 24^e mois

La première génération concernée par l'extension de l'obligation vaccinale a atteint l'âge de deux ans en 2020, année qui marque une forte convergence de la vaccination contre l'hépatite B avec celle des autres valences auxquelles elle est majoritairement associée. Cette convergence avait démarré dès 2018, pour des générations non concernées par l'obligation.

La prévalence de l'hépatite B en population générale, compte tenu du caractère asymptomatique de la plupart des infections, est mesurée de manière spécifique. La dernière évaluation fait état d'une prévalence de 0,3 % de la maladie⁷⁴ en 2016, en décroissance par rapport à 2004 où elle s'établissait à 0,65 %⁷⁵. Elle était plus élevée chez les personnes âgées de

⁷³ On parle alors de vaccins hexavalents ; en 2017, ce type de vaccins représentait près de 70 % des doses vendues incluant les valences diphtérie, tétanos et poliomyélite.

⁷⁴ La prévalence d'une maladie correspond au nombre de cas présents dans la population d'un territoire à un instant donné. Le taux de prévalence rapporte ce nombre à la population concernée. En l'espèce, ce taux signifie qu'au sein de la population générale, 0,3 % de la population souffrait de cette maladie en 2016.

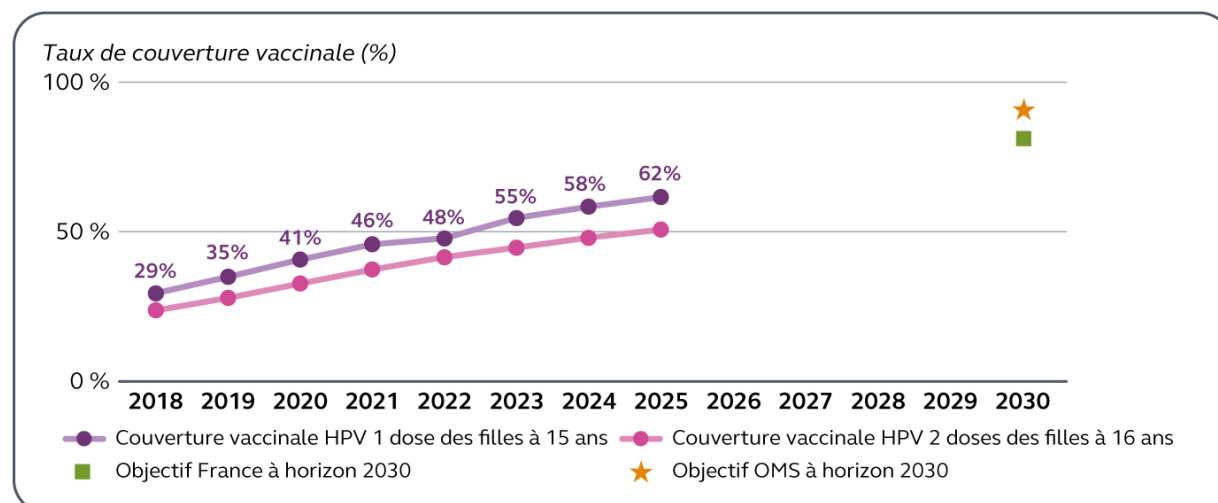
⁷⁵ Saboni L. *et al.* (SPF), « Prévalence des hépatites chroniques C et B et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage », Baromètre de SPF-BaroTest, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 24 septembre 2019.

46 à 75 ans que chez celles âgées de 18 à 45 ans (0,51 % contre 0,1 %). La moitié des personnes infectées sont nées dans des zones touchées par une forte épidémie. La réalisation de ces études de prévalence est coûteuse et ne peut donc être fréquente. Seule la réalisation d'une nouvelle enquête permettra d'évaluer l'impact de la hausse de la couverture vaccinale sur la prévalence.

D - Un effet d'entraînement sur les vaccinations recommandées

L'extension de l'obligation vaccinale en 2018 a eu aussi un effet sur des vaccinations qui n'étaient pas visées par la mesure, en particulier sur la vaccination contre les HPV, et sur le rattrapage de la vaccination contre le méningocoque C. La couverture vaccinale contre les HPV était déjà en hausse depuis 2014 mais l'augmentation récente a été deux fois plus rapide : de 7 points entre 2014 et 2017 et de 17 points entre 2018 et 2021 (cf. graphique n° 5).

Graphique n° 5 : couverture vaccinale anti-HPV par une dose des filles de 15 ans et par deux doses des filles de 16 ans (2012-2024)



Source : Cour des comptes, d'après données du SNIIRAM et de SPF

La couverture vaccinale contre le méningocoque de type C des enfants de plus de deux ans, des adolescents et des jeunes adultes a aussi augmenté de manière substantielle : près de 13 points gagnés pour les 10-14 ans entre 2017 et 2019 (cf. tableau n° 1).

Tableau n° 1 : couverture vaccinale contre le méningocoque C en fonction de l'âge et de l'année de l'estimation

	2-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans
Au 31 décembre 2015	66,1 %	52,3 %	31,4 %	22,5 %	9,4 %
Au 31 décembre 2016	68,1 %	58,3 %	34,8 %	25,1 %	12,2 %
Au 31 décembre 2017	72,3 %	65,4 %	39,6 %	28,4 %	15,3 %
Au 31 décembre 2018	75,7 %	70,3 %	45,8 %	31,9 %	18,6 %
Au 31 décembre 2019	77,6 %	72,6 %	52,4 %	34,2 %	21,1 %

Source : données de SPF

E - Une couverture encore insuffisante pour certains vaccins : le cas de la rougeole

L'extension de l'obligation vaccinale a donc eu un effet positif, en améliorant ou en consolidant des taux de couverture vaccinale déjà satisfaisants. Toutefois, l'objectif de 95 % pour les schémas complets, fixé par la loi⁷⁶ pour l'ensemble de ces valences, n'est pas atteint si l'on s'appuie uniquement sur les données issues du SNDS. Il est tout juste atteint en 2023, pour la plupart des valences citées *supra*, si l'on se fonde sur les données issues des certificats de santé, qui ont tendance à surestimer ce taux. Enfin, ces taux de couverture stagnent depuis la fin de la période de pandémie de covid 19. L'obligation vaccinale ne permet donc pas, à elle seule, de garantir l'atteinte de l'objectif dans le temps, et doit s'accompagner d'actions ciblées en direction de la population encore non couverte, ou imparfaitement (cf. chapitre III, I, B).

L'exemple du vaccin contre la rougeole, combiné avec ceux contre les oreillons et la rubéole, montre l'importance d'atteindre les objectifs fixés.

La couverture vaccinale de ce vaccin n'atteint pas l'objectif de 95 % mais les taux constatés ont été suffisants pour permettre la disparition des épidémies d'oreillons et de rubéole (cf. annexe n° 7. Elle est néanmoins insuffisante pour permettre la disparition de la rougeole⁷⁷, maladie infectieuse la plus contagieuse parmi celles prévenues par les vaccins obligatoires du nourrisson. Un malade de la rougeole contamine au total et en moyenne entre 12 et 18 personnes, un niveau huit fois supérieur à la covid 19⁷⁸. La France a été touchée par une nouvelle épidémie en 2024 et 2025, sous la pression d'une forte circulation du virus dans des pays proches. Parmi l'ensemble des maladies prévenues par les vaccins obligatoires du nourrisson, la rougeole est aussi l'une des plus dangereuses : elle est encore à l'origine d'environ 100 000 décès par an dans le monde et de centaines d'hospitalisations par an en France, qui ont conduit à au moins quatre décès en 2025.

1 - Une amélioration soutenue de la couverture vaccinale

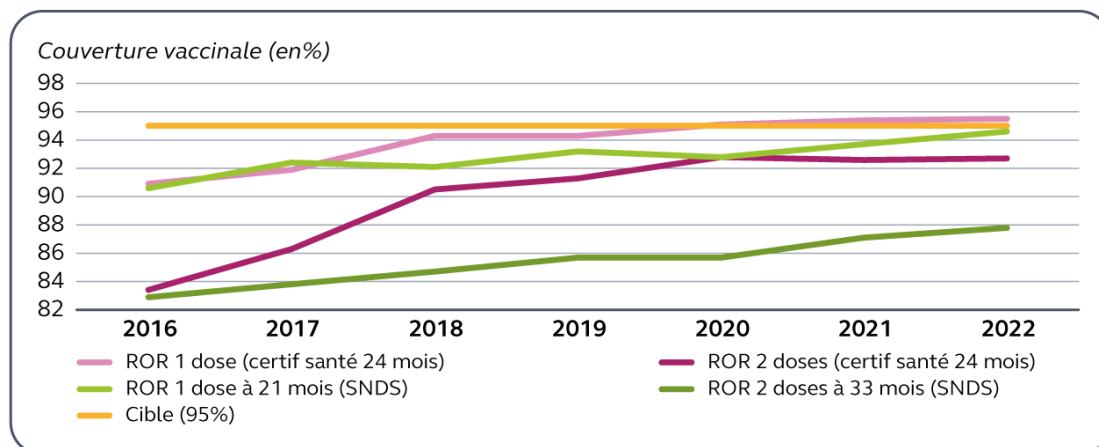
L'amélioration de la couverture vaccinale contre la rougeole s'est accélérée avec l'extension de l'obligation. Cette dynamique est cependant encore insuffisante pour approcher le taux de couverture vaccinale de 95 % en schéma vaccinal complet (2 doses), et ce, quelle que soit la source d'information utilisée – certificats de santé du 24^e mois ou SNDS (cf. graphique n° 6).

⁷⁶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁷⁷ Béraud G. et al., "*Resurgence risk for measles, mumps and rubella in France: estimating and mapping the risk of re-emergence*", *Eurosurveillance*, 2018.

⁷⁸ Ce chiffre est appelé « taux de reproduction » ou « nombre de reproduction de base », ou « ratio zéro (R_0) » au début d'une épidémie, ce taux évoluant ensuite en taux effectif (R_e). Le R_0 était compris entre 1,5 et 2,5 pour la covid 19, en début d'épidémie. Dans le cas de la rougeole, le R_0 de 9 signifie qu'un cas initial s'étend immédiatement à neuf autres, ce qui donne un total de 10 personnes atteintes.

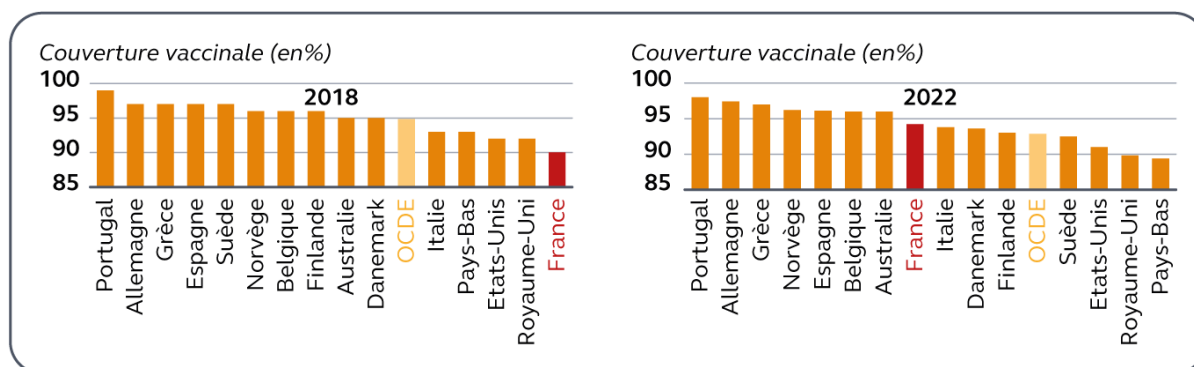
Graphique n° 6 : couverture vaccinale pour les valences rougeole-oreillons-rubéole par année de naissance et selon les sources de données



Source : Cour des comptes, d'après les données du SNDS et les données issues des certificats de santé du 24^e mois

L'extension de l'obligation vaccinale a toutefois permis à la France de rattraper l'important retard qu'elle accumulait, en comparaison avec d'autres pays. De 2018 à 2022, la couverture vaccinale française contre la rougeole a ainsi augmenté de plus de quatre points, alors que celle de tous les autres pays a stagné ou reculé (cf. graphique n° 7).

Graphique n° 7 : couverture vaccinale de la rougeole par pays, en 2018 et en 2022 (% d'enfants vaccinés contre la rougeole à l'âge d'un an)



Source : données de l'OCDE

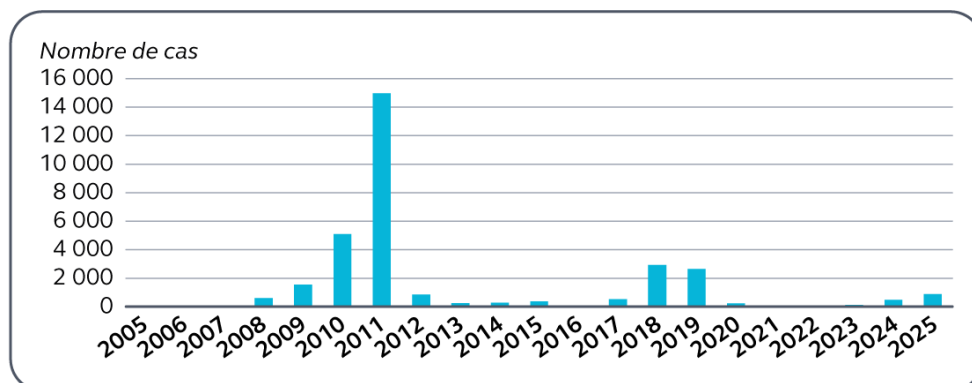
L'extension de l'obligation vaccinale a eu aussi un effet sur la vaccination des enfants de plus de deux ans. Le schéma vaccinal pour les valences rougeole-oreillons-rubéole prévoit deux injections : la première à partir d'un an, et la seconde à 18 mois. Du fait de ce calendrier plus tardif que pour les autres vaccinations du nourrisson, une proportion importante d'injections se produit, avec retard, entre deux et trois ans, et des rattrapages ont lieu, notamment à l'occasion de l'entrée à l'école. Sur la cohorte des enfants vaccinés contre la rougeole en ville, la proportion d'enfants ayant reçu une deuxième dose entre trois et quatre ans, à l'entrée à l'école, a augmenté de quatre points entre la génération née en 2016 et celle née en 2020⁷⁹ (cf. annexe n° 6).

⁷⁹ Ces résultats sous-estiment légèrement le niveau réel de vaccination : les enfants nés en 2019 vaccinés en fin d'année 2025 ne sont pas comptabilisés dans ce calcul.

2 - Un risque épidémique toujours présent

Entre 2008 et 2011, la France a totalisé plus de la moitié des 30 000 cas de rougeole comptabilisés en Europe pendant cette période⁸⁰. Cette flambée a été permise par un taux de vaccination alors trop faible et par la présence de « poches » de sous-vaccination (cf. graphique n° 8).

Graphique n° 8 : nombre de cas de rougeole déclarés en France de 2005 à 2025



Source : données de SPF

Après l'entrée en vigueur de l'obligation vaccinale, la France a de nouveau été confrontée à la résurgence de foyers épidémiques de rougeole, en 2018-2019 et en 2024-2025. En 2025, plus de 870 cas ont été rapportés, touchant principalement les nourrissons de moins d'un an (qui ne peuvent être vaccinés et sont donc protégés par la vaccination du reste de la population), les enfants entre un et quatre ans (15 %, alors que cette population est soumise à l'obligation vaccinale) et les adultes de 30 à 39 ans, qui appartiennent aux premières cohortes d'enfants vaccinés (la recommandation vaccinale contre la rougeole date de 1983 et s'est appliquée aux enfants nés après 1980)⁸¹. Environ un tiers des cas relevés étaient importés ou liés à une importation. L'épidémie s'est diffusée sur une grande partie du territoire (62 départements sur 101 ont été touchés). 67 % des personnes touchées n'étaient pas vaccinées ou l'étaient incomplètement.

La stratégie des autorités sanitaires repose aujourd'hui sur un endiguement des épisodes infectieux, notamment au moyen de la vaccination autour des cas détectés et des foyers de contagion. Compte tenu de la croissance relativement lente de la couverture vaccinale contre la rougeole depuis l'entrée de ce vaccin dans le calendrier vaccinal en 1983 et surtout de la grande contagiosité de cette maladie, la permanence d'une couverture insuffisante chez le nourrisson et l'existence d'une population sous-vaccinée créent un risque de résurgence épidémique. Le développement du rattrapage en dehors des épisodes épidémiques est donc nécessaire.

⁸⁰ Antona D. et al., "*Measles Elimination Efforts and 2008-2011 Outbreak, France*", *Emerging Infectious Diseases*, 2013, p. 357-364.

⁸¹ SPF, « *Situation de la rougeole en France du 01/01/2025 au 31/12/2025* », 15 janvier 2026.

3 - Une nécessaire stratégie de rattrapage de la vaccination contre la rougeole

Parmi les 11 maladies à couverture vaccinale obligatoire du nourrisson, la rougeole est celle pour laquelle la « dette vaccinale » est la plus importante et la plus ancienne⁸².

La dernière évaluation de la couverture vaccinale des adultes de 18 à 35 ans⁸³ conduite en 2021 par SPF l’avait estimée à 90,4 % en France hexagonale⁸⁴. Cette analyse devrait être renouvelée en 2026.

Les données recueillies par les enquêtes scolaires ont permis d’établir que la couverture vaccinale (schéma complet) contre la rougeole, les oreillons et la rubéole pour les jeunes de 15 ans était en 2004 de 66 % et en 2009 de 89 %⁸⁵. Ces taux confirment le niveau insuffisant de la couverture vaccinale des cohortes nées avant l’obligation vaccinale.

Le nombre de nourrissons non ou imparfaitement vaccinés a toutefois tendance à baisser entre 2016 et 2022 : plus de 150 000 enfants de 24 mois étaient non ou incomplètement vaccinés en 2016, contre environ 50 000 en 2022.

Le premier levier de rattrapage vaccinal repose sur le contrôle de l’obligation vaccinale, réalisé à l’entrée dans une collectivité d’enfants, à l’école ou par un assistant maternel. Le nombre de doses de vaccins ROR remboursées en ville aux âges scolaires représente en effet une part importante de celles remboursées en ville après deux ans⁸⁶ (cf. tableau n° 2).

Tableau n° 2 : part de vaccins contre la rougeole remboursés en ville aux âges scolaires (parmi les vaccins contre la rougeole remboursés après deux ans) en 2016 et en 2022

	2016	2022
Entre 3 et 6 ans	21,7 %	20,5 %
Entre 6 et 11 ans	11,1 %	13,3 %
Entre 11 et 15 ans	4,9 %	4,6 %
Total de la part des vaccins remboursés contre la rougeole entre 3 et 15 ans (rapporté à l’ensemble des vaccins contre la rougeole remboursés après 2 ans)	37,7 %	38,3 %

Source : Cour des comptes, d’après les données du SNDS

D’autres instruments peuvent aussi concourir au rattrapage vaccinal contre la rougeole. C’est le cas de la rémunération sur objectif de santé publique des médecins, devenue « majoration prévention » depuis la convention médicale de 2024, qui vise à améliorer la vaccination des enfants de moins de 36 mois, ou encore de la possibilité de réaliser un rattrapage contre la rougeole lors des campagnes de vaccination contre les HPV au collège, laissée à l’appréciation des ARS.

⁸² La couverture vaccinale pour la première dose de rougeole était de 71 % en 1990, sept ans après la publication de la recommandation vaccinale ; elle était encore inférieure à 90 % pendant les années 2000.

⁸³ La recommandation de vaccination s’applique à la population née après 1980, les générations précédentes ayant été en contact avec le virus.

⁸⁴ 85,5 % en Martinique.

⁸⁵ SPF, « La rougeole en France, bilan annuel 2024 », avril 2025.

⁸⁶ Soit l’âge auquel est calculé la couverture vaccinale à partir des certificats de santé du 24^e mois.

Au début des années 2000⁸⁷ et à l’horizon 2010, la France a élaboré une stratégie qui visait l’élimination de la rougeole, conformément aux engagements pris à l’échelle de l’OMS. Aucun nouveau plan n’est cependant venu préciser la trajectoire permettant d’atteindre 95 % de couverture vaccinale en schéma complet qui reste, à ce jour, le seul objectif inscrit dans la loi et réaffirmé par la *stratégie vaccinale 2025-2030*⁸⁸.

Si l’extension de l’obligation vaccinale a permis d’améliorer la couverture vaccinale des enfants les plus jeunes qui restent les plus vulnérables aux maladies infectieuses, l’effectif le plus important de personnes non vaccinées se trouve donc théoriquement parmi les cohortes les plus âgées, moins bien couvertes et plus nombreuses.

L’enjeu d’un rattrapage vaccinal devient d’autant plus important que le recul de la couverture vaccinale contre la rougeole dans plusieurs pays⁸⁹ risque de s’accroître sous l’effet du changement de doctrine des États-Unis en la matière. Dans ce contexte, la persistance de petites concentrations de population non-vaccinées en France constitue une vulnérabilité qui nécessite une feuille de route spécifique, ciblant les parties du territoire les plus à risque.

III - Les objectifs partiellement atteints de l’augmentation des lieux de vaccination et des vaccinateurs

La stratégie vaccinale a cherché à élargir les lieux de vaccination et le vivier des professionnels habilités à injecter et à prescrire des vaccins (§ A). Les résultats obtenus sont globalement mitigés (§ B). Le retour de la vaccination en milieu scolaire a permis de consolider la progression de la couverture vaccinale contre les HPV mais il ne permettra pas d’atteindre l’objectif fixé sans de nouvelles évolutions (§ C).

A - L’élargissement récent des lieux de vaccination et des vaccinateurs

Les textes encadrant les compétences vaccinales des professionnels médicaux et paramédicaux ont beaucoup évolué depuis 2018. Seuls les médecins et les sages-femmes étaient en mesure de prescrire et d’administrer des vaccins jusqu’en 2019 et, pour ces dernières, seulement depuis 2011 sur un périmètre restreint de vaccins et de patients⁹⁰. La France a pris un certain retard dans l’extension de la compétence vaccinale (injection et prescription) à d’autres professionnels. En effet, des pays comme le Royaume-Uni⁹¹ ou l’Australie ont une pratique ancienne de la prescription de vaccins par les pharmaciens et les infirmiers, associée à une bonne couverture vaccinale.

⁸⁷ Plan d’élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale 2005-2010.

⁸⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁸⁹ D’après l’OMS, elle a par exemple baissé de 8 points au Canada entre 2018 et 2024, de 5 points en Italie et de 2 points au Japon et en Espagne.

⁹⁰ Vaccins limités à la vaccination de la femme enceinte et de son entourage (toutes les valences) et à la vaccination du nourrisson (virus de l’hépatite B, vaccin bilié de Calmette et de Guérin – BCG), selon l’arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.

⁹¹ Où il existe une autonomie de vaccination (prescription et administration) par les pharmaciens et les infirmiers depuis la fin des années 1990.

Une première étape a été franchie en 2019⁹² avec l'extension de la compétence d'administration du vaccin antigrippal aux pharmaciens, conditionnée par le suivi d'une formation spécifique, après des expérimentations dans environ 5 000 pharmacies dans six régions à partir de 2017. La pandémie de covid 19 a ensuite ouvert la voie à un élargissement des compétences de vaccination (prescription et administration) des différents professionnels de santé⁹³, dans le cadre d'un régime d'exception. L'extension de la compétence de prescription à un périmètre large de vaccins n'est effective que depuis 2022⁹⁴ pour les pharmaciens et pour les infirmiers, sur le fondement d'une recommandation émise par la HAS⁹⁵. Un décret de 2023 reconnaît une compétence vaccinale de principe pour ces différentes professions, fondée non plus sur une liste de vaccins mais sur le calendrier vaccinal, pour les personnes âgées de 11 ans et plus. Les professionnels des laboratoires d'analyses médicales⁹⁶ et les préparateurs en pharmacie⁹⁷ sont désormais aussi autorisés à vacciner.

Selon les données du ministère chargé de la santé, avant 2023, près de 260 000 médecins et sages-femmes pouvaient prescrire et administrer les vaccins. L'extension vaccinale des compétences des infirmiers et des pharmaciens a accru de près de 640 000 le nombre de vaccinateurs potentiels. En outre, près de 63 000 préparateurs en pharmacie peuvent administrer des vaccins. Le nombre théorique de vaccinateurs a donc pratiquement triplé en quelques années.

L'activité de vaccination requiert encore la présence d'un médecin dans certains contextes. Lors de la première campagne de vaccination contre les HPV, alors qu'une première instruction interministérielle⁹⁸ envisageait la présence d'un médecin « *dans la mesure du possible* », une fiche réflexe de la direction générale de la santé du 27 novembre 2023 a précisé que cette présence était désormais requise. Cette orientation a été confirmée par la deuxième instruction interministérielle qui prévoit néanmoins la possible présence d'une sage-femme en tant que responsable médical⁹⁹. Ce changement a entraîné des complications et des surcoûts pour des équipes de vaccination qui n'avaient pas intégré de personnel médical dans leur organisation. Une même exigence s'applique aux centres de vaccination¹⁰⁰. La vaccination par les services de santé au travail est, par ailleurs, majoritairement réalisée par des médecins. C'est aussi le cas des services de PMI, constitués pour moitié d'infirmières puéricultrices qui ne peuvent être à l'origine d'une prescription de vaccin pour les enfants de moins de 11 ans.

⁹² Décret n° 2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les pharmaciens d'officine.

⁹³ Entre mars et mai 2021, différents textes réglementaires élargissent la compétence de vaccination à différents professionnels et en particulier aux pharmaciens et étudiants en médecine, sous le régime de l'exception.

⁹⁴ Décret n° 2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine.

⁹⁵ HAS, recommandation, « Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes chez les enfants et adolescents de moins de 16 ans », 2022.

⁹⁶ Possibilité créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et le décret n° 2023-736 du 8 août 2023 mais les textes d'application ne sont pas encore tous publiés en juin 2026.

⁹⁷ Loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, qui permet l'injection du vaccin par un préparateur sous la supervision du pharmacien titulaire ; codifié à l'article L. 4241-1 du code de la santé publique.

⁹⁸ Instruction interministérielle n° DGS/SP1/DGESCO/2023/99 du 19 juin 2023.

⁹⁹ Instruction interministérielle n° DGS/SP/MVP/DGESCO/2024/87 du 5 juillet 2024.

¹⁰⁰ Code de la santé publique, article D. 3111-23.

Depuis mai 2024, un certain nombre de professionnels de santé ont la possibilité de réaliser une consultation qui porte spécifiquement sur les questions de prévention¹⁰¹, intitulée « Mon bilan prévention » et indiquée à différents âges (quatre consultations entre 18 et 75 ans). La vérification du statut vaccinal pour favoriser les rattrapages nécessaires est incluse dans la liste des thèmes abordés au cours de cette consultation. Les autorités sanitaires en attendent une amélioration de la prescription vaccinale par ces professionnels.

B - Les résultats mitigés de l'élargissement des compétences vaccinales

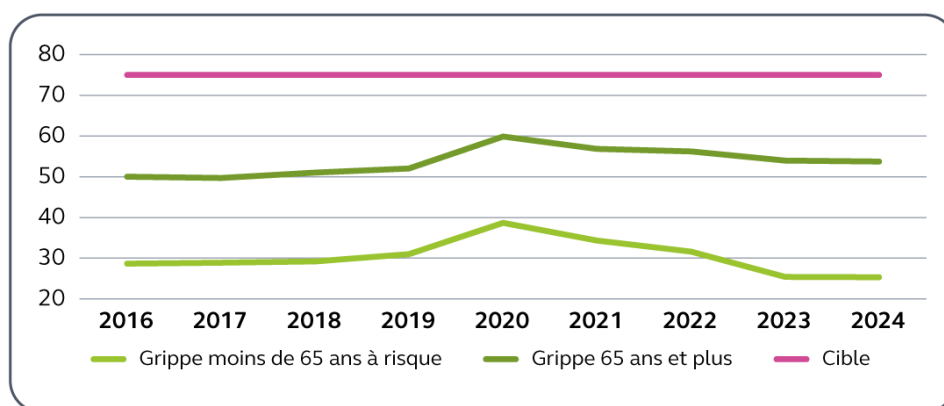
1 - Une vaccination contre la grippe saisonnière désormais majoritairement réalisée par les pharmaciens

La vaccination contre la grippe est celle qui représente le plus d'injections au cours de la vie d'un individu, avec le vaccin contre la covid 19¹⁰². Le public visé par la recommandation¹⁰³ représentait 16 millions de personnes en 2018 et plus de 19 millions en 2024, soit une croissance de 20 %.

L'immense majorité du réseau pharmaceutique français est engagée dans l'activité de vaccination (91 % des officines ont déclaré une activité vaccinale entre avril 2024 et mars 2025), ce qui représente un apport de près de 18 000 nouveaux lieux de vaccination, qui accueillent chaque jour 4 millions de clients.

Pourtant, les taux de couverture vaccinale français contre la grippe sont historiquement bas, inférieurs à la cible de 75 % fixé par la loi (cf. graphique n° 9) et aux résultats obtenus dans des pays voisins (cf. [introduction](#)).

Graphique n° 9 : taux de couverture vaccinale contre la grippe, par public cible, de 2016 à 2024



Source : données de SPF

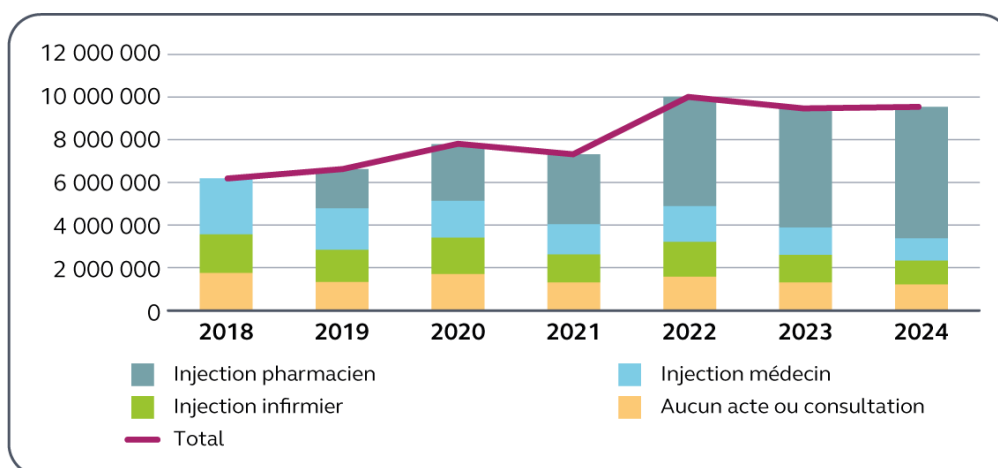
¹⁰¹ Cette consultation peut être réalisée par un médecin, un infirmier, une sage-femme ou un pharmacien. Ce dispositif a été créé par la LFSS pour 2023.

¹⁰² Environ 20 vaccinations contre la grippe par personne, compte tenu de l'espérance de vie des Français (une vaccination par an de 65 à 85 ans), soit autant que toutes les vaccinations obligatoires ou recommandées pour les enfants et les adolescents (19 vaccinations pour 13 valences différentes).

¹⁰³ Hors femmes enceintes et hors personnes souffrant d'obésité.

Il était donc attendu de l'élargissement de la vaccination aux pharmaciens un effet positif, en particulier sur le vaccin contre la grippe. Depuis 2019, l'activité vaccinale contre la grippe en pharmacie n'a cessé de croître, en effet, jusqu'à atteindre une large majorité en 2024 des injections réalisées (cf. graphique n° 10).

Graphique n° 10 : nombre d'injections de vaccins contre la grippe par catégorie de vaccinateurs, de 2018 à 2024



Note de lecture : la catégorie « aucun acte ou consultation » correspond à des assurés pour lesquels l'achat d'un vaccin n'a pas été suivi par un acte ou une consultation d'un professionnel de santé auquel il peut être rattaché.

Source : Cour des comptes, d'après les données du SNDS

La croissance de l'activité de vaccination contre la grippe par les pharmaciens s'accompagne cependant d'un retrait, en valeur absolue et en proportion, de la vaccination par les autres professionnels de santé.

En 2019-2020, durant la phase expérimentale, les pharmaciens ont assuré un peu moins d'une vaccination contre la grippe saisonnière sur trois. En 2024-2025, cette proportion s'est élevée à près de deux sur trois. Dans le même temps, la vaccination par les professionnels médicaux est passée d'une vaccination sur deux à moins d'une sur quatre, quand celle assurée par les infirmiers s'est érodée, passant d'une sur cinq à environ une sur dix.

Malgré le retrait des autres professionnels de santé, le nombre d'injections a augmenté de 3,3 millions de doses entre 2018 et 2024. Cette dynamique n'a toutefois pas permis d'améliorer la couverture vaccinale contre la grippe puisque le public à vacciner a crû d'autant, en raison du vieillissement de la population. Le taux de couverture vaccinale contre la grippe des personnes de moins de 65 ans a même baissé sur la période, du fait d'une croissance bien plus importante de l'effectif à vacciner (+ 59 %) que du nombre de vaccinations (+ 38 %).

La vaccination contre la grippe en pharmacie a donc permis de limiter l'effet de la croissance démographique de la population à vacciner sur le taux de couverture vaccinale, mais pas de l'améliorer. Ce résultat a été atteint en mobilisant des moyens médicaux et financiers limités. En effet, l'acte de vaccination par un pharmacien ou par un infirmier coûte moins cher (9,61 €, hors coût du vaccin) que celui réalisé en consultation par un médecin généraliste (30 € depuis le 22 décembre 2024).

L'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 avait estimé les gains attendus par l'extension des compétences vaccinales à 11,6 M€ en 2023¹⁰⁴ et à 12,5 M€ en 2024. En formant l'hypothèse qu'une vaccination par un pharmacien ou par un infirmier « évite » une consultation par un médecin généraliste, ce qui constitue une hypothèse maximaliste, l'économie théorique serait de 7 M€ en 2023 et de 24 M€ en 2024, par rapport à la situation dans laquelle la répartition des vaccinateurs serait restée la même qu'en 2022-2023. L'économie attendue n'a pas été atteinte en 2023, en raison d'un nombre de vaccinations inférieur à la prévision, mais celle-ci a été largement dépassée l'année suivante. En tout état de cause, la démographie médicale n'aurait pas permis d'accroître de plus de 3 millions le nombre de consultations pour réaliser ces injections supplémentaires.

2 - Une moindre mobilisation des médecins

En France, les médecins généralistes sont historiquement au cœur de l'organisation de la politique vaccinale. Les conventions entre la CNAM et les représentants des médecins libéraux de 2011, de 2016 et de 2024 ont réaffirmé ce rôle prépondérant, en assignant des objectifs de vaccination aux médecins traitants, assortis d'une incitation financière (dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique – ROSP).

La convention médicale de 2011 a subordonné cette rémunération à l'atteinte de niveaux de couverture vaccinale intermédiaire (62 %) et finale (75 %) du public éligible au vaccin contre la grippe (patients de 65 ans et plus, et patients malades chroniques de moins de 65 ans). Les objectifs n'ont pas été atteints puisque la couverture vaccinale des patients suivis par un médecin traitant a baissé, entre 2011 et 2016, de cinq points pour les 65 ans et plus, et d'un point et demi pour les malades chroniques de moins de 65 ans.

La convention médicale de 2016 a complété ce dispositif, en ajoutant la vaccination des enfants contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et le méningocoque de type C. Le changement de périmètre de la ROSP a été assorti d'un dispositif de « clause de sauvegarde », mis en œuvre en 2017, garantissant un même niveau de revenu aux médecins éligibles par rapport aux années précédentes. L'abaissement du niveau d'exigence s'est accru en 2018, par la conclusion de l'avenant conventionnel n° 6 qui a conduit à un abaissement des objectifs intermédiaires et finaux pour les différents vaccins, éloignés des cibles fixées par la loi en matière de couverture vaccinale (cf. introduction), afin de tenir compte de la faible dynamique constatée¹⁰⁵.

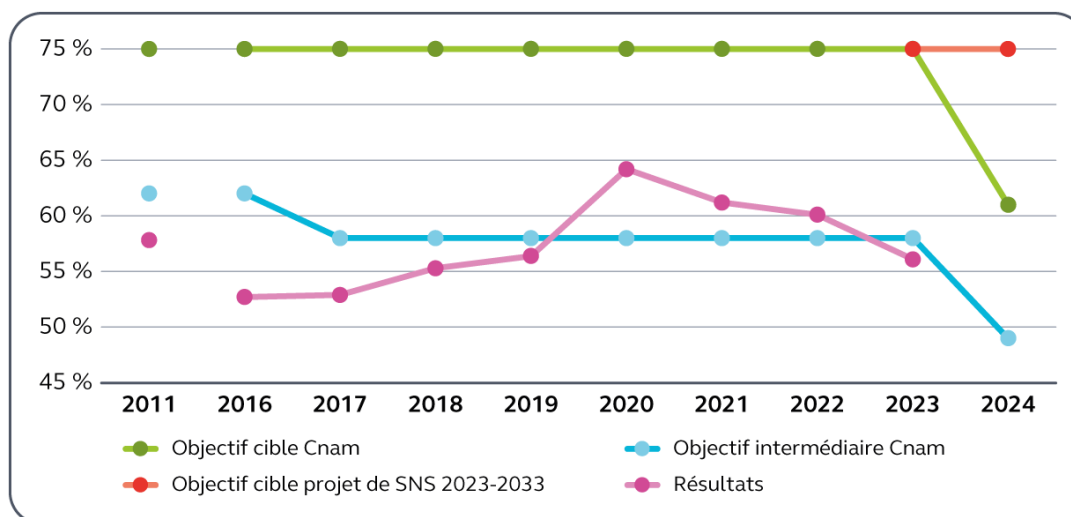
Les résultats obtenus en matière de vaccination sur la période 2016-2024 couverte par la ROSP n'auront donc pas permis d'atteindre la cible, même revue à la baisse. Celle-ci n'a été dépassée qu'au cours de la période 2020-2021, caractérisée par une bonne campagne de vaccination contre la grippe dans le contexte de la pandémie de covid 19 (cf. graphique n° 11).

¹⁰⁴ Quelques mois plus tôt, en juillet 2022, la CNAM estimait à 10 M€ l'économie attendue de l'extension de l'autorisation de vacciner pour les pharmaciens (CNAM, rapport « Charges et produits pour 2023 », p. 335).

¹⁰⁵ Cibles finales de 61 % pour les 65 ans et plus, de 49 % pour les malades chroniques de moins de 65 ans éligibles à la vaccination contre la grippe, et de 80 % contre la rougeole.

Néanmoins, en 2022, sur les 45 000 médecins éligibles à la ROSP au titre de ces deux objectifs, seulement 38 000 ont perçu une rémunération pour le premier (population de 65 ans et plus) et 24 000 pour le second (sujets à risque), pour un montant total de 7,1 M€.

Graphique n° 11 : objectifs et résultats de la vaccination antigrippale des personnes âgées de 65 ans et plus



Source : Cour des comptes, d'après la CNAM (objectifs cibles et intermédiaires), la stratégie nationale de santé et SPF (résultats)

La convention médicale signée en 2024 substitue à la ROSP un dispositif de majoration du forfait « médecin traitant » reposant sur des actes de prévention. Ainsi, toute vaccination contre la grippe d'un patient éligible, que cette vaccination ait été réalisée par le médecin lui-même ou par un autre professionnel de santé, déclenche le versement d'une majoration de 5 € de la consultation, depuis le 1^{er} janvier 2026. Cette transformation de la ROSP traduit le souhait de voir le rôle du médecin traitant évoluer de celui de « vaccinateur » vers celui de conseil et de relais vers d'autres professionnels chargés d'injecter le vaccin.

La prescription de vaccins par les médecins généralistes reste plutôt stable dans le temps (environ 10 millions de prescriptions, tous vaccins compris, en 2018 et en 2024), mais son objet a évolué : la prescription du vaccin contre la grippe par les généralistes a presque disparu, concomitamment à la prescription par les pharmaciens. Les médecins généralistes se sont particulièrement engagés dans la prescription du vaccin contre le HPV (ils représentent 80 % des prescripteurs et le nombre de prescriptions a triplé entre 2018 et 2024), et la part des vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche (DTP-C) dans les prescriptions qu'ils réalisent a crû sur la période.

Les pédiatres prescrivent de même une part substantielle des vaccins, à hauteur de 10 % en 2024, en recul par rapport à 2018 du fait de la forte croissance des prescriptions de vaccins de l'adulte (notamment contre la grippe) et du recul du nombre de prescriptions réalisées par les pédiatres (- 17 %).

Il est donc primordial que les médecins traitants conservent leur rôle pivot dans le suivi préventif de leurs patients, notamment du suivi préventif des enfants. Ils restent l'interlocuteur clé dans la décision vaccinale de nombreux patients hésitants¹⁰⁶.

3 - Une implication des infirmiers à renforcer

L'extension récente des compétences vaccinales des infirmiers traduit le renforcement plus global de leurs missions, notamment en matière de prévention¹⁰⁷. Les injections de vaccins donnent lieu au paiement d'actes spécifiquement cotés, équivalents à ceux prévus pour les pharmaciens : 7,56 € pour une injection ayant donné lieu à une prescription par un tiers et 9,61 € lorsque la prescription a été réalisée par l'infirmier lui-même¹⁰⁸. Un arrêté du 28 mai 2024 a intégré la vaccination dans les actes susceptibles d'être cotés lors des rendez-vous de prévention, qui donnent eux-mêmes lieu à un tarif spécifique.

Les actes de vaccination facturés par les infirmiers libéraux ont augmenté de 2023 à 2024, passant de 1,18 million à 1,5 million, même si les actes d'injection pour la grippe ont parallèlement baissé.

Les infirmiers ne peuvent, à la différence des pharmaciens, disposer d'un stock de vaccins. L'étape préalable d'achat du vaccin par le patient peut constituer un facteur de perte de chance de vaccination, étant précisé que la seule prescription du vaccin ne donne pas lieu au paiement d'un acte. L'activité de prescription « seule » des infirmiers libéraux reste à ce jour assez limitée, notamment pour la vaccination contre la grippe. En 2023, moins de 3 000 vaccins contre la grippe et 30 000 autres vaccins ont été prescrits par des infirmiers.

Cette situation est susceptible d'évoluer du fait des dispositions introduites par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026 qui créent la possibilité pour divers professionnels de santé, dont les infirmiers, d'acquérir des stocks de vaccins au bénéfice de leurs patients.

D'après le Conseil national de l'ordre des infirmiers, peu de professionnels ont déclaré une activité de prescription de vaccins (moins de 2 %), essentiellement parmi les professionnels libéraux¹⁰⁹. De leur côté, les infirmiers salariés n'ont pas toujours connaissance du fait que l'élargissement des compétences de prescription en matière de vaccins les concerne aussi¹¹⁰. Or, cette faculté présente un intérêt tout particulier pour les infirmiers de l'éducation nationale exerçant en collège, qui voient la majeure partie d'une classe d'âge au moment de l'entretien infirmier de la douzième année. La pratique consiste aujourd'hui à orienter un élève dont la couverture vaccinale serait incomplète vers un autre professionnel de santé, alors que les textes permettent à l'infirmier de prescrire directement les vaccins manquants.

¹⁰⁶ Vaux S. et al., *"Influenza vaccination coverage against seasonal and pandemic influenza and their determinants in France: a cross-sectional survey"*, BMC Public Health, 2011.

¹⁰⁷ Ainsi, la vaccination était déjà identifiée comme un acte de suivi des infirmiers en pratique avancée par l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée.

¹⁰⁸ Avenant 9 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signé le 27 juillet 2022.

¹⁰⁹ Cette déclaration est obligatoire en application de l'article R. 4311-5-1 du code de la santé publique.

¹¹⁰ L'un des préalables à la faculté de prescrire est l'inscription à l'ordre des infirmiers, qui reste à ce jour incomplète (un quart des infirmiers ne sont pas inscrits à l'ordre), notamment parmi les infirmiers salariés.

Les infirmiers libéraux et salariés représentent ainsi un potentiel de vaccinateurs importants, qui pourrait être mobilisé davantage.

4 - Les sages-femmes, un réseau à mieux utiliser

En sus de leur habilitation à vacciner, les sages-femmes peuvent prescrire certains vaccins depuis 2016 (cf. *supra*), pour le nourrisson et la femme enceinte. Depuis 2023, elles disposent d'un pouvoir étendu de prescription de vaccin pour l'ensemble de la population.

Les sages-femmes libérales occupent une place croissante dans le suivi de la femme enceinte : leur part au sein des professionnels chargés de ce suivi a triplé entre 2016 et 2021, passant de 9 % à 23 % des suivis¹¹¹. Elles interviennent fréquemment au domicile des femmes enceintes et peuvent donc aisément procéder à la vaccination de l'entourage et aux rattrapages vaccinaux de la fratrie¹¹².

Les sages-femmes ont un rôle essentiel dans la vaccination contre la coqueluche, qui représente 75 % des vaccins qu'elles prescrivent, avec une forte mobilisation pendant l'épidémie de 2024 (200 000 vaccins prescrits en 2024 pour 660 000 naissances). La couverture vaccinale des femmes enceintes contre la coqueluche a ainsi atteint 63 % en 2024.

En revanche, les sages-femmes sont moins impliquées dans la vaccination contre la grippe, pourtant recommandée¹¹³. En 2024, les sages-femmes n'ont délivré que 4 000 prescriptions de vaccins contre la grippe, ce qui correspond à seulement 5 % des femmes enceintes vaccinées. Cette faible activité peut expliquer que, d'après la CNAM, seulement environ 20 %¹¹⁴ des femmes enceintes se sont fait vacciner contre la grippe durant la saison 2024-2025 (environ 80 000 sur les 400 000 femmes enceintes de plus de quatre mois).

La vaccination de la femme enceinte contre la grippe et la coqueluche fait l'objet d'une « rémunération forfaitaire de santé publique » des sages-femmes depuis 2023¹¹⁵, donnant lieu au versement de 200 € par an et par objectif atteint. Les objectifs ont été fixés à hauteur de 15 % de couverture vaccinale en 2024, 30 % en 2025 et 50 % en 2026 pour ces deux pathologies. Ils sont inférieurs à la cible fixée pour la grippe (75 %) et supérieurs de seulement sept points, pour 2026, aux niveaux constatés en 2023 pour la coqueluche (43 % de taux de couverture vaccinale). D'après les données de la CNAM, au titre de l'activité 2024, 45 % des sages-femmes ont atteint l'objectif fixé pour la vaccination contre la grippe et 98 % celui fixé pour la coqueluche. La fixation de ces objectifs confirme le potentiel de ces professionnels de santé dans la vaccination depuis l'élargissement de leur compétence vaccinale.

¹¹¹ SPF, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements*, 2021.

¹¹² Grimley C. et al., "Midwives' perceptions and experiences of recommending and delivering vaccinations to pregnant women following the Covid 19 pandemic: a qualitative study", *Midwifery*, vol. 140, 2025.

¹¹³ Le vaccin protège pendant six mois l'enfant à naître et prévient diverses complications liées au virus.

¹¹⁴ Estimation minimale qui ne tient pas compte des vaccinations réalisées sur le lieu de travail et en maternité. Pour la saison 2020-2021, SPF avait évalué cette couverture à 30 % dans son enquête périnatale.

¹¹⁵ Avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie du 23 août 2023.

L'élargissement des compétences vaccinales des sages-femmes n'a pas produit d'évolution significative de leurs pratiques. Or, elles pourraient jouer un rôle dans la promotion de la vaccination contre les rotavirus pour les nourrissons (la vaccination étant recommandée à un mois) et contre le HPV pour les adolescents, compte tenu de leur implication en matière de santé sexuelle et de la présence de sages-femmes dans les centres de planification familiale. Les prescriptions de vaccin contre les rotavirus par des sages-femmes sont aujourd'hui quasi inexistantes (moins de 1 %) et encore trop peu nombreuses concernant le HPV (environ 10 % des vaccins prescrits).

5 - Une activité vaccinale accessoire des services de santé au travail

Au cours de leurs carrières, les salariés du secteur privé et les fonctionnaires sont vus à plusieurs reprises, respectivement, par les services de prévention et de santé au travail et par la médecine préventive du secteur public. Ces contacts constituent autant d'occasions de faire le point sur leur statut vaccinal, voire de les vacciner. Tout salarié nouvellement recruté doit bénéficier d'une visite d'information et de prévention dans un délai de trois mois à partir de sa prise de fonction effective, sauf exceptions¹¹⁶. Le travailleur bénéficie ensuite d'un renouvellement de cette visite selon une périodicité qui ne peut excéder cinq ans¹¹⁷. Des dispositions analogues s'appliquent aux fonctionnaires¹¹⁸. Dans le cas général, un salarié, un fonctionnaire de l'État ou un fonctionnaire territorial¹¹⁹ est censé voir un médecin du travail au minimum à huit reprises au cours d'une carrière complète (vingt fois pour les fonctionnaires hospitaliers).

En milieu professionnel, en sus des vaccins déjà obligatoires avant le 1^{er} janvier 2018 (diphtérie, tétanos et poliomyélite), l'obligation vaccinale concerne l'hépatite B pour les personnes qui, dans un établissement de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées, exercent une activité les exposant ou exposant les personnes dont elles sont chargées à des risques de contamination¹²⁰. Cette vaccination est imposée de même aux thanatopracteurs¹²¹ ainsi qu'aux élèves et aux étudiants des établissements préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé. Par ailleurs, le personnel des laboratoires d'analyse de biologie médicale doit être vacciné contre la typhoïde. La loi a aussi prévu la vaccination obligatoire contre la grippe pour l'ensemble de ces professionnels mais cette obligation a été suspendue par décret en 2006¹²². Des dispositions comparables existent pour la médecine préventive dont bénéficient les fonctionnaires¹²³.

¹¹⁶ Articles R. 4624-10 à R. 4624-15 du code du travail.

¹¹⁷ Article R. 4624-16 du code du travail.

¹¹⁸ Voir en particulier l'article 24-1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 (visite médicale quinquennale pour les fonctionnaires de l'État), et l'article 20 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 (visite médicale biennale pour les fonctionnaires territoriaux).

¹¹⁹ Décret n° 2025-1193 du 8 décembre 2025 relatif à la périodicité de la visite médicale d'information et de prévention pour les agents de la fonction publique territoriale.

¹²⁰ Obligation prévue par les dispositions des articles L. 3111-4 et L. 3111-5 du code de la santé publique.

¹²¹ Les thanatopracteurs sont des professionnels qui interviennent sur le corps des défunts, à la demande de la famille, pour réaliser des soins qui ont pour finalité de retarder la thanatomorphose et la dégradation du corps.

¹²² Décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006.

¹²³ La médecine de prévention est chargée de prévenir toute altération de la santé du personnel du fait de son activité, en application de du décret n° 82-453 du 28 mai 1982, de l'article L. 812-4 du code général de la fonction publique et de du décret n° 85-603 du 10 juin 1985.

Afin de promouvoir la vaccination en milieu professionnel, le Comité interministériel pour la santé, réuni le 25 mars 2019, a fixé comme objectif d'autoriser les médecins du travail à la prescrire au titre de leur activité de prévention. Une loi de 2021¹²⁴ a ainsi intégré dans les missions des services de prévention et de santé au travail (SPST) interentreprises la prévention en santé générale. Au sein des SPST, les médecins du travail, les collaborateurs-médecins, les internes et les infirmiers de santé au travail peuvent désormais vacciner.

La CNAM encourage les médecins du travail à prescrire eux-mêmes des vaccins mais cette recommandation est peu suivie d'effet. L'entreprise reste quasi exclusivement un lieu de prévention des risques professionnels et non un lieu de concrétisation de la prévention en santé, ce que la Cour avait déjà constaté en 2022¹²⁵. Un obstacle financier reste à lever : le financement des actions de prévention primaire est financé par l'assurance maladie dans le champ de la médecine de ville et des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, alors que le fonctionnement des SPST repose uniquement sur les financements privés des employeurs. Il est donc essentiel de mener une réflexion conjointe entre la CNAM et les ministères chargés de la santé et du travail sur le financement des actions de prévention primaire dans les lieux de travail.

À ce jour, la vaccination en milieu professionnel occupe une place modeste dans les plans des autorités sanitaires. La *stratégie nationale de santé 2018-2022* ne consacre qu'une place réduite à la santé au travail. La *stratégie Vaccination et immunisation 2025-2030* est muette sur le rôle des services de santé au travail en matière de vaccination. Le projet de plan *Santé au travail 2026-2030* prévoit toutefois une action visant à faciliter la participation des SPST aux campagnes nationales de vaccination (stockage de vaccins et circuits de financement) et à valoriser le rôle des infirmiers en santé au travail dans ce champ.

Au niveau territorial, hormis en Centre-Val de Loire, la vaccination en milieu professionnel n'était citée dans aucun des plans régionaux de santé au travail en vigueur en 2025 et elle est généralement absente des projets régionaux de santé des ARS.

Il n'est pas possible de mesurer précisément l'activité vaccinale des services de santé au travail (cf. *supra*). Cependant, certaines données sont disponibles. En 2023, 23 619 et 95 349 vaccinations ont ainsi été respectivement déclarées par les services interentreprises et les services autonomes de prévention et de santé au travail¹²⁶, soit un total de 118 968 vaccinations pour 18 481 856 salariés suivis, correspondant à seulement 0,6 % de l'effectif¹²⁷.

En milieu professionnel, hormis pendant la crise sanitaire au cours de laquelle les SPST ont contribué à la campagne vaccinale nationale contre la covid 19, la vaccination contre la grippe saisonnière reste prédominante afin, notamment, de réduire l'absentéisme. Les services de santé au travail procèdent aussi à des rappels de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite pour les salariés.

¹²⁴ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

¹²⁵ Cour des comptes, *Les politiques de prévention en santé*, rapport public thématique, 2022.

¹²⁶ L'ensemble de ces services peuvent être institués lorsque l'effectif de salariés suivis atteint ou dépasse 500 salariés (articles D. 4622-5, D. 4622-9 et D. 4622-12 du code du travail).

¹²⁷ Ministère du travail, *L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2023*, 2025.

Enfin, alors que la vaccination relève désormais du rôle propre de l'infirmier, seuls les médecins du travail procéderaient à la vaccination, selon les déclarations d'opérateurs recueillis par la Cour. Il est désormais important de promouvoir la vaccination par les infirmiers, qui sont aujourd'hui aussi nombreux que les médecins¹²⁸ et dont la part dans l'effectif des SPST augmente.

6 - Une contribution des services de santé étudiante à consolider

Les services universitaires ou inter-universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, dénommés aussi services universitaires ou inter-universitaires de santé étudiante (SSE), sont mis à la disposition des étudiants. Ils promeuvent et coordonnent des programmes de prévention et des actions d'éducation à la santé. Ils sont notamment chargés d'assurer le suivi vaccinal des étudiants¹²⁹, de prescrire et de réaliser des vaccinations¹³⁰.

Les SSE doivent effectuer au moins un examen de santé au cours de la scolarité dans l'enseignement supérieur pour tous les étudiants et, de manière prioritaire, au bénéfice de certains d'entre eux comme les étudiants étrangers et les étudiants soumis à des risques de rupture dans leurs parcours de soins. En 2024, sur environ 690 000 consultations, 97 900 correspondent à des examens de santé (bilans de prévention). Seulement 6 % des 1 631 500 étudiants ont donc bénéficié d'un tel examen.

L'habilitation d'un SSE en tant que centre de vaccination permet à celui-ci de vacciner gratuitement l'étudiant lors d'un examen de santé ou d'une consultation, et évite ainsi les pertes de chance liées à son orientation vers un autre professionnel de santé. Le nombre de vaccinations réalisées par les SSE est faible même s'il a progressé : 26 657 en 2019-2020, 58 538 en 2022-2023. Il existe une forte hétérogénéité de l'activité selon les services, avec plus de la moitié des SSE qui ont vacciné moins de 1 % des étudiants et cinq services qui en ont vacciné entre 5 et 8 % en 2022-2023. En outre, neuf des 64 SSE existants, soit 14 % d'entre eux, n'ont pas vacciné en 2024.

Par ailleurs, le statut de centre de santé, combiné à l'habilitation en tant que centre de vaccination¹³¹, est de nature à faciliter les activités de vaccination. Alors qu'en 2019, seuls 19 SSE avaient obtenu ce statut, 33 parmi les 64 SSE existants étaient centres de santé en 2026. À titre d'exemple, ce statut a permis au SSE de l'université de Caen-Normandie de passer d'environ 500 vaccins administrés en moyenne annuelle de 2020 à 2022, à plus de 3 000 en 2025, soit une multiplication par six.

Les SSE pourraient être davantage des acteurs privilégiés pour vacciner les étudiants, notamment contre les infections invasives à méningocoque C et contre les HPV, dans le cadre de la stratégie de rattrapage recommandée en mai 2025 pour les femmes et les hommes jusqu'à vingt-six ans révolus. En outre, le principe du vaccin contre les HPV est bien accepté par les

¹²⁸ En 2022, on dénombrait environ 5 500 infirmiers dans les services de santé inter-entreprises et dans les services de santé au travail autonomes, sans compter les autres « infirmiers en entreprises ».

¹²⁹ Article L. 831-1 du code de l'éducation.

¹³⁰ Article D. 714-21 du code de l'éducation.

¹³¹ L'article D. 3111-22 du code de la santé publique prévoit que ces centres peuvent être habilités comme centres de vaccination.

18-24 ans, avec environ 80 % d'opinions favorables en 2023-2024¹³². Cette évolution est d'autant plus souhaitable que les universités accueillent une proportion importante d'étudiants bénéficiaires de l'assurance complémentaire de santé solidaire (C2S)¹³³, dont certains vivent dans des conditions de précarité préoccupantes et peuvent être éloignés du système de soins.

Cette perspective est toutefois confrontée à plusieurs obstacles. La vaccination ne fait pas partie à ce jour des priorités de santé retenues par le ministère chargé de l'enseignement supérieur¹³⁴ et elle est surtout centrée sur les besoins des étudiants des filières de santé¹³⁵. En dépit de ce que prévoit la réglementation, les relations entre SSE et ARS sont globalement faibles, comme en témoigne la place réduite accordée à la santé des étudiants dans les projets régionaux de santé. Enfin, la vaccination en milieu universitaire rencontre des difficultés de financement. L'habilitation en tant que centre de vaccination et en tant que centre de santé permet aux SSE d'obtenir le remboursement de la part sécurité sociale des vaccins mais le ticket modérateur reste à leur charge, faute pour eux de pouvoir facturer des soins aux étudiants et en l'absence de relation avec les éventuelles mutuelles de ces derniers. Certaines ARS accordent des crédits pour couvrir ces dépenses mais, le plus souvent, les universités doivent financer elles-mêmes une partie de cette activité.

La reconnaissance de la spécificité de l'offre de santé étudiante et la mise à disposition de centres de vaccination sur les campus sont souhaitables, comme le préconise d'ailleurs le ministère chargé de l'enseignement supérieur dans le cadre de la rédaction en cours du nouveau cahier des charges des centres de vaccination et de la révision de l'arrêté d'habilitation par la direction générale de la santé.

7 - Le potentiel largement inexploité des établissements de santé et des laboratoires d'analyse médicale

L'extension aux biologistes médicaux de la compétence de vaccination a été instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Les laboratoires de biologie médicale accueillent en effet en leur sein des professionnels formés à l'acte d'injection et disposent de l'équipement technique pour stocker et administrer des vaccins. En outre, ils sont en contact avec le public cible, en particulier pour la grippe (personnes âgées de 65 ans et plus, et personnes en ALD). D'après une étude de la CNAM, au cours de l'année 2016, plus de la moitié de la population a réalisé au moins une analyse dans un laboratoire de biologie¹³⁶.

¹³² ICOVAC, *Attitudes des Français à l'égard de la vaccination contre les HPV depuis 2021 et focus sur les 18-26 ans*, février 2025.

¹³³ Une étude réalisée par l'université de Caen-Normandie a établi que plus de trois étudiants sur cinq bénéficiaient de la C2S.

¹³⁴ La circulaire du 27 mars 2023 relative à la réforme du dispositif de santé en faveur des étudiants et usagers de l'enseignement supérieur a retenu comme thématiques de santé prioritaires la santé mentale, la santé sexuelle, la nutrition et l'activité physique adaptée, ainsi que les conduites addictives.

¹³⁵ À titre d'exemple, en 2023, près de la moitié des vaccinations réalisées par le SSE de l'université de Montpellier ont été réalisées au profit des étudiants de ces filières.

¹³⁶ CNAM, *Le secteur de la biologie médicale en 2016*, points de repère, n° 51, décembre 2018.

Les textes permettant de rendre effective cette faculté ont été pris avec beaucoup de retard par rapport à ceux visant les autres professions visées par le texte de 2023. En outre, une erreur d'utilisation du référentiel des actes n'a pas permis d'organiser le financement de la vaccination pour la campagne contre la grippe 2025-2026.

En ce qui concerne les hôpitaux, qui soignent les patients les plus fragiles pour lesquels la protection vaccinale est la plus importante, leur implication permettrait d'augmenter de plusieurs dizaines de points certaines couvertures vaccinales¹³⁷ et pourrait améliorer la couverture vaccinale de patients souffrant d'affections de longue durée (ALD), dont certains se rendent de manière récurrente à l'hôpital¹³⁸. Or, elle est aujourd'hui marginale en France. Pourtant, les établissements de santé ont démontré leur capacité de mobilisation, dans le cadre de l'immunisation des nouveau-nés contre la bronchiolite, réalisée majoritairement en maternité pour la première année de mise à disposition (hiver 2022-2023).

La vaccination par les professionnels de santé hospitaliers est aujourd'hui entravée par des obstacles d'ordre financier. Un établissement qui souhaite vacciner les patients qu'il accueille doit financer l'achat des produits sans compensation supplémentaire. Le succès de la vaccination contre la bronchiolite s'explique notamment par un financement *ad hoc* de ce produit dont le coût est trop élevé pour être pris en charge par les établissements eux-mêmes.

Pour lever cette contrainte, à titre exceptionnel, certains établissements ont signé avec des CPAM¹³⁹ des conventions de financement pour l'achat de vaccins, sur le modèle de ce qui est proposé à certains services de PMI¹⁴⁰. La Cour a recommandé que soient confortées ces modalités conventionnelles au bénéfice de ces derniers¹⁴¹. Pour les établissements de santé, une systématisation de ce circuit de financement, assorti d'objectifs, permettrait de mobiliser utilement l'importante capacité de vaccination des professionnels hospitaliers.

C - Les résultats décevants de la vaccination contre les HPV au collège

Le milieu scolaire présente un intérêt pour la vaccination contre les HPV car il regroupe l'ensemble de la classe d'âge visée par la recommandation vaccinale. Il couvre tout le territoire et s'adresse à tous les milieux sociaux. Ce mode de vaccination, associé à l'utilisation de rappels et à la gratuité, permet d'atteindre les taux de couverture vaccinale les plus élevés¹⁴² : l'Islande, la Norvège et le Portugal ont ainsi obtenu un taux de couverture vaccinale anti-HPV à une dose supérieur à 90 % entre 2017 et 2021, de même que la Hongrie, l'Irlande et la Suède ont en 2024-2025.

¹³⁷ Pennisi F. *et al.*, *“Improving Vaccine Coverage Among Older Adults and High-Risk Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Hospital-Based Strategies”*, 2025 : cette revue de littérature met en évidence une amélioration de la couverture contre le méningocoque de 2 % à 34 %, de celles contre la grippe de 31 % à 68 %, contre les pneumocoques de 10 % à 60 % pour les personnes à risque et de 56 % à 80 % pour le DTPC.

¹³⁸ La CNAM a mis en évidence l'insuffisance des taux de couverture vaccinale des patients pris en charge pour une maladie rénale chronique (CNAM, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2026*, juillet 2025).

¹³⁹ C'est le cas des CHU de Lille et de Saint-Étienne.

¹⁴⁰ Cette possibilité est prévue par l'article L. 3111-11 du code de la santé publique.

¹⁴¹ Cour des comptes, *La santé des enfants. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 2022.

¹⁴² Ngoc-Ha Nguyen-Huu *et al.*, *“Human papillomavirus vaccination coverage, policies, and practical implementation across Europe”*, *Vaccine*, volume 38, n° 6, 5 février 2020, p. 1315-1331.

Pour contribuer à combler son retard de couverture vaccinale (cf. introduction), la France a souhaité s'inspirer des succès étrangers¹⁴³. Dans le prolongement d'une orientation du plan cancer 2014-2019, la vaccination contre les HPV a été expérimentée dans les collèges de plusieurs régions, en particulier en Normandie (dès 2019), en Guyane et en Martinique. En février 2023, le Président de la République a annoncé sa généralisation aux élèves de cinquième, volontaires et sur autorisation parentale, à compter de septembre 2023.

1 - Des résultats inférieurs aux attentes

Selon SPF¹⁴⁴, 116 541 vaccins anti-HPV ont été administrés lors de la deuxième campagne (2024-2025), dont 74 400 premières doses. Compte tenu de l'effectif scolarisé (811 658 élèves de cinquième), ceci indique que seulement 9,2 % des élèves ciblés se sont vus administrer une première dose au collège, ce qui représentait 11 % des primo-vaccinations pour les filles et 14 % pour les garçons. La faiblesse de ces taux doit toutefois être tempérée par le fait que, selon une enquête menée par SPF¹⁴⁵, 38 % des élèves avaient déjà reçu une dose de vaccin avant la rentrée scolaire 2023-2024.

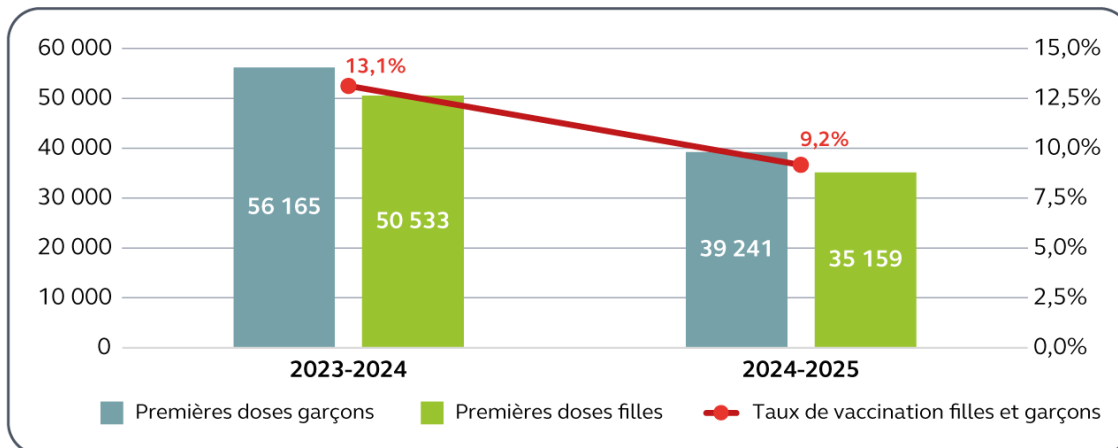
Entre septembre 2024 et juin 2025, à peine plus d'une vaccination anti-HPV sur dix a donc eu lieu en milieu scolaire. En outre, pour les filles comme pour les garçons, le nombre de premières doses administrées au collège a reculé de 30 % entre les deux premières campagnes (cf. graphique n° 12). Les coûts engagés n'ont pas diminué d'autant, le nombre et la durée des vacations des professionnels vaccinateurs étant souvent inchangés.

¹⁴³ Australie (National Centre for Immunisation Research and Surveillance, *“Impact evaluation of Australian national human papillomavirus vaccination program”*, février 2021 ; Smith M *et al.* *“2025 Cervical Cancer Elimination Progress Report: Australia's progress towards the elimination of cervical cancer as a public health problem”*, 2025), Royaume-Uni, Autriche, provinces canadiennes comme le Québec.

¹⁴⁴ SPF, *Bilan de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) menée au collège dans les classes de 5e au cours de l'année scolaire 2023-2024 en France*, 23 janvier 2025. Compte tenu de l'absence de remontée unifiée et fiable de la vaccination dans les collèges et des difficultés à identifier les premières et les secondes doses, les estimations de l'agence reposent sur des hypothèses.

¹⁴⁵ L'étude Vaccicol (à paraître) repose sur un sondage aléatoire à deux degrés en grappe, stratifiée par région et type d'établissement (privé, public hors réseau d'éducation prioritaire, public en réseau d'éducation prioritaire) qui a permis d'interroger 12 287 parents sur leur perception de la campagne scolaire 2023-2024, leur attitude et les choix de faire vacciner leur enfant à l'école.

Graphique n° 12 : nombre de premières doses de vaccin anti-HPV administrées au collège et taux de vaccination afférent (2023-2024 et 2024-2025)



Source : Cour des comptes, d'après les données SPF

À titre de comparaison historique, en 1994-1995, 495 189 élèves scolarisés en classe de sixième avaient bénéficié d'une vaccination complète contre l'hépatite B (trois injections) par les médecins et infirmiers, soit 57 % de l'effectif des élèves visés, dès la première année¹⁴⁶.

Aucune cible chiffrée spécifique aux vaccins anti-HPV administrés en milieu scolaire n'a été formellement fixée, contrairement à ce qui avait été fait pour la vaccination contre l'hépatite B¹⁴⁷. À titre indicatif, la première instruction interministérielle¹⁴⁸ préconisait toutefois de prévoir des doses permettant de vacciner 30 % des élèves de cinquième avec un schéma complet à deux doses. Or, lors de la première campagne de vaccination, pour la première dose, le résultat obtenu a été plus de deux fois inférieur ; pour la seconde, il a été près de trois fois inférieur. La deuxième instruction interministérielle¹⁴⁹ fixait une cible indicative de vaccination comprise entre 20 % et 30 % des élèves. Les résultats précités obtenus en 2024-2025 sont donc inférieurs à cet objectif.

En 2023-2024, le nombre moyen par collège des premières et des deuxièmes doses administrées s'est élevé, respectivement, à 10,8 et à 5,8. Ces moyennes masquent des résultats hétérogènes. Un quart des collèges n'a vacciné aucun élève de cinquième. Plus d'un établissement sur deux a vacciné au maximum dix élèves, nombre faible au regard de l'organisation et des moyens mis en œuvre, liés en particulier au déplacement d'équipes de vaccination entraînant des coûts fixes. Certaines équipes ne se sont toutefois pas déplacées lorsque le nombre d'enfants à vacciner était trop faible.

¹⁴⁶ Ministère de l'éducation nationale (DEPP), « Campagne de vaccination des élèves de sixième contre l'hépatite B », note d'information n° 97.07, février 1997. L'année suivante, l'effectif vacciné était de 375 421 ou 363 705 selon les sources (« Une action de santé publique – La vaccination des élèves de sixième des collèges contre l'hépatite B », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 20, septembre 1997, p. 7).

¹⁴⁷ L'objectif fixé consistait alors à vacciner au moins 60 % des élèves scolarisés en classe de sixième dès l'année scolaire 1994-1995.

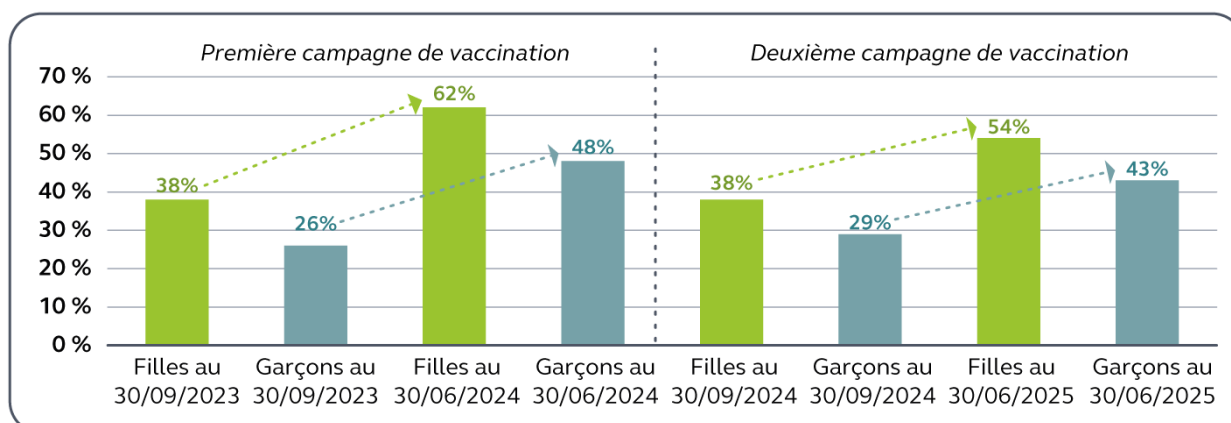
¹⁴⁸ Instruction interministérielle n° DGS/SP1/DGESCO/2023/99 du 19 juin 2023.

¹⁴⁹ Instruction interministérielle n° DGS/SP/MVP/DGESCO/2024/87 du 5 juillet 2024.

La vaccination au collège a peu contribué à l'augmentation de la couverture vaccinale. En comparaison, en Australie, la couverture vaccinale complète des jeunes garçons contre les HPV est passée de moins de 2 % à 66 % en seulement deux ans, de 2012 à 2014, avant d'atteindre 80 % trois ans plus tard¹⁵⁰. L'Australie vaccine désormais les enfants en milieu scolaire dès l'âge de neuf ans, possibilité que la CNAM a proposé d'étudier. De fait, l'objectif d'une couverture vaccinale de 80 % à horizon 2030 rappelé par le Président de la République est loin d'être atteint.

Cependant, la vaccination en milieu scolaire a pu avoir un effet d'entraînement sur la vaccination en ville¹⁵¹. Celui-ci a été significatif, de l'ordre de 15 % au cours des deux premières campagnes : au 30 juin 2024, la couverture vaccinale à une dose des filles de 12 ans (62 %) dépassait celle des filles âgées de 15 ans en 2024 (58 %). Le recul de la couverture vaccinale des enfants de douze ans observé au cours de la deuxième campagne s'explique par la diminution du taux de vaccination dans les collèges (cf. graphique n° 13).

Graphique n° 13 : couverture vaccinale anti-HPV d'au moins une dose des enfants de 12 ans, du 30 septembre 2023 au 30 juin 2024 et du 30 septembre 2024 au 30 juin 2025



Note de lecture : les codes couleur correspondent au sexe des collégiens. Les flèches permettent de visualiser l'évolution des taux de vaccination entre le début et la fin de chaque campagne de vaccination pour chaque sexe. Au titre de la campagne 2023-2024, 38 % des collégiennes scolarisées en cinquième étaient ainsi vaccinées contre les HPV (première dose) avant la campagne, contre 62 % à l'issue de la campagne.

Source : Cour des comptes, d'après des données de SPF

2 - Des campagnes de vaccination confrontées à des difficultés multiples

Les faibles résultats de la vaccination dans les collèges trouvent plusieurs explications.

¹⁵⁰ Smith M. et al. "Effective HPV vaccination coverage in Australia by number of doses and two-dose spacing: What if one or two doses are sufficient?", *Tumour Virus Research*, 2021.

¹⁵¹ SPF calcule usuellement la couverture vaccinale anti-HPV aux âges de 15 ans pour la première dose et de 16 ans pour le schéma complet. Toutefois, pour identifier plus finement l'effet de la campagne sur les collégiens visés, l'agence calcule l'évolution de la couverture vaccinale des enfants de 12 ans, correspondant le plus souvent à l'âge des collégiens visés par les campagnes.

La santé scolaire est fragilisée par la pénurie de médecins scolaires¹⁵², déjà relevée par la Cour¹⁵³. Plus de 40 % des postes ouverts n'étaient ainsi pas pourvus en 2025 et ce, malgré une diminution de 15 % du nombre de postes de médecins scolaires entre 2013 et 2018. L'activité des médecins, dont l'effectif équivalait, en 2025, à moins de 800 équivalents-temps plein, est absorbée par les bilans de santé individuels obligatoires¹⁵⁴, par l'adaptation de la scolarité des élèves à besoins éducatifs particuliers et par les problèmes de santé mentale. Enfin, la répartition géographique des médecins scolaires est inégale et certains départements sont même dépourvus de ces professionnels.

Inversement, l'effectif des infirmiers de l'éducation nationale (environ 7 700 agents) ne connaît pas les mêmes difficultés : il a augmenté d'environ 40 % entre 2000 et 2020, ne souffre pas de vacances de postes et est mieux réparti sur le territoire. Pour autant, les infirmiers scolaires sont peu impliqués dans la vaccination au collège, contrairement à la pratique des pays étrangers. Alors qu'ils disposent de la compétence vaccinale, les ministères concernés ont choisi de faire appel à des équipes mobiles de professionnels de santé extérieures aux collèges. Les vaccinations sont réalisées, durant le temps scolaire, par des centres de vaccination ou d'autres organismes comme des maisons de santé pluriprofessionnelles, des communautés professionnelles territoriales de santé ou des centres hospitaliers. Or certaines équipes mobiles de vaccination rencontrent des difficultés pour recruter des professionnels médicaux.

Les infirmiers de l'éducation nationale peuvent être sollicités pour la préparation des locaux, l'accueil et l'aide à la surveillance des élèves lors de la vaccination, cette dernière étant toutefois seulement facultative. Le fait que les instructions ministérielles ne prévoient pas d'autoriser ces professionnels à vacciner contrevient à la politique d'élargissement des compétences vaccinales.

Deux précédents insatisfaisants

Le retour de la vaccination en milieu scolaire est culturellement délicat, au regard des difficultés auxquelles la vaccination contre le virus de l'hépatite B avait été confrontée dans les collèges dans les années 1990. Après le lancement réussi de la première campagne de vaccination des élèves de sixième en septembre 1994¹⁵⁵, dépassant les espérances, des incidents étaient survenus. La médecine scolaire et le corps enseignant avaient alors fait part de fortes réticences. La notification de cas de sclérose en plaques chez des sujets vaccinés entraîna l'arrêt de la vaccination en milieu scolaire en 1998, avant que des études ne mettent en évidence l'absence de lien de causalité entre la survenue de cette pathologie et la vaccination.

¹⁵² En équivalent-temps plein travaillé, le nombre de médecins scolaires est passé de 1 143 en 2009 à 819 en 2022, soit une diminution de 28 % en seulement neuf ans (cf. Sénat, proposition de loi visant à expérimenter le transfert de la compétence « médecine scolaire » aux départements volontaires, rapport n° 414 (2023-2024) de M. François Bonhomme au nom de la commission des lois).

¹⁵³ Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire*, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2020.

¹⁵⁴ Pour autant, seul un élève concerné sur cinq a bénéficié d'une visite médicale dans sa sixième année en 2022 comme en 2023 (projet annuel de performances, annexe au projet de loi de finances pour 2025, programme 230, « Vie de l'élève », p. 13).

¹⁵⁵ Le succès de la campagne avait dépassé le cadre du collège, au-delà des cibles prévues (en 1994-1995, le taux de couverture des élèves de sixième était de 77 %). Plus de 75 millions de doses avait été vendues fin 1997, se traduisant par la vaccination de plus de 20 millions de Français, en dehors des situations de risque identifiées.

En 2009-2010, la grippe A (H1N1) devait faire l'objet d'une campagne de vaccination en milieu scolaire. Celle-ci a peu fonctionné dans le contexte d'un échec plus global de cette vaccination, non imputable au ministère de l'éducation nationale. Emblème de la contestation d'une conception de l'école comme lieu de vaccination, la vaccination contre les HPV dans les collèges a été contestée en justice en 2023, sans succès¹⁵⁶.

Les conditions d'organisation n'ont pas été optimales. La première campagne de vaccination a été mise en œuvre à la rentrée scolaire 2023-2024 avec un délai de préparation court au regard des conditions à réunir¹⁵⁷, notamment en termes de création d'un dispositif de communication efficace et d'organisation de la vaccination pour une cible de près de 7 000 collèges. Au printemps 2023, le ministère de l'éducation nationale et les collèges n'ont pas eu le temps d'organiser la communication en direction des enfants de sixième et de leur parents, pour les sensibiliser à la campagne de vaccination à venir.

D'autres freins ont été identifiés lors de la première campagne, notamment la nécessité de recueillir une double autorisation parentale (avec une interprétation divergente selon les territoires), la fermeture précoce des plateformes de dépôt des autorisations parentales ou encore le choix de modes de communication qui n'ont pas permis de toucher tous les parents. Ces freins ont été en partie levés mais des mesures complémentaires sont nécessaires (cf. annexe n° 8). Le ministère chargé de la santé envisage pour sa part des adaptations de la procédure, en particulier sur le recueil des autorisations parentales.

En outre, le ministère de l'éducation nationale ne place pas la vaccination au cœur des missions de la santé scolaire. Le dossier de presse des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant (2024), qui concerne aussi ce ministère, n'évoque que la poursuite des « *campagnes de sensibilisation à la vaccination HPV* », sans mentionner la vaccination proprement dite dans les collèges. Le dossier de présentation des Assises de la santé scolaire (2025)¹⁵⁸ n'évoque pas la vaccination au titre des « *actions pour la santé, le bien-être des élèves et la protection de l'enfance* ». Les circulaires de rentrée scolaire 2023 à 2025 ne font pas référence aux campagnes de vaccination. Enfin, la circulaire n° 2015-119 du 10 novembre 2015 sur les missions des infirmiers de l'éducation nationale se borne à mentionner l'accès de ces derniers aux certificats de vaccination.

Un investissement plus fort du ministère devrait se traduire par une politique de prévention globale mobilisant les structures scolaires et les collectivités territoriales, ainsi qu'un rapport sénatorial l'avait proposé en 2024¹⁵⁹, et reposer sur un partenariat avec l'assurance maladie obligatoire, comme l'envisageait déjà la CNAM en 2021¹⁶⁰.

¹⁵⁶ CE, 25 juillet 2024, n° 493110, *Association d'entraide aux malades de myofasciite à macrophages*.

¹⁵⁷ Publication de la première instruction interministérielle le 19 juin 2023.

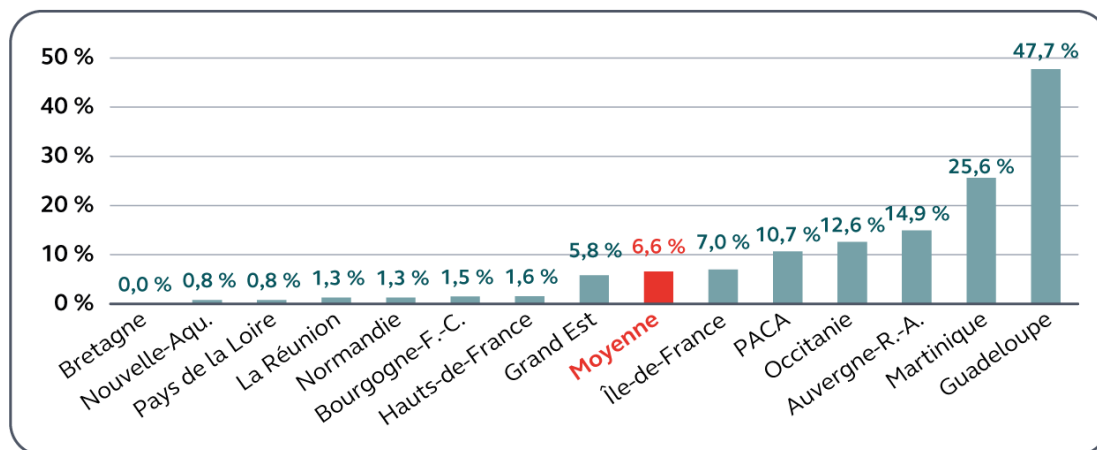
¹⁵⁸ Ministère de l'éducation nationale, *Santé scolaire, agir pour les élèves au cœur de l'école*, dossier de présentation, mai 2025. La vaccination est seulement citée dans l'éditorial du ministre chargé de la santé.

¹⁵⁹ Sénat, rapport d'information (2023-2024) n° 638 sur la fiscalité comportementale dans le domaine de la santé, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur la fiscalité comportementale dans le domaine de la santé, par Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, et Cathy Apourceau-Poly, sénatrices, mai 2024.

¹⁶⁰ CNAM, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2022*, juillet 2021 ; proposition 33 : « Soutenir l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire en partenariat avec l'Éducation nationale. ».

Cette faible implication du ministère de l'éducation nationale peut expliquer un engagement variable des chefs d'établissements qui assurent déjà des missions nombreuses, dont certaines sont conçues comme prioritaires, comme la santé mentale et la lutte contre le harcèlement scolaire. Alors qu'elle est obligatoire, la participation des collèges publics aux campagnes de vaccination est ainsi anormalement hétérogène (cf. graphique n° 14).

Graphique n° 14 : proportion de collèges publics n'ayant pas mis en œuvre la campagne de vaccination des élèves (2024-2025)



Source : Cour des comptes, d'après des données de la DGS et de l'ARS Normandie et Martinique

Dans sept régions sur 15, moins de 2 % des collèges n'ont pas mis en œuvre cette campagne. Dans cinq régions, entre 5 % et 15 % des collèges se sont abstenus. Enfin, en Martinique et en Guadeloupe, il en a été de même, respectivement, pour un quart et pour la moitié des collèges publics. Cette divergence dans l'application de cette politique publique n'est pas justifiable. Sans refuser de mettre en œuvre la campagne, de nombreux collèges se bornent à transmettre les informations aux familles et aux collégiens, sans promouvoir la vaccination.

Les bons taux de vaccination dans un collège reposent *in fine* sur la mobilisation de l'ensemble de la communauté éducative, avec une impulsion indispensable donnée par le principal ou l'infirmier scolaire¹⁶¹.

Les établissements privés sous contrat d'association, qui accueillaient 22 % des collégiens de cinquième à la rentrée 2023, ont la faculté de simplement proposer la vaccination. Les ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale ont donc considéré que ceux-ci organisaient librement toutes les activités extérieures au secteur sous contrat¹⁶² et que la santé à l'école relevait de la vie scolaire¹⁶³, l'article R. 442-39 du code de l'éducation prévoyant que « le chef d'établissement assume la responsabilité de l'établissement et de la vie scolaire. »

¹⁶¹ À titre d'exemples, collèges Méliès et Apollinaire à Paris (distribution des documents par l'infirmière scolaire dans chaque classe et présentation aux élèves, récupération systématique des feuilles de consentement), collège Aimé Césaire à Paris (présentation de la campagne à chaque réunion avec les parents et lors des rencontres parents-professeurs ; atelier pour les parents sur la santé de l'enfant), collèges Jean Vilar à Villetaneuse, Georges Cuvier à Fécamp, Théodore Despeyroux à Beaumont-de-Lomagne et Pierre Suc à Saint-Sulpice-la-Pointe (implication de l'infirmière) et collège du pays de Serres à Lauzerte (notamment lien pédagogique avec le programme de SVT).

¹⁶² Article L. 442-5 du code de l'éducation.

¹⁶³ Réponse du ministère de l'éducation nationale du 21 mars 2024 à la question écrite sénatoriale n° 08647, 16^e législature, campagne de vaccination contre le papillomavirus dans les collèges privés.

Le Secrétariat général de l'enseignement catholique (SGEC) n'a pas de pouvoir hiérarchique sur les directions diocésaines et sur les collèges de son ressort, qui jouissent d'une large autonomie. Il ne peut certes pas contraindre les établissements à proposer la vaccination dans leurs murs mais il peut être à l'origine d'une dynamique.

Après le décès d'un adolescent dans un collège de Saint-Herblain (Loire-Atlantique), consécutif à une chute due à un malaise vagal survenu après l'injection du vaccin contre les HPV, en octobre 2023, le SGEC a adressé un courrier aux directeurs diocésains et aux membres du Comité national de l'enseignement catholique pour les inviter à suspendre leur participation à la campagne. Cette orientation a été suivie. En Île-de-France, 78 % des collèges privés n'ont pas vacciné en 2023-2024 (contre 5 % des collèges publics¹⁶⁴). Or le taux de vaccination dans les collèges privés franciliens qui ont participé à la campagne est satisfaisant (22,9 %). En extrapolant ce taux aux collèges privés qui n'ont pas participé à la campagne, près de 5 200 collégiens franciliens auraient pu être vaccinés au collège¹⁶⁵. En 2024-2025, sur un échantillon plus large constitué de 13 régions, près de 15 000 élèves auraient théoriquement pu être vaccinés en milieu scolaire si les deux tiers des collèges privés qui se sont abstenus avaient mis en œuvre la campagne. La participation des collèges privés sous contrat aux campagnes de vaccination pourrait être alignée sur celle des collèges publics, ce qui nécessiterait une évolution juridique.

3 - La nécessité d'élargir les vaccinations proposées au collège

En sus de la vaccination contre les HPV (2023) et contre les méningocoques (2025), les ministères concernés ont prévu dès 2023 la possibilité de procéder à des rattrapages vaccinaux au collège. La *Stratégie vaccination et immunisation 2025-2030* préconise ces rattrapages et l'instruction interministérielle du 2 juillet 2025¹⁶⁶ les recommande fortement, tout en laissant l'initiative à l'appréciation de chaque ARS. Certaines régions qui ont mis en œuvre cette possibilité, comme la Normandie ou la Nouvelle-Aquitaine, ont obtenu des résultats probants qui renforcent l'intérêt de la vaccination en milieu scolaire. En 2024-2025, en Normandie, les vaccins autres que celui contre les HPV ont représenté 53 % des vaccins administrés aux élèves de cinquième et de quatrième.

Au regard de l'intérêt que représentent les rattrapages vaccinaux et afin de faire fructifier le travail réalisé par les infirmiers de l'éducation nationale lors des visites de dépistage, il conviendrait d'étendre à l'ensemble des régions la proposition de rattrapage en milieu scolaire. Au printemps 2026, le ministère chargé de la santé a indiqué se rapprocher de l'éducation nationale pour réaliser des actions de vérification des statuts vaccinaux des élèves dans le cadre de la campagne 2025-2026.

¹⁶⁴ Les raisons peuvent être variées : refus de mise en œuvre (rarement assumé en tant que tel), problème d'organisation, etc. En Haute-Garonne, le rectorat a étudié les motifs de non-participation à la campagne des 9 collèges concernés : difficultés internes (deux collèges), absence alléguée d'adhésion des familles dans des collèges en REP ou REP+ (3), mise en place d'une action hors collège (1), allégation d'une bonne couverture vaccinale des élèves d'un collège situé en REP, absence d'explication fournie (2).

¹⁶⁵ Ces enfants ont pu être vaccinés en ville mais sans la facilité que représente la vaccination au collège.

¹⁶⁶ Instruction interministérielle n° DGS/MVI/DGESCO/2025/97 du 2 juillet 2025 relative à l'organisation d'une campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et contre les infections invasives à méningocoque ACWY au collège à partir de la rentrée scolaire 2025-2026.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À la première question évaluative « les modifications de la politique vaccinale depuis janvier 2018 ont-elles permis de mieux atteindre les objectifs de couverture vaccinale ? », la Cour apporte une réponse nuancée.

La connaissance de la couverture vaccinale individuelle et collective souffre encore de nombreuses limites, ce qui obère la définition de stratégies vaccinales à un échelon territorial fin. La montée en puissance du carnet de vaccination intégré au dossier médical partagé est récente et ce carnet est alimenté aujourd'hui essentiellement par les pharmaciens lorsqu'ils administrent un vaccin. Il n'existe toujours pas de solution unique et dématérialisée de connaissance du statut vaccinal individuel, alors que ce projet est inscrit de longue date dans les stratégies ministérielles. Il s'agit d'un frein majeur au pilotage efficace de cette politique publique.

Les résultats obtenus montrent que la politique conduite depuis 2018 a permis d'améliorer la couverture vaccinale pour certaines maladies. L'extension des obligations a conforté les bonnes couvertures des vaccins du nourrisson, recommandés de longue date, et a eu un effet important sur les vaccins plus récents. Cependant, des lacunes persistent, en particulier pour la rougeole, contre laquelle la couverture vaccinale reste insuffisante pour prévenir la résurgence d'épidémies.

La multiplication des lieux de vaccination et des vaccinateurs produit des résultats mitigés. Bien que la vaccination contre la grippe saisonnière soit désormais largement réalisée par les pharmaciens, la mobilisation des médecins, des sages-femmes et des infirmiers doit être renforcée pour que les objectifs de couverture soient atteints. La contribution des services de santé au travail et des services de santé destinés aux étudiants peut être renforcée, tandis que le potentiel des établissements de santé et des laboratoires de biologie médicale reste largement inexploité.

Enfin, la vaccination au collège, bien que prometteuse, a rencontré de nombreuses difficultés de mise en œuvre et a abouti à des résultats inégaux, soulignant la nécessité d'une meilleure coordination et d'un engagement plus fort des acteurs locaux et du ministère de l'éducation nationale.

Dans un contexte d'importante hésitation vaccinale, en particulier dans certaines parties du territoire ou dans certains milieux sociaux, les pouvoirs publics doivent assumer davantage l'importance de la politique de prévention. La Cour formule en conséquence les trois recommandations suivantes :

- 1. alimenter le dossier médical partagé et le système national des données de santé avec les données issues de l'activité de l'ensemble des vaccinateurs d'ici à la fin de 2028 et élaborer une stratégie de reprise de l'historique de vaccinations (ministère chargé de la santé, CNAM) ;*
 - 2. avant la fin de 2028, généraliser la prise en charge par les caisses primaires d'assurance maladie de la vaccination dans les services départementaux de la protection maternelle et infantile et dans les établissements de santé (CNAM, ministère chargé de la santé) ;*
 - 3. d'ici à la fin de 2027, intégrer dans la stratégie de santé scolaire la vaccination dans les collèges, en prévoyant la possibilité pour les infirmiers de l'éducation nationale de prescrire des vaccins et de vacciner (ministère chargé de la santé, ministère de l'éducation nationale).*
-

Chapitre II

Un effet avéré de la vaccination sur le système de santé, une efficience à conforter

Dans cette deuxième partie, la Cour s'est attachée à répondre à la question « *Les stratégies vaccinales mises en œuvre dans le cadre de la politique vaccinale depuis 2018 sont-elles efficaces ?* ».

Historiquement, la vaccination est considérée comme l'une des actions de santé publique les plus efficaces : les maladies prévenues par la vaccination sont ravageuses et les coûts des vaccins, peu élevés. L'OMS estime que la vaccination est la mesure de santé publique qui présente le meilleur rapport coût-efficacité, ce qui justifie les stratégies vaccinales publiques. Cette efficience ressort aussi de nombreuses publications scientifiques¹⁶⁷.

En 2024, l'*Office of Health Economics*¹⁶⁸, organisme britannique indépendant de recherche en économie de la santé, a estimé la valeur socio-économique des programmes de vaccination des adultes au travers de quatre maladies (grippe, infection à pneumocoques, zona et virus respiratoire syncytial – VRS) dans dix pays, dont la France. Il a conclu que le retour sur investissement d'un programme de vaccination des adultes était de 19 fois l'investissement initial.

L'efficience de la vaccination constitue le troisième axe de la *Stratégie vaccination et immunisation 2025-2030*, avec l'objectif de « *renforcer la prise en compte des enjeux médico-économiques lors de l'élaboration de nouvelles stratégies vaccinales pour maximiser le rapport coût-efficacité du bénéfice collectif et de l'impact global sur le système de santé* ».

Pour répondre à cette question, la Cour a tenté de mettre en regard les coûts de la vaccination avec les bénéfices organisationnels (réduction des hospitalisations, coûts évités) constatés. Cette approche est nécessairement réductrice car l'objectif de la vaccination n'est pas exclusivement de diminuer les dépenses de prise en charge des maladies, mais bien d'éviter ces maladies ou leurs complications. Cette approche permet néanmoins d'identifier les grandes masses budgétaires en jeu.

¹⁶⁷ Voir à titre d'exemples Zhou *et al.*, « *Economic evaluation of the routine childhood immunization program in the United States, 2009* », *Pediatrics*, 2014, vol. 133, n° 4 ; Ozawa *et al.*, « *Return On Investment From Childhood Immunization In Low-And Middle-Income Countries 2011-20* », *Health Affairs*, 2017, vol. 36, n° 8.

¹⁶⁸ El Banhawi H. *et al.*, « *The Socioeconomic Value of Adult Immunisation Programmes* », *Office of Health Economics, Contract Research Report*, 2024.

Évaluation de l'efficacité et des effets budgétaires de la vaccination

L'évaluation économique en santé a pour objectif de mettre en regard les bénéfices de santé résultant d'une intervention et les coûts associés à cette intervention. En comparant plusieurs interventions, cette évaluation contribue à éclairer les choix publics en matière de politique de santé. Les résultats sont le plus souvent exprimés sous la forme d'un indicateur synthétique ratio coût-efficacité (le ratio différentiel coût-résultat – RDCR), présentant le coût par année de vie gagnée en bonne santé, ce qui permet de comparer diverses interventions avec un même critère d'évaluation. Si l'intérêt médical et économique de l'intervention est démontré, alors les conséquences budgétaires sont évaluées pour vérifier si la dépense est soutenable.

Certains pays (comme le Royaume-Uni) ayant intégré l'évaluation de l'efficacité comme l'un des critères de décision dans le domaine de la santé ont défini des valeurs seuil, dites valeurs de référence, au-delà desquelles une intervention n'est pas jugée opportune, le surcroît d'efficacité de la nouvelle intervention étant obtenu à un coût excessif. Pour les pays utilisant ces valeurs seuil, elles varient entre 30 000 et 50 000 € pour une année de vie gagnée en bonne santé. De telles valeurs de référence n'ont pas été déterminées en France.

La Cour des comptes a cherché à évaluer l'effet de l'introduction de nouveaux vaccins sur le système de soins (§ I). Elle a eu recours à l'exemple de la grippe pour tenter d'estimer les coûts associés à la non-vaccination (§ II). L'analyse de l'efficacité et de l'impact budgétaire fait partie des critères qui fondent les choix de stratégies vaccinales, et sa prise en compte par les autorités sanitaires doit être renforcée (§ III), afin que la stratégie vaccinale demeure budgétairement soutenable.

I - Les infections du nourrisson : une charge pour le système de soins, des mesures de prévention à renforcer

La bronchiolite et la gastro-entérite ont en commun d'être des maladies le plus souvent bénignes mais susceptibles, dans certains cas, de nécessiter une hospitalisation, surtout pour des enfants très jeunes. Ce sont de surcroît des maladies récurrentes, avec un pic épidémique en saison hivernale, pesant simultanément sur les services des urgences et sur les capacités d'hospitalisation en pédiatrie.

L'introduction sur le marché français de produits destinés à prévenir ces deux maladies et à en limiter les formes graves devrait se traduire en moindres dépenses, notamment d'hospitalisation.

A - De nouvelles modalités de prévention susceptibles d'atténuer l'impact de la bronchiolite du nourrisson sur le système de soins

Sans négliger les répercussions d'un épisode de bronchiolite sur la qualité de vie des nourrissons et de leurs parents, la Cour s'est limitée ici à en valoriser les effets sur l'organisation et le financement du système de soins, ainsi qu'à identifier les sources potentielles d'inefficacité.

1 - L'apparition de nouvelles modalités de prévention, sous la forme d'immunisation du nourrisson ou de vaccination de la femme enceinte

En France, la bronchiolite, infection virale respiratoire, affecte chaque hiver près de 30 % des nourrissons de moins de deux ans, ce qui représente environ 480 000 cas par an ; 2 à 3 % des nourrissons de moins d'un an seraient hospitalisés chaque année pour une bronchiolite plus sévère et cette maladie serait responsable de moins de 1 % des décès dans cette classe d'âge.

Depuis 2023¹⁶⁹, la prévention des bronchiolites des nourrissons est possible, en complément des gestes barrières, selon deux modalités : l'immunisation du nourrisson par l'injection d'un anticorps monoclonal*, le nirsévimab (Beyfortus®) et, depuis 2024, la vaccination de la femme enceinte par le vaccin contre le virus respiratoire syncytial (VRS) (Abrysvo®), qui permet d'immuniser le nouveau-né par la transmission d'anticorps de la mère à l'enfant. Seules les bronchiolites causées par le VRS peuvent ainsi être prévenues mais elles représentent 60 à 90 % de l'ensemble des bronchiolites du nourrisson.

La première campagne d'immunisation par le nirsévimab a démarré le 15 septembre 2023 en France hexagonale, dans un cadre réglementaire dérogatoire du remboursement de droit commun, celui des achats d'État (cf. encadré).

Le nirsévimab (Beyfortus®), un cadre de prise en charge dérogatoire du droit commun

En janvier 2019, le nirsévimab (Beyfortus®) a été inscrit au programme PRIME (Priority Medicines) de l'Agence européenne du médicament, qui vise à renforcer le soutien au développement de médicaments ciblant un besoin médical non satisfait et à en accélérer l'évaluation. Son autorisation de mise sur le marché (AMM) a été délivrée en octobre 2022.

En juillet 2023, la commission de la transparence de la HAS a rendu un avis favorable au remboursement. Sans attendre l'issue de la procédure habituelle d'inscription du produit sur la liste des médicaments remboursables et la négociation du prix, l'État a acheté directement le nirsévimab lors de la saison épidémique 2023-2024. L'État a passé deux contrats successifs en 2023 pour la fourniture d'un total de 251 800 doses aux établissements de santé et aux officines.

En juillet 2023, la commission de la transparence de la HAS a rendu un avis favorable au remboursement du nirsévimab, permettant une inscription en droit commun sur la liste des spécialités remboursables¹⁷⁰. Au regard de l'évaluation de la HAS (service médical rendu – SMR* – modéré et amélioration du service médical rendu – ASMR* – mineure), le nirsévimab¹⁷¹ n'était pas éligible à la liste en sus*¹⁷² et aurait dû être financé par le tarif du séjour hospitalier. Cependant, afin de développer l'utilisation de cet anticorps sur l'ensemble du territoire français, son coût fait l'objet d'une compensation forfaitaire versée à tous les établissements de santé utilisateurs, à hauteur de 285 € pour la saison 2024-2025 puis 225,64 € en 2025-2026. En ville, le nirsévimab était disponible jusqu'au 31 août 2026 au prix public de 401,80 €, pris en charge à hauteur de 30 % par l'assurance maladie obligatoire. Depuis, la HAS a réévalué le service médical rendu du nirsévimab à « important », permettant désormais une prise en charge à 65 %.

¹⁶⁹ Avant 2023, l'anticorps palivizumab (Synagis®) était indiqué pour les enfants à haut risque (prématurés ou avec des comorbidités cardiaques ou pulmonaires).

¹⁷⁰ Arrêté du 26 avril 2024 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

¹⁷¹ Le nirsévimab est un anticorps monoclonal recombinant humain permettant de prévenir les infections des voies respiratoires basses causées par le VRS.

¹⁷² Au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque les indications thérapeutiques présentent un caractère innovant ; cette liste, fixée par arrêté interministériel, précise les indications concernées.

Depuis 2024, le vaccin contre le VRS destiné à la femme enceinte est également disponible en prévention de la bronchiolite du nourrisson¹⁷³, dans sa première année d'exposition au virus. Les conclusions de l'évaluation de la HAS sont identiques : service médical rendu – SMR* – modéré et amélioration du service médical rendu – ASMR* – mineure. L'injection doit être réalisée entre la 32^e et la 36^e semaine d'aménorrhée. Son prix public est de 196,10 €, entièrement pris en charge dans le cadre de l'assurance maternité.

2 - Une maladie qui pèse sur le système hospitalier

Le coût hospitalier moyen annuel de prise en charge d'une bronchiolite due au virus respiratoire syncytial (VRS) varie de 2 607 € à 4 213 €, selon des études françaises¹⁷⁴.

Les données du SNDS exploitées par la Cour (cf. cahier méthodologique) font ressortir un coût moyen des hospitalisations pour bronchiolite à VRS des enfants de moins de deux ans variant de 2 475 € à 2 670 € selon les années, soit un coût supporté par l'assurance maladie obligatoire pour les hospitalisations¹⁷⁵ allant de 40 M€ à 80 M€ entre 2015-2016 et 2023-2024 (en excluant la saison 2020-2021, atypique en raison de la pandémie de covid 19 – cf. tableau n° 3 *infra*).

Les épidémies de bronchiolite varient, en durée et en intensité, selon les années. Depuis l'apparition de la covid 19, les saisons épidémiques se sont modifiées : tardive et de faible intensité en 2020-2021 en raison du confinement, plus précoces et intenses en 2021-2022 et en 2022-2023. L'épidémie de l'hiver 2023-2024 a été moins sévère et de plus courte durée, comme en 2024-2025, potentiellement et partiellement en raison de l'introduction des produits à visée préventive (le nirsévimab puis le vaccin de la femme enceinte).

Tableau n° 3 : nombre d'hospitalisations pour bronchiolite à virus respiratoire syncytial et coût hospitalier, pour les enfants de moins de deux ans

	Nombre d'hospitalisations de nourrissons de moins de 2 ans	Coût total pour l'assurance maladie	Coût moyen d'une hospitalisation
2015-2016	16 238	40,2 M€	2 475 €
2016-2017	16 328	40,8 M€	2 500 €
2017-2018	16 755	43,3 M€	2 568 €
2018-2019	19 255	49,4 M€	2 546 €
2019-2020	16 132	41,1 M€	2 528 €
2020-2021	9 498	25,5 M€	2 655 €
2021-2022	25 245	66,9 M€	2 622 €
2022-2023	30 345	80,0 M€	2 623 €
2023-2024	19 707	53,1 M€	2 670 €

Source : Cour des comptes, d'après les données du SNDS

¹⁷³ Les indications ne sont pas strictement identiques. L'anticorps monoclonal est destiné aux nourrissons au cours de leur première saison d'exposition au VRS et jusqu'à 24 mois pour les enfants qui demeurent vulnérables à une infection sévère. Le vaccin est indiqué pour la protection passive contre la maladie des voies respiratoires inférieures causées par le VRS chez les nourrissons de la naissance jusqu'à l'âge de six mois à la suite de l'immunisation de la mère pendant la grossesse. Il n'est pas recommandé aux femmes immunodéprimées.

¹⁷⁴ HAS, *Recommandation vaccinale contre les infections à VRS chez les femmes enceintes, 2024*.

¹⁷⁵ Il s'agit d'une hypothèse basse fondée sur les séjours identifiés comme « hospitalisations pour bronchiolites à VRS », certains séjours ayant pu être codés en « bronchites » ou « affections respiratoires ».

Aux hospitalisations s'ajoutent les passages aux urgences (73 262 enregistrés par SPF en 2022-2023¹⁷⁶) et les consultations ambulatoires.

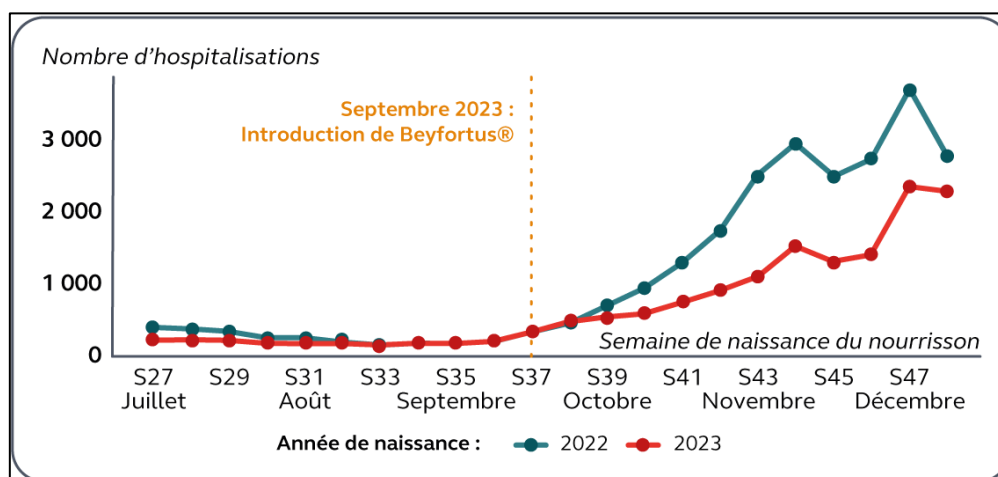
3 - Des résultats encourageants sur les hospitalisations

Au cours de la première campagne, 237 000 doses¹⁷⁷ d'anticorps monoclonaux destinés aux nourrissons ont été distribuées aux maternités et aux officines. L'adhésion des parents à l'immunisation du nourrisson a dépassé les prévisions du ministère chargé de la santé, conduisant à accorder la priorité aux nourrissons les plus jeunes, les plus fragiles, nés pendant la période épidémique. En ville, la dispensation n'a donc concerné que 13 % des nourrissons éligibles. Selon les données de SPF et de l'Institut Pasteur¹⁷⁸, durant la première saison hivernale, environ 5 800 hospitalisations pour bronchiolite à VRS après passage aux urgences ont été évitées, dont 4 200 chez les enfants âgés de moins de 2 mois.

Les données, confirmées par plusieurs études¹⁷⁹ intégrant aussi la deuxième saison d'immunisation (2024-2025), montrent une réduction de l'ordre de 80 % des hospitalisations pour bronchiolite des nourrissons lors de leur première saison d'exposition au virus, résultats conformes aux essais cliniques initiaux. Ces résultats sont aussi observés dans tous les pays ayant mis en place une stratégie d'immunisation par le nirsévimab.

La comparaison du nombre d'hospitalisations pour bronchiolite des enfants nés en 2022 et des enfants nés en 2023, sur le fondement des données du SNDS, montre aussi ce décrochage, sans qu'il soit possible de l'imputer exclusivement à l'immunisation des nouveau-nés, la virulence des épidémies étant variable selon les années (cf. graphique n° 15).

Graphique n° 15 : nombre d'hospitalisations pour bronchiolite des enfants de moins de six mois, comparaison des périodes juillet-novembre 2022 et 2023



Source : Cour des comptes, d'après les données du SNDS

¹⁷⁶ SPF, bronchiolite, bilan de la surveillance hivernale, 2022-2023.

¹⁷⁷ 173 000 doses de nirsévimab 50 mg et 64 000 doses de nirsévimab 100 mg, destiné aux enfants de plus de 5 kg.

¹⁷⁸ Antoine Brault et al., "Effect of nirsevimab on hospitalisations for respiratory syncytial virus bronchiolitis in France, 2023-24: a modelling study", *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2024, 8 (10), p. 721-729.

¹⁷⁹ Furgier A. et al., "Effectiveness of nirsevimab against hospitalisation for RSV-bronchiolitis during high RSV-B circulation in the second year of nationwide implementation in France: a test-negative case-control study", *The Lancet*, vol. 58, novembre 2025. Voir aussi Paireau J. et al., "Nirsevimab effectiveness against cases of respiratory syncytial virus bronchiolitis hospitalised in paediatric intensive care units in France, September 2023-January 2024", *Influenza and other respiratory viruses*, 2024.

Depuis août 2024, la protection des nouveau-nés contre la bronchiolite par la vaccination de la mère au cours de la grossesse offre une autre possibilité de prévention. De septembre 2024 à fin janvier 2025, 72 026 femmes enceintes¹⁸⁰ sur 264 471 éligibles ont été vaccinées selon les recommandations de la HAS, soit 27,2 % de la population cible, avec un coût pour l'assurance maladie de 18,5 M€.

Pour cette campagne de prévention 2024-2025, près de 358 000 doses d'anticorps ont également été délivrées aux nourrissons (219 254 doses en ville et 138 713 en maternité). Au total, en ajoutant au coût de la vaccination des femmes enceintes le coût de l'immunisation des nouveau-nés¹⁸¹, la campagne de prévention de la bronchiolite aurait donc coûté, uniquement en coût d'acquisition des produits, 84,5 M€.

Il ressort de ces études sur les deux premières campagnes de prévention que les économies pour l'assurance maladie issues de la réduction des hospitalisations après passage aux urgences sont au minimum de 15 M€ en 2023-2024 (le nombre d'hospitalisations évitées en 2024-2025 n'est pas connu)¹⁸². Par ailleurs, la Cour a développé un modèle statistique permettant de simuler le nombre, cumulé sur deux saisons, d'hospitalisations pour bronchiolite qui auraient eu lieu en l'absence de vaccination (cf. cahier méthodologique). Le nombre de séjours hospitaliers pour bronchiolite prédits par le modèle statistique montre également une rupture, un an après l'introduction de l'immunisation pour les nourrissons de moins d'un an. Le nombre de séjours évités varierait entre 9 230 et 47 700 pour l'ensemble de la période (de septembre 2023 à juin 2025), représentant entre 25,3 M€ et 86 M€ de dépenses hospitalières évitées. Cette fourchette ne représente qu'une partie des coûts évités (il ne comprend pas, entre autres, les dépenses de soins de ville ni les arrêts de travail des parents) pour un coût total des traitements délivrés entre juin 2023 et mai 2025 de 119,3 M€, renforçant d'autant l'intérêt potentiel de ces nouvelles modalités de prévention de la bronchiolite. On ne peut toutefois pas imputer intégralement ce bénéfice au nirsévimab ou au vaccin contre le VRS, les épidémies ayant été modifiées depuis la pandémie de covid 19.

Les bénéfices sanitaires, organisationnels et budgétaires de la prévention des bronchiolites du nourrisson excèdent largement les seules hospitalisations évitées, mais la valorisation dans le cadre de cette enquête s'est limitée à ce seul poste de dépenses.

4 - Des conditions de déploiement de la vaccination et de l'immunisation qui risquent de peser sur l'efficience

L'efficience de la stratégie de prévention de la bronchiolite est conditionnée par les modalités de son déploiement à grande échelle (nombre de nourrissons effectivement couverts ; absence de doublons d'immunisation entre la femmes enceinte et le nourrisson ; et prix des produits).

En premier lieu, la campagne d'immunisation en ville des nourrissons nés avant le mois de septembre n'est pas systématique. Les données de délivrance en ville du nirsévimab montrent que seulement 46 % des nourrissons nés entre février et août 2025 en ont bénéficié, en légère baisse par rapport à l'année précédente où le rattrapage en ville avait permis de couvrir 50 % des nourrissons.

¹⁸⁰ Epi-Phare, *Utilisation du vaccin Abrysvo® chez les femmes enceintes entre le 15 septembre 2024 et le 31 janvier 2025*, mai 2025.

¹⁸¹ $219\,254 \text{ doses} \times 401,80 \text{ €} \times 0,3 + 138\,713 \text{ doses} \times 285 \text{ €} = 66,0 \text{ M€}$.

¹⁸² $5\,800 \text{ hospitalisations évitées} \times 2\,670 \text{ € de coût moyen de l'hospitalisation pour bronchiolite} = 15,5 \text{ M€}$.

En effet, si le nirsévimab est injecté en ville, les conditions du droit commun peuvent laisser un reste à charge important aux parents, variable selon l'assurance complémentaire de santé dont ils disposent. En l'absence de couverture complémentaire¹⁸³, le coût résiduel pour l'acquisition de l'anticorps était jusqu'au 31 août 2026 de 281,26 €, réductible pour les personnes qui ne disposent pas de complémentaire santé¹⁸⁴. Depuis cette date, à la suite de la réévaluation par la HAS du service médical rendu par ce produit, le taux de remboursement a été augmenté à 65 %, diminuant le reste à charge à 140,63 €. Aucune donnée ne permet de vérifier la couverture complémentaire des femmes en âge de procréer et de leurs nourrissons mais un certain nombre de nourrissons pourraient ne pas être immunisés pour des raisons financières.

Dès lors que la protection contre la bronchiolite a un double bénéfice, pour les nourrissons et leur famille, d'une part, et pour le système de soins, d'autre part, une attention particulière doit être portée à ce phénomène de potentielle éviction pour des raisons financières, au risque d'aggraver les inégalités sociales de santé. L'extension aux services de la PMI¹⁸⁵ de la possibilité d'injecter le nirsévimab est de nature à favoriser le rattrapage en ville, sous réserve que les collectivités territoriales financent le reste à charge pour les parents ne disposant pas d'une couverture complémentaire. Un tel investissement n'est cependant pas garanti au regard de la situation financière de certaines collectivités.

En deuxième lieu, le risque d'une double immunisation, de la femme enceinte puis du nouveau-né, n'est pas exclu, le carnet de santé du nouveau-né ne comportant pas d'information quant aux éventuelles vaccinations de la mère au cours de la grossesse. Or, la HAS précise qu'il s'agit de stratégies alternatives et qu'il n'y a pas lieu d'administrer les deux médicaments conjointement, sauf en cas de naissance prématurée (avant 37 semaines d'aménorrhée) ou si le délai entre la vaccination de la mère et la naissance est trop court.

Un suivi de pharmacovigilance renforcé est mis en place pour les deux produits. Les données disponibles en 2025¹⁸⁶ mettent en évidence des erreurs médicamenteuses : double injection, injection de nirsévimab à un nouveau-né dont la mère a reçu le vaccin contre le VRS pendant la grossesse ou encore injection du vaccin destiné aux femmes enceintes à un nourrisson. Ces situations ont conduit l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à rédiger une fiche de synthèse¹⁸⁷ des indications et non-indications des produits, à destination des professionnels. Bien que sans conséquence clinique à ce jour, ces événements doivent susciter une vigilance renforcée pour garantir l'efficacité, la sécurité et l'efficacité de la stratégie.

¹⁸³ L'absence de couverture complémentaire concernerait 3,6 % de la population française âgée de plus de 15 ans, selon l'enquête Drees/ Irdes, intitulée « L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS) », *Questions d'économie de la santé*, n° 26, mai 2022. L'Enquête santé européenne est conduite environ tous les six ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne.

¹⁸⁴ La charge financière pour les parents ne disposant pas de droits ouverts à l'assurance maladie obligatoire justifie que le nirsévimab puisse être mis à disposition dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui sont des services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

¹⁸⁵ Un décret d'août 2024 permet aux services de la protection maternelle et infantile de disposer du nirsévimab et de l'administrer, sans pour autant qu'un financement spécifique ait été prévu.

¹⁸⁶ ANSM, Les rapports de pharmacovigilance des traitements préventifs contre le VRS, 2025.

¹⁸⁷ ANSM, *op. cit.*.

De même, le rapprochement entre le nombre total de vaccins de la femme enceinte remboursés, issu de l'analyse de la Cour, et le nombre de femmes ayant été vaccinées dans le strict respect des indications, soit entre la 32^e et la 36^e semaine d'aménorrhée, montre un écart de 17 270 doses remboursées, probablement administrées en dehors de la période préconisée. Pendant la saison 2024-2025, 264 471 femmes enceintes étaient éligibles à la vaccination selon les recommandations de la HAS¹⁸⁸ et 72 026 d'entre elles ont été vaccinées, soit un taux de vaccination de 27 %. Or, selon les données du SNDS, 89 296 doses du vaccin contre le VRS ont été remboursées à des femmes enceintes. Les explications, notamment médicales, de ce décalage ne sont pas connues mais, réalisée hors indications, la vaccination risque d'être moins efficace ou inefficace, voire porteuse d'effets indésirables¹⁸⁹, et de réduire d'autant l'efficacité de la stratégie.

Dans 8 % des cas (soit 6 826 nouveau-nés)¹⁹⁰, une immunisation du nourrisson par nirsévimab a été réalisée, alors que la mère avait déjà été vaccinée au cours de la grossesse. Les données de remboursement ne permettent cependant pas d'identifier les raisons de cette double immunisation, qui peut être justifiée¹⁹¹. Ce point, source potentielle de défaut de qualité des soins et de gaspillage, devra faire l'objet d'une analyse et d'un suivi approfondis, s'appuyant sur le réseau de surveillance de SPF.

Afin de limiter ce risque de double immunisation, en l'absence de dossiers médicaux de la mère et de l'enfant informatisés et communicants, le carnet de santé de l'enfant pourrait être complété par une mention du statut vaccinal de la mère.

En troisième lieu, l'efficacité de la stratégie de prévention est dépendante du prix des produits. La HAS précise que « *les programmes saisonniers de vaccination maternelle ou d'injection d'anticorps monoclonaux pourraient constituer une stratégie efficace si le coût d'administration et le prix par dose ne dépassent pas 100 €* ». Or les prix publics du nirsévimab et du vaccin contre le VRS excèdent largement ce montant et les prix réellement payés par l'assurance maladie ne sont pas connus¹⁹². L'efficacité des stratégies de prévention de la bronchiolite en France demeure incertaine, ce qui justifie une évaluation en vie réelle.

Les études en vie réelle

Lors des demandes d'évaluation en vue du remboursement, les commissions chargées de l'évaluation (cf. annexe n° 2) s'appuient principalement sur les essais cliniques qui sont fondamentaux pour démontrer l'efficacité du produit de santé. Ces essais sont encadrés, contrôlés et suivent un protocole scientifique rigoureux.

¹⁸⁸ Epi-Phare, utilisation du vaccin Abrysvo(r) chez les femme enceintes, mai 2025.

¹⁸⁹ HAS, avis de la commission de la transparence, Abrysvo.

¹⁹⁰ Cette proportion ne porte que sur les assurées pour lesquelles un chaînage* entre la femme enceinte et le nouveau-né a été possible, soit 89 296 « couples mère-enfant ».

¹⁹¹ La recommandation de la HAS préconise une dose d'anticorps monoclonal à la naissance pour les nourrissons nés prématurément, même si la mère a été vaccinée.

¹⁹² Lors de la négociation de prix entre l'industriel et le CEPS, ce dernier peut consentir à décorrélérer le prix public et le prix réellement payé par l'assurance maladie. L'industriel affiche ainsi un prix plus élevé, qui peut constituer un avantage dans les négociations avec d'autres pays. La différence entre le prix affiché et le prix net est reversée à l'assurance maladie.

En primo-inscription, les vaccins sont évalués sur le fondement de données d'immunogénicité, qui est la capacité de l'antigène* à provoquer une réponse immunitaire précise. Or, déployée à grande échelle dans une population, la vaccination montre une efficacité réelle différente, ou peut entraîner une modification des souches virales ou bactériennes, voire favoriser le développement d'une immunité de groupe. De surcroît, le niveau de couverture vaccinale obtenue dans la population a une influence directe sur l'efficacité de la stratégie, qu'il convient de vérifier régulièrement. Or, une fois le produit mis sur le marché, l'efficacité et l'efficacité peuvent être modifiées par rapport au cadre expérimental, en fonction des conditions réelles d'utilisation, du nombre de personnes effectivement vaccinées, etc. Il est donc crucial de réaliser des études d'observation, qui documentent l'utilisation, l'efficacité, la tolérance ou l'efficacité d'un produit de santé en pratique courante. Ces données reflètent la pratique « en routine », sans intervention sur la prise en charge usuelle. Elles peuvent provenir de diverses sources : dossiers médicaux personnels, informations utilisées pour le remboursement des soins, données collectées spécifiquement (pharmacovigilance, par exemple), registres, cohortes de santé, études spécifiques, objets connectés. Ces données peuvent contribuer aux analyses de coût et d'efficacité des stratégies vaccinales.

Afin de garantir la qualité méthodologique et donc la confiance que les autorités sanitaires peuvent avoir dans ces études pour orienter les décisions de politique publique, la Haute Autorité de santé a produit un guide méthodologique à l'intention des industriels¹⁹³.

La première étude¹⁹⁴ de comparaison des modalités d'immunoprophylaxie* menée en vie réelle montre une supériorité du nirsévimab en prévention des formes graves de bronchiolite et des hospitalisations. Au cours de la saison 2024-2025, les nourrissons ayant reçu du nirsévimab ont été moins hospitalisés (risque d'hospitalisation réduit de 26 %) que ceux immunisés par les anticorps de leur mère, et s'ils l'étaient, les soins requis étaient moins lourds. Même si les auteurs soulignent que les deux approches demeurent complémentaires et que cette stratégie doit continuer à être suivie, cette étude montre tout l'intérêt d'un suivi en vie réelle (cf. § 2.3), dont les recommandations comme la tarification des produits devront tenir compte.

B - La vaccination contre les rotavirus, un potentiel d'efficacité encore trop peu exploité

1 - Des pathologies entraînant un lourd fardeau, évitable au moins en partie

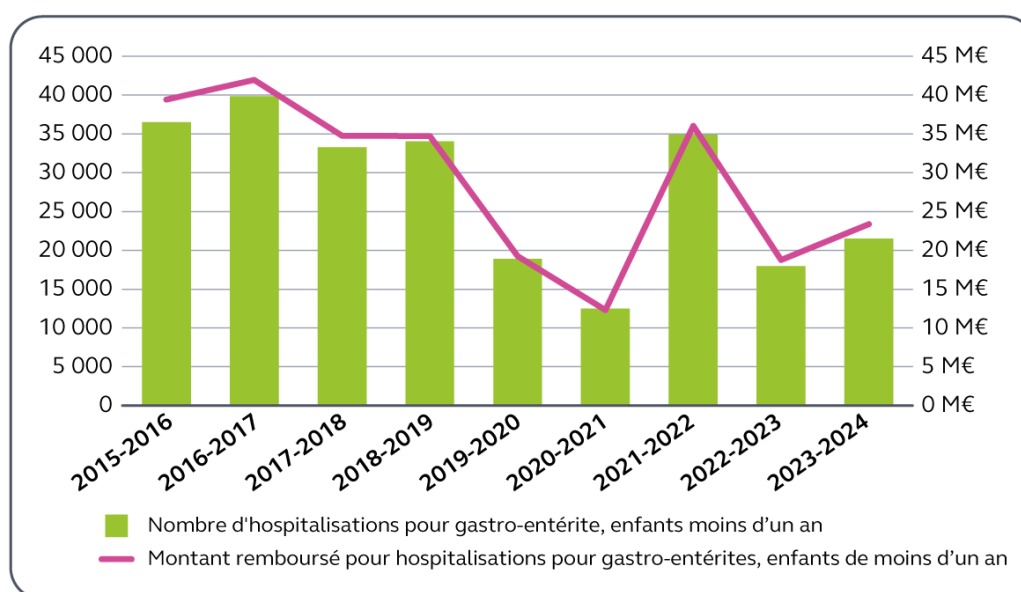
Les gastro-entérites à rotavirus des nourrissons sont généralement bénignes mais peuvent conduire à des hospitalisations liées à une déshydratation. Dans les pays à haut niveau de revenus, la vaccination est promue pour ses effets attendus sur l'état de santé des nourrissons ainsi que sur le niveau de sollicitation des services d'urgence et, plus largement, du système hospitalier.

¹⁹³ HAS, *Guide méthodologique : études en vie réelle pour l'évaluation des médicaments et des dispositifs médicaux*, 2021.

¹⁹⁴ Zureik M. et al. (EPI-PHARE), *Efficacité comparative de l'immunisation des nourrissons par le nirsévimab (Beyfortus®) par rapport à la vaccination maternelle par le vaccin RSVpreF (Abrysvo®) contre les hospitalisations liées au virus respiratoire syncytial (VRS)*, décembre 2025.

En France hexagonale, le fardeau des gastro-entérites liées aux rotavirus chez les enfants de moins de trois ans a été estimé par SPF, en moyenne, à chaque saison hivernale, à plus de 57 000 consultations en médecine générale (données du réseau Sentinelles¹⁹⁵), 28 000 passages aux urgences (données du réseau OSCOUR^{®196}) et plus de 20 000 hospitalisations (données du programme de médicalisation des systèmes d'information – PMSI¹⁹⁷), avec des variations selon l'intensité de la saison épidémique (cf. graphique n° 16).

Graphique n° 16 : nombre d'hospitalisations pour gastro-entérite pour les enfants de moins d'un an et montant des remboursements par l'assurance maladie



Note de lecture : les saisons 2020-2021 et 2021-2022 sont atypiques en raison de la pandémie de covid 19 qui a conduit à une chute importante des infections, suivie d'une reprise dynamique.

Source : Cour des comptes, d'après les données du SNDS

En période hivernale épidémique, les gastro-entérites aiguës sont aussi une cause d'infection nosocomiale en pédiatrie. Peu de données sont disponibles en France pour quantifier le phénomène, mais une étude¹⁹⁸ conduite entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2013 a conclu que 24 % des gastro-entérites à rotavirus des enfants hospitalisés pendant cette période étaient d'origine nosocomiale, justifiant d'autant plus les mesures de prévention.

¹⁹⁵ Le réseau Sentinelles réunit médecins généralistes (1 142) et pédiatres (129) libéraux sur le territoire pour assurer la surveillance épidémiologique en continu d'indicateurs de santé, dont les diarrhées aiguës. Ce réseau participe au système de surveillance épidémiologique de SPF.

¹⁹⁶ OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) centralise les résumés de passage aux urgences des établissements de santé (sauf en Martinique) et couvre 93,3 % des passages aux urgences.

¹⁹⁷ Le « programme de médicalisation des systèmes d'information » est un système de codage des données hospitalières : maladies, actes réalisés, durée de séjour, etc..

¹⁹⁸ Marinosci A. *et al.*, « Gastro-entérites nosocomiales à rotavirus : étude rétrospective dans un service de pédiatrie générale », *Archives de Pédiatrie*, volume 23, n° 11, novembre 2016, p. 1118-1123.

2 - Une recommandation vaccinale tardive

Deux vaccins¹⁹⁹ sont disponibles depuis 2006, sous forme buvable, conduisant l'OMS et plusieurs sociétés savantes à recommander la vaccination universelle des nourrissons contre les rotavirus. Cette vaccination, dont la durée de protection est de deux ans, est aujourd'hui pratiquée dans 127 pays dans le monde, et dans 28 à l'échelle européenne.

Les recommandations françaises relatives à ce vaccin ont connu un parcours heurté, en grande partie imputable à un signal de pharmacovigilance qui relevait une augmentation des invaginations intestinales aiguës* chez les enfants vaccinés. Ce surrisque, évalué à six cas en excès pour 100 000 enfants vaccinés, était mentionné dans la notice des vaccins. Il fait l'objet d'une surveillance rapprochée au niveau européen et n'a pas conduit à modifier l'évaluation de la balance bénéfice-risque des vaccins. En 2015, la France a pourtant décidé de suspendre la recommandation de vaccination prise en 2013 ; elle a été la seule à le faire parmi les pays ayant introduit la vaccination contre les rotavirus dans leur calendrier vaccinal.

En 2022, la HAS a réévalué la stratégie de vaccination contre les infections à rotavirus, à partir de données disponibles dans l'ensemble des pays l'ayant mise en place qui ont confirmé le haut niveau d'efficacité de ce vaccin, variant de 82 % à 86 % selon les études. De surcroît, aucun nouveau signal de sécurité (possibilité d'une relation entre un effet indésirable inattendu et un médicament) n'a été enregistré, pas plus en France qu'ailleurs dans le monde. Enfin, au-delà de la bonne efficacité de la vaccination, un effet de protection indirecte, non anticipé, a été mis en évidence²⁰⁰ sur les enfants non éligibles à la vaccination et sur les personnes âgées de 65 ans et plus, renforçant l'intérêt de la vaccination.

Ces constats ont conduit la HAS à émettre en 2022 une recommandation en faveur de la vaccination des nourrissons contre les rotavirus²⁰¹, en l'assortissant de conseils aux parents pour identifier précocement la survenue d'une invagination intestinale aiguë.

Dans les pays voisins, le taux de couverture varie de 10 % (dans certaines régions espagnoles) à plus de 90 % en Autriche, en Belgique ou au Royaume-Uni²⁰². Probable conséquence d'une recommandation de vaccination hésitante et d'une nouvelle recommandation édictée seulement en 2022, le taux de couverture n'était que de 30 % en France en 2023. Il a toutefois atteint 45 % en 2024 et 55 % en 2025.

¹⁹⁹ Le Rotarix® commercialisé par le laboratoire Biologicals SA GSK avec un schéma d'administration de deux doses à au moins quatre semaines d'intervalle, à partir de six semaines et avant 24 semaines ; le RotaTeq® commercialisé par le laboratoire MSD, avec un schéma d'administration de trois doses avec un intervalle d'au moins quatre semaines entre chaque dose, à partir de six semaines et avant 32 semaines.

²⁰⁰ Yamin D. *et al.* "Cost-effectiveness of rotavirus vaccination in France, accounting for indirect protection", *Value in Health*, vol. 19, n° 6, 2016, p. 811-819. Reyes J.F. *et al.* "Beyond expectations: post-implementation data shows rotavirus vaccination is likely cost-saving in Australia", *Vaccine*, vol. 35, n° 2, 2017, p. 345-352.

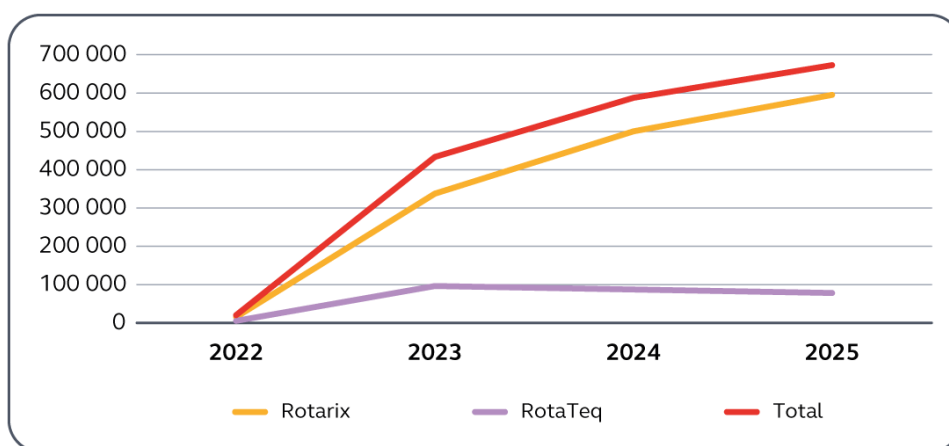
²⁰¹ HAS, *Recommandation vaccinale contre les infections à rotavirus. Révision de la stratégie vaccinale et détermination de la place des vaccins Rotarix et RotaTeq*, 23 juin 2022.

²⁰² European Rotavirus Network (EuroRotaNet), *Annual report season 2022/23*.

3 - Un effet sur le système de soins conditionné à l'augmentation de la couverture vaccinale

Le déploiement de la vaccination contre les rotavirus, bien que récent en France, connaît une accélération, comme le montrent les données de remboursement (cf. graphique n° 17).

Graphique n° 17 : délivrances de vaccins contre les rotavirus (nombre de doses par année, pour chacun des deux vaccins)



Source : Cour des comptes, d'après les données du SNDS

La couverture vaccinale en France a été estimée à 6,5 % en moyenne pour la période allant de juin 2006 à fin décembre 2019, période pendant laquelle les vaccins n'étaient pas remboursés. Depuis le rétablissement de la recommandation de vaccination, la couverture s'améliore régulièrement mais est encore insuffisante pour atteindre l'immunité collective. En 2023, première cohorte d'enfants pour laquelle la vaccination a été recommandée, la couverture pour une dose à huit mois (soit un schéma incomplet) a été estimée à 23,8 % ; elle a augmenté de 11,8 points en 2024, 35,6 % des nourrissons étant vaccinés.

Selon les études citées par la HAS²⁰³, les pays qui ont introduit la vaccination universelle au niveau national avec une bonne couverture vaccinale (supérieure à 80 %) ont constaté une réduction des hospitalisations liées aux gastro-entérites à rotavirus variant de 65 à 84 %.

L'intégration dans les évaluations d'une protection indirecte, y compris des personnes âgées, et de la baisse induite des gastro-entérites nosocomiales pédiatriques, renforce l'intérêt médical, mais aussi économique et organisationnel, de cette vaccination²⁰⁴. Ainsi, une analyse rétrospective du programme de vaccination australien²⁰⁵ a montré que cette vaccination était non seulement efficace mais engendrait des économies pour le système de santé. Pour les enfants de moins de cinq ans, les hospitalisations pour gastro-entérite (quelle qu'en soit la

²⁰³ HAS, *Recommandation vaccinale contre les infections à rotavirus*, juin 2022.

²⁰⁴ Escolano S. et al., "*Accounting for indirect protection in the benefit-risk ratio estimation of rotavirus vaccination in children under the age of 5 years, France, 2018*", *Eurosurveillance*, volume 25, n° 33, août 2020. Voir aussi Yamin D. et al., "*Cost-Effectiveness of Rotavirus Vaccination in France - Accounting for Indirect Protection*", *Value in Health*, volume 19, n° 6, p. 811-819.

²⁰⁵ Reyes J.F. et al., "*Beyond expectations: Post-implementation data shows rotavirus vaccination is likely cost-saving in Australia*", *Vaccine*, volume 35, 5 janvier 2017, p. 345-352.

cause) ont diminué de 50 % et 50 000 consultations de médecine générale sont évitées tous les ans. L'effet d'un programme de vaccination contre les rotavirus sur les consommations de soins est aussi constaté aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Finlande et en Belgique (mais avec une vaccination presque universelle, couvrant plus de 90 % des enfants, dans ce dernier pays).

Le modèle de simulation développé par la Cour (cf. cahier méthodologique) permet d'estimer entre 23 000 et 32 000 le nombre d'hospitalisations pour gastro-entérite évitées depuis la mise en place de la vaccination, représentant une dépense évitée comprise entre 26 M€ et 34 M€, pour un montant remboursé des vaccins de 50 M€. Selon ce modèle, en ne comptabilisant que les seules hospitalisations, la réduction des dépenses hospitalières permet déjà de compenser plus de la moitié du coût des vaccins. La couverture de ce coût serait nettement plus forte en intégrant le coût des consultations en ville et des passages aux urgences, ainsi que les coûts indirects (arrêts de travail des parents par exemple).

L'effet réel sur les hospitalisations pour gastro-entérite des enfants de moins de deux ans est cependant délicat à mettre en évidence en France, par manque de recul. L'intensité de la maladie est en effet variable selon les années, seule l'observation en longue période permettra de confirmer l'effet réel de la vaccination.

Néanmoins, dès lors que cette vaccination est recommandée et inscrite au calendrier vaccinal, il est essentiel de la promouvoir activement afin qu'elle produise les effets positifs attendus sur l'état de santé des enfants et sur l'organisation du système de soins. En l'état, le niveau de couverture atteint ne permet ni de protéger l'ensemble des enfants de moins de deux ans, ni d'alléger de manière significative la pression sur les établissements de santé. Le taux de vaccination n'est pas plus en mesure de permettre d'atteindre l'immunité collective observée dans les pays vaccinant massivement les nourrissons.

II - Un intérêt économique manifeste de la vaccination contre la grippe, limité par une couverture insuffisante

En France comme dans les autres pays, la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée, notamment pour les personnes âgées de 65 ans et plus ou atteintes de maladies chroniques, qui reçoivent tous les ans une invitation de l'assurance maladie à se faire vacciner gratuitement. Les femmes enceintes et les personnes atteintes d'obésité font elles aussi partie du public prioritaire, pour lequel la vaccination contre la grippe est intégralement prise en charge par l'assurance maladie²⁰⁶.

Les épidémies de grippe sont variables selon les années, en fonction de l'intensité de la circulation virale et du type de virus, certaines souches conduisant à des épisodes grippaux plus sévères que d'autres. Les vaccins, dont la composition est modifiée tous les ans en fonction de la prévision des souches qui circuleront, ont par ailleurs une efficacité variable.

²⁰⁶ La vaccination contre la grippe est également prise en charge à 100 % pour les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère, l'entourage des nourrissons de moins de six mois à risque de complication grave de la grippe et des personnes immunodéprimées, les aides à domicile des particuliers employeurs vulnérables, et trois catégories d'autres professionnels.

La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière (cf. graphique 9, p. 42) n'atteint pas le niveau de 75 % recommandé par l'OMS et fixé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui permettrait à la fois une protection individuelle et une immunité collective.

La situation est encore moins satisfaisante outre-mer. Les données d'enquête²⁰⁷ permettent ainsi d'estimer, pour la saison 2024-2025, la couverture vaccinale contre la grippe des personnes âgées de 65 à 85 ans à 54 % pour la France entière, 15 % en Guadeloupe, 12 % en Martinique et 15 % en Guyane.

A - La vaccination contre la grippe, outil de prévention et d'économies

Entre deux et six millions de Français sont touchés chaque année par la grippe. En moyenne²⁰⁸, une saison grippale est responsable d'environ 2,5 millions de consultations et de 9 000 à 10 000 décès, dont 90 % sont des personnes de 65 ans et plus. L'analyse rétrospective des données d'activité hospitalière sur la période 2010-2018 montre un nombre moyen d'hospitalisations pour grippe de 18 979, d'une durée moyenne de huit jours. Les plus jeunes (moins de 4 ans) et les plus âgés (65 ans et plus) sont les principaux publics concernés par ces séjours hospitaliers liés à la grippe, dont ils représentent respectivement 21 % et 43 %. Bien que variables selon les années, les conséquences de la grippe sur l'activité hospitalière sont importantes (cf. tableau n° 4).

Tableau n° 4 : conséquences de la grippe sur l'activité hospitalière et mortalité attribuable selon les saisons hivernales, pour les séjours avec un diagnostic codé « grippe »

Saison	Passages aux urgences	Hospitalisations post-urgences	Taux d'hospitalisation	Taux d'hospitalisés de 85 ans et plus	Cas graves en réanimation : part de personnes de 65 ans et plus	Mortalité attribuable (nombre de décès)
2015-2016	49 500	3 050	6 %	46 %	39 %	Non documentée
2016-2017	41 000	6 500	16 %	69 %	66 %	De 13 136 à 21 200
2017-2018	75 500	9 729	13 %	53 %	47 %	De 11 002 à 17 900
2018-2019	65 622	10 723	16 %	62 %	52 %	De 6 784 à 12 300
2022-2023	10 918	15 828	14 %	54 %	47 %	Non documentée
2023-2024	73 597	14 012	19 %	56 %	41 %	Non documentée
2024-2025	155 947	28 697	18 %	60 %	46 %	De 4 023 à 14 100

Source : Gavazzi G. et al., Livre blanc sur les infections respiratoires à prévention vaccinale des séniors. Autonomie des séniors : vacciner pour vieillir en bonne santé, 2025

²⁰⁷ SPF, Bulletin national vaccination en France. Bilan de la couverture vaccinale en 2024, avril 2025.

²⁰⁸ Lemaitre M. et al., “Estimating the burden of influenza-related and associated hospitalizations and deaths in France : an eight-season data study, 2010-2018”, *Influenza and Other Respiratory Viruses*, n° 16, 2022.

Les coûts associés à ces hospitalisations sont variables selon les saisons et la virulence de la maladie, allant de 26,4 M€ à 209,8 M€²⁰⁹ selon les années, avec une moyenne à 79 M€. À cela s'ajoutent les hospitalisations pour cause respiratoire indirectement liées à la grippe : 32 000 séjours en moyenne (de 18 000 au minimum à 49 000 au maximum) par saison, pour un coût de 140 M€.

L'assurance maladie²¹⁰ a estimé le coût imputable à la grippe, pour la saison 2017-2018. Selon les données de surveillance, la saison grippale a entraîné 2,4 millions de consultations, 75 500 passages aux urgences suivis d'une hospitalisation dans 9 729 cas, et 2 922 admissions en réanimation. En considérant les consultations pour syndrome grippal, les arrêts de travail et les médicaments, le coût de l'épidémie grippale est estimé à 145,5 M€ en ville. Les séjours hospitaliers sont, quant à eux, évalués à 188,8 M€ dont plus de 122 M€ pour les personnes de 65 ans et plus. La grippe saisonnière 2017-2018 a donc coûté plus de 334 M€ à l'assurance maladie.

Selon les données d'efficacité disponibles, la vaccination a permis, cette année-là, d'éviter 35 % des hospitalisations des personnes de 65 ans et plus et 38 % des recours aux soins ambulatoires. La vaccination de 5,6 millions d'individus a coûté à l'assurance maladie 28,7 M€ en vaccins et 79,7 M€ en honoraires (consultations médicales et actes infirmiers), soit plus de 108 M€.

Selon les données de l'assurance maladie, la vaccination réalisée a réduit de 89 M€ le coût des soins ambulatoires et de 66 M€ les dépenses hospitalières, pour les personnes de 65 ans et plus. La campagne vaccinale ayant coûté 108 M€, l'assurance maladie estime l'économie nette à 46,5 M€. Ce montant est toutefois partiel et sans doute sous-estimé puisqu'il n'inclut ni les séjours hospitaliers évités pour les personnes de moins de 65 ans²¹¹ (à ajouter), ni le coût de la communication et de l'organisation de la campagne en elle-même (à soustraire). Par ailleurs, lors de la saison étudiée (2017-2018), les vaccins étaient administrés par des médecins ou des infirmiers. La part désormais prise par les pharmaciens d'officine dans la vaccination contre la grippe, à la place des médecins, a probablement pour conséquence de faire diminuer le montant des honoraires associés, accroissant d'autant l'intérêt économique de la vaccination.

Plus récemment, selon les données hospitalières, les épidémies de grippe de 2023-2024 et de 2024-2025 ont respectivement engendré 132 M€ et 290 M€ de coûts directs d'hospitalisation, correspondant à 45 656 personnes hospitalisées (dont 25 567 âgées de 65 ans et plus) en 2023-2024, et à 93 504 personnes hospitalisées (dont 56 102 âgées de 65 ans et plus) en 2024-2025, pour un coût moyen d'hospitalisation des personnes de 65 ans et plus de 5 177 €²¹².

Au coût hospitalier, s'ajoute le coût des consultations ambulatoires, des passages aux urgences, ainsi que des transferts en établissements de soins médicaux et de réadaptation. Selon l'intensité de la saison grippale, les coûts médicaux directs imputables à la grippe varieraient de 20 à 315 M€²¹³, uniquement pour la population âgée de 65 ans et plus.

²⁰⁹ Lemaître et al., *“Estimating the burden of influenza-related and associated hospitalizations and deaths in France: An eight-season data study, 2010–2018”*, *Influenza Other Respiratory Viruses*, 2022.

²¹⁰ CNAM, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023*, rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2023, juillet 2022.

²¹¹ Les données d'efficacité du vaccin issues de la surveillance européenne n'étaient disponibles que pour les personnes de 65 ans et plus.

²¹² Gavazzi G. et al., *Livre blanc sur les infections respiratoires à prévention vaccinale des séniors. Autonomie des séniors : vacciner pour vieillir en bonne santé*, 2025.

²¹³ Op. cit..

Pour approcher plus finement encore le coût de la non-vaccination, il faudrait ajouter le coût des tensions organisationnelles provoquées par l'afflux de personnes malades dans les établissements de santé, ainsi que les éventuels retards de prise en charge subis par d'autres patients, pour d'autres pathologies. Les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail pour grippe alourdissent encore le coût de la non-vaccination.

Enfin, l'estimation n'intègre pas non plus les conséquences à distance de l'épisode grippal, comme les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus du myocarde²¹⁴ ou les pertes d'autonomie consécutives à une hospitalisation, particulièrement chez les personnes les plus âgées. Le taux de réhospitalisation à trois mois, après un séjour lié à la grippe, est estimé à 20 %, et jusqu'à 28 % pour les personnes de 65 ans et plus²¹⁵. Les conséquences d'une grippe dépassent donc largement les coûts de prise en charge de l'épisode aigu.

B - Des économies à attendre d'une augmentation de la couverture vaccinale

Une modélisation mathématique²¹⁶ a évalué, sur la base des données de la saison 2021-2022, l'effet d'une augmentation jusqu'à 75 % de la couverture vaccinale des personnes à risque en France, en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni, en tenant compte de la couverture vaccinale constatée, soit 65 % au Royaume-Uni, 47 % en Espagne, 44 % en France et en Italie (cf. tableau n° 5).

Tableau n° 5 : nombre d'évènements évités et coûts associés en portant à 75 % la couverture vaccinale contre la grippe de la population à risque

Évènements évités	France	Italie	Espagne	Royaume-Uni
Nombre de cas	316 700 (- 34 %)	274 900 (- 30 %)	180 300 (- 20 %)	146 300 (- 16 %)
Nombre de consultations	172 200 (- 52 %)	48 100 (- 15 %)	93 500 (- 28 %)	18 200 (- 5 %)
Coûts associés	4,4 M€ (- 34 %)	1,1 M€ (- 9 %)	6,5 M€ (- 49 %)	1,1 M€ (- 8 %)
Nombre d'hospitalisations	6 150 (- 38 %)	3 350 (- 21 %)	4 200 (- 25 %)	2 600 (- 16 %)
Coûts associés	32,8 M€ (- 46 %)	12,5 M€ (- 18 %)	19,5 M€ (- 27 %)	6,5 M€ (- 9 %)
Nombre de morts	2 200 (- 35 %)	2 700 (- 43 %)	1 200 (- 19 %)	200 (- 3 %)
Jours de travail perdus	75 900 (- 51 %)	98 600 (- 13 %)	204 600 (- 28 %)	55 700 (- 8 %)
Coûts associés	44,9 M€ (- 57 %)	8,8 M€ (- 11 %)	17,1 M€ (- 22 %)	7,9 M€ (- 10 %)

Note de lecture : les pourcentages traduisent la différence par rapport à la situation réelle actuelle. Ainsi, pour la France, une couverture vaccinale contre la grippe saisonnière de 75 % permettrait d'éviter 316 700 cas de grippe, soit une réduction de 34 %.

Source : Rigoine de Fougerolles T. et al., "Public health and economic benefits of seasonal influenza vaccination in risk groups in France, Italy, Spain and the UK: state of play and perspectives", BMC Public Health, 2024

²¹⁴ Nguyen T.Q. et al., "Systematic review and meta-analysis of respiratory viral triggers for acute myocardial infarction and stroke", *Cardiovascular Research*, 2025, n° 121, p. 1330-1344.

²¹⁵ Lemaître et al., "Estimating the burden of influenza-related and associated hospitalizations and deaths in France: An eight-season data study, 2010–2018", *Influenza Other Respiratory Viruses*, 2022.

²¹⁶ de Fougerolles, T.R. et al., "Public health and economic benefits of seasonal influenza vaccination in risk groups in France, Italy, Spain and the UK: state of play and perspectives", *BMC Public Health*, 2024.

Même en ne tenant pas compte du coût de l'absentéisme, cette simulation évalue à un minimum de 37,2 M€ le coût de la non-vaccination pour le système de soins français. Pour atteindre le taux de 75 % de la population à risque vaccinée, il serait nécessaire de vacciner 8 345 697 personnes supplémentaires, sur une population éligible totale de 26 659 805 personnes dont 11 649 156 sont déjà vaccinées.

La même étude permet d'estimer les coûts évités grâce à la vaccination en place. Ainsi, même avec le taux de couverture de 44 % de la population à risque, il ressort de la modélisation que 4,2 M€ de coût de consultations et 86,5 M€ en coût d'hospitalisation (base de remboursement) sont d'ores et déjà évités en France, par rapport à une situation sans vaccination. Ces estimations sont inférieures à celles réalisées par l'assurance maladie, qui s'est fondée sur les données de la saison 2017-2018, pendant laquelle l'épidémie de grippe a été particulièrement sévère.

Ces estimations ne représentent toutefois que la fourchette basse des coûts induits par la grippe ; elles sont, en effet, limitées dans leur périmètre (uniquement les coûts médicaux directs) et dans leur temporalité (uniquement les coûts imputables à l'épisode aigu et non à ses conséquences à moyen ou long terme). Dans certaines hypothèses²¹⁷, la perte de production liée à un épisode grippal est estimée à 1 095,29 € par personne. Le coût total de l'absentéisme au travail²¹⁸ a, lui, été valorisé entre 150 et 400 M€, celui du présentéisme²¹⁹ entre 100 et 200 M€ et les pertes de productivité future liées aux décès prématurés entre 50 et 100 M€. Il ne s'agit ici que d'ordres de grandeur, l'estimation précise des coûts indirects reposant sur de nombreuses hypothèses.

Le fardeau que représente la grippe, tant en termes de morbidité et de mortalité de la population que sur le plan économique, justifie des actions renforcées d'incitation à la vaccination, notamment pour les personnes présentant le plus de risques de développer une forme sévère de la maladie.

III - Une élaboration des stratégies vaccinales qui doit mieux tenir compte de l'efficience, y compris « en vie réelle »

La vaccination est historiquement considérée comme une des actions de santé les plus rentables, sur le plan sanitaire et sur le plan économique. Néanmoins, l'évolution récente des stratégies vaccinales, associée à l'augmentation des prix des vaccins, conduit potentiellement à dégrader l'efficience de celles-ci. La recherche du meilleur usage des ressources lors de l'élaboration d'une stratégie vaccinale, au-delà de l'intégration d'un nouveau vaccin, doit ainsi être systématisée (§ A). L'augmentation du nombre de vaccins disponibles et de leurs prix nécessite en outre une prise en compte renforcée de l'efficience respective des stratégies vaccinales et une confirmation en vie réelle de leurs effets bénéfiques sur l'état de santé de la population et sur la consommation de ressources (§ B).

²¹⁷ Béraud G. et al., *“Cost-effectiveness analysis of expanding influenza vaccination to adults 50 and over in France”*, *Infectious Diseases and Therapy*, 2025.

²¹⁸ G5 santé, *Comment réduire la pression sur le système hospitalier ?*, 2025.

²¹⁹ Le présentéisme désigne la présence physique au travail malgré un état de santé dégradé, induisant une perte de productivité.

A - La nécessaire recherche du meilleur usage des ressources financières pour améliorer la protection de la population

Les recommandations vaccinales sont tributaires des données scientifique disponibles, en particulier de celles fournies par les fabricants de vaccin avec, comme conséquence, une évaluation individuelle, voire isolée, de chaque vaccin et de sa place dans la stratégie vaccinale générale. Cela conduit à ne pas systématiquement revoir l'ensemble de la stratégie au regard des ressources mobilisables.

Par ailleurs, l'efficacité d'une stratégie vaccinale dépend souvent du niveau de protection d'ensemble conféré à la population. L'alternative entre l'introduction d'un nouveau vaccin, potentiellement plus efficace mais plus cher, et l'amélioration de la stratégie en vigueur en termes de couverture vaccinale de la population est une question cruciale pour garantir le meilleur usage des ressources.

1 - Un arbitrage délicat entre simplicité et efficacité

Pour des raisons de simplification des recommandations vaccinales, qui est un paramètre important pour leur compréhension et leur mise en œuvre par les professionnels de santé, la HAS tend à cibler des populations par âge plus que par facteur de risque. Le calendrier vaccinal gagne en clarté mais perd en précision, avec l'écueil de vacciner inutilement et coûteusement des segments de la population peu ou pas exposés à la maladie.

Ainsi, en décembre 2024, la HAS a revu la recommandation de vaccination des adultes contre les infections invasives à pneumocoques et l'a élargie à toutes les personnes âgées de plus de 65 ans, même si elles ne présentent pas de facteur de risque autre que l'âge.

Le pneumocoque est considéré comme la première cause de pneumonies dans cette population, entraînant des hospitalisations potentiellement longues et accélératrices de l'entrée dans la dépendance. Le taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque, particulièrement bas chez les adultes, est estimé à seulement 17 % de la population à risque²²⁰. Sur la période 2013-2019, le taux de mortalité hospitalière s'élève en moyenne à 13,5 %. La majorité des hospitalisations (74 %) pour une infection à pneumocoques a concerné des personnes ayant un facteur de risque.

La population cible de la nouvelle recommandation est estimée à environ 16,7 millions d'adultes, nombre supérieur de 12,3 millions de personnes à la population des personnes à risque. Le prix public du vaccin recommandé est de 59,26 € TTC (honoraires de dispensation inclus). Dans l'hypothèse maximaliste où l'intégralité de la population cible serait vaccinée, le coût de cette stratégie avoisinerait 643 M€ pour l'assurance maladie, le vaccin étant remboursé à 65 %.

Dans le même temps, un nouveau vaccin, recommandé par la HAS et introduit dans le calendrier vaccinal, permet théoriquement de couvrir 30 % d'infections à pneumocoques supplémentaires. L'effet de ce nouveau vaccin sur la morbidité et la mortalité de la maladie en vie réelle n'a cependant pas été évalué, avant de modifier la stratégie vaccinale. D'autres stratégies visant à augmenter la couverture vaccinale des groupes à risque n'ont pas non plus été explorées.

²²⁰ La population à risque est principalement constituée des personnes immunodéprimées ou porteuses d'une maladie prédisposant à la survenue d'infections invasives à pneumocoque.

Il sera donc impératif de vérifier que l'élargissement de la population cible aura bien comme effet d'augmenter massivement la couverture vaccinale et de réduire le fardeau de la maladie.

Par ailleurs, un élargissement aussi important de la population cible devrait conduire le Comité économique des produits de santé (CEPS) à envisager une révision tarifaire des vaccins concernés.

2 - La réduction des doses, facteur d'adhésion et d'efficience

La simplification du schéma vaccinal peut aussi prendre la forme d'une réduction du nombre de doses ou d'une diminution de la fréquence des rappels. L'évolution du calendrier vaccinal concernant le DTP, identifiant des âges cibles pour les rappels, s'est ainsi accompagnée d'une diminution du nombre de rappels (passant d'un rappel tous les 10 ans à des injections recommandées à 25 ans, 45 ans et 65 ans, puis tous les 10 ans ensuite).

Cette approche pourrait s'appliquer à d'autres vaccins. Ainsi, plusieurs pays (Australie, Québec, Royaume-Uni) qui bénéficient d'une couverture vaccinale élevée contre les HPV, ont d'ores et déjà mis en application la recommandation de l'OMS de modifier le schéma vaccinal pour le réduire à une seule dose. Cette simplification est de nature à réduire les coûts de la vaccination tout en favorisant l'adhésion, une seule injection étant plus facile à réaliser qu'un schéma multiple. Les données scientifiques²²¹ montrent une efficacité similaire des schémas à une ou à plusieurs doses dans des pays où la vaccination contre les HPV atteint des taux de couverture de l'ordre de 80 %, ce qui n'est pas encore le cas de la France.

Dès lors que les données, notamment sur la réduction des cancers induits par les HPV, seront suffisamment robustes, la commission technique des vaccinations (CTV) devra se saisir d'une potentielle évolution de la stratégie vaccinale, quand bien même son périmètre d'évaluation est contraint par l'autorisation de mise sur le marché du vaccin anti-HPV, qui prévoit un schéma à deux doses (et trois en rattrapage). Même en l'absence de demande de modification par l'industriel, la HAS pourrait s'auto-saisir d'une réflexion sur l'évolution de la stratégie vaccinale, sur le fondement des données de la littérature scientifique et des expériences étrangères.

B - Une prise en compte limitée de l'efficience dans l'organisation administrative actuelle

En 2012, la Cour avait recommandé que le comité technique des vaccinations placé auprès du HCSP soit transféré à la HAS, ce qui est le cas depuis 2017. Néanmoins, l'effet escompté n'a pas été pleinement atteint, ni en termes de simultanéité de la recommandation vaccinale et de l'évaluation du vaccin en vue du remboursement, ni en ce qui concerne l'intégration de la dimension économique. La démarche d'intégration des trois séquences de l'évaluation – recommandation vaccinale, évaluation du vaccin en vue du remboursement, évaluation médico-économique – nécessite d'être poursuivie.

²²¹ Voir par exemple Kreimer A.R. *et al.* *“Non-inferiority of One HPV Vaccine Dose to Two Doses”*, *The New England Journal of Medicine*, 2025.

Accès au marché et évaluation des vaccins

Les vaccins sont considérés comme des médicaments immunologiques et doivent disposer d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour être mis à la disposition des professionnels et des patients. L'AMM est délivrée par l'Agence européenne du médicament (EMA) ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Une fois l'AMM obtenue, la commission technique des vaccinations (CTV) de la Haute Autorité de santé (HAS) doit alors se prononcer sur une recommandation vaccinale.

Parallèlement à cette étape, l'industriel qui exploite le vaccin soumet un dossier à la commission de transparence (CT) de la HAS en vue de sa prise en charge par l'assurance maladie et, s'il est éligible à une évaluation de l'efficacité²²², à la commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la HAS.

Dès lors que la CT a jugé que le vaccin pouvait être remboursé, et sauf opposition du ministre chargé de la santé, commence l'étape de négociation du prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS), instance interministérielle chargée de négocier les prix des produits de santé.

Après accord entre le CEPS et le laboratoire sur les conditions tarifaires du vaccin, un arrêté d'inscription est publié au *Journal officiel* et le vaccin peut être prescrit et pris en charge par l'assurance maladie. Le vaccin fait ensuite l'objet d'une surveillance par l'ANSM, dans le cadre de la pharmacovigilance.

Le fait que les trois commissions distinctes chargées de ces séquences soient rattachées à la HAS contribue à une plus grande fluidité. Pour autant, cette organisation conduit à élaborer une recommandation vaccinale en amont de l'évaluation de l'intérêt et de l'efficacité du vaccin dans le contexte français.

Ainsi, dans le cas du vaccin contre le zona et les névralgies post-zostériennes* (Shingrix®), l'analyse bibliographique des données médico-économiques réalisée par la CTV, qui favorise une stratégie de vaccination²²³, n'est pas conclusive quant à son efficacité et précise qu'une « *étude médico-économique dans le contexte français permettrait d'établir le rapport coût-efficacité du vaccin, en tenant compte des caractéristiques du système de soins français, ainsi que du fardeau de la maladie dans la population de ces recommandations* ». Or, une telle étude a été réalisée par l'industriel et analysée par la CEESP²²⁴ trois mois plus tard.

Il ressort de cet avis d'efficacité de la CEESP, qu'au prix revendiqué par l'industriel, couvert par le secret des affaires, la différence entre les coûts et les résultats de santé obtenus par l'introduction de ce vaccin, par rapport à l'absence de vaccination, s'élève à 145 098 € par année de vie gagnée en bonne santé, au-delà des seuils retenus dans les pays où ils existent (cf. encadré en début de partie 2). Ce résultat est cependant probablement plus faible, le prix négocié avec le CEPS étant généralement inférieur au prix initialement revendiqué par l'industriel.

²²² Un produit de santé est éligible à une évaluation de l'efficacité par la CEESP dès lors que l'industriel revendique une amélioration médicale du service rendu (AMSR), ou du service attendu, majeure, importante ou modérée, et que le produit a, ou est susceptible d'avoir, « *un impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie compte tenu de son incidence sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les conditions de prise en charge des malades et, le cas échéant, de son prix* » ; voir le décret n° 2012-1116 du 2 octobre 2012.

²²³ HAS, Recommandations vaccinales contre le zona. Place du vaccin Shingrix, 29 février 2024.

²²⁴ HAS, Avis économique sur le Shingrix, 28 mai 2024.

Le prix public retenu pour le vaccin contre le zona, à l'issue de la négociation avec le CEPS, est de 188,39 € depuis décembre 2024. Même s'il ne s'agit pas du prix effectivement payé²²⁵ par l'assurance maladie obligatoire, la dynamique de pénétration du marché du vaccin contre le zona conduit à ce qu'il soit identifié par la Commission des comptes de la sécurité sociale²²⁶ comme l'un des médicaments contribuant le plus à la croissance des dépenses. Pour rappel, la population-cible (adultes de 65 ans et plus sans problème immunitaire et à partir de 18 ans pour les adultes immunodéprimés à risque de zona) estimée en rattrapage est de près de 15 millions de personnes en France, et la population à vacciner chaque année de 800 000 personnes.

Au regard des enjeux financiers associés à ce vaccin, et notamment de « *l'engouement continu depuis son lancement en France* »²²⁷, il est regrettable que la recommandation vaccinale n'ait pas intégré les résultats de l'évaluation médico-économique fournie par l'industriel à la CEESP.

Une situation similaire s'est produite à l'occasion de l'évaluation du vaccin contre la grippe hautement dosé (Efluelda®). Selon la théorie vaccinale, il est attendu d'un vaccin fortement dosé (ou contenant un adjuvant*) une amélioration de l'efficacité vaccinale chez les personnes dont le système immunitaire* est affaibli, notamment les personnes âgées en raison de l'immunosénescence*²²⁸.

En 2020, l'évaluation économique²²⁹ du vaccin quadrivalent hautement dosé concluait au « *très faible impact sur les résultats de santé et l'organisation du système de soins [qui] ne permet pas de justifier une telle augmentation des coûts d'acquisition du vaccin [les dépenses consacrées à l'acquisition des vaccins sont augmentées de 197 %], ce qui implique la nécessité d'une forte baisse du prix revendiqué* ».

Le 10 avril 2025, la HAS a pourtant recommandé²³⁰ d'utiliser préférentiellement les vaccins hautement dosés (Efluelda®) ou avec un adjuvant (Fluad®) pour les personnes de 65 ans et plus, en estimant le nombre de consultations et d'hospitalisations²³¹ que les nouveaux vaccins permettraient d'éviter. La recommandation se fonde également sur une meilleure efficacité constatée dans la majorité des études, un profil de sécurité satisfaisant et l'existence de recommandations similaires à l'étranger. Même si Fluad® n'a pas fait l'objet d'un avis d'efficacité, la recommandation vise les vaccins hautement dosés ou avec un adjuvant.

²²⁵ Certains produits de santé bénéficient d'une décorrélation entre le prix public et le prix réellement payé par l'assurance maladie obligatoire. La différence est reversée à cette dernière par l'industriel sous forme de remise. Le prix réellement payé par l'assurance maladie est couvert par le secret des affaires, de même que le mécanisme de remise. L'intérêt pour l'industriel est de pouvoir afficher lors de négociations dans d'autres pays un niveau de prix supérieur à celui réellement payé.

²²⁶ Commission des comptes de la sécurité sociale, *Résultats 2024. Prévisions 2025 et 2026*, 2025.

²²⁷ GSK, communiqué de presse sur les résultats financiers du troisième trimestre 2025 ("*GSK delivers strong Q3 performance and upgrades 2025 guidance*"), 29 octobre 2025.

²²⁸ Vieillesse naturelle du système immunitaire, qui se traduit par une réponse immunitaire plus faible. Elle conduit à favoriser des vaccins fortement dosés ou à prévoir des rappels supplémentaires.

²²⁹ HAS (CEESP), *avis d'efficacité Efluelda®*, 25 juin 2020.

²³⁰ HAS, *Recommandation, vaccination contre la grippe saisonnière des personnes de 65 ans et plus. Place des vaccins Efluelda® et Fluad®*, 10 avril 2025.

²³¹ Réduction estimée, selon les hypothèses, de 750 à 8 410 hospitalisations et 4 500 et 24 290 consultations liées à la grippe chez les 65 ans et plus.

Or, quelques jours plus tard, le 15 avril 2025, un nouvel avis d'efficience portant sur le vaccin trivalent²³² hautement dosé estimait que le surcoût, à l'échelle de la population, de l'introduction de ce vaccin atteignait près de 141 M€, principalement imputable aux coûts d'acquisition des vaccins, qui ne sont pas compensés par les économies attendues d'une réduction du nombre d'hospitalisations (- 7 M€) ou des consultations médicales (- 584 926 €) pour grippe uniquement. Les débats de la commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP)²³³ lors de l'évaluation de ce vaccin contre la grippe ont notamment porté sur l'opportunité d'affecter 241,5 M€ (soit l'effet budgétaire attendu de l'introduction de ce vaccin sur trois ans selon l'avis d'efficience²³⁴) à des stratégies alternatives qui augmenteraient la couverture vaccinale ou la protection de la population, telle que la vaccination des enfants recommandée par la HAS²³⁵.

Les prix publics obtenus par Efluelda® et Fluad® sont identiques, soit 23,97 € en 2025. Les autres vaccins contre la grippe disponibles sur le marché français, notamment Flucelvax®, Vaxigrip® et Influvac®, coûtent quant à eux autour de 11 €, soit moins de la moitié, pour une différence d'efficacité sur les hospitalisations qualifiée par la commission de la transparence en mai 2025²³⁶ d'« *au mieux modeste* », de l'ordre de 15 %. Même si l'évaluation économique du vaccin hautement dosé repose sur des hypothèses restrictives (l'intégralité des coûts imputables à la grippe n'étant pas prise en compte) et sur un prix revendiqué par l'industriel supérieur de 20 % au prix public finalement obtenu, cette disproportion²³⁷ entre le surcoût consenti (du simple au double) et le bénéfice attendu est difficilement justifiable.

Ces deux exemples, du vaccin contre le zona et du vaccin hautement dosé contre la grippe, sont révélateurs d'une séquence d'évaluation des vaccins qui n'intègre pas suffisamment l'ensemble des paramètres utiles à la décision (bénéfice individuel, bénéfices collectifs, conséquences sur le système de soins, acceptabilité de la vaccination et efficience), pour la négociation du prix par le CEPS, d'une part, et pour l'énoncé de la recommandation vaccinale, d'autre part. Plusieurs pays européens ont prévu un parcours d'accès au remboursement spécifique pour les vaccins, intégrant ces dimensions en une seule instance (cf. encadré).

**Les recommandations vaccinales et l'évaluation des vaccins en Europe :
les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination**

Dans tous les pays européens, l'élaboration des recommandations vaccinales est confiée à une commission, un organisme ou un groupe de travail spécifique répondant à la définition des *National Immunization Technical Advisory Groups* (NITAGs) retenue au niveau international. Néanmoins, l'étendue des prérogatives de ces institutions est variable selon les pays.

²³² En mars 2024, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé que les vaccins contre la grippe soient désormais trivalents et non plus quadrivalents, la quatrième souche (Yamagata) ne circulant plus.

²³³ HAS (CEESP), Transcription des débats : Efluelda®, 8 avril 2025.

²³⁴ HAS (CEESP), avis d'efficience Efluelda, avril 2025.

²³⁵ HAS, Révision de la stratégie de vaccination contre la grippe saisonnière : évaluation de la pertinence de l'extension de la vaccination chez les enfants sans comorbidité, février 2023 ; et argumentaire y afférent.

²³⁶ HAS (commission de la transparence), procès-verbal du 14 mai 2025.

²³⁷ Le montant des remises (différence entre le prix affiché et le prix réellement payé par l'assurance maladie) est également susceptible de diminuer cette disproportion, mais il n'est pas connu.

En Allemagne, en Espagne et au Royaume-Uni, ces NITAGs sont seuls responsables de l'évaluation des vaccins et des recommandations vaccinales. En France et aux Pays-Bas, les agences d'évaluation et les NITAGs évaluent les vaccins en parallèle, les deux alimentant les stratégies vaccinales adoptées par les autorités sanitaires.

Selon les recommandations de l'OMS²³⁸, avant de recommander l'introduction d'un vaccin, les NITAGs doivent tenir compte de plusieurs facteurs : la maladie, y compris son incidence, les priorités en matière de santé publique ou politiques, la disponibilité d'autres mesures de prévention et de contrôle, le vaccin, y compris son efficacité et sa sécurité, les aspects économiques et financiers, la disponibilité de l'approvisionnement, la capacité du système de santé à intégrer le vaccin, éventuellement le caractère équitable et acceptable de l'introduction d'un nouveau vaccin.

Au Royaume-Uni, le *Joint Committee on Vaccination and Immunization (JCVI)* est seul compétent dans l'évaluation des vaccins et l'élaboration des recommandations vaccinales, contrairement à la France où un vaccin est soumis à la commission technique des vaccinations (CTV) puis à la commission de la transparence (CT) chargée de l'évaluation de la HAS en vue du remboursement et, éventuellement, à la commission d'évaluation économique et de santé publique.

Afin d'éviter d'éventuelles divergences d'appréciation entre les différentes commissions appelées à se prononcer l'une sur une stratégie vaccinale, l'autre sur l'intérêt médical individuel du vaccin et la troisième sur son efficacité, le processus d'intégration de l'évaluation des vaccins au sein de la HAS doit être poursuivi, en permettant à une seule commission de rendre un avis sur le remboursement d'un vaccin, sur son efficacité et sur la place à lui réserver dans la stratégie vaccinale, ce que l'approche séquentielle actuelle ne permet pas. La communication sera clarifiée, sans décalage de publication avec la recommandation vaccinale et les avis sur le vaccin, défaut actuel qui peut contribuer à des confusions, voire au renforcement de l'hésitation vaccinale.

Cette nouvelle organisation peut se traduire par la nécessité de mobiliser des moyens supplémentaires pour la HAS mais des économies sont attendues en contrepartie car le CEPS disposerait ainsi d'éléments complémentaires dans sa négociation avec l'industriel, ce qui pourrait lui permettre d'obtenir des prix moins élevés pour les vaccins considérés. De manière plus générale, cette approche intégrée permettrait de renforcer la prise en compte de l'efficacité dans le contexte français lors de l'élaboration des recommandations vaccinales.

La *stratégie vaccinale Vaccination et immunisation 2025-2030* n'a pas envisagé de modifications institutionnelles en ce sens. En revanche, elle porte l'ambition de développer la production de données d'efficacité et d'efficacité en vie réelle, dans les 18 mois qui suivent le déploiement d'une vaccination. Il s'agit incontestablement d'une voie d'amélioration dès lors qu'elle peut mener à la révision de la recommandation vaccinale ou des prix des vaccins. Mais la production de données en vie réelle ne devra pas conduire à exempter les vaccins d'une évaluation médico-économique préalable à l'inscription au remboursement, ce qui priverait le CEPS d'un élément de négociation du prix.

Outre la surveillance épidémiologique assurée par Santé publique France, il peut donc être pertinent de réévaluer et, si nécessaire, d'adapter une stratégie vaccinale en fonction de l'évolution de la maladie ou de la circulation des pathogènes qu'elle vise.

²³⁸ OMS, *Guidance on an adapted evidence to recommendation process for National Immunization Technical Advisory Groups*, 2022.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À la deuxième question évaluative « Les stratégies vaccinales mises en œuvre dans le cadre de la politique vaccinale depuis 2018 sont-elles efficaces ? », la Cour apporte une réponse nuancée et rappelle la nécessité de mieux intégrer les analyses d'efficacité et d'impact budgétaire dans l'élaboration des recommandations vaccinales.

Historiquement considérée comme l'une des interventions de santé publique les plus efficaces, la vaccination suscite aujourd'hui de nouvelles réticences qui risquent de peser sur les avantages qu'elle continue d'offrir. En limitant le recours au système de soins pour la prise en charge des maladies, la vaccination présente pourtant l'intérêt, non seulement d'améliorer la santé individuelle des personnes prémunies, mais aussi de réduire la saturation des urgences ou des services hospitaliers, notamment pour les bronchiolites et les gastro-entérites des nourrissons. La vaccination contre la grippe est, elle aussi, génératrice d'économies.

Néanmoins, l'efficacité des stratégies vaccinales pourrait être obérée par une trop faible couverture vaccinale de la population cible. La volonté affichée de simplifier les recommandations vaccinales pour en faciliter l'appropriation porte en elle un risque de perte d'efficacité et de dépenses budgétaires accrues associées par exemple à l'augmentation importante de la population cible. Dès lors, une réflexion systématique sur le meilleur usage des ressources publiques pour protéger la population de telle ou telle maladie doit être intégrée à l'élaboration des stratégies vaccinales. Pour assurer sa mission de fixation et de régulation du prix des vaccins, le CEPS doit, par suite, tenir compte de ces conditions d'efficacité.

La prise en compte de l'efficacité dans les recommandations vaccinales répond à l'exigence du meilleur usage des ressources publiques. L'efficacité doit être étudiée avant qu'intervienne la décision publique pour éclairer au mieux les choix entre des stratégies alternatives. Le recueil et l'examen des données de vie réelle sont par ailleurs nécessaires pour vérifier que les conditions posées initialement à cette efficacité sont bien réunies et qu'un usage alternatif des ressources n'est pas plus opportun et pour permettre l'adaptation des recommandations vaccinales si nécessaire.

La Cour formule en conséquence les trois recommandations suivantes :

- 4. dès 2026, analyser l'efficacité de l'introduction de tout nouveau vaccin au regard d'autres stratégies vaccinales (Haute Autorité de santé) ;*
 - 5. d'ici à la fin de 2027, regrouper dans une seule commission de la Haute Autorité de santé l'élaboration des recommandations vaccinales et d'immunisation, l'évaluation du service médical rendu et de son amélioration et l'évaluation de l'efficacité et de l'impact budgétaire des vaccins et des produits concourant à une immunisation (ministère chargé de la santé, Haute Autorité de santé) ;*
 - 6. dès 2026, évaluer la pertinence (efficacité, sécurité, efficacité) en vie réelle de tout vaccin en termes de santé individuelle et collective de la population (Haute Autorité de santé).*
-

Chapitre III

Un succès variable de la politique vaccinale

dans la réduction des inégalités

sociales et territoriales

Dans cette dernière partie, la Cour des comptes s'attache à répondre à la question : « *Dans quelle mesure la politique vaccinale contribue-t-elle à la réduction des inégalités sociales et territoriales face à la vaccination ?* »

L'objectif de réduction des inégalités en matière de vaccination n'est généralement pas évoqué explicitement dans les documents nationaux relatifs à la vaccination, ceux-ci étant au demeurant peu détaillés. Il fait néanmoins partie de la définition légale de la politique de santé²³⁹. Il est également pris en compte aux échelons régional et départemental par les ARS et justifie parfois des approches territoriales différenciées dans les documents programmatiques de ces agences.

Lors de sa précédente enquête²⁴⁰, la Cour des comptes avait constaté que de fortes disparités persistaient selon les territoires et les populations. Dans le cadre de la présente évaluation de la politique de vaccination, elle a cherché à évaluer dans quelle mesure les actions mises en œuvre depuis 2018 ont permis de diminuer les inégalités territoriales (§ I) et sociales (§ II) en matière de vaccination.

Pour ce faire, la Cour s'est en particulier appuyée sur les données disponibles au niveau national dans le système national des données de santé et dans les publications de SPF, ainsi que sur l'analyse des politiques mises en œuvre dans un échantillon de régions ou collectivité (Île-de-France, Occitanie, Normandie et Martinique). Elle a aussi analysé les deux premières campagnes de vaccination contre les HPV dans les collèges, dans la mesure où les expériences étrangères mais aussi françaises (expérimentation) laissaient penser que ce dispositif permettait de réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de vaccination.

²³⁹ Code de la santé publique, art. L. 1411-1.

²⁴⁰ Cour des comptes, « La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2018.

I - Une contribution sensible mais encore insuffisante à la réduction des inégalités territoriales

La politique de vaccination s'inscrit dans un contexte d'insuffisante densité médicale dans de nombreux territoires, alors même que les besoins en matière de vaccination s'accroissent, compte tenu du vieillissement de la population et de la mise à disposition de nouveaux vaccins pour les nouveau-nés. En vertu de la classification des « territoires de vie-santé » arrêtée par les directeurs généraux des ARS²⁴¹, près des trois quarts de la population française résidaient en 2025 dans une zone qualifiée de sous-dotée en médecins généralistes²⁴². Les inégalités interdépartementales de densité de pédiatres libéraux, que ceux-ci soient en exercice exclusif ou mixte, sont importantes et tendent à s'accroître. En outre, l'offre médicale est marquée par un déclin global des services de la protection maternelle et infantile (PMI)²⁴³ : 39 % de leurs médecins n'ont pas été remplacés entre 2010 et 2023, leur effectif passant de 2 250 à 1 373.

Cette inégale répartition de l'offre médicale sur le territoire a été compensée par l'élargissement des catégories de professionnels aptes à vacciner (cf. *supra*) et l'augmentation des lieux de vaccination. Ainsi, le bon maillage géographique des pharmacies d'officine est censé pallier en partie les pertes de chance vaccinale consécutives à l'insuffisante densité médicale de l'offre de soins. Au 1^{er} janvier 2024, la France comptait 20 502 officines, soit 30 pharmacies pour 100 000 habitants²⁴⁴. La densité de pharmacies se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE (28) et de l'Union européenne (33).

Pourtant, l'augmentation du nombre de lieux de vaccination, au travers du réseau officinal, n'a pas eu d'effet sur la dispersion des taux départementaux de couverture vaccinale contre la grippe : celle-ci s'est même accrue entre 2018 et 2024 pour la vaccination de la population âgée de 65 ans et plus (passage de 9,7 à 11 de l'écart-type de couverture vaccinale par département).

La Cour a étudié les inégalités territoriales de vaccination en prenant pour exemples l'extension des obligations vaccinales pour les nourrissons et la recommandation de vaccination contre les HPV.

²⁴¹ Arrêté du 9 mai 2025 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

²⁴² Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux. Recentrer les aides sur les besoins en santé de la population*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 2025.

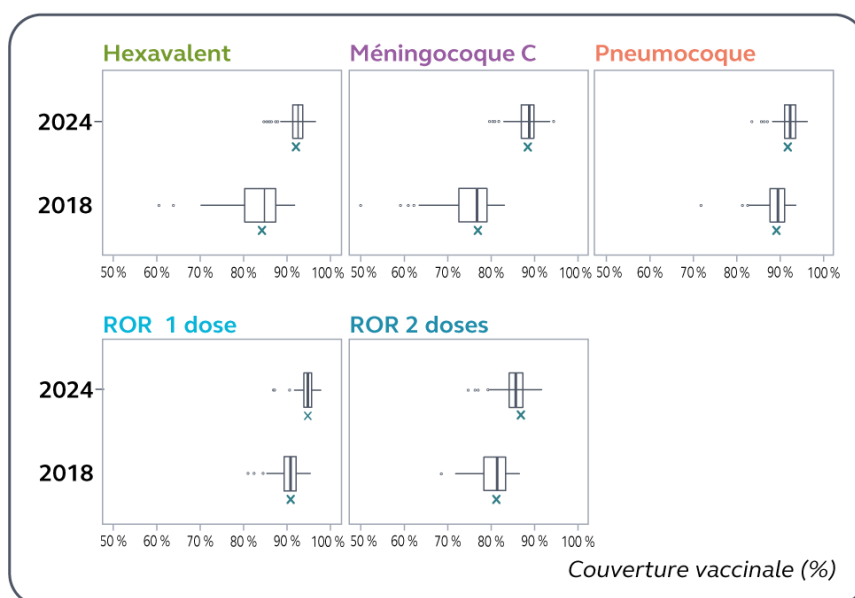
²⁴³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Activités et personnels des services de PMI fin 2023 », octobre 2025. Voir aussi Peyron, Michèle, et al., *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !*, mars 2019.

²⁴⁴ Cour des comptes, « Les pharmacies d'officine : un modèle en mutation », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2025.

A - Une réduction des écarts entre territoires grâce à l'extension des obligations vaccinales

Pour les 11 vaccins obligatoires depuis 2018, les estimations départementales (cf. *supra* au sujet de la fragilité des données) révèlent que les taux de vaccination connaissent de fortes variations régionales : ils sont plus élevés dans le nord-ouest de la France que dans le sud-est²⁴⁵. Pour l'ensemble de ces vaccins, les écarts de couverture vaccinale se sont réduits entre 2018 et 2024, de manière encore plus marquée entre les 10 % de départements caractérisés par les couvertures vaccinales les plus élevées et les 10 % de collectivités aux couvertures vaccinales les plus basses (cf. graphique n° 18).

Graphique n° 18 : écarts de couverture vaccinale entre les 101 départements, 2018 et 2024



Note de lecture : la croix indique, pour chaque pathologie et pour chaque année, le taux de couverture nationale. Le rétrécissement des rectangles de ces boîtes dites « à moustaches » traduit un resserrement des écarts de couverture vaccinale entre les départements, le premier quartile (taux de couverture vaccinale qui sépare les 25 % de départements aux couvertures les plus basses du reste des départements) se rapprochant du troisième quartile.

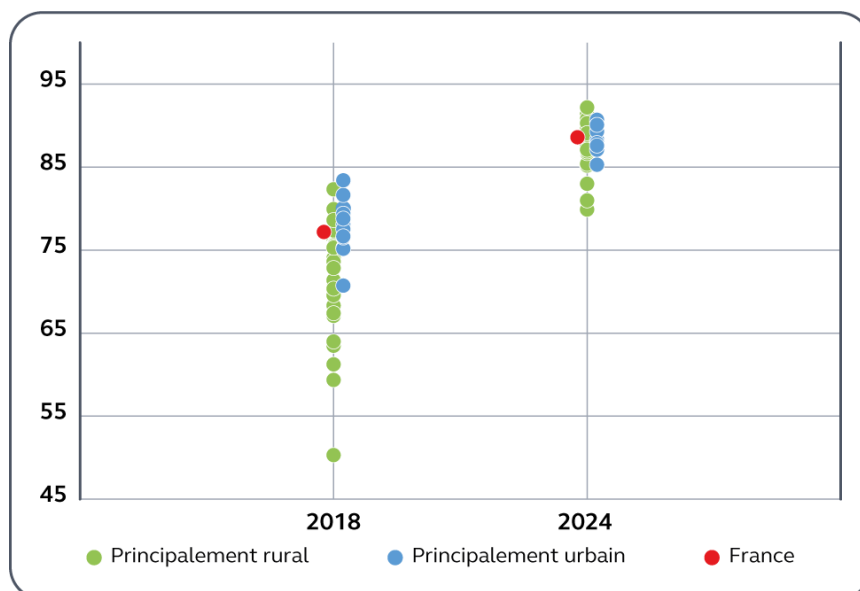
Source : Cour des comptes, d'après les données de SPF

S'agissant du méningocoque C, les taux de vaccination départementaux « au moins une dose à deux ans » ont globalement, et fortement, augmenté entre 2018 et 2024, avec une dispersion qui s'est réduite. Ainsi, l'écart entre les taux extrêmes connus était de 50 points en 2016 (de 32 % pour les Alpes-de-Haute-Provence²⁴⁶ à 82 % pour le Finistère) ; en 2023, il n'était plus que de 18 points (de 77 % pour les Alpes-de-Haute-Provence à 95 % pour le Cantal). Cette dynamique a de même permis aux départements ruraux, surreprésentés parmi les départements aux couvertures vaccinales les plus basses, de se rapprocher des départements les plus urbains (cf. graphique n° 19).

²⁴⁵ SPF, *Bulletin de vaccination*, 28 avril 2025.

²⁴⁶ La Guyane présente un taux de couverture vaccinale pour le méningocoque plus bas, à 22 %, en 2016 mais sa couverture vaccinale en 2023 n'est pas connue.

Graphique n° 19 : couvertures vaccinales départementales contre le méningocoque C des enfants de 2 ans, selon le caractère principalement rural ou urbain des départements, en 2018 et en 2024

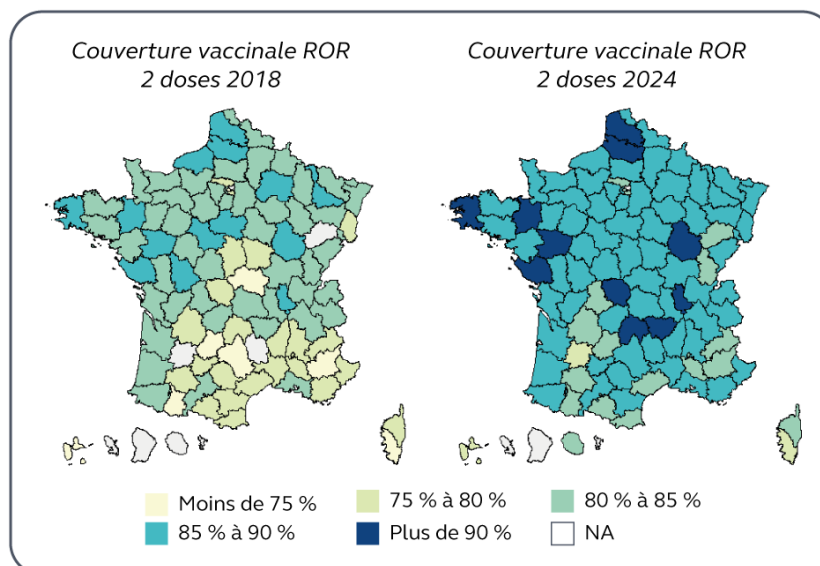


Source : Cour des comptes, d'après les données de l'INSEE et de SPF issues du SNDS
Les départements « intermédiaires » au sens de l'INSEE ne figurent pas sur le graphique.

Pour les autres vaccins, l'écart entre taux départementaux, *minima* et *maxima*, s'est aussi réduit mais moins nettement. Il est passé de 31 points en moyenne en 2018 pour les trois doses de vaccin hexavalent du nourrisson de 21 mois (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Hæmophilus influenzae* de type b, hépatite B) à 12 points en 2024. L'écart de la couverture vaccinale contre les pneumocoques s'est fortement réduit en 2019 par rapport à 2018 (pour des enfants âgés de 2 ans en 2019 – qui ne sont donc pas soumis à l'obligation vaccinale), passant de 22 points à 11 points. Cette évolution met en évidence l'effet indirect de l'élargissement de l'obligation vaccinale qui, dès 2017, a permis d'améliorer la couverture vaccinale, y compris pour des enfants non concernés par la mesure.

S'agissant de la rougeole, le mouvement d'ensemble de convergence a permis d'améliorer les taux de couverture et de réduire leur dispersion mais certains départements demeurent éloignés de l'objectif, selon un gradient géographique nord-ouest – sud-est inchangé (cf. carte n° 1).

Carte n° 1 : couverture vaccinale par département du schéma vaccinal complet contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), en 2018 et en 2024



Source : Cour des comptes, d'après les données de SPF issues du SNDS

En 2018, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) avait appelé de ses vœux une « *déclinaison infra-territoriale* » de la politique, recommandant le calcul de couvertures vaccinales territoriales pour orienter les acteurs de santé²⁴⁷. Les autorités sanitaires mesurent rarement les effets des décisions qu'elles adoptent et appliquent. Certaines ARS s'en préoccupent néanmoins. Depuis 2025, l'ARS Normandie cherche à identifier les ressorts de la couverture vaccinale du département de l'Orne, inférieure à celle constatée dans les autres départements normands. Elle a créé à cette fin un groupe de travail relatif à ce département insuffisamment doté en termes d'accès aux soins. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de son schéma régional de santé 2023-2028. L'agence cible les parties du territoire et calcule des couvertures vaccinales à une échelle infradépartementale. Pour sa part, l'ARS Île-de-France cherche à connaître les taux de vaccination contre les HPV à l'échelle des villes, voire de certains quartiers.

À ce jour, ces démarches restent exceptionnelles alors qu'elles devraient être généralisées. En Île-de-France, à la fin de 2025, la feuille de route régionale sur la vaccination, prévue par le schéma régional de santé, n'avait pas été élaborée. Alors même qu'une action pour améliorer la couverture vaccinale contre les HPV en Martinique avait été prévue par la stratégie nationale de santé sexuelle Agenda 2017-2030, aucun objectif n'a été fixé, pas plus qu'il n'en existe dans le projet régional de santé de l'ARS.

De telles stratégies sont pourtant nécessaires pour mettre en cohérence les initiatives nombreuses d'une pluralité d'acteurs dont les sources de financements sont multiples. Par exemple, 30 % des maisons de santé pluridisciplinaires développent des actions en matière de vaccination. Les résultats obtenus sont rarement évalués et les cibles fixées divergent parfois de celles fixées au niveau national. L'ensemble de ces leviers doit répondre, sur un territoire donné, aux objectifs finaux et intermédiaires inscrits dans une stratégie définie par l'ARS en relation avec les autres financeurs (CPAM et collectivités territoriales).

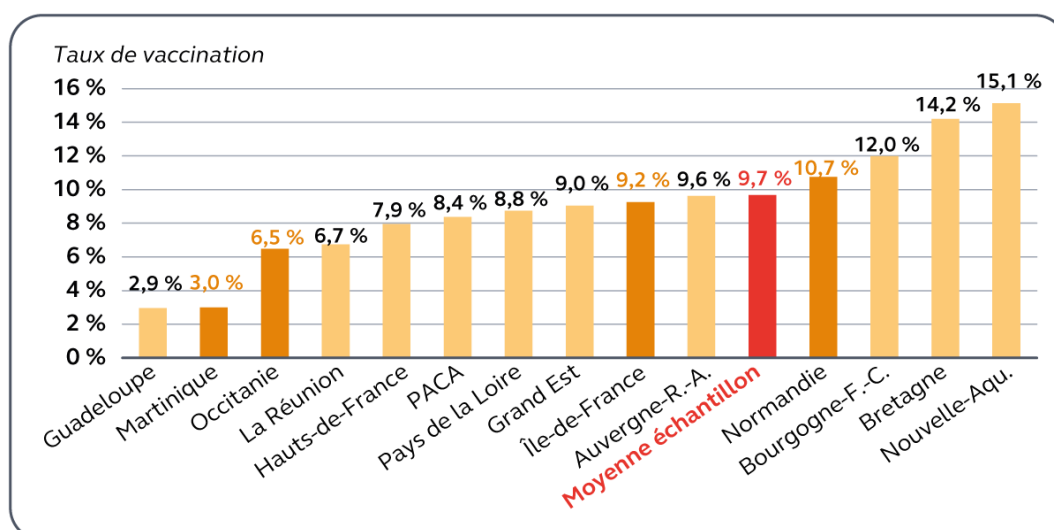
²⁴⁷ HCSP, *Place des offreurs de soins dans la prévention*, juillet 2018, p. 62.

B - Une contribution de la vaccination en milieu scolaire à la réduction des inégalités territoriales

Avant les campagnes de vaccination en milieu scolaire, la couverture vaccinale contre les HPV se caractérisait par une forte hétérogénéité territoriale. En France hexagonale, une couverture plus élevée était constatée dans les départements du nord et de l'ouest, par rapport à ceux du sud. La couverture vaccinale « au moins une dose » de vaccin HPV allait de 45,5 % (Corse) à 67,7 % (Bretagne) et, à deux doses, de 36,3 % (Île-de-France) à 57,6 % (Bretagne).

La mise en œuvre des deux premières campagnes de vaccination au collège s'est traduite par des écarts importants entre les territoires. En 2024-2025, la Normandie, la Bretagne, la Bourgogne-Franche-Comté et la Nouvelle-Aquitaine sont parvenues à vacciner plus de 10 % des collégiens ciblés, quand la Martinique et la Guadeloupe n'en ont vacciné que 3 % (cf. graphique n° 20).

Graphique n° 20 : taux de vaccination « première dose » contre les HPV administrée dans les collèges, par région (campagne 2024-2025)



Source : Cour des comptes, d'après les données de SPF, des ARS Martinique et Normandie (nombre de doses) et du ministère de l'éducation nationale (effectif de cinquième scolarisé par région)

La Normandie et la Bretagne faisaient partie des quatre régions caractérisées par la meilleure couverture vaccinale contre les HPV à une dose pour les filles de 15 ans avant la mise en œuvre de la première campagne. Elles font aussi partie des quatre régions caractérisées par les meilleurs taux de vaccination dans les collèges. À la fin de juin 2025, la couverture vaccinale au moins une dose des filles nées en 2012, de l'ordre de 70 %, y était la plus élevée.

En outre, les moyennes régionales masquent des écarts de taux de vaccination qui peuvent être élevés, en particulier en Île-de-France où les taux peuvent varier du simple au double, comme entre la Seine-Saint-Denis et la ville de Paris en 2023-2024²⁴⁸. L'annexe n° 8 détaille la mise en œuvre des campagnes dans les régions de l'échantillon constitué par la Cour.

²⁴⁸ Les taux de vaccination y étaient, respectivement, de 10 % et de 22 %.

Malgré ces dynamiques hétérogènes et grâce aux vaccins administrés en ville, plus nombreux, la campagne de vaccination 2023-2024 a permis un resserrement des écarts régionaux, alors même que ceux-ci s'étaient plutôt creusés au cours des années précédentes. Cette évolution peut être mesurée par le coefficient de variation²⁴⁹. Pour la vaccination avec au moins une dose des garçons, ce ratio est passé de 40 % à 33 % ; pour la couverture vaccinale « au moins une dose » des filles, il est passé de 34 % à 29 %, ce qui signifie que les écarts se sont réduits grâce à la vaccination réalisée en ville. La même évolution a été constatée au cours de la deuxième campagne, quoique de manière moins marquée.

Le lien entre les taux de vaccination dans les collèges et l'accès aux soins doit aussi être examiné. La phase expérimentale d'un programme de recherche, dénommé « PrevHPV »²⁵⁰, a mis en évidence un effet différencié de la vaccination dans les collèges selon la possibilité d'accès aux médecins généralistes²⁵¹. La couverture vaccinale « une dose » contre les HPV, deux mois après la fin de la vaccination dans les collèges, était comparativement plus élevée dans les communes où les soins étaient les moins accessibles. La proposition de vaccination dans les collèges avait ainsi permis de pallier les difficultés d'accès aux soins.

Cet effet peut de même être identifié dans certains territoires depuis 2023. En Normandie, les taux de vaccination dans les collèges sont deux fois plus élevés dans l'Orne et dans l'Eure, départements caractérisés par une forte pénurie de professionnels médicaux (l'essentiel des zones d'intervention prioritaire y sont concentrées) et une moins bonne couverture vaccinale qu'en Seine-Maritime²⁵².

Cet effet est cependant beaucoup moins évident dans d'autres territoires. En Occitanie, la campagne de vaccination 2024-2025 a été plus efficace dans les départements ruraux du Gers et de la Lozère, dont la densité médicale est toutefois proche de la densité médicale nationale. En revanche, dans le Tarn-et-Garonne, caractérisé par une pénurie de médecins généralistes (115 pour 100 000 habitants en 2024, contre 146 en moyenne nationale), la campagne de vaccination a été un peu moins efficace que dans les autres départements, avec un taux de vaccination de 7 % parmi les collèges qui ont vacciné. À l'issue de cette campagne, la couverture vaccinale à une dose des filles de 12 ans était de 50 % en Occitanie, de 20 points inférieure à la couverture constatée en Bretagne. De même, en Île-de-France, la vaccination proposée dans les collèges ne permet globalement pas de compenser les inégalités d'accès aux soins selon les territoires.

²⁴⁹ Le coefficient de variation correspond au ratio entre l'écart-type des couvertures vaccinales régionales et la couverture vaccinale nationale. Il n'est pas possible de comparer l'évolution d'écarts-types car un écart-type mesure la variabilité au sein d'un même échantillon. La Cour recourt donc au coefficient précité, qui rapporte l'écart-type à la moyenne et qui est exprimé en pourcentages. Plus la valeur du coefficient de variation est élevée, plus la dispersion autour de la moyenne est étendue.

²⁵⁰ Thilly N. et al., *“Effectiveness of a School- and Primary Care-Based HPV Vaccination Intervention: The PrevHPV Cluster Randomized Trial”*, *JAMA Network Open*, 2024.

²⁵¹ L'indicateur utilisé, l'accessibilité potentielle localisée (APL), a été développé par la DREES et l'IRDES.

²⁵² Selon le zonage médecins de 2021, 55 % des Normands vivaient dans une zone éligible aux aides avec de forts écarts : 97 % dans l'Orne, 83 % dans la Manche, 80 % dans l'Eure, 44 % en Seine-Maritime et 19 % dans le Calvados.

Cette évolution favorable dans l'ensemble fait encore davantage ressortir les résultats insuffisants obtenus outre-mer. Pour les garçons, la couverture vaccinale a plus que doublé dans ces territoires, mais le gain a été faible en réalité car le taux était inférieur à 10 % avant la campagne. Le constat est comparable pour la couverture vaccinale des filles, avec toutefois un taux inférieur à 20 % avant la campagne. Pour les garçons comme pour les filles, la couverture vaccinale à l'issue de la première campagne de vaccination y était deux fois inférieure à la couverture moyenne nationale. L'absence de référent sur la vaccination au sein de l'ARS Martinique en 2025 n'est pas étrangère à ces constats et doit être corrigée au plus tôt, notamment grâce à la création en 2025 du Service public d'appui aux politiques de santé – Martinique santé, sous forme de groupement d'intérêt public. À un degré moindre, en Île-de-France et en Corse, les résultats obtenus sont de même insuffisants : la couverture vaccinale des filles constatée à l'issue de la deuxième campagne était inférieure de 10 points à la couverture nationale.

II - Des inégalités sociales encore trop fortes en matière de vaccination

La prévention de plusieurs pathologies se caractérise historiquement, en France, par un important gradient social*. Une étude de 2025 a montré que l'obligation vaccinale relative à la rougeole, aux oreillons et à la rubéole a accru les inégalités sociales en termes d'immunisation²⁵³. Les enfants de milieux défavorisés sont un peu moins vaccinés que les autres et, lorsqu'ils sont réalisés, leurs rappels vaccinaux interviennent plus tardivement. De manière plus générale, la couverture vaccinale est plus élevée pour les plus diplômés et les professionnels de santé, et elle est inférieure pour les étrangers en comparaison avec les personnes nées en France.

Les couvertures vaccinales sont variables en fonction des niveaux de revenus ou des niveaux socio-économiques pour la vaccination contre la grippe et la coqueluche pour les femmes enceintes, et contre les HPV pour les jeunes filles. En outre, la proposition de vaccination contre la grippe dépend aussi du niveau socio-économique de la femme enceinte. Globalement, l'impact des inégalités sociales et territoriales de santé dans le champ de la vaccination est retrouvé quelles que soient les valences vaccinales et les populations étudiées.

En 2022, les taux de vaccination des bénéficiaires de l'assurance complémentaire de santé solidaire (C2S) non contributive²⁵⁴ étaient inférieurs, respectivement, de 18 et de 20 points aux moyennes nationales pour la grippe saisonnière et la covid 19²⁵⁵. Les enfants de familles modestes ont, de même, une moins bonne couverture vaccinale contre les pneumocoques²⁵⁶, sans lien avec le niveau de couverture complémentaire, ce qui conduit à penser que le reste à charge financier n'est pas un déterminant majeur des moindres taux de vaccination.

²⁵³ Scronias D. *et al.*, « *Persistence of major socio-economic inequalities in childhood measles-mumps-rubella vaccination coverage and timeliness under vaccination mandates, France, 2015 to 2024* », *Eurosurveillance*, 2025.

²⁵⁴ Couverture complémentaire financée par l'État sans contribution financière de l'assuré, compte tenu des ressources et de la composition de son foyer.

²⁵⁵ CNAM, « Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) en 2023 », *Points de repère* n° 57, 2025.

²⁵⁶ Guthmann J.-P. *et al.*, « Existe-t-il en France des inégalités sociales d'accès des enfants à la vaccination ? Exemples de la vaccination contre les infections à pneumocoque et par le BCG », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 20, 2014, p. 346-351.

Plusieurs facteurs expliquent ce recours socialement différencié à la vaccination. La pénurie de médecins, plus marquée dans les zones défavorisées, limite le temps disponible pour les consultations, en particulier pour la prévention. Elle contribue à expliquer la relation observée entre le risque accru de retard ou de non-vaccination et le niveau de précarité des communes de résidence des familles.

En outre, l'intensité de la réticence vis-à-vis de certaines vaccinations est liée au gradient socio-économique, avec une proportion de personnes réticentes plus élevée parmi les personnes déclarant une situation financière difficile²⁵⁷. La plus faible adhésion aux vaccins chez les groupes à faibles revenus et autres groupes défavorisés peut ainsi contribuer à une vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole insuffisante ou tardive²⁵⁸.

Pour mesurer si la politique vaccinale a permis de réduire les inégalités sociales, la Cour a étudié le rôle joué par les structures (PMI, école, démarches d'« aller-vers ») et s'est intéressée à la situation des publics les plus éloignés des soins.

A - La fragilisation des services de la protection maternelle et infantile

Les services départementaux de la PMI contribuent à la réduction des inégalités sociales en santé au travers de leur mission de prévention. Une circulaire du 16 mars 1983 a assigné aux services de la PMI un objectif de promotion de la santé globale, tout en précisant qu'ils ont vocation à lutter contre les inégalités sociales et « *les handicaps et les inadaptations de tous ordres* », ce qui justifie des actions spécifiques à destination de groupes vulnérables. La répartition géographique des consultations et des actions proposées doit aujourd'hui être déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et, en particulier, de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés²⁵⁹. Cette approche s'inscrit dans une démarche « d'universalisme proportionné » : l'accès aux services est ouvert à tous mais les actions sont proportionnées au gradient social.

Les missions²⁶⁰ et le fonctionnement des services départementaux de la PMI en font des acteurs pertinents pour lutter contre les inégalités sociales de santé, car leurs interventions précoces, qui commencent pendant la grossesse grâce aux sages-femmes (consultations prénatales et postnatales et actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes) et se poursuivent avec les nourrissons grâce aux infirmières puéricultrices, aux médecins et à d'autres professionnels, permettent d'agir dès le plus jeune âge et contribuent à corriger les inégalités d'accès aux soins. Ces services accueillent prioritairement les populations vulnérables.

²⁵⁷ Nassany O. et Randriamampianina S. (SPF), « Vaccination: état des lieux de l'adhésion et description des réticences », *Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024*, décembre 2025.

²⁵⁸ Essa-Hadad J. et al., « *Understanding the health system barriers and enablers to childhood MMR and HPV vaccination among disadvantaged, minority or underserved populations in middle- and high-income countries: a systematic review* », *European Journal of Public Health*, 2024, 34(2), p. 368-374.

²⁵⁹ Code de la santé publique, art. R 2112-1.

²⁶⁰ Voir le code de la santé publique, art. L. 2112-2.

La *stratégie nationale de santé 2018-2022* prévoyait un renforcement du réseau de la PMI. Le *projet de stratégie nationale de santé 2023-2033*, élaboré en 2023 mais non encore adopté mi-2026, évoque la nécessité d'une « *attention particulière* » à l'attractivité des postes de médecins en PMI. Pourtant, ce réseau est aujourd'hui fragilisé. L'effectif de médecins des services départementaux de la PMI a connu une baisse importante entre 2018 et 2024, de plus de 20 %. Le nombre de points fixes de PMI consacrés aux actes de puériculture a diminué de 10 % entre 2016 et 2023. Les consultations infantiles destinées aux enfants de moins de six ans ont diminué de manière encore plus rapide sur cette même période, de plus de 40 %. Les constats déjà formulés par la Cour dans le cadre d'une précédente enquête portant sur la santé des enfants²⁶¹ se sont aggravés.

La « contractualisation en prévention et en protection de l'enfance » entre l'État (préfets de département), les départements et les ARS fixe des objectifs en matière de protection infantile : notamment, 20 % des enfants de moins de six ans doivent être vus en PMI²⁶². En 2023, plus de 90 % des départements n'atteignaient pas cette cible indicative (seulement huit d'entre eux sur 101 l'atteignaient) et la majorité obtenaient des taux inférieurs à 10 %²⁶³.

Par ailleurs, les données de remboursement de vaccins par les CPAM aux départements présentent de fortes disparités. En 2024, sur les 27 départements des régions ou collectivité Île-de-France, Occitanie, Normandie et Martinique, seulement la moitié d'entre eux ont adressé des demandes de remboursement à la CPAM de leur ressort. Dans ces régions, la moitié des départements ont perçu des montants faibles, inférieurs à 10 000 € en 2024, attestant potentiellement d'une sous-déclaration des achats de vaccin ou, plus probablement, d'une réduction des quantités achetées. Or, la mise à disposition de vaccins dans les centres de PMI permet de limiter les démarches pour les parents (achat du vaccin en pharmacie avant le rendez-vous avec le médecin) et, ainsi, de favoriser la vaccination, en particulier pour les parents sans couverture complémentaire. À cet égard, la couverture vaccinale des enfants suivis par ces centres est plutôt meilleure que celle des autres enfants, en particulier pour la rougeole et le virus de l'hépatite B.

La prise en charge des vaccins par les CPAM, qui n'est pas observée dans tous les départements, ne porte que sur la part prise en charge par la sécurité sociale, c'est-à-dire sur 65 % du montant des vaccins, hormis pour la rougeole (100 %) et le nirsévimab (30 %). Aucune prise en charge de la part complémentaire n'est possible, y compris pour les bénéficiaires de la C2S. Dans le contexte actuel de fragilité financière de nombreux départements, la mise à disposition de vaccins ou d'anticorps récents comme le nirsévimab, dont les prix sont élevés, risque de diminuer, au détriment du public vulnérable suivi prioritairement par les services de la PMI.

²⁶¹ Cour des comptes, *La santé des enfants, 2022. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé*, décembre 2021.

²⁶² Voir en particulier l'instruction n° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2025/60 du 29 avril 2025 relative à la contractualisation préfet/ARS/conseil départemental en prévention et protection de l'enfance pour l'année 2025.

²⁶³ *Instruction précitée* (p. 27) : Ariège, Charente, Orne, Hautes-Pyrénées, Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Guyane.

B - La persistance d'inégalités sociales en matière de vaccination en milieu scolaire

Divers textes prévoient des actions menées en milieu scolaire pour lutter contre les inégalités dans le domaine de la santé. L'article L. 541-1 du code de l'éducation dispose que les actions de promotion de la santé des élèves « *favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé.* » La circulaire du 10 novembre 2015 relative aux missions des infirmiers de l'éducation nationale prévoit le rôle de ces derniers en la matière. Enfin, le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033 précise que « *le renforcement de la santé scolaire constitue le meilleur levier pour lutter contre les inégalités sociales* ».

La vaccination contre les papillomavirus humains est marquée par un gradient social et la mortalité consécutive aux cancers de l'utérus varie fortement en fonction du statut socio-économique des personnes malades²⁶⁴. La vaccination contre les HPV en milieu scolaire peut contribuer à réduire ce type d'inégalités. D'une part, le fait de toucher tous les milieux sociaux permet de pallier le recours socialement différencié à la médecine de ville au détriment des familles défavorisées²⁶⁵. D'autre part, le choix de vacciner gratuitement dans les collèges permet de lever le potentiel frein financier que peut constituer la vaccination en ville, étant précisé que le coût d'une dose de vaccin était de l'ordre de 100 € au cours de la période évaluée (remboursé à 65 % par l'assurance maladie obligatoire lorsque la vaccination est faite en ville).

Malgré les promesses associées à la vaccination au collège, les deux premières campagnes de vaccination se sont révélées décevantes. Au sein même des établissements, elles se sont caractérisées par la persistance d'inégalités de recours au vaccin. En 2024-2025, il existait ainsi une nette différence de taux de vaccination contre les HPV entre les collèges publics relevant des réseaux d'éducation prioritaire – REP (cf. encadré *infra*) et les autres collèges publics (cf. graphique n° 21).

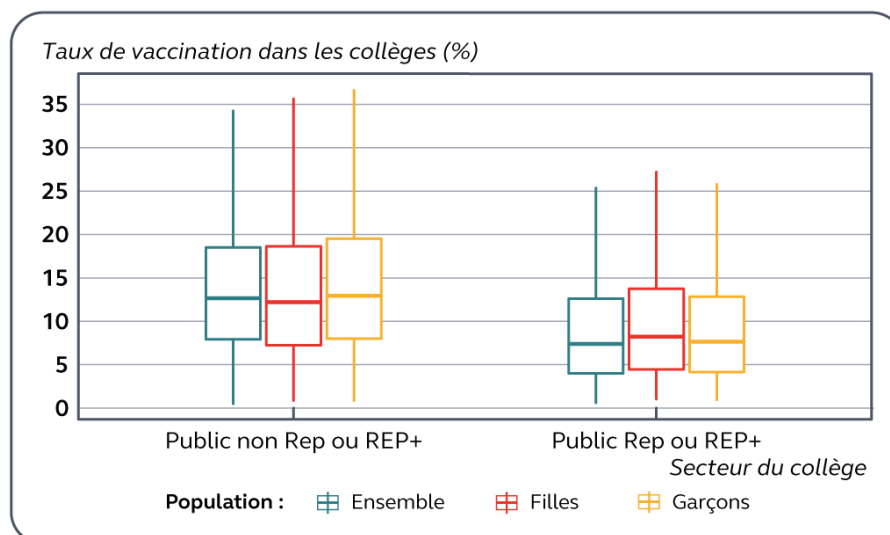
Les réseaux d'éducation prioritaire

Deux catégories de réseaux d'éducation prioritaire (REP) ont été instituées en France : REP et REP+. Les collèges relevant de ces réseaux représentaient plus de 20 % des collèges en 2024-2025. Le réseau renforcé, REP+, est développé dans les quartiers, ou les secteurs isolés, caractérisés par la concentration la plus marquée des difficultés sociales ayant des incidences négatives sur la réussite scolaire. Les établissements du réseau REP sont davantage mixtes socialement mais rencontrent des difficultés sociales supérieures à celles des établissements scolaires situés hors des réseaux d'éducation prioritaire.

²⁶⁴ Menvielle G. et al. « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 33, 2008, p. 289-292. Le cancer de l'utérus était en 2008 le deuxième des treize cancers analysés le plus marqué par les inégalités sociales.

²⁶⁵ Voir à titre d'exemple le volet consacré à la lutte contre les inégalités territoriales et sociales d'accès à la santé de la stratégie nationale de santé de 2017.

Graphique n° 21 : taux de vaccination des élèves de cinquième de 13 régions, selon le type de collèges (campagne de vaccination 2024-2025)



Note de lecture :

Seuls les collèges ayant vacciné au moins un élève de cinquième ont été pris en compte.

• *trait horizontal épais = médiane (50 % des collèges ont une proportion de vaccination supérieure à cette valeur et 50 %, une valeur inférieure) ;*

• *trait horizontal inférieur = premier quartile (Q1) (25 % des collèges ont une proportion de personnes vaccinées inférieure à cette valeur) ;*

• *trait horizontal supérieur = troisième quartile (Q3) (75 % des collèges ont une proportion de personnes vaccinées inférieure à cette valeur) ;*

• *trait vertical (calculé comme $Q3 + 1,5 \times (Q3 - Q1)$ ou $Q1 - 1,5 \times (Q3 - Q1)$) = valeur extrême ; la longueur de ce trait exprime une proportion très élevée ou très faible.*

Source : Cour des comptes d'après les données de la DGS portant sur les 13 régions utilisant le système d'information Colibri et ministère de l'éducation nationale

L'annexe n° 8 présente des analyses complémentaires pour l'échantillon géographique constitué par la Cour. Les indices de position sociale (IPS)²⁶⁶ des collèges et les taux de vaccination dans les établissements situés en zones d'éducation prioritaire sont fortement corrélés. En outre, le nombre d'élèves vaccinés varie beaucoup selon les collèges, ce qui témoigne d'une mise en œuvre hétérogène de la campagne.

Ces constats rejoignent ceux qui peuvent ressortir de certaines études. SPF a ainsi mené en 2024 une revue de la littérature sur les facteurs associés aux inégalités de couverture vaccinale lors des campagnes de vaccination contre les HPV en milieu scolaire qui met en évidence que cette couverture suit un gradient social marqué : plus la position sociale des élèves et de leurs familles est défavorisée, plus les taux de vaccination sont faibles. Ce gradient se manifeste chez les élèves dont les familles ont les revenus les plus bas, ceux résidant dans les quartiers les plus défavorisés et ceux scolarisés dans des établissements d'éducation prioritaire. Ce gradient persiste, voire s'accroît, pour les doses suivantes, traduisant un effet cumulatif des inégalités au fil du processus vaccinal. À l'inverse, l'expérimentation « PrevHPV 2 », conduite en France entre 2019 et 2022, avait mis en évidence un effet homogène de la vaccination proposée dans tous les groupes sociaux.

²⁶⁶ Cet indice résume les conditions socio-économiques et culturelles des familles des élèves accueillis dans un établissement scolaire.

Cet insuccès de la réduction des inégalités en matière de vaccination en milieu scolaire doit toutefois être tempéré par les constats relatifs à la vaccination en ville. L'enquête Vaccicol précitée de SPF montre que, malgré d'importantes inégalités sociales préexistantes en termes de couverture vaccinale contre les HPV, la première campagne de vaccination au collège a permis d'éviter l'aggravation des inégalités. Pour les enfants relevant de catégories sociales défavorisées, le gain de couverture vaccinale a été de 32 points, proche de celui des catégories favorisées (35 points). Malgré une couverture vaccinale initiale plus faible, le gain a aussi été d'au moins 30 points chez les élèves dont l'un ou les deux parents étaient nés à l'étranger. La proposition de vaccination en milieu scolaire n'a donc pas permis de résorber le gradient social en la matière mais elle a permis de faciliter l'accès à la vaccination, en particulier pour les collégiens des milieux défavorisés.

La mise en œuvre de la vaccination au collège s'est caractérisée par des difficultés qu'il convient de surmonter pour lutter plus efficacement contre les inégalités sociales.

Les instructions interministérielles n'ont pas été complètement suivies des effets attendus sur la nécessité de mettre en œuvre les campagnes de vaccination. Le fait que les collèges situés dans les réseaux d'éducation prioritaire soient près de deux fois plus nombreux que les autres collèges publics à ne pas les mettre en œuvre (11,2 % contre 5,7 % en 2024-2025) appelle des réactions à la mesure des résultats attendus et des moyens déjà mis à disposition. Ce constat est d'autant moins explicable que ces collèges disposent souvent de moyens renforcés en personnel infirmier et d'accompagnement éducatif et font l'objet d'une politique de rémunération incitative²⁶⁷. Combiné à la faiblesse des taux de vaccination, il traduit une grande difficulté à vacciner les collégiens des milieux défavorisés, dans un contexte de moindre acceptation des campagnes²⁶⁸.

Les efforts de communication consentis dans le cadre de la campagne de vaccination 2025-2026 sont nécessaires pour promouvoir le dispositif mais doivent être adaptés pour toucher les publics cibles. En effet, diverses publications ont mis en évidence que les grandes campagnes de santé publique atteignent mieux les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées et ont pour effet d'accroître le gradient social du fait de leur meilleure acceptation par les personnes favorisées²⁶⁹.

Les efforts les plus importants, notamment en termes de communication, devraient donc être ciblés sur ces collèges et la vaccination y être systématiquement mise en œuvre, y compris en proposant des rappels de vaccins. Il appartient au ministère de l'éducation nationale de s'assurer de la mise en œuvre des campagnes dans ces établissements. Parallèlement, des interventions de médiation en santé visant la connaissance du vaccin anti-HPV qui cibleraient la population d'un profil sociodémographique vulnérable, permettraient d'augmenter sensiblement la couverture vaccinale. Enfin, la littérature scientifique met en évidence l'intérêt de mettre en place des actions de rattrapage vaccinal ciblant les collégiens non scolarisés ou les adolescents plus âgés (13-17 ans), afin de réduire les inégalités sociales dans la complétude du schéma vaccinal.

²⁶⁷ Voir en particulier le décret n° 2015-1087 du 28 août 2015 portant régime indemnitaire spécifique en faveur des personnels exerçant dans les écoles ou établissements relevant des programmes « Réseau d'éducation prioritaire renforcé » et « Réseau d'éducation prioritaire ».

²⁶⁸ Selon une enquête publiée en avril 2024 (enquête ICOVAC, vague 2, *Opinions des Français sur les vaccins à l'hiver 2023*, 2024), l'opinion des Français interrogés sur la vaccination contre les HPV en milieu scolaire est associée à leur niveau d'éducation : 67 % des répondants d'un niveau d'études inférieur ou égal au baccalauréat s'y disaient favorables, contre 74 % des répondants diplômés de l'enseignement supérieur. Treize points séparaient les cadres et professions intellectuelles supérieures (73 %) et les ouvriers (60 %).

²⁶⁹ Inspection générale des affaires sociales, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, 2011. Centre d'analyse stratégique, *Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation*, Note de veille, n° 166, mars 2010.

C - Une prise en compte des personnes en situation précaire à mieux évaluer

Il existe aujourd'hui un consensus sur la nécessité de développer des approches spécifiques pour prendre en charge la vaccination – et plus largement les besoins de santé – des personnes les plus éloignées des soins. Différentes études mettent en évidence l'insuffisance d'une approche universaliste pour réduire les inégalités sociales en matière de vaccination, comme ce fut en particulier le cas lors de la pandémie de covid 19²⁷⁰. En s'appuyant sur les acteurs du médico-social et les médiateurs en santé, des dispositifs ciblés de communication envers les plus précaires ont pu montrer leur utilité lors de la pandémie, puis lors des épidémies de mpox²⁷¹, de bronchiolite et de virus hivernaux.

Le gradient de couverture vaccinale des personnes précaires est parallèle au gradient d'insertion sociale : plus les personnes ont accès aux soins de ville ou sont soutenues par des associations, plus leur couverture vaccinale est élevée. Certains dispositifs de vaccination fonctionnent bien, comme les vaccinations proposées directement dans les lieux d'hébergement ou lors de distributions alimentaires. La littérature disponible met aussi en évidence l'importance des médiateurs pour convaincre certaines catégories de la population de l'intérêt et de l'importance de la vaccination. Une politique sanitaire volontariste doit donc s'appuyer sur des médiateurs de confiance connaissant bien ces personnes²⁷².

Certaines structures, comme les centres de lutte antituberculeuse (CLAT) ou les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ont pour mission privilégiée de prendre en charge des personnes vulnérables. Certains centres de vaccination ont choisi de développer des actions « hors les murs » pour vacciner davantage de personnes en situation précaire. C'est, par exemple, le cas de celui de Montpellier dont le nombre moyen annuel de ces vaccinations a quasiment quadruplé entre 2017-2020 et 2023-2024.

Les approches envisagées dans les stratégies des autorités sanitaires sont disparates, avec des actions pouvant se caractériser par des résultats parfois décevants au regard des moyens engagés et d'autres actions prometteuses ou probantes qui mériteraient d'être promues.

1 - Une prise en compte disparate dans les stratégies des autorités sanitaires

Les ARS sont chargées de veiller « à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion »²⁷³. Les démarches d'« aller vers » et de « ramener vers » sont parfois prévues par les programmes régionaux relatifs à l'accès à la prévention et aux soins des

²⁷⁰ Voir à titre d'exemple Spire A. *et al.* (groupe d'études EpiCoV), *“From intentions to practices: what drove people to get the COVID-19 vaccine? Findings from the French longitudinal socioepidemiological cohort survey”*, *BMJ Open*, 22 décembre 2023, vol. 13, n° 12.

²⁷¹ Infection virale causée par un virus éponyme, anciennement appelée *monkey pox* ou variole du singe.

²⁷² Épicentre et SPF, *PREVAC : estimation de la couverture vaccinale et des facteurs associés à la vaccination contre le COVID-19 auprès des populations en situation de grande précarité. Île-de-France et Marseille, juin-décembre 2021 ». Rapport synthétique final*, mars 2022.

²⁷³ Code de la santé publique, art. L. 1431-2.

personnes les plus démunies (PRAPS), qui sont l'une des trois composantes de leurs projets régionaux de santé²⁷⁴. Ces programmes citent parfois des actions dans le champ de la vaccination au profit de certaines catégories de personnes potentiellement éloignées du système de santé, comme les personnes placées sous main de justice, les migrants, les gens du voyage ou les personnes en situation de prostitution.

Les PRAPS 2018-2023 et 2023-2028 d'Auvergne-Rhône-Alpes prévoient ainsi de renforcer la vaccination « hors les murs » par les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic pour le public repéré comme les migrants, les personnes détenues et les personnes en situation de prostitution. En Centre-Val de Loire, les feuilles de route du PRAPS du Loir-et-Cher et du Loiret programment des actions au bénéfice des personnes détenues, migrantes, éloignées du système de santé ou vivant dans les quartiers prioritaires de la ville. Les PRAPS 2023-2028 de Grand Est et d'Île-de-France envisagent de favoriser le rattrapage vaccinal pour les personnes migrantes lors de leur bilan de santé d'arrivée, ainsi qu'une vaccination « hors les murs ». Celui de Guadeloupe prévoit le recours à des équipes mobiles pour vacciner les personnes éloignées du système de santé. Le schéma régional de santé 2023-2028 de l'ARS Hauts-de-France prévoit aussi une vaccination « hors les murs ». En revanche, d'autres programmes régionaux, comme celui de la Martinique (PRAPS 2023-2028), ne mentionnent pas la vaccination.

En Île-de-France, les interventions en faveur de la vaccination des personnes éloignées des soins, financées par l'ARS, les départements ou d'autres collectivités territoriales, sont particulièrement nombreuses, ce qui s'explique notamment par les enjeux qui y sont associés. Le plus souvent intégrées dans une prise en charge globale des besoins sanitaires, elles mobilisent notamment les PASS, le centre d'accueil d'orientation et d'accompagnement de Paris et le centre d'accueil, de soins et d'orientation de Saint-Denis, des « équipes spécialisées de soins infirmiers précarité » et de nombreux acteurs associatifs.

Les documents publics précités ne prévoient cependant aucune cible chiffrée et ne sont jamais assortis d'indicateurs et de précisions sur les moyens consacrés aux actions envisagées, ce qui ne permet pas d'en mesurer l'efficacité et l'efficience.

2 - Des résultats variables selon les publics

Les résultats obtenus en matière de vaccination du public potentiellement éloigné des soins sont inégaux.

La vaccination des personnes détenues est plutôt satisfaisante, hormis pendant la crise sanitaire²⁷⁵. Au niveau national, elle ne figurait pas dans la stratégie santé des personnes placées sous main de justice d'avril 2017 mais elle l'est désormais dans la « feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2025-2028 », qui comprend un indicateur relatif aux taux de vaccination contre le virus de l'hépatite B des personnes détenues. En région, elle est spécifiquement mentionnée par les ARS dans cinq projets régionaux de santé mais de manière trop peu détaillée²⁷⁶.

²⁷⁴ En sus du cadre d'orientation stratégique et du schéma régional de santé, le PRAPS constitue le troisième volet du projet régional de santé (PRS) prévu par l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

²⁷⁵ Cour des comptes, « L'administration pénitentiaire et la protection judiciaire de la jeunesse », *Rapport public annuel*, 2022, p. 269.

²⁷⁶ Normandie, Centre-Val de Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Corse et Nouvelle-Aquitaine.

La prise en charge médicale des personnes dans les établissements pénitentiaires par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) intègre une analyse systématique de leur statut vaccinal²⁷⁷, peu de temps après leur mise sous écrou. Des primo-vaccinations, des rappels ou des rattrapages sont ainsi proposés dès la visite médicale d'entrée aux personnes détenues, qui les acceptent souvent. Ultérieurement, les établissements pénitentiaires sont invités par leur ministère de rattachement à accorder une attention particulière aux personnes âgées ou à risque, pour les faire bénéficier des vaccinations antigrippale, antipneumococcique, anti-méningococcique et anti-hépatites. Les vaccins sont mis à disposition de l'USMP par la pharmacie à usage intérieur du centre hospitalier dont elle dépend et sont imputés sur une enveloppe MIG (mission d'intérêt général) spécifique. Le financement de certains vaccins coûteux soulève la même difficulté que pour les personnes hospitalisées (cf. *supra*).

En outre, le suivi vaccinal des personnes détenues est complexe. À la difficulté de connaître les vaccins déjà réalisés avant leur incarcération s'ajoute l'absence d'alimentation de leur éventuel DMP lors de la vaccination en milieu pénitentiaire. À l'issue de leur incarcération, le statut vaccinal des personnes n'est pas répertorié dans un espace numérique accessible aux soignants pour poursuivre les rattrapages vaccinaux, au besoin.

Les résultats sont plus décevants pour la vaccination des gens du voyage, populations souvent éloignées du système de soins et dont l'adhésion à la vaccination dépend également de facteurs socio-économiques²⁷⁸. Les pouvoirs publics rencontrent de plus grandes difficultés pour les vacciner et connaître précisément le statut vaccinal des enfants des familles de ces populations. Diverses études mettent en évidence leur faible couverture vaccinale²⁷⁹, ce qui justifie certaines actions envisagées par les PRAPS précités.

Par exemple, une étude portant sur les gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine a fait ressortir que la couverture vaccinale ROR complète à deux ans était estimée à 45 %, tandis que la couverture « une dose » s'élevait à 76 %, c'est-à-dire à des niveaux inférieurs aux couvertures vaccinales nationale ou régionale²⁸⁰. En outre, dans la mesure où seulement 37 % des carnets de santé des enfants ont pu être consultés par les enquêteurs et qu'il s'agit probablement de ceux des enfants les mieux suivis, ces niveaux peuvent être surestimés. Malgré un rattrapage progressif de la couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, complète jusqu'à l'âge de 12 ans, ces niveaux sont insuffisants, surtout pour la rougeole, comme l'a montré un foyer épidémique détecté en 2025 (cf. encadré).

²⁷⁷ Cf. instruction interministérielle n° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice et guide méthodologique « prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice », 2019.

²⁷⁸ Haidar S. *et al.*, *“Factors associated with vaccine adherence among an underserved population: the adult Travellers in Nouvelle-Aquitaine, France”*, *European Journal of Public Health*, 2024.

²⁷⁹ Voir en particulier Fournet *et al.*, *“Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination: two systematic reviews”*, *BMC Public Health*, 2018.

²⁸⁰ Mondeilh A. *et al.*, *« Étude épidémiologique sur l'état de santé, le recours aux soins et à la prévention des gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2019-2022 »*, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2024.

La gestion d'une épidémie de rougeole dans un quartier montpellierain en 2025

En avril 2025, un foyer épidémique de rougeole dans le bassin de vie de la cité Gély, située à Montpellier et comprenant une proportion significative de gens du voyage, a affecté 17 personnes et a entraîné quatre hospitalisations. Compte tenu de la forte contagiosité de cette maladie et de la perspective d'un regroupement attendu d'environ 300 personnes le 15 avril, le risque de diffusion du virus était important.

L'ARS Occitanie a déclaré une situation sanitaire exceptionnelle²⁸¹ le jour de l'évènement. Une semaine plus tôt, elle avait sollicité la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) « Montpellier 1 » pour maîtriser le foyer épidémique. Cette CPTS a notamment cherché à vacciner au plus vite les personnes qui le nécessitaient et a développé une campagne d'information. D'importants moyens ont été mobilisés, pour un budget total de 20 450 €. Seulement 15 doses de vaccins ont été administrées : 11 l'ont été au cours d'interventions dont le coût direct s'est élevé à 8 160 € au titre de la mobilisation des professionnels de santé. Ce résultat décevant illustre les difficultés à surmonter l'hésitation et la défiance vaccinales, en particulier dans un contexte de crise.

3 - Des actions à évaluer pour promouvoir les plus efficaces d'entre elles

Compte tenu du nombre d'initiatives, de la diversité des actions, des financements et des organismes mobilisés, l'estimation du coût des actions d'« aller vers » ou de « ramener vers » est complexe, ainsi que la Cour l'avait relevé lors de l'examen des actions conduites pendant la crise de la covid 19²⁸². Le chiffrage et l'évaluation des actions mises en œuvre n'en sont pas moins indispensables afin d'identifier, puis de promouvoir, les actions les plus efficaces, en identifiant au mieux les conditions de leur réussite et leur contexte territorial. Au demeurant, les ARS sont chargées de veiller à l'évaluation des actions de prévention des maladies qu'elles conçoivent et financent²⁸³.

Cette recherche de l'efficacité des actions publiques requiert des approches et des interventions en prévention et promotion de la santé fondées sur des preuves²⁸⁴. Celles-ci conjuguent les connaissances scientifiques et les savoirs issus de l'expérience. La *feuille de route de la stratégie nationale de santé de 2013* avait déjà fixé un objectif de développement d'une prévention scientifiquement fondée, en adaptant des programmes déjà expérimentés ou prometteurs par le repérage des programmes efficaces dans la littérature internationale, et en s'appuyant sur des initiatives françaises. La *stratégie nationale de santé 2018-2022* a estimé nécessaire de développer la recherche interventionnelle, d'évaluer les actions conduites et de faciliter l'utilisation des résultats de ces travaux pour l'aide à la décision et l'attribution de financements aux acteurs – souvent associatifs – des politiques de santé, en développant notamment une plateforme d'accès aux données probantes.

²⁸¹ Code de la santé publique, art. L. 3131-11 et R. 3131-4.

²⁸² Cour des comptes, *La vaccination contre la Covid 19. Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes*, rapport public thématique, décembre 2022, p. 65.

²⁸³ Code de la santé publique, art. L. 1431-2.

²⁸⁴ Données produites de façon standardisée par un protocole scientifique ou par un recueil systématique.

SPF a ainsi créé en 2019 une plateforme, devenue en 2025 le registre ReperPrev.fr, notamment pour aider les décideurs publics à privilégier le recours et le soutien financiers à des interventions ayant fait la preuve de leur efficacité. L'agence est garante de la qualité scientifique du registre. Or, en avril 2026, cet outil ne recensait que trois actions probantes dans le champ de la vaccination²⁸⁵, ce qui est trop peu. La Cour, qui a déjà constaté le retard pris dans l'identification et la promotion des actions prometteuses ou probantes²⁸⁶, réitère sa recommandation relative à l'enrichissement régulier du référentiel de ces actions.

Au-delà des actions d'« aller vers » et de « ramener vers », celles mises en œuvre lors de la semaine européenne de la vaccination gagneraient aussi à être évaluées afin que soient promues les plus utiles d'entre elles, ainsi que le ministère chargé de la santé et SPF envisagent de le faire.

Enfin, la Cour considère que certaines interventions des acteurs locaux pourraient être optimisées et gagner en efficacité grâce à l'appui de professionnels formés au transfert des interventions probantes, une fois celles-ci identifiées. En effet, une telle identification ne garantit pas le succès de la transposition des actions probantes dans d'autres contextes.

Les stratégies d'« aller-vers » et de « ramener-vers » dans le domaine de la vaccination font aujourd'hui partie du deuxième axe de la *Stratégie vaccination et immunisation 2025-2030*, qui prévoit une action aux contours flous consistant à « *renforcer les actions d'aller vers et ramener vers des équipes mobiles des structures locales de prévention et de médiation afin de toucher les publics les plus précaires et les plus éloignés du soin* ». Faute de précisions sur ses modalités de mise en œuvre, cette action risque d'être confrontée aux mêmes difficultés que celles identifiées jusqu'à présent.

D - Une amélioration souhaitable de la vaccination des personnes d'origine étrangère

Les personnes d'origine étrangère, qu'elles soient admises au séjour en France en vertu d'un titre régulier, demandeuses d'asile ou en situation irrégulière, présentent des caractéristiques spécifiques. Elles peuvent être atteintes de maladies transmissibles de plus forte prévalence dans leurs pays d'origine, avec des risques de contagion différents selon les pathologies concernées. L'exacerbation des fragilités liées à certaines situations (femmes enceintes, enfants), la méconnaissance du système de santé et la maîtrise limitée de la langue française justifient une prise en charge particulière.

²⁸⁵ Recours à l'entretien motivationnel, auprès des parents, en maternité après l'accouchement, afin de réduire leur hésitation vaccinale et de consolider leur intention de faire vacciner leur enfant (Motivac-mater) et étude consistant à comparer l'impact de trois interventions destinées à améliorer l'adhésion et la couverture vaccinale contre l'hépatite B des consultants à risque vus dans des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD) (étude ANRS-FormVac).

²⁸⁶ Cour des comptes, *Santé publique France. Des missions étendues, une stratégie à mieux définir*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2022, p. 32-33.

Indépendamment d'une possible prise en charge par d'autres types de structures²⁸⁷, les services de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) assurent un examen médical obligatoire de contrôle et de prévention²⁸⁸ pour les étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois²⁸⁹. Cette visite, qui concerne environ 60 000 étrangers chaque année (environ 40 000 dans les directions territoriales de l'office et 20 000 dans les représentations à l'étranger) a en particulier pour objectif de s'assurer que l'état de santé des étrangers ne constitue pas une menace pour la santé publique et que ceux-ci ne sont pas atteints d'une maladie transmissible.

La HAS a recommandé en 2019 d'accorder la priorité au rattrapage vaccinal des personnes issues de l'immigration chez lesquelles les vaccins sont rarement à jour, au vu du calendrier vaccinal français, et les antécédents vaccinaux souvent inconnus (cf. *supra*)²⁹⁰. Elle estime que ce rattrapage vaccinal doit être réalisé le plus tôt possible après l'entrée sur le territoire et dans un délai optimal de quatre mois.

Par ailleurs, les demandeurs d'asile primo-arrivants sont exposés aux maladies transmissibles et souvent éloignés de la prévention en santé. Outre le délai de carence de trois mois prévu pour bénéficier, soit de la protection universelle maladie²⁹¹, soit de l'aide médicale d'État (AME) pour les personnes en situation irrégulière, ce public, souvent allophone, est difficile à atteindre en dehors de problèmes de santé justifiant un accès aux urgences²⁹². Une partie importante des demandeurs d'asile se maintient durablement sur le territoire français, qu'ils aient ou non obtenu le droit d'asile²⁹³, ce qui fait de la question de leur vaccination un enjeu de santé publique, tant pour eux-mêmes que vis-à-vis du reste de la population.

Les « dix actions pour renforcer la prise en charge des vulnérabilités des demandeurs d'asile et des réfugiés » de mai 2021 prévoient un « rendez-vous [de] santé », qui est une consultation de prévention. Ce rendez-vous est proposé par le service médical de l'OFII aux demandeurs d'asile qui doivent passer par son guichet unique, étant précisé que le nombre de demandeurs d'asile a oscillé entre 150 000 et 160 000 par an entre 2022 et 2024.

Un rappel vaccinal peut être proposé lors de ces rendez-vous de santé mais le service médical de l'Office, n'étant pas un centre de santé au sens de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, n'est pas habilité à vacciner. Pendant la pandémie de covid 19, sur le fondement d'une circulaire interministérielle du 28 juillet 2021, les services médicaux des délégations territoriales de l'OFII ont exceptionnellement été reconnus comme centres de vaccination anti-covid pour les résidents des foyers de travailleurs migrants et pour la population hébergée dans le cadre du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile. Cette possibilité n'a toutefois pas été pérennisée. Elle s'est heurtée à des obstacles liés à la disparité de traitement

²⁸⁷ CEGIDD ; centres de lutte antituberculeuse ; centres de vaccination ; et, pour les enfants de moins de six ans, services de la PMI.

²⁸⁸ Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France.

²⁸⁹ Article L. 121-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

²⁹⁰ HAS, *Recommandation vaccinale. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants en cas de statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu*, décembre 2019.

²⁹¹ Ce délai est prévu par les articles L. 160-5 et D. 160-2 du code de la sécurité sociale.

²⁹² Un dispositif de soins urgents est prévu par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

²⁹³ Ceux d'entre eux qui sont déboutés du droit d'asile se voient notifier une obligation de quitter le territoire français mais le taux d'exécution de ces décisions a atteint moins de 10 % au cours des dernières années.

des demandes d'habilitation, entraînant une complexité et des lourdeurs administratives pour l'Office : il était tenu de solliciter une habilitation auprès de chacune des ARS pour la vaccination contre la covid 19 et pour le rattrapage vaccinal. Certaines agences ont refusé de délivrer l'habilitation sollicitée et d'autres n'ont pas répondu à la demande formulée.

À ce jour, l'OFII redirige ainsi certains enfants vers les services de la protection maternelle et infantile (PMI), avec une perte de chance de vacciner majorée par le fait que ces derniers ne prennent pas en charge les enfants de plus de six ans. L'Office travaille en relation avec les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD), les centres de lutte antituberculeuse (CLAT) et les centres de vaccination, comme c'est le cas à Montpellier, avec toutefois des difficultés de financement qui se reportent sur ces structures.

Compte tenu du fait que le service médical de l'OFII est présent sur tout le territoire et accueille, lors de ses rendez-vous de santé, une population exposée à des maladies à prévention vaccinale, il serait opportun de reconnaître à cet Office un statut *ad hoc* de service de santé pour les primo-arrivants. L'OFII, la direction générale des étrangers en France (ministère de l'intérieur) et la direction générale de la santé sont favorables à cette solution. À défaut, le statut de centre de santé pourrait être reconnu à ses antennes. Ces évolutions nécessitent de modifier les parties législatives du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et du code de la santé publique. Parallèlement, l'article L. 3111-1 de ce dernier pourrait prévoir que l'OFII participe à la mise en œuvre de la politique vaccinale et l'article L. 1435-3 pourrait ouvrir à son service médical la possibilité de conclure avec les ARS des contrats d'objectifs et de moyens. Le coût de cette évolution devra être pris en charge par les autorités sanitaires afin qu'elle soit financièrement neutre pour l'OFII.

Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2017, le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (aujourd'hui son article L. 422-7) confie aux établissements d'enseignement supérieur l'organisation du suivi sanitaire préventif des étudiants étrangers. Les étudiants étrangers inscrits en enseignement supérieur ne sont plus vus par les services de l'OFII, comme c'était le cas jusqu'à cette date, mais par les SSE (cf. *supra*), qui accueillent les étudiants étrangers les consultant volontairement. Il n'est donc pas possible de dépister et de vacciner l'ensemble des étudiants étrangers venant de pays de forte endémicité, qui représentent une part importante des étudiants étrangers inscrits dans l'enseignement supérieur français²⁹⁴.

²⁹⁴ Selon l'établissement public Campus France, 443 500 étudiants étrangers étaient inscrits dans l'enseignement supérieur français en 2024-2025.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À la troisième question évaluative « Dans quelle mesure la politique vaccinale contribue-t-elle à la réduction des inégalités sociales et territoriales face à la vaccination ? », l'appréciation de la Cour est négative, s'agissant des premières, et positive, s'agissant des secondes.

La politique conduite a eu un effet favorable sur les inégalités territoriales de couverture vaccinale. L'extension des obligations vaccinales a favorisé un resserrement des écarts entre les territoires. Le principe de l'obligation a permis de convaincre une partie des personnes hésitantes, plus concentrées dans certaines parties du territoire. Parallèlement, la vaccination contre les HPV mise en œuvre dans les collèges, quoiqu'hétérogène, a permis un léger resserrement des écarts de couverture vaccinale entre le début et la fin de chacune des deux premières campagnes.

Pour autant, pour les vaccinations recommandées, certains écarts restent importants. En particulier, la couverture vaccinale de plusieurs départements d'outre-mer est inférieure à la moyenne hexagonale pour certaines pathologies comme la grippe saisonnière ou les HPV, malgré l'existence d'une action publique spécifique pour cette dernière pathologie en Martinique. La crise sanitaire a renforcé l'hésitation vaccinale, voire la défiance, d'une partie de la population dans les Antilles françaises et à La Réunion. Les dispositifs mis en place sont aujourd'hui insuffisants pour la surmonter et de nouvelles actions doivent être envisagées pour corriger cette évolution.

La politique conduite n'a pas permis de réduire des inégalités sociales en matière de vaccination qui restent prégnantes. Les initiatives locales développées dans de nombreux territoires au bénéfice des personnes éloignées des soins connaissent des succès inégaux. Surtout, ces actions sont rarement évaluées, en particulier par les ARS qui en sont chargées. En outre, à quelques exceptions près dans ce domaine, les actions probantes et prometteuses sont insuffisamment identifiées et répertoriées par Santé publique France. Les acteurs qui mettent en œuvre la politique publique procèdent donc de manière empirique, sans garantie sur l'efficacité de leurs actions.

Alors qu'elles auraient dû constituer un levier en la matière, les deux premières campagnes de vaccination dans les collèges n'ont pas permis de réduire les inégalités sociales. Même si ces campagnes ont facilité leur accès à la vaccination, en particulièrement indirectement grâce à la vaccination en ville, les enfants des milieux défavorisés restent ainsi moins bien vaccinés que les autres, maintenant un gradient social parallèlement marqué pour le dépistage des maladies associées aux HPV. Une attention plus soutenue doit être portée à ce point, qui légitime l'intérêt théorique de la vaccination en milieu scolaire, censée toucher tous les milieux sociaux et corriger les inégalités d'accès et de recours à la médecine générale.

Ainsi que la Cour et d'autres organismes l'ont déjà relevé, les services de la protection maternelle et infantile sont confrontés à des défis structurels, qui fragilisent les actions qu'ils conduisent au bénéfice du public vulnérable. La consolidation de leur rôle et de leurs moyens est essentielle pour contribuer à atténuer les inégalités sociales en matière de vaccination.

Enfin, la vaccination des personnes étrangères soulève des questions particulières. La vaccination des demandeurs d'asile devrait être facilitée. L'octroi du statut de service de santé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration contribuerait à cet objectif.

La Cour formule en conséquence les trois recommandations suivantes :

- 7. adapter la stratégie vaccinale 2025-2030 dans chaque région, en fixant des objectifs par territoire et par pathologie et en portant une attention accrue aux territoires où le taux de couverture vaccinale est le plus faible (ministère chargé de la santé, SPF, CNAM) ;*
 - 8. dès 2026, évaluer les actions conduites en faveur du public le plus éloigné des soins, et reproduire celles qui sont identifiées comme prometteuses ou probantes (ministère chargé de la santé, SPF) ;*
 - 9. accorder à l'Office français de l'immigration et de l'intégration le statut de service de santé, pour lui permettre de vacciner les demandeurs d'asile (ministère chargé de la santé, ministère de l'intérieur, OFII).*
-

Conclusion générale

La Cour s'est attachée à évaluer dans quelle mesure la politique publique de vaccination a atteint les principaux objectifs qu'elle s'est vu assigner par les pouvoirs publics depuis 2018. Les principaux constats qui suivent répondent aux questions évaluatives posées.

En premier lieu, le traçage des vaccins injectés reste disséminé. En l'absence d'un système d'information unique ou d'une interopérabilité entre les logiciels utilisés par les professionnels de santé, et compte tenu de la dispersion des structures et des personnes habilités à vacciner, les informations sur les injections réalisées restent morcelées et incomplètes. Cette lacune persistante complique la connaissance par les patients de leur statut vaccinal et le suivi de ce dernier par les professionnels de santé. Enfin, elle ne permet pas de calculer de manière robuste les taux de vaccination, condition pourtant essentielle pour piloter et évaluer la politique publique.

Le recours au dossier médical partagé (DMP), promu depuis plusieurs années par la Caisse nationale de l'assurance maladie, n'a pas encore permis de réaliser des progrès décisifs. Le carnet de vaccination électronique qu'il comporte désormais n'est encore alimenté que par une partie des professionnels de santé (essentiellement les pharmaciens). La mise en œuvre de la feuille de route pour fournir rapidement un service dématérialisé fiable et utile est essentielle. Le rattrapage des informations contenues dans d'autres sources (carnet papier ou autres solutions numériques) est tout aussi impératif.

En deuxième lieu, à compter de 2018, l'extension de l'obligation vaccinale pour les nourrissons a globalement permis d'améliorer certaines couvertures vaccinales, après une période marquée par leur érosion. En contribuant à améliorer la confiance des Français, elle a probablement favorisé aussi les vaccinations non obligatoires. Il n'en demeure pas moins que l'objectif d'un taux de couverture de 95 %, fixé par l'OMS et par le législateur français, n'est pas atteint pour plusieurs pathologies.

En troisième lieu, le levier consistant à multiplier les occasions pour améliorer la couverture vaccinale n'a pas été actionné au niveau espéré. Hormis pour les étudiants d'origine étrangère et les étudiants des filières médicales, la vaccination est peu réalisée par les services de santé destinés aux étudiants. De même, elle reste une mission peu exercée par les services de santé au travail en dehors des situations directement liées aux risques professionnels. Plus largement, l'extension des compétences vaccinales aux pharmaciens a permis d'absorber la croissance importante du public éligible à la vaccination contre la grippe, sans toutefois atteindre la cible fixée, en raison de la dynamique démographique de la population à vacciner. Le maintien de l'engagement des professionnels de santé libéraux et l'élargissement à d'autres vaccinateurs, en particulier les laboratoires d'analyse médicale et les établissements de santé, conditionnent l'amélioration de ce résultat.

Enfin, le retour de la vaccination en milieu scolaire, principalement contre les HPV, n'a pas obtenu les résultats attendus dans les collèges. Les taux de vaccination dans ces établissements sont deux à trois fois inférieurs à ce qui avait été envisagé. Les deux premières campagnes ont eu un effet d'entraînement sur la vaccination en ville qui a permis une nette augmentation de la couverture vaccinale des adolescents de douze ans, prolongeant une tendance structurelle constatée avant 2023. La deuxième campagne, en revanche, a été décevante, avec un recul important du nombre d'enfants vaccinés au collège et une couverture vaccinale des élèves ciblés inférieure à celle constatée l'année précédente. La réussite de cette politique est conditionnée par plusieurs évolutions, parmi lesquelles figure un engagement plus résolu du ministère de l'éducation nationale.

En quatrième lieu, l'efficience de la vaccination n'est pas toujours évaluée ni prise en compte dans la décision publique, et encore moins vérifiée en vie réelle. Or, en limitant le recours au système de soins pour la prise en charge des maladies, la vaccination peut soulager sensiblement les services des urgences et les services hospitaliers. C'est notamment patent pour la prévention des bronchiolites et des gastro-entérites des nourrissons ainsi que de la grippe. L'effet n'est toutefois visible que si une haute couverture vaccinale est atteinte, ce qui n'est pas toujours le cas en France.

Les options examinées lors du choix de la stratégie vaccinale, avant de recommander une vaccination, de décider le remboursement d'un vaccin et d'organiser son déploiement en pratique courante, doivent mieux prendre en compte l'efficience de la vaccination. De ce point de vue, les institutions chargées d'élaborer des stratégies vaccinales et d'évaluer les vaccins ne sont pas suffisamment intégrées pour garantir la cohérence et la clarté des décisions, y compris sur le plan tarifaire.

En cinquième lieu, la politique menée depuis 2018 a globalement contribué à réduire les écarts de couverture vaccinale entre les territoires. En particulier, la couverture vaccinale obligatoire des nourrissons s'est améliorée et homogénéisée depuis 2018. En revanche, des écarts atteignent des proportions anormales pour certaines vaccinations seulement recommandées comme contre la grippe saisonnière ou les HPV. À ce dernier titre, les deux premières campagnes de vaccination en milieu scolaire ont été particulièrement décevantes en Corse et outre-mer, où les taux de vaccination demeurent nettement inférieurs à ceux observés ailleurs. Dans d'autres parties du territoire, en revanche, la proposition vaccinale en milieu scolaire a permis de compenser pour partie l'insuffisante densité de l'offre de soins en ville.

En sixième et dernier lieu, les inégalités sociales en matière de vaccination restent prégnantes. De nombreuses initiatives locales se développent mais elles connaissent des succès inégaux. Les dispositifs mis en place ne suffisent pas à surmonter la forte hésitation vaccinale dans certains segments de la population. Ceux destinés aux personnes éloignées des soins sont en outre rarement évalués et les actions dont l'efficacité est prouvée sont trop peu identifiées et répertoriées par Santé publique France pour être reproduites ensuite.

Les deux premières campagnes de vaccination dans les collèges n'ont pas permis de réduire les inégalités sociales au regard de la vaccination, même si elles ont indirectement contribué à augmenter significativement la couverture vaccinale des adolescents défavorisés grâce à la vaccination en ville. Des actions correctrices doivent être mises en œuvre car la réduction de ces inégalités dépend essentiellement du succès de la vaccination en milieu scolaire.

Liste des abréviations

ACI.....	Accord conventionnel interprofessionnel
ALD	Affection de longue durée
AME.....	Aide médicale de l'État
AMM.....	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé
ARS.....	Agence régionale de santé
ASMR	Amélioration du service médical rendu
BCG	Vaccin bilité de Calmette et de Guérin
CCMSA.....	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CEDH.....	Cour européenne des droits de l'homme
CEESP.....	Commission d'évaluation économique et de santé publique
CEGIDD.....	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
CEPS	Comité économique des produits de santé
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CNAM.....	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNP.....	Conseil national de pilotage
CNR	Centres nationaux de référence
COS.....	Cadre d'orientation stratégique
Covid 19.....	Maladie à coronavirus 2019 (<i>Coronavirus disease 2019</i>)
CT.....	Commission de la transparence (Haute Autorité de santé)
CTV.....	Comité technique des vaccinations (Haut Conseil de la santé publique)
CTV.....	Commission technique des vaccinations (Haute Autorité de santé)
DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (éducation nationale)
DGCS.....	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins
DGS.....	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DMP	Dossier médical partagé
DREES.....	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DTP	Diphtérie, tétanos et poliomyélite
DTPc	Diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche
FIR	Fonds d'intervention régional
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
HAS.....	Haute Autorité de santé

HCSP.....	Haut Conseil de la santé publique
Hib.....	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b
HPV.....	Papillomavirus humain (<i>Human papillomavirus</i>)
INCA.....	Institut national du cancer
INSERM.....	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES.....	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
JCVI.....	<i>Joint Committee on Vaccination and Immunization</i>
LBM.....	Laboratoire de biologie médicale
LFSS.....	Loi de financement de la sécurité sociale
MSA.....	Mutualité sociale agricole
NHS.....	<i>National Health Service</i> (Royaume-Uni)
NITAGs.....	<i>National Immunization Technical Advisory Groups</i>
OCDE.....	Organisation pour la coopération et le développement économiques
OMEDIT.....	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
OMS.....	Organisation mondiale de la santé
ONIAM.....	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
OSCOUR®....	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PASS.....	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI.....	Protection maternelle et infantile
PMSI.....	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAPS.....	Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRS.....	Projet régional de santé
PUI.....	Pharmacie à usage intérieur
RDCR.....	Ratio différentiel coût-résultat
ROR.....	Rougeole-oreillons-rubéole
ROSP.....	Rémunération sur objectifs de santé publique
SGMAS.....	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SMR.....	Service médical rendu
SNDS.....	Système national des données de santé
SNIIRAM.....	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SPF.....	Santé publique France
SRS.....	Schéma régional de santé
SSE.....	Services (universitaires ou inter-universitaires) de santé étudiante
TCV.....	Taux de couverture vaccinale
UCD.....	Unité commune de dispensation
VPI.....	Vaccin poliomyélitique injectable
VPO.....	Vaccin antipoliomyélitique oral

Glossaire

L'astérisque placée après un mot renvoie à un autre terme du glossaire.

- Adjuvant : composant des vaccins* inactivés qui permet de renforcer et de prolonger la réaction du système immunitaire*, et de réduire le nombre d'injections nécessaires.
- Amélioration du service médical rendu (ASMR) : appréciée par la Haute Autorité de santé, elle correspond au progrès thérapeutique apporté par un médicament. En fonction de l'appréciation, l'ASMR peut être majeure (ASMR I), importante (II), modérée (III), mineure (IV) ou inexistante, c'est-à-dire sans progrès thérapeutique (V). Le niveau d'ASMR est pris en compte par le Comité économique des produits de santé (CEPS) pour fixer le prix d'un médicament (notamment des vaccins*) remboursable.
- Aménorrhée : absence totale de règles ou menstruations. Elle peut s'observer chez la jeune fille de plus de 16 ans n'ayant jamais eu de règles (aménorrhée primaire) ou chez une femme préalablement réglée et non ménopausée (aménorrhée secondaire, lorsque les règles sont interrompues depuis plus de trois mois).
- Année de vie gagnée en bonne santé : le nombre d'années de vie en bonne santé s'obtient en multipliant la durée de vie exprimée en années par un score de qualité de vie compris entre 1 (parfaite santé) et 0 (la mort). Des échelles de qualité de vie sont utilisées à cette fin. Cet indicateur économique (connu sous le nom de *quality-adjusted life year* – QALY – dans la littérature anglo-saxonne) vise à estimer l'efficacité d'une intervention en santé. Il permet également de comparer différentes interventions en santé, pour favoriser les options les plus efficaces pour les patients et les finances publiques.
- Anticorps : substance de défense produite par certains globules blancs en réaction à une substance étrangère, un antigène*. L'anticorps la reconnaît comme n'appartenant pas à l'individu et la détruit.
- Anticorps monoclonaux : ces anticorps* sont fabriqués par des cellules cultivées pour traiter des maladies spécifiques comme la sclérose en plaque. Ce sont des protéines de défense qui reconnaissent précisément un virus* ou une bactérie, s'y attachent et le signalent au reste du système immunitaire* qui va l'éliminer. Ils peuvent aussi empêcher le micro-organisme de se reproduire, voire entraîner directement sa destruction. À titre d'exemple, Beyfortus® est un médicament qui contient un anticorps monoclonal conçu pour se lier à une protéine située à la surface du virus respiratoire syncytial (VRS), virus responsable de la majorité des bronchiolites du nourrisson. Il empêche ainsi le virus de pénétrer dans les cellules de l'organisme. Il est utilisé dans la prévention des bronchiolites dues au VRS chez le nourrisson.
- Antigène : substance repérée par le système de défense de l'organisme (système immunitaire*) qui produit alors un anticorps* pour la détruire. L'anticorps se lie spécifiquement à l'antigène.

- Calendrier vaccinal : ce calendrier décrit l'ensemble des vaccins à faire selon l'âge et les particularités des personnes (femmes enceintes, professions à risques spécifiques, personnes immunodéprimées, personnes atteintes de maladies chroniques, etc.). Il précise le nombre d'injections, le délai entre les injections et l'âge des rappels. Publié chaque année par le ministère en charge de la santé, il correspond aux recommandations de vaccination permettant d'être protégé efficacement contre certaines maladies tout au long de la vie.
- Cas autochtone : personne n'ayant pas voyagé récemment en zone de circulation d'un virus et s'étant contaminée localement (au contraire du cas importé).
- Chaînage (ou appariement) des données : procédure consistant à retrouver des informations sur un individu issues de différentes bases de données sans nécessairement passer par des identifiants directs. Le besoin de méthodes spécifiques provient du fait que les bases de données n'ont pas systématiquement un identifiant direct commun. En outre, quand ce dernier existe, les procédures permettant de l'utiliser sont souvent complexes. Pour les données médico-administratives, le numéro d'identification au répertoire (NIR) joue souvent le rôle d'identifiant pour servir de clé au chaînage.
- Cohorte : en épidémiologie, groupe de personnes qui partagent des caractéristiques communes et qui sont suivies dans le temps pour étudier l'incidence de certaines maladies, l'effet de facteurs de risque ou l'efficacité d'interventions médicales.
- Conjugué (vaccin) : un vaccin est dit conjugué quand l'antigène* a été associé à une protéine pour augmenter l'efficacité du vaccin.
- Couverture vaccinale : selon SPF, elle correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné. Elle rapporte le nombre de personnes correctement vaccinées, c'est-à-dire ayant reçu à un âge donné le nombre de doses de vaccin* requises, au nombre de personnes qui auraient dû l'être dans la même population. Selon le nombre d'injections nécessaires, on parle de couverture vaccinale « 1 dose », « 2 doses », « 3 doses » et de « rappel ». Ainsi, la couverture vaccinale pour une dose du vaccin rougeole-rubéole-oreillons (ROR-1) à 24 mois en France correspond à la proportion d'enfants âgés de 24 mois qui ont reçu au moins une dose de vaccin ROR. Elle est un élément clé dans le contrôle des maladies infectieuses, permettant de protéger une population contre une maladie donnée. Elle permet de suivre et d'évaluer, avec les données d'incidence* et de mortalité, l'effet d'un programme de vaccination. Après l'introduction ou la modification d'une recommandation dans le calendrier vaccinal, les données de couverture vaccinale permettent de mesurer si cette recommandation a bien été mise en pratique.
- Données de vie réelle : données qui sont collectées à l'occasion des soins réalisés en routine pour un patient et reflètent donc *a priori* la pratique courante, sans intervention sur les modalités usuelles de prise en charge des malades, par opposition à des données collectées dans un cadre expérimental contrôlé. Elles peuvent provenir de diverses sources : dossiers médicaux personnels, informations utilisées pour le remboursement des soins, données collectées spécifiquement (pharmacovigilance, par exemple), registres, cohortes de santé, études spécifiques, objets connectés, etc..

- Dossier médical partagé (DMP) : sous la responsabilité de la CNAM, le DMP est un espace de mémoire informatique affecté à une personne, géré par l'assurance maladie, qui rassemble des données de santé. Peuvent notamment y figurer les traitements prescrits lors des consultations, les vaccinations, les ordonnances électroniques, les résultats de biologie médicale, le compte rendu des examens d'imagerie médicale, ou encore les comptes rendus opératoires et lettres de liaison consécutifs à une hospitalisation. « Mon espace santé » adjoint un ensemble de services au dossier médical partagé afin d'en développer l'usage et donc la qualité des informations incluses.
- Efficience : relation entre le résultat d'un processus ou d'une politique et les ressources utilisées pour l'atteindre.
- Endémicité : état qui caractérise la persistance d'une maladie infectieuse au sein d'une population ou d'un territoire donné.
- Éradication : élimination complète d'une maladie contagieuse dans le monde (exemple de la variole).
- Évaluation médico-économique : évaluation qui consiste à mettre en relation les bénéfices cliniques et les coûts engendrés par plusieurs interventions en santé que l'on souhaite comparer, en particulier une intervention innovante (un nouveau vaccin*, par exemple), souvent onéreuse, comparée aux interventions alternatives existantes. La Haute Autorité de santé évalue notamment l'efficience et l'effet budgétaire des vaccins présumés innovants et susceptibles d'avoir un effet significatif sur les dépenses de l'assurance maladie. Elle s'appuie sur les avis de sa commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP), qui sont transmis au Comité économique des produits de santé (CEPS), dans un objectif d'aide à la négociation du prix des produits concernés.
- Forme galénique : la forme galénique, médicamenteuse ou pharmaceutique est la forme sous laquelle sont mis les principes actifs et les excipients (matières inactives) pour constituer un médicament.
- Gradient social (de santé) : corrélation entre la position occupée dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. Les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont généralement en meilleure santé que les personnes de milieux moins favorisés.
- Hésitation vaccinale : elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'acceptation tardive ou le refus de vaccins* malgré l'offre de services de vaccination.
- Hexavalent (vaccin) : vaccin* qui comporte six valences*.
- Iatrogénie (ou iatrogénèse) : ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé.
- Immunisation : processus par lequel un sujet acquiert une immunité* spécifique à l'égard d'un antigène. L'immunisation est dite active quand elle résulte de l'action sur le système immunitaire* d'un sujet receveur d'un antigène* (vaccin*, antigène provenant d'un agent infectieux, antigène inerte) introduit dans l'organisme ou produit par lui.
- Immunité : protection naturelle ou acquise de l'organisme contre des microbes comme les virus* ou les bactéries.

- Immunocompétence : capacité de cellules ou d'individus à présenter une réaction immunologique en réponse à un antigène*.
- Immunodépression : congénitale ou acquise, l'immunodépression est la réduction des réactions immunitaires d'un organisme contre un antigène*. Les personnes immunodéprimées ont un risque accru d'infections graves avec une morbidité et une mortalité plus importantes.
- Immunogénicité : capacité d'un antigène* à provoquer une réponse immunitaire.
- Immunoprophylaxie : prévention des maladies infectieuses qui stimule le système immunitaire pour créer une réponse protectrice contre des agents pathogènes spécifiques, par des vaccins ou des anticorps prêts à l'emploi.
- Immunosénescence : changement dégénératif qui se produit dans le système immunitaire* à mesure que le sujet vieillit. Il peut avoir pour effet une diminution de la fonction immunitaire, ce qui rend les personnes âgées plus susceptibles de contracter des infections ou de développer des formes graves de celles-ci. Il entraîne aussi une réponse réduite aux vaccins : la réponse immunitaire post-vaccinale moins robuste nécessite parfois des doses plus élevées ou des rappels supplémentaires pour obtenir une protection adéquate.
- Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie observés sur une période donnée (voir taux d'incidence*).
- Indice de position sociale (IPS) : selon la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'éducation nationale, cet indice – créé en 2016 – résume les conditions socio-économiques et culturelles des familles des élèves accueillis dans un établissement scolaire. Il permet de rendre compte des disparités sociales existantes entre ces établissements et au sein de ces derniers (par le biais d'écarts-types).
- Infection autochtone : voir cas autochtone*.
- Liste en sus : liste de spécialités pharmaceutiques, délivrées à l'hôpital, prises en charge par l'assurance maladie en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque les indications thérapeutiques présentent un caractère innovant. Cette liste, fixée par arrêté interministériel, précise les indications concernées.
- Morbidité : poids d'une maladie dans la population, souvent mesuré par sa prévalence*, à laquelle peuvent être ajoutées des données sur sa gravité (séquelles, décès).
- Mortalité : nombre de décès dus à une pathologie dans un lieu et une période de temps donnés. Le taux de mortalité correspond à la division de ce nombre par la population concernée.
- Névralgie post-zostérienne : douleur cutanée chronique du territoire de distribution d'un nerf infecté par le virus du zona.
- Obligation vaccinale : un vaccin* obligatoire est une vaccination imposée par la loi et réglementée par les autorités sanitaires. En vertu de cette obligation, certaines catégories de la population, en particulier les enfants d'âge scolaire ou les professionnels de santé, se font vacciner contre des maladies spécifiques.
- Pentavalent (vaccin) : vaccin* qui comporte cinq valences*.
- Prévalence : nombre de cas d'une maladie présents dans la population d'un territoire donné à un instant donné. Le taux de prévalence rapporte ce nombre à la population concernée.

- Prévention primaire : elle vise à diminuer l'incidence* d'une maladie dans une population. La prévention primaire consiste en des actions visant à diminuer les causes et les facteurs de risque dans l'ensemble d'une population, sans que soit pris en compte le statut d'exposition au risque.
- R_0 ou nombre de reproduction de base ou ratio zéro : en épidémiologie, nombre moyen attendu de cas directement engendrés par un cas dans une population où tous les individus sont sensibles à l'infection. Ce nombre dépend des caractéristiques propres à l'agent pathogène et à la maladie qu'il induit (modes de transmission, survie dans le milieu extérieur, contagiosité). Il dépend aussi des caractéristiques sociodémographiques de la population.
- Rappel (vaccinal) : il consiste à renouveler l'administration d'un vaccin* afin de maintenir un bon niveau de protection.
- Ratio différentiel coût-résultat (RDCR) : indicateur qui permet d'évaluer l'efficacité d'un médicament par rapport à un autre. Ce ratio permet de comparer les coûts de deux stratégies thérapeutiques et leur efficacité. Le RDCR est majoritairement exprimé en coût par année de vie gagnée en pleine santé.
- Rattrapage vaccinal : vaccinations pratiquées pour se mettre en conformité avec le calendrier vaccinal*.
- Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : créée en 2011, cette rémunération était censée contribuer à faire évoluer les pratiques des médecins libéraux pour atteindre des objectifs de santé définis par la convention médicale nationale. Elle fonctionne selon un système de points liés à de nombreux indicateurs. En 2024, la ROSP du médecin traitant de l'adulte a atteint une somme moyenne de 5 361 €. La convention médicale de juin 2024 a mis fin à la ROSP et au forfait « patientèle-médecin traitant » qui ont été remplacés par le forfait « médecin traitant » depuis le 1^{er} janvier 2026.
- Schéma complet : ensemble des doses d'un vaccin administrées selon un calendrier précis permettant d'induire une réponse immunitaire optimale et protectrice conforme aux données scientifiques établies. Selon les vaccins, il comporte une ou plusieurs doses et des intervalles de temps variables entre l'administration des doses lorsque des rappels sont nécessaires.
- Sérotype : ensemble des caractéristiques de certains micro-organismes comme les virus* permettant de différencier des souches appartenant à une même espèce.
- Service médical rendu (SMR) : apprécié par la HAS, il s'agit d'un critère qui prend en compte la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué et des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée. Il tient compte de l'efficacité et des effets indésirables du médicament, de sa place dans la stratégie thérapeutique, de l'existence d'alternatives thérapeutiques et de son intérêt pour la santé publique. Il peut être majeur ou important, modéré ou faible mais justifiant néanmoins le remboursement, ou insuffisant pour justifier une prise en charge par l'assurance maladie. Il est pris en compte par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie pour la fixation du taux de remboursement.

- Système immunitaire : il a pour fonction de détruire les cellules anormales de l'organisme par l'intermédiaire de certains globules blancs (lymphocytes). Pour cela, il doit reconnaître les cellules anormales, comme les virus*, afin de les éliminer.
- Système national des données de santé (SNDS) : il s'agit d'un entrepôt de données médico-administratives pseudonymisées couvrant l'ensemble de la population française et contenant l'ensemble des soins présentés au remboursement. Créé en 2016 dans la continuité d'un entrepôt précédent, géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie, il permet notamment de chaîner* les données de l'assurance maladie (système national d'information interrégimes de l'assurance maladie - SNIIRAM), les données des hôpitaux (base PMSI), les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'INSERM), les données relatives au handicap (données de la CNSA), ainsi que d'autres données.
- Taux d'incidence : en épidémiologie, ce taux rapporte le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée – population incidente – à la population dont sont issus les cas – population cible. Il est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie. Ce taux s'exprime généralement en nombre de cas pour 100 000 personnes, par année, afin de permettre des comparaisons entre les populations et dans le temps.
- Unité commune de dispensation (UCD) : un code UCD est attribué, pour chaque spécialité pharmaceutique, à la plus petite unité dispensée pour un traitement.
- Utilisation en vie réelle : voir Données de vie réelle*.
- Vaccin : composé d'une ou de plusieurs substances actives d'origine biologique appelées « antigènes* vaccinaux », issus de bactéries ou de virus* capables de stimuler la production d'anticorps* par le système immunitaire humain*, le vaccin protège contre une maladie virale ou bactérienne. La variole, responsable de 300 à 500 millions de morts au XX^e siècle, a été éradiquée de la planète en 1980 grâce à la vaccination. Les vaccins, médicaments à visée préventive, sont administrés le plus fréquemment à des sujets sains, souvent dès les premiers mois de la vie, puis avec des rappels réguliers en fonction des schémas vaccinaux. Dans un objectif de santé publique de lutte efficace contre certaines maladies infectieuses, la vaccination doit être la plus large possible au sein de la population.
- Valence : une valence est la partie d'un vaccin* correspondant à la protection contre un germe unique. Un vaccin multivalent peut protéger contre plusieurs germes occasionnant une même maladie (comme le vaccin 13 – valent contre le pneumocoque) ou contre différentes maladies (comme le vaccin rougeole-oreillons-rubéole, dit ROR).
- Vie réelle : voir Données de vie réelle*.
- Virus : micro-organisme infectieux composé de matériel génétique appelé acide nucléique (acide désoxyribonucléique – ADN – ou acide ribonucléique – ARN), entouré d'une membrane protéique. Son développement nécessite une cellule vivante dans laquelle il se multiplie. Une infection virale peut entraîner divers symptômes, allant jusqu'à une maladie sévère.

Annexes

Annexe n° 1 : liste des membres du comité d'accompagnement	120
Annexe n° 2 : principaux acteurs de la politique de vaccination en France	121
Annexe n° 3 : compétences vaccinales des professionnels de santé (hors médecins) pour les vaccins du calendrier vaccinal	132
Annexe n° 4 : principales données financières	133
Annexe n° 5 : principaux vaccins par tranche d'âge et par catégorie de population	136
Annexe n° 6 : évolution des taux de couverture vaccinale du nourrisson	137
Annexe n° 7 : épidémiologie des maladies à couverture vaccinale	140
Annexe n° 8 : mise en œuvre des campagnes de vaccination contre les papillomavirus humains dans les collèges d'Île-de-France, d'Occitanie, de Normandie et de Martinique	143

Annexe n° 1 : liste des membres du comité d'accompagnement

- M. Benoît Dervaux, économiste de la santé, responsable d'unité, centre hospitalier universitaire de Lille
- P^r Clémentine Garrouste, économiste de la santé, Université Paris-Dauphine-PSL
- M. Jeremy Ward, sociologue, chargé de recherches à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
- P^r Nathalie Thilly, professeure des universités - praticienne hospitalière, épidémiologie et santé publique, département « recherche et innovation », centre hospitalier universitaire de Nancy, université de Lorraine
- M^{me} Yvanie Caillé, fondatrice de l'association Renaloo et membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
- P^r Robert Cohen, pédiatre, président du conseil national professionnel de pédiatrie
- D^r Annabelle Leroy-Derome, médecin de la protection maternelle et infantile, Départements de France
- P^r Serge Gilberg, médecin généraliste, Collège de la médecine générale, professeur émérite au département de médecine générale de l'Université Paris Cité
- P^r Paul Loubet, infectiologue, chef de service, CHU de Nîmes, membre du conseil national professionnel infirmier maladies infectieuses et tropicales
- D^r Claudine Gard, pharmacienne praticien hospitalier, présidente du conseil national professionnel pharmacie
- M. Thierry Amouroux, vice-président du conseil national professionnel infirmier
- M. Julien Simon, maïeuticien, collège national des sages-femmes

Annexe n° 2 : principaux acteurs de la politique de vaccination en France

Le ministère chargé de la santé et les agences régionales de santé

La direction générale de la santé (DGS)

En application de l'article D. 1421-1 du code de la sécurité publique, cette direction propose les objectifs et les priorités de la politique de santé publique en veillant, notamment, à la prévention des risques, à l'amélioration de l'état de santé général de la population, à l'égal accès au système de santé ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de ce dernier. Elle élabore des plans de santé publique et des programmes nationaux de santé, et veille à leur mise en œuvre. Elle élabore la politique de prévention et de gestion du risque infectieux, et en particulier la politique vaccinale, ainsi que la politique de prévention des risques iatrogènes* non infectieux. Elle participe aussi au Conseil national de pilotage des agences régionales de santé et assure le suivi de l'action de ces agences. Elle exerce la tutelle des autres établissements publics et organismes exerçant leur activité dans les domaines de la santé publique et de la sécurité sanitaire, et prépare les contrats passés avec ces établissements (comme l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).

La direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Cette direction, comme le prévoit l'article D. 1421-2 du code de la santé publique, assure en particulier « *l'égal accès aux soins ainsi que la qualité et la sécurité des soins en veillant à réduire les inégalités territoriales.* » Elle est aussi chargée de la « *réglementation relative aux pharmacies* » et des « *questions relatives à la déontologie, aux règles d'organisation et d'exercice et à la démographie des professions de santé.* »

Elle est aussi responsable du « *pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins* », qu'ils exercent en cabinet ou en structure de soins, à titre libéral ou salarié. Elle concourt à l'élaboration, au contrôle et à l'évaluation des règles et des procédures garantissant la qualité et la sécurité des soins et leur efficacité médico-économique.

Enfin, elle définit des « *normes et des règles de gestion de l'information médicale et médico-économique* », dans le but de développer une « *utilisation efficiente des systèmes d'information par les professionnels et les établissements de santé* ».

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Cette direction s'assure que la politique vaccinale est adaptée aux personnes dont elle a la charge, à savoir les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, notamment celles qui résident dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. La DGCS, la DGS et la DGOS sont ainsi co-autrices de de l'instruction relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière²⁹⁵.

²⁹⁵ Instruction n° DGS/SP1/VSS/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2019/185 du 7 août 2019 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière.

La direction de la sécurité sociale (DSS)

Cette direction est étroitement associée à la définition de la politique vaccinale par la DGS, sous l'angle de son financement (prise en charge des vaccins par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, financement des actions d'aller-vers) dans le cadre de la politique conventionnelle. Comme la DGS et la CNAM, elle participe à la négociation du prix des vaccins au sein du CEPS, en lien avec les recommandations formulées par la HAS.

La délégation au numérique en santé (DNS)

Cette direction est chargée de définir et de mettre en œuvre la stratégie du numérique en santé au sein des ministères chargés des solidarités et de la santé. Elle est notamment chargée de proposer, de mettre en œuvre et de suivre la feuille de route pluriannuelle du numérique en santé, ainsi que d'animer la gouvernance nationale du numérique en santé associant les services de l'État, les opérateurs publics, l'assurance maladie et les acteurs du système de santé.

Dans le cadre de la politique vaccinale, la DNS intervient principalement au titre de ces missions transversales. Elle contribue à la conception et à l'évolution des infrastructures numériques permettant la traçabilité des vaccinations, la circulation sécurisée de l'information vaccinale et l'exploitation des données nécessaires au pilotage de la politique de santé publique.

Son action s'inscrit notamment dans le cadre du Ségur du numérique en santé, qui vise à renforcer l'interopérabilité des logiciels de santé, à généraliser l'alimentation des services socles du numérique en santé (notamment « Mon espace santé ») et à améliorer la qualité et la disponibilité des données de santé. Ces dispositifs permettent notamment la remontée automatisée d'informations vaccinales depuis les logiciels des professionnels de santé vers les systèmes nationaux de suivi et de surveillance sanitaire.

La DNS contribue également, en lien avec les directions métier du ministère et les opérateurs compétents, à la mise en place des outils numériques mobilisés en situation de crise sanitaire, pour la collecte et la consolidation des données, permettant aux métiers l'analyse rapide des informations nécessaires au pilotage des campagnes vaccinales et à l'adaptation de la réponse sanitaire.

Le secrétariat général des ministères sociaux et le pilotage des agences régionales de santé (SGMAS)

En cas d'absence des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, le SGMAS préside le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS²⁹⁶. Au titre du pilotage de ces agences, il veille à la cohérence de la mise en œuvre territoriale des politiques publiques sanitaires et sociales. Il formule des recommandations afin que la répartition entre les agences des financements qui leur sont attribués soit cohérente avec les politiques qu'elles ont à mettre en œuvre, notamment avec l'objectif de réduction des inégalités de santé²⁹⁷. Le CNP examine le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avant sa signature avec chaque agence ; il en suit l'exécution et évalue le résultat de l'action des agences. Enfin, le SGMAS conduit une action spécifique d'appui, de conseil et d'expertise au bénéfice des ARS, principalement celles situées dans les outre-mer, dans l'exercice de leurs missions²⁹⁸.

²⁹⁶ Code de la santé publique, art. D. 1433-1.

²⁹⁷ Code de la santé publique, art. D. 1433-3.

²⁹⁸ Article 2 du décret n° 2013-727 du 12 août 2013 portant création, organisation et attributions d'un secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Les agences régionales de santé (ARS)

Dans son ressort territorial, chaque ARS veille à la mise en œuvre de la politique de santé définie à l'échelle nationale, en s'appuyant en particulier sur son projet régional de santé. Celui-ci définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé, les objectifs pluriannuels de l'agence, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il tient compte notamment des contrats locaux de santé existant sur le territoire régional²⁹⁹.

Pour rappel, le projet régional de santé est constitué :

1° d'un cadre d'orientation stratégique (COS), qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

2° d'un schéma régional de santé (SRS), qui est établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, y compris en matière de prévention et de promotion de la santé, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ;

3° d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)³⁰⁰.

En pratique, les ARS intègrent des objectifs et initiatives en matière de vaccination de la population située sur leur territoire. Au titre des inégalités en santé, la population des personnes placées sous main de justice est mentionnée par cinq ARS dans leurs PRAPS ou leurs SRS (Normandie, Centre-Val de Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Corse et Nouvelle-Aquitaine), y compris sous l'angle de la sortie de prison (Corse). Pour leur part, la vaccination des migrants est évoquée, le plus souvent sous forme d'actions, par les PRS d'Auvergne-Rhône-Alpes, de Bourgogne-Franche-Comté, de Auvergne-Rhône-Alpes, de Corse, de Grand Est, d'Île-de-France et de Normandie.

Enfin, les ARS financent par le fonds d'intervention régional (FIR) des actions en faveur de populations spécifiques, sous forme d'expérimentations ponctuelles ou de campagnes récurrentes (comme la semaine européenne de la vaccination, par exemple).

Santé publique France

L'Agence nationale de santé publique, plus connue sous le nom de Santé publique France (SPF), joue un rôle important en matière de politique vaccinale. Cette dernière renvoie à plusieurs missions légales de cet organisme : l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ; la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ; le développement de la prévention et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires. En outre, la gestion administrative, financière et logistique, pour le compte de l'État, de la réserve sanitaire et de stocks de produits nécessaires à la protection des populations face aux menaces sanitaires graves³⁰¹ participe aussi de la politique vaccinale. Les membres de la réserve sanitaire sont mobilisés au titre de campagnes de vaccination, outre-mer (en particulier à Mayotte) et, plus rarement en métropole³⁰², voire exceptionnellement au siège de SPF³⁰³.

²⁹⁹ Code de la santé publique, art. L. 1434-1.

³⁰⁰ Code de la santé publique, art. L. 1434-2.

³⁰¹ À ce titre, l'établissement pharmaceutique de SPF stocke des vaccins (en particulier contre la covid 19 pendant la crise sanitaire et contre la maladie à virus Ébola).

³⁰² Voir à titre d'exemples la mobilisation de la réserve sanitaire dans le Rhône en 2016 et dans les bassins de vie de Dijon et Genlis en 2018 dans le cadre d'une campagne de vaccination pour des 17-24 ans liée à une surincidence d'infections invasives à méningocoque W.

³⁰³ Mobilisation ponctuelle de quatre réservistes en 2022 pour faire face à l'augmentation du nombre de cas d'infections autochtones à mpox sur le territoire national (arrêté du 26 juillet 2022).

La première mission réglementaire de SPF consiste à identifier, rassembler, analyser, actualiser et diffuser les informations, données et connaissances sur l'état de santé des populations et sur les risques sanitaires les menaçant, leurs causes et leurs évolutions³⁰⁴. Elle est par ailleurs chargée de contribuer à l'information, à la formation et à la diffusion d'une documentation scientifique et technique, et au débat public. Elle soutient ou réalise des formations, des études, des recherches et des évaluations en relation avec ses missions, ou participe à de telles actions.

Au titre de ces missions, l'agence publie régulièrement des données sur la couverture vaccinale. Par ailleurs, le contrat d'objectifs et de performance de l'agence pour la période 2018-2022 prévoyait que SPF « *priorise et engage, à partir de ces constats partagés et des orientations définies par la Stratégie nationale de santé et les plans de santé publique, des actions de prévention et de promotion de la santé élargies aux principaux déterminants de santé et facteurs de risque, et concernant notamment [...] l'amélioration de la vaccination* ».

La direction de la prévention et de la promotion en santé de l'agence pilote les programmes annuels de travail en la matière. Selon les années et sans exhaustivité, les objectifs ont été les suivants :

- évaluer la politique vaccinale, en surveillant la couverture vaccinale et l'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale et participer à leur expertise (2017) ;
- favoriser l'adhésion des professionnels de santé et du grand public à la vaccination et renforcer la confiance des professionnels de santé et du grand public dans la vaccination (2017) ;
- produire les connaissances et les avis utiles à l'action publique et maintenir un haut niveau d'expertise dans le champ de la vaccination (2018) ;
- concevoir, déployer/mettre en œuvre des actions de communication et d'information, évaluer les interventions ; et accompagner la mise en place des nouvelles orientations de la politique vaccinale et la mise en œuvre de l'obligation vaccinale (2018) ;
- organiser une communication grand public sur la vaccination sur le thème « La meilleure protection, c'est la vaccination » (2019) ;
- produire des données sur la perception et les pratiques de vaccination, la couverture vaccinale et leurs déterminants ainsi que sur l'incidence des maladies à prévention vaccinale (2019) ;
- réaliser une enquête sur la couverture vaccinale des professionnels de santé (2019) ;
- produire des indicateurs de couverture vaccinale au niveau régional, départemental et territorial, et mesurer l'adhésion des Français à la vaccination (2020) ;
- contribuer à la stratégie vaccinale, acquérir et distribuer des vaccins, et mener une campagne d'adhésion (2021) ;
- dans le cadre de la lutte contre la covid 19, mettre en place des outils pour assurer le suivi de la couverture vaccinale, évaluer l'effet de la vaccination sur la dynamique et le fardeau de la maladie et son efficacité sur le terrain, et contribuer à la définition des stratégies vaccinales (2021-2022) ;

³⁰⁴ Code de la santé publique, art. R. 1413-1.

- suivre les échecs vaccinaux et étudier l'efficacité de la vaccination grâce à l'appariement de bases de données spécifiques (outil de suivi de la vaccination covid par exemple) et l'analyse du SNDS (2022) ;
- développer des approches spécifiques auprès des populations vulnérables non couvertes par les systèmes de surveillance, en particulier en mobilisant les connaissances autour des stratégies de vaccination auprès de populations en situation de grande précarité en France, et en mesurant la couverture vaccinale chez les gens du voyage (2022) ;
- surveillance, études et expertise pour les maladies à prévention vaccinale et évaluation des couvertures vaccinales (2022-2025).

Pour l'exercice de ses missions de surveillance des maladies infectieuses, SPF s'appuie sur un réseau de 43 centres nationaux de référence (CNR), désignés pour cinq ans par le ministère chargé de la santé. Selon un arrêté ministériel du 2 mars 2022, les CNR ont une mission d'expertise (notamment d'identification et de caractérisation des souches pathogènes, de conservation des échantillons biologiques collectés, de développement ou de validation des tests de diagnostic), de conseil aux autorités sanitaires et aux professionnels de santé, de contribution à la surveillance épidémiologique et de signalement en cas de modification de l'épidémiologie des souches surveillées ou d'émergence d'une nouvelle souche. Il existe un CNR pour chacune des maladies infectieuses à protection vaccinale.

La Haute Autorité de santé (HAS)

La HAS est un acteur majeur de la politique vaccinale. En son sein, trois commissions sont sollicitées : la commission technique des vaccinations, la commission de la transparence et, dans certains cas, la commission d'évaluation économique et de santé publique.

Elle rend des avis avant la prise de décision du ministre chargé de la santé sur les recommandations nécessaires et sur le calendrier des vaccinations³⁰⁵. Elle est chargée de *« participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d'urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d'études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l'absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d'études médico-économiques »*³⁰⁶.

La commission technique des vaccinations (CTV) est une commission spécialisée, créée en mars 2017³⁰⁷, chargée de préparer les délibérations du collège de la HAS relatives aux vaccinations. Elle a repris les missions confiées précédemment au comité technique des vaccinations du HCSP. Elle est composée d'experts et de représentants d'usagers. La CTV prépare les délibérations relatives aux recommandations vaccinales (y compris dans les contextes d'urgence sanitaire), au calendrier vaccinal arrêté par le ministre chargé de la santé et aux mentions minimales obligatoires des campagnes publicitaires.

³⁰⁵ Code de la santé publique, art. L. 3111-1.

³⁰⁶ Code de la santé publique, art. L. 161-37.

³⁰⁷ Création en application des nouvelles missions confiées à la HAS par l'article 4 de la loi n° 2017-220 du 23 février 2017.

L'accès d'un vaccin au remboursement dépend de l'évaluation par la commission de la transparence (CT) de la HAS du service médical rendu (SMR) et de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) qu'il apporte.

La Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la HAS a été créée afin d'établir et de diffuser des recommandations et avis économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, d'évaluer l'effet sur les dépenses de l'assurance maladie et de rendre des avis économiques sur les actes, produits et prestations de santé. Elle contribue à ce que l'efficacité et les coûts des options retenues (coût d'opportunité) soient pris en compte par les décideurs publics et les professionnels de santé. L'article R. 161-71-3 du code de la sécurité sociale prévoit les cas dans lesquels une évaluation médico-économique des produits de santé est requise et doit être soumise à cette commission.

Le comité économique des produits de santé

Comme pour tout produit de santé admis au remboursement, les prix des vaccins sont négociés entre le Comité économique des produits de santé et les exploitants. Le CEPS est une instance interministérielle, composée de représentants de la direction de la sécurité sociale, de la direction générale de la santé, des caisses d'assurance maladie obligatoire, des assurances complémentaires, de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et de la direction générale des entreprises.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

Il joue un rôle de conseil dans le champ de la vaccination en application de ses missions légales³⁰⁸. Il publie des avis et des notes pour orienter les décisions des pouvoirs publics. Son rôle est néanmoins en retrait depuis que son comité technique des vaccinations a été rattaché à la HAS (commission technique des vaccinations). Il demeure toutefois compétent en matière de recommandations vaccinales pour les voyageurs, dont les vaccinations ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie.

Les caisses d'assurance maladie et les assurances complémentaires de santé

La Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

La CNAM, au-delà de son rôle financier et, donc, des données consolidées dont elle dispose sur les dépenses engagées au titre de la vaccination par l'assurance-maladie, joue un rôle central dans la conduite des négociations avec les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé dans le champ de la vaccination, par exemple à l'occasion de l'extension des compétences vaccinales aux professionnels non médicaux ou la négociation des conventions des médecins et des sages-femmes, qui fixent notamment des objectifs de couverture vaccinale en contrepartie d'une rémunération additionnelle.

³⁰⁸ L'article L. 1411-4 du code de la santé publique prévoit que le HCSP contribue à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé, qu'il fournisse aux pouvoirs publics l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire, qu'il élabore des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique et qu'il contribue à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale.

Via son réseau de caisses primaires, la CNAM met en œuvre ou finance des projets locaux pour mettre en œuvre la politique vaccinale à l'échelon local. Elle finance aussi certaines campagnes de vaccination (grippe, HPV, etc.).

Enfin, une action encore en projet devrait concerner, à l'horizon 2026, la mise en place d'un tableau de bord pour les professionnels libéraux indiquant, pour chaque patient, s'il est à jour de certaines vaccinations (grippe, covid 19, ROR, méningocoque, HPV) afin de procéder aux rattrapages nécessaires.

La Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)

La CCMSA exerce des missions analogues à celles de la CNAM vis-à-vis des personnes salariées et non salariées des professions agricoles. Dans le cadre de sa stratégie d'aller-vers et de ramener-vers spécifique auprès des personnes les plus fragiles, la MSA a déployé un dispositif d'entretiens motivationnels consacrés à la vaccination antigrippale mené par des infirmiers. L'évaluation de la campagne 2023-2024 montre que le dispositif a permis un gain de quatre points de taux de couverture vaccinale.

Par ailleurs, la MSA assure la vérification du statut vaccinal des assurés lors des entretiens motivationnels de ses bilans de santé (« Instants santé »). En 2022, près de 40 % des participants étaient en situation de rattrapage vaccinal.

L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)

Créée en 2005, l'UNOCAM rassemble sous une même bannière les différentes familles d'assurances complémentaires de santé. Par sa composition, l'UNOCAM représente tous les organismes complémentaires en santé dans la diversité de leur gouvernance, de leur modèle économique et de leurs métiers que sont les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Elle est l'un des interlocuteurs des pouvoirs publics sur l'assurance maladie et sur le financement de système de santé.

L'UNOCAM, qui rassemble les fédérations de complémentaires santé, est associée aux négociations tarifaires sur les vaccins au CEPS et participe aux négociations conventionnelles avec l'assurance maladie et les syndicats de professionnels de santé libéraux. Les organismes complémentaires santé participent au remboursement des vaccins et actes d'injection et conduisent des actions de sensibilisation auprès de publics spécifiques (comme en milieu professionnel ou au bénéfice des étudiants), relayant ainsi la politique vaccinale.

Les autres acteurs

Les services départementaux de la protection maternelle et infantile

Les services départementaux de la protection maternelle et infantile (PMI) assurent gratuitement (sans contribution financière des parents) un suivi des enfants de moins de six ans (consultations, bilan de santé) et des femmes enceintes, et proposent des actions de prévention, d'information et de soutien à la parentalité. Dans ce cadre, ils peuvent procéder à la vaccination du public qu'ils reçoivent. La protection maternelle et infantile est une compétence décentralisée, exercée par tous les départements depuis 1983.

L'activité des services de PMI est co-financée par l'assurance maladie, au travers du remboursement aux assurés sociaux des consultations des professionnels médicaux (médecins et sages-femmes) et, dans certains départements, de l'achat des vaccins (dans la limite de la part remboursée par la sécurité sociale).

L'effectif de médecins des services de protection maternelle et infantile décroît sensiblement depuis environ quinze ans, ce qui limite la portée des actions en matière de vaccination (pour les enfants de moins de six ans, seuls les médecins peuvent procéder à la vaccination) et fragilise leur modèle économique. Or, ces services sont un moyen important de lutte contre les inégalités sociales de santé, du fait de leur accessibilité géographique et financière.

Les services de prévention et de santé au travail

L'article L. 3111-1 du code de la santé publique précise que « *dans le cadre de leurs missions, les médecins du travail [...] participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale.* »

Les services de prévention et de santé au travail sont habilités à administrer les vaccins nécessaires à la protection des travailleurs. Parallèlement, des données collectives en matière de couverture vaccinale, voire des objectifs chiffrés, peuvent intégrer le programme de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail des entreprises prévu par l'article L. 4121-3-1 du code du travail.

Les services de santé universitaires

Au sein des universités, les services de médecine préventive et de promotion de la santé assurent le suivi vaccinal des étudiants³⁰⁹. Les services universitaires et interuniversitaires de santé des étudiants mettent en œuvre des actions de prévention et, à ce titre, sont chargés de prescrire et d'administrer les vaccins dans le respect du calendrier des vaccinations³¹⁰.

L'Agence nationale du développement professionnel continu

Compte tenu de son importance et du nombre élevé des priorités retenues au titre du développement professionnel continu des professionnels de santé, la vaccination figure structurellement parmi ces priorités. L'amélioration de la couverture vaccinale de la population générale était une orientation pluriannuelle générale et, pour les médecins spécialisés en pédiatrie, pour les années 2016 à 2019³¹¹. En infectiologie, une orientation concernait la prévention des maladies infectieuses (vaccinologie, médecine de voyage). Pour les sages-femmes, une orientation concernait la consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention par la sage-femme (dépistage des cancers et des infections sexuellement transmissibles, vaccination).

³⁰⁹ Article L. 831-1 du code de l'éducation.

³¹⁰ Article D. 714-21 du code de l'éducation.

³¹¹ Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018. La liste des orientations a été prorogée pour l'exercice 2019 par un arrêté du 20 décembre 2018.

La promotion de la vaccination était la troisième des 256 orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022³¹².

Enfin, la promotion de la vaccination et l'amélioration de la couverture vaccinale constituent la première des 205 orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2023 à 2025³¹³, notamment en raison de l'extension des compétences en matière de prescription de vaccins (cf. *supra*).

Avec la mise en place de la procédure de certification périodique des professionnels de santé, cet organisme devrait évoluer à court terme. Instituée par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et précisée par l'ordonnance du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé, la certification périodique vise à maintenir le niveau de compétence des professionnels de santé tout au long de leur carrière, en leur permettant « *d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences, renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles, améliorer la relation avec leurs patients [et] mieux prendre en compte leur santé personnelle* ».

L'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM)

Cette agence intervient dès la phase des essais cliniques des vaccins. Si l'autorisation de mise sur le marché (AMM) n'a pas été octroyée pour l'ensemble du territoire de l'Union européenne par la Commission européenne, après avis de l'Agence européenne des médicaments (EMA), l'ANSM peut accorder au niveau national une AMM du vaccin en fonction de l'évaluation des bénéfices et des risques. L'agence assure la libération des lots et contrôle la publicité auprès du public et des professionnels de santé. Enfin, elle est chargée de la surveillance de la sécurité d'emploi du vaccin à travers le suivi des éventuels effets indésirables observés.

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

L'ONIAM est un établissement public à caractère administratif de l'État, placé sous la tutelle du ministre de la santé, chargé de la réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire, en application de l'article L. 3111-9 du code de la santé publique. Cet article prévoit que, sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire est assurée par l'Office au titre de la solidarité nationale (régime de responsabilité sans faute).

Les centres de vaccination

Les centres de vaccination publics offrent une vaccination gratuite et de proximité pour les vaccins recommandés inscrits dans le calendrier des vaccinations. Ils sont aussi chargés de promouvoir la vaccination auprès des professionnels du champ sanitaire, médico-social et du grand public, notamment en nouant des partenariats.

³¹² Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022.

³¹³ Arrêté du 7 septembre 2022 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2023 à 2025.

À compter de 1983, les activités des centres de vaccination ont été portées par les services communaux d'hygiène et de santé des communes et par les départements. En application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les modalités de conventionnement ont été redéfinies : les centres de vaccination gérés par l'État sont habilités pour trois ans et financés par l'ARS de leur territoire³¹⁴. Ces centres sont, soit des établissements de santé, soit des centres de santé.

Certains départements ont toutefois conservé la compétence vaccinale : les centres gérés par les départements ont alors passé une convention avec l'ARS de leur territoire et sont considérés comme des centres de vaccination conventionnés (CVC).

En application de la LFSS pour 2015³¹⁵ et à compter de janvier 2016, de nouvelles mesures d'aide au financement des centres de vaccination ont été mises en œuvre. La CNAM prend en charge la part obligatoire des vaccins pour les assurés sociaux et leurs ayants-droits et l'acquisition éventuelle de vaccins ayant fait l'objet d'un marché public passé par elle-même.

Les centres de vaccination sont censés jouer un rôle essentiel en contribuant à réduire les inégalités sociales et territoriales grâce à l'offre de vaccination gratuite qu'ils proposent, à la mise en place de partenariats avec d'autres structures impliquées dans la politique vaccinale (comme les services de la protection maternelle et infantile) et à la mise en œuvre d'actions de terrain (dites « hors les murs ») bénéficiant aux populations vulnérables, souvent non intégrées dans les parcours de soins classiques et caractérisées par de faibles taux de vaccination.

Ils doivent soumettre, chaque année, un rapport d'activité et de performance (RAP) à l'ARS³¹⁶ et à la DGS. L'ensemble des RAP analysés par la DGS fait l'objet d'un rapport national, habituellement annuel, visant à rendre compte de l'offre vaccinale gratuite de ces centres de vaccination.

Les services communaux d'hygiène et de santé

Certains de ces services exercent des attributions en matière de vaccination ou de désinfection³¹⁷. À ce titre, les communes dont ils relèvent reçoivent la dotation générale de décentralisation correspondante.

Les centres de santé sexuelle

Au titre de leur mission de prévention, les centres de santé sexuelle, constitués dans les centres de PMI, réalisent les vaccinations prévues par le calendrier des vaccinations³¹⁸, en particulier contre l'hépatite B, les HPV et le mpox.

³¹⁴ Code de la santé publique, art. D. 3111-23.

³¹⁵ Art. 49 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

³¹⁶ Code de la santé publique, art. D. 3111-25. Une synthèse des rapports relatifs à la période 2009-2018 a été publiée par le ministère chargé de la santé.

³¹⁷ Code de la santé publique, art. L. 1422-1.

³¹⁸ Code de la santé publique, art. L. 2311-5.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les structures d'exercice coordonné des soins

Certaines CPTS³¹⁹, comme celles de Provence santé ou du Sud-Toulousain, ont organisé la campagne de vaccination contre les HPV dans les collèges de leur territoire. D'autres, comme celle du bassin d'acquois, ont organisé des campagnes spécifiques de vaccination HPV hors collèges. Ces initiatives s'inscrivent dans la mission socle « *Mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention* » de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) de ces communautés du 20 juin 2019 qui prévoit la « *promotion auprès des patients de la vaccination* » parmi les actions susceptibles d'être valorisées financièrement.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont des structures d'exercice coordonné des soins. Personnes morales constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens³²⁰, elles peuvent réaliser des actions dans le champ de la vaccination. L'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles de 2017 prévoit dans son annexe 2 des actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale (première des huit missions de santé publique listées).

³¹⁹ Prévues par la loi en 2016 (article 65 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; code de la santé publique, art. L. 1434-12 et L. 1434-13), les CPTS émanent d'initiatives de professionnels de santé et visent à organiser la réponse à un besoin de santé sur un territoire, selon une approche populationnelle (les professionnels de santé s'engagent dans une réponse qui implique de prendre en charge des patients distincts de leur patientèle habituelle).

³²⁰ Code de la santé publique, art. L. 6323-3. Les MSP assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre d'un projet de santé.

Annexe n° 3 : compétences vaccinales des professionnels de santé (hors médecins) pour les vaccins du calendrier vaccinal

Professionnels	Pharmaciens y compris exerçant en laboratoire de biologie médicale (LBM) ou en pharmacie à usage intérieur (PUI)				Infirmiers y compris exerçant en LBM ou PUI			
	Moins de 11 ans		11 ans et plus		Moins de 11 ans		11 ans et plus	
Compétences	Prescrire	Administrer	Prescrire	Administrer	Prescrire	Administrer	Prescrire	Administrer
Bronchiolite / VRS	Sans objet		Oui ¹	Oui ¹	Sans objet		Oui ¹	Oui ¹
Coqueluche	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui ³	Oui	Oui
Covid 19	Oui ²	Oui ²	Oui	Oui	Oui ²	Oui ²	Oui	Oui
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui ³	Oui	Oui
Grippe saisonnière	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui ³	Oui	Oui
Infections invasives à <i>Haemophilus influenza B</i>	Non	Non	Sans objet		Non	Oui ³	Sans objet	
Hépatite B	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui ³	Oui	Oui
Infections invasives à méningocoques	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui ³	Oui	Oui
HPV	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui ³	Oui	Oui
Infections invasives à pneumocoques	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui ³	Oui	Oui
Rotavirus	Non	Non	Sans objet		Non	Oui ³	Sans objet	
Rougeole, oreillons, rubéole	Non	Non	Oui, sauf personnes immuno- déprimées	Oui, en lien avec le médecin pour les personnes immuno- déprimées	Non	Oui ³	Oui, sauf personnes immuno- déprimées	Oui, en lien avec le médecin pour les personnes immuno- déprimées
Zona	Sans objet		Oui	Oui	Sans objet		Oui	Oui

Commentaire : Les médecins peuvent prescrire et administrer tous les vaccins. Les sages-femmes peuvent prescrire et administrer tous les vaccins, à l'exception des vaccins ROR et rotavirus pour les enfants immunodéprimés de moins de 11 ans.

1. aux femmes enceintes immunocompétentes entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée durant la période épidémique.

2. à toute personne de plus de 5 ans, ciblée ou non par les recommandations.

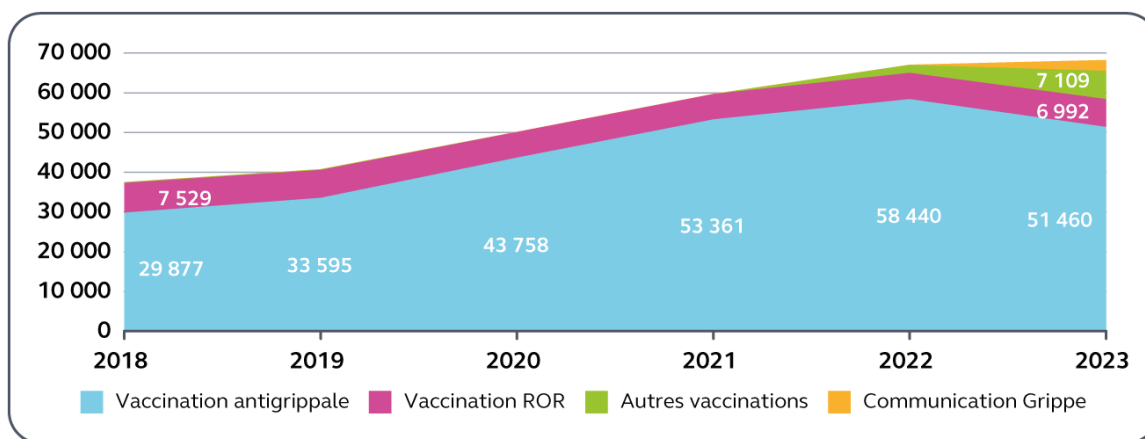
3. sur prescription de l'acte d'injection par un médecin.

Source : site internet vaccination-info-service.fr (SPF)

Annexe n° 4 : principales données financières

Les crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) consacrés à la vaccination ont connu une hausse de 82 % entre 2018 et 2023, passant de 37,5 M€ en 2018 à 68,2 M€. Parmi ceux-ci, les crédits consacrés à la vaccination contre la grippe ont augmenté de 72 % ; ils représentaient 80 % de l'ensemble des crédits du FNPEIS consacrés à la vaccination en 2018 et 75 % en 2023 (cf. graphique n° 22). Depuis 2024, le ticket modérateur de la vaccination contre la grippe est financé directement par l'assurance maladie obligatoire et non plus par le FNPEIS.

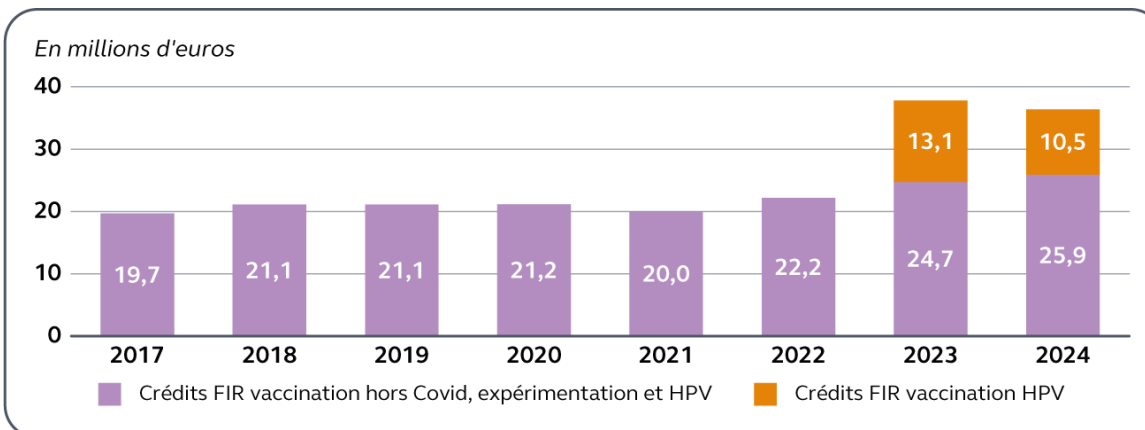
Graphique n° 22 : crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire consommés au titre de la vaccination, 2018-2023, en milliers d'euros



Source : Cour des comptes, d'après les données de la DSS

Par ailleurs, hors expérimentations, vaccination contre la covid 19 et contre les HPV, les crédits de paiement du FIR attribués à des actions de vaccination ont augmenté de 32 % entre 2017 et 2024, passant de 19,7 M€ à 25,9 M€ (cf. graphique n° 23).

Graphique n° 23 : crédits de paiement du fonds d'intervention régional consacrés à la vaccination (2017-2024)



Source : Cour des comptes, d'après les données du SGMAS

Les crédits du FIR consacrés à la vaccination contre les HPV dans les collèges ont diminué de 20 % entre 2023 et 2024, passant de 13,07 M€ à 10,47 M€ (cf. tableau n° 6), selon une répartition géographique qui reflète mal la répartition régionale des élèves scolarisés en classes de cinquième.

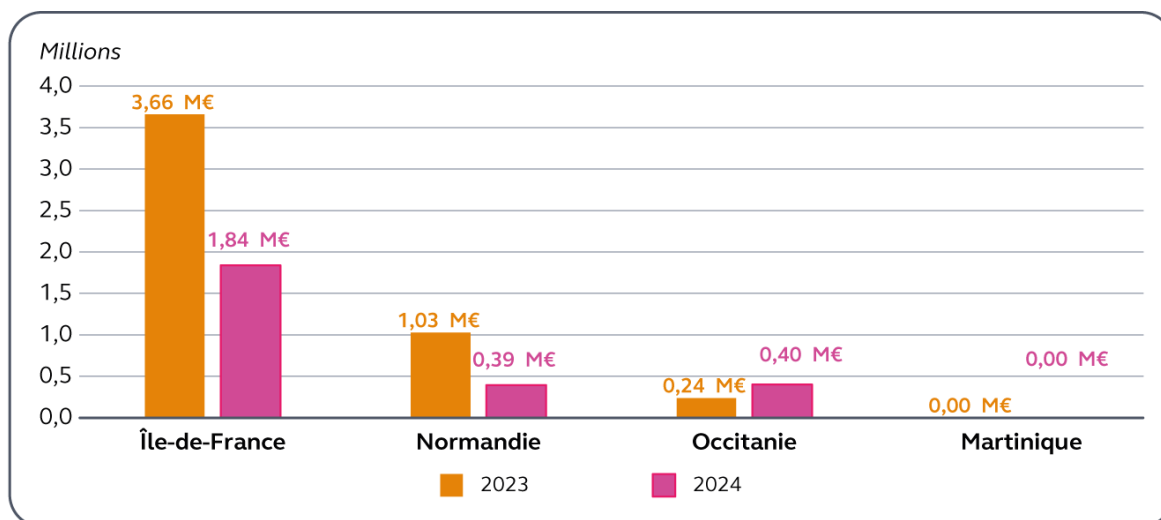
Tableau n° 6 : répartition régionale des crédits du fonds d'intervention régional consacrés à la vaccination contre les HPV dans les collèges (2023-2024)

En euros	2023	2024	2024/2023
Auvergne-Rhône-Alpes	968 139	433 946	- 55 %
Bourgogne-Franche-Comté	529 015	87 500	- 83 %
Bretagne	413 871	699 822	69 %
Centre-Val de Loire	94 230	446 590	374 %
Corse	81 400	81 400	0 %
Grand Est	1 566 329	743 932	- 53 %
Guadeloupe	17 988	174 454	870 %
Guyane	176 880	2 340	- 99 %
Hauts-de-France	0	33 359	
Île-de-France	3 658 343	1 839 366	- 50 %
Martinique	0	0	
Mayotte	0	0	
Normandie	1 026 284	391 845	- 62 %
Nouvelle-Aquitaine	3 248 155	3 181 559	- 2 %
Occitanie	237 666	400 579	69 %
Pays de la Loire	605 854	615 536	2 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	357 023	640 886	80 %
La Réunion	89 000	699 491	686 %
Total crédits FIR vaccination HPV	13 070 178	10 472 606	- 20 %

Source : Cour des comptes, d'après les données du SGMAS

Dans les régions où des investigations approfondies ont été envisagées dans ce domaine, les crédits du FIR consacrés à la vaccination contre les HPV ont évolué ainsi qu'il suit (cf. graphique n° 24).

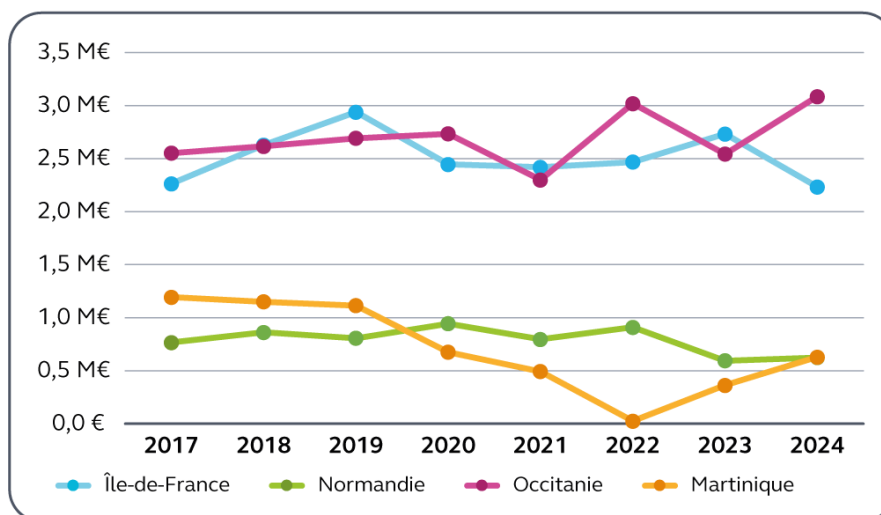
Graphique n° 24 : crédits du fonds d'intervention régional consacrés à la vaccination contre les HPV dans les collèges des quatre régions ou collectivité de l'échantillon (2023-2024)



Source : Cour des comptes, d'après les données du SGMAS

Plus largement, l'ensemble des crédits du FIR consacrés à la vaccination dans ces quatre régions ou collectivité a évolué ainsi qu'il suit entre 2017 et 2024 (cf. graphique n° 25).

Graphique n° 25 : montants totaux des crédits du fonds d'intervention régional consacrés à la vaccination dans les quatre régions de l'échantillon (2017-2024)



Source : Cour des comptes, d'après les données du SGMAS

Annexe n° 5 : principaux vaccins par tranche d'âge et par catégorie de population

Tableau n° 7 : Principaux vaccins par tranche d'âge et par segment de population

Vaccin par catégorie de population	Obligatoire ou recommandé	Objectif chiffré
Enfant		
DTP	Obligatoire	95 %
Coqueluche	Obligatoire	95 %
<i>Hæmophilus influenzae b</i>	Obligatoire	95 %
Hépatite B	Obligatoire	95 %
Pneumocoque	Obligatoire	95 %
ROR	Obligatoire	95 %
Méningocoques ACWY et B	Obligatoire	95 %
Rotavirus	Recommandé	Pas d'objectif
Infections à VRS (dont bronchiolite)	Recommandé	Pas d'objectif
Adolescent		
HPV	Recommandé	80 %*
Adulte		
DTP (rappel)	Obligatoire	95 %
Coqueluche	Recommandé dans certains cas	Pas d'objectif
Femme enceinte		
Coqueluche	Recommandé	Pas d'objectif
Infections à VRS (dont bronchiolite)	Recommandé	Pas d'objectif
Grippe	Recommandé	Pas d'objectif
Covid 19	Recommandé	Pas d'objectif
Personnes à risque (en ALD, professionnels en contact avec des personnes fragiles)		
BCG	Recommandé	Pas d'objectif
Grippe	Recommandé	75 %
65 ans et plus		
Grippe	Recommandé	75 %
Covid 19	Recommandé	Pas d'objectif
Pneumocoque	Recommandé	Pas d'objectif
VRS	Recommandé	Pas d'objectif
Zona	Recommandé	Pas d'objectif

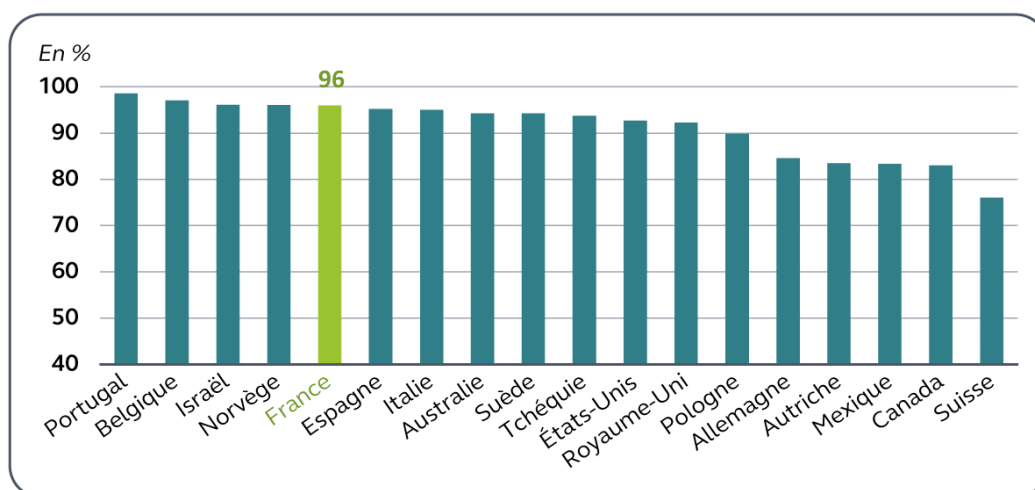
* L'objectif fixé par l'OMS pour la vaccination contre les HPV est de 90 % des filles.

Sources : loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 ; Stratégie mondiale de l'OMS en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique ; projet de stratégie nationale de santé 2023-2033.

Annexe n° 6 : évolution des taux de couverture vaccinale du nourrisson

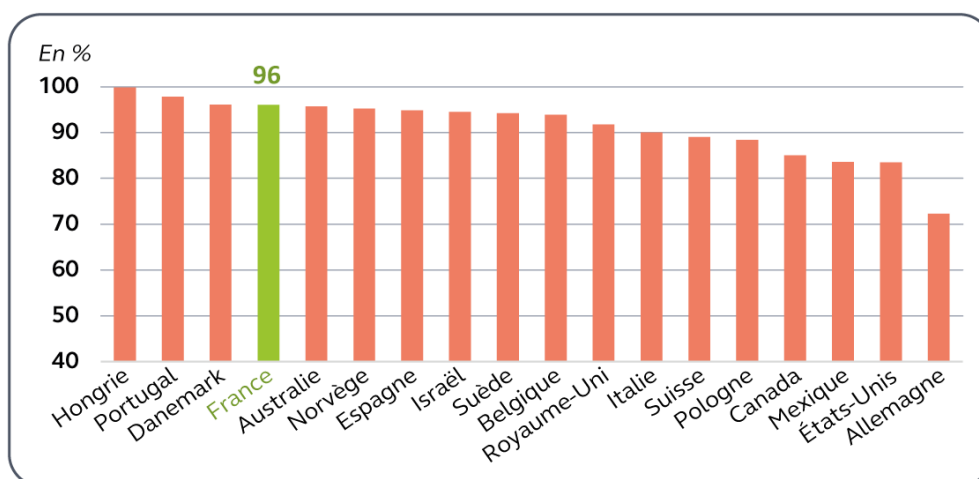
Le taux de couverture vaccinale en France pour les valences du nourrisson se situe à de bons niveaux par rapport à d'autres pays de l'OCDE. C'est le cas, par exemple, de l'hépatite B ou, encore, de la vaccination contre les pneumocoques (graphiques n°s 26 et 27).

Graphique n° 26 : taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B dans différents pays en 2022



Source : Cour des comptes, d'après des données de l'OMS de 2022

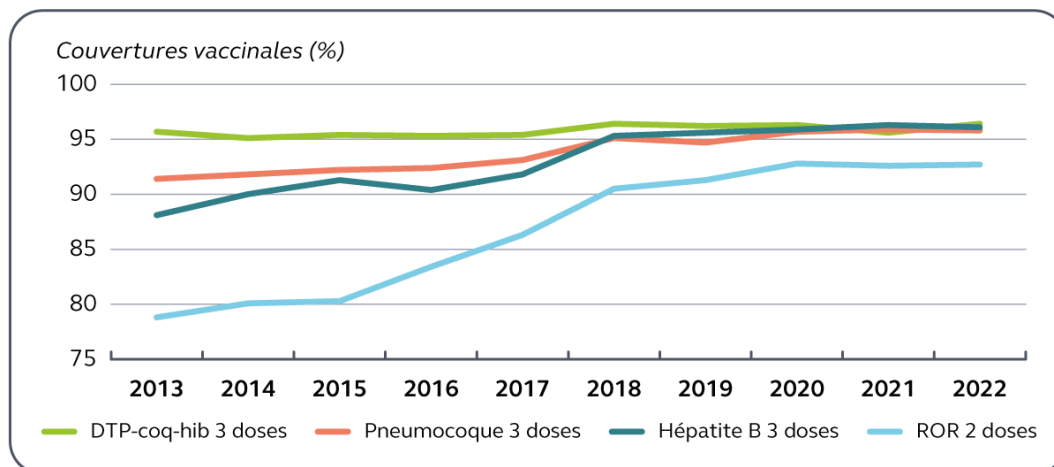
Graphique n° 27 : taux de couverture vaccinale contre les pneumocoques (trois doses) dans différents pays en 2023



Source : Cour des comptes, d'après des données de l'OMS de 2022

La couverture vaccinale des nourrissons peut être évaluée grâce à deux sources de données : celles issues du SNDS, qui peuvent la minimiser, et celles issues des certificats de santé qui ont plutôt un effet majorant. Ces deux sources de données permettent en tout état de cause d'établir un effet direct de l'extension de l'obligation sur la couverture vaccinale (en schéma complet) du nourrisson (cf. graphique n° 28).

Graphique n° 28 : couverture vaccinale à 24 mois pour 10 valences rendues obligatoires en 2018, selon l'année de naissance, selon les certificats de santé

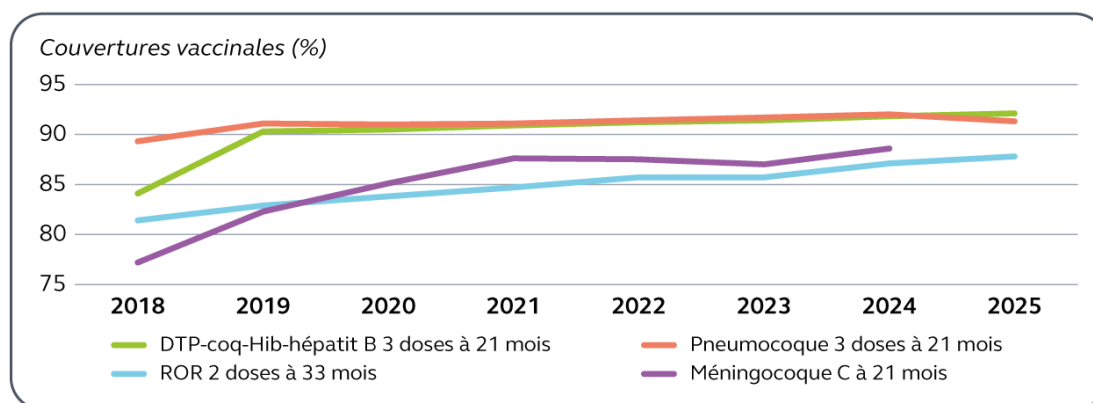


Source : SPF – données issues des certificats de santé du 24^e mois transmis par les départements à la Drees
Les données issues du carnet de santé pour le méningocoque C ne sont pas exploitées pour des raisons de fiabilité.

Ainsi, d'après les données des certificats de santé calculées à partir d'un échantillon, l'objectif de 95 % de couverture vaccinale serait atteint pour sept des onze valences en schéma complet, dont le pneumocoque, introduit plus récemment dans le calendrier vaccinal³²¹.

Les données issues du SNDS permettent, elles aussi, d'attester de l'accélération de l'amélioration des taux de couvertures vaccinales pour les enfants nés en 2018³²² (cf. graphique n° 29). Toutefois, d'après cette source de données, aucune vaccination en schéma complet n'atteint l'objectif de 95 %.

Graphique n° 29 : couverture vaccinale pour les 11 valences rendues obligatoires en 2018, selon le SNDS



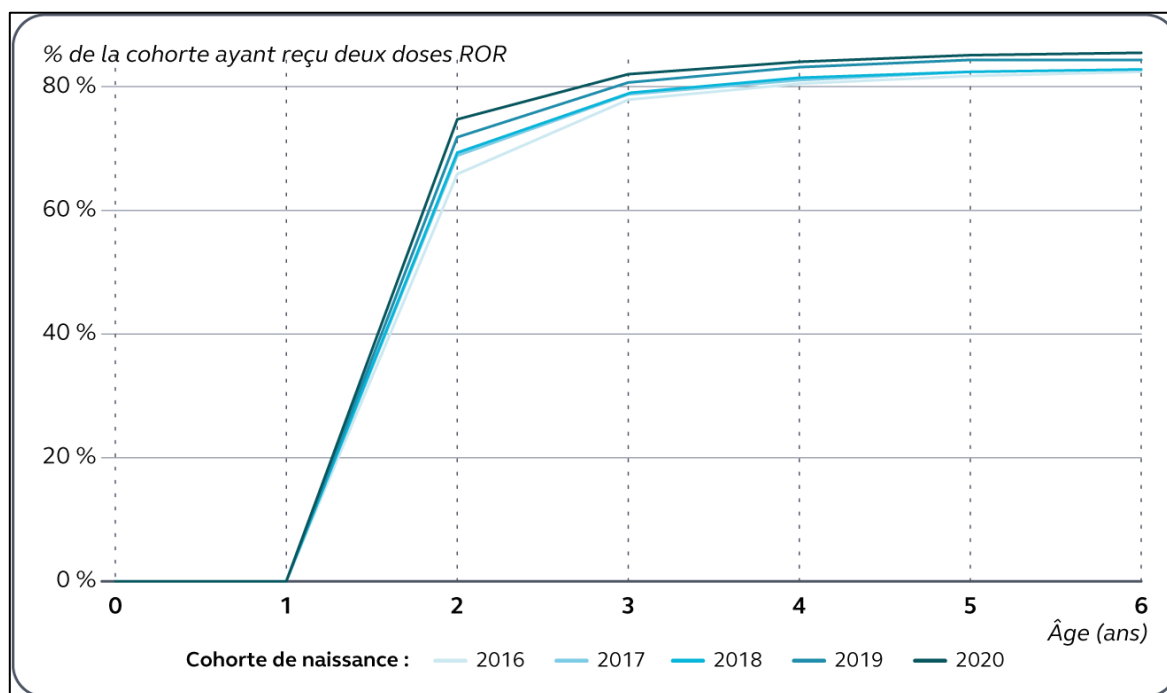
Source : SPF, d'après des données issues du SNDS

³²¹ Le vaccin antipneumococcique a intégré le calendrier vaccinal en 2006, le vaccin contre le méningocoque C en 2010. Ils sont les deux derniers vaccins ayant intégré le calendrier vaccinal au moment de l'extension de l'obligation.

³²² Effective en 2020 pour les valences DTP-coq-Hib, hépatite B, méningocoque C, et à partir de 2021 pour les valences rougeole-oreillons-rubéole.

La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, qui est celle présentant le plus d'écart par rapport à la cible, fait l'objet de rattrapages au-delà de l'âge de deux ans, rattrapages qui ont permis de toucher une proportion plus importante d'enfants depuis 2018 (cf. graphique n° 30).

Graphique n° 30 : proportion d'enfants ayant reçu deux doses de vaccins contre les ROR, à différents âges et selon leur date de naissance, de 2016 à 2020



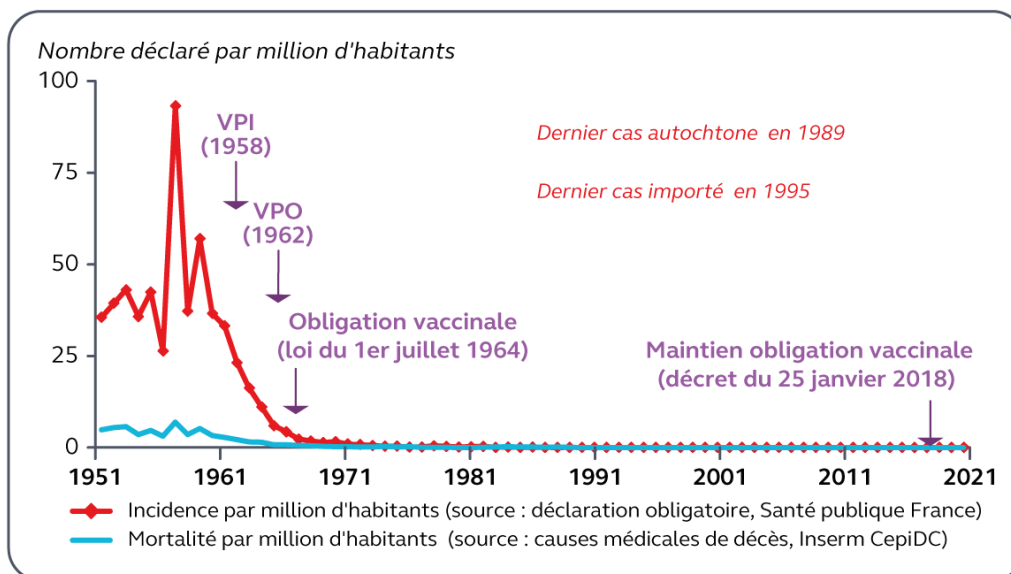
NB : ce graphique ne présente pas un taux de couverture vaccinale et vise à illustrer l'évolution du rattrapage en ville après deux ans, selon l'année de naissance.

Source : Cour des comptes d'après des données du SNDS

Annexe n° 7 : épidémiologie des maladies à couverture vaccinale

Les maladies à couverture vaccinale qui concernent les nourrissons ont globalement disparu, du fait d'une antériorité importante de cette vaccination et de bons taux de couverture (graphiques n°s 31 et 32).

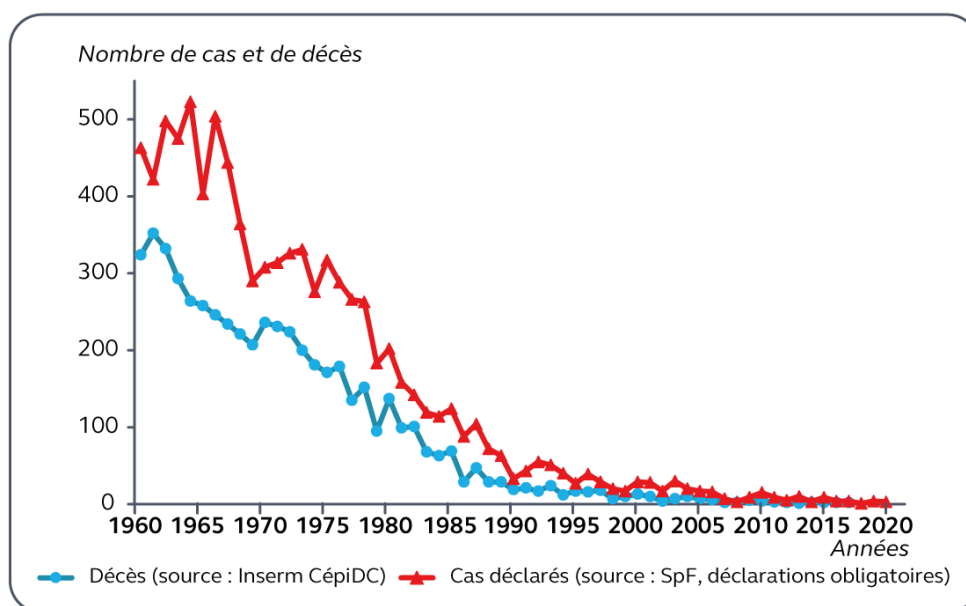
Graphique n° 31 : incidence de la poliomyélite aiguë et mortalité associée de 1949 à 2021, en France



Note : VPI = . vaccin poliomyélique injectable. VPO = vaccin antipoliomyélique oral.

Source : données de SPF

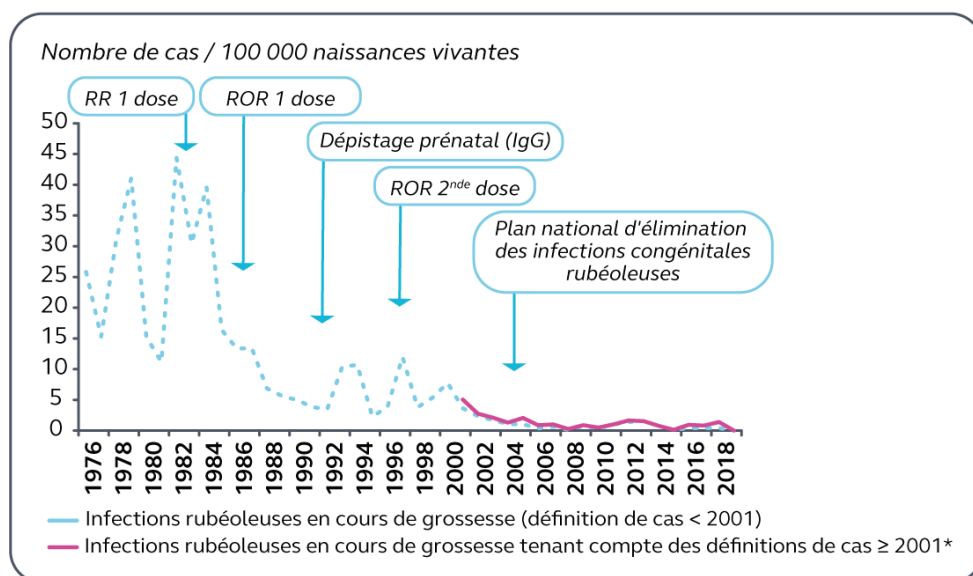
Graphique n° 32 : nombre de cas déclarés de tétanos et décès associés de 1960 à 2020, en France



Source : données de SPF

Après avoir atteint des pics épidémiques à la fin des années 1970 et au début des années 1980, le nombre de cas de rubéole a chuté et cette maladie avait quasi disparu avant même l'introduction de l'obligation vaccinale (cf. graphique n° 33).

Graphique n° 33 : nombre de cas de rubéole chez les femmes enceintes pour 100 000 naissances, de 1976 à 2018

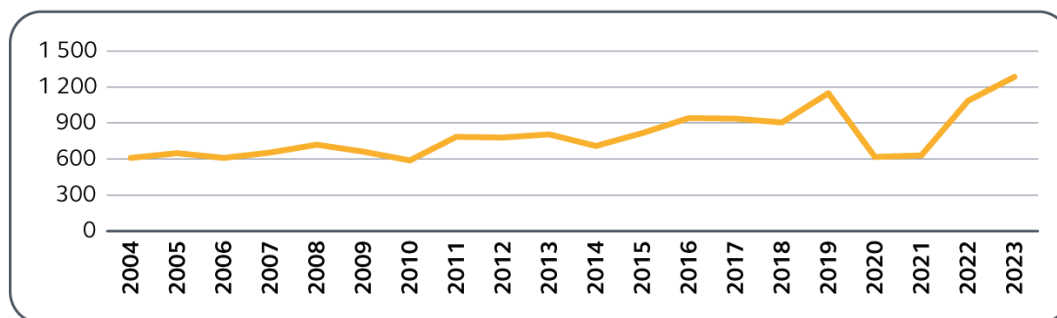


* De nouvelles définitions de cas ont été élaborées en 2001 prenant en compte notamment les données d'activité des immunoglobulines G antirubéoleuses.

Source : données de SPF

En revanche, on note une résurgence des méningites à *Haemophilus influenzae* b et des cas de coqueluches, en dépit d'un bon niveau de couverture vaccinale (graphiques n°s 34 et 35).

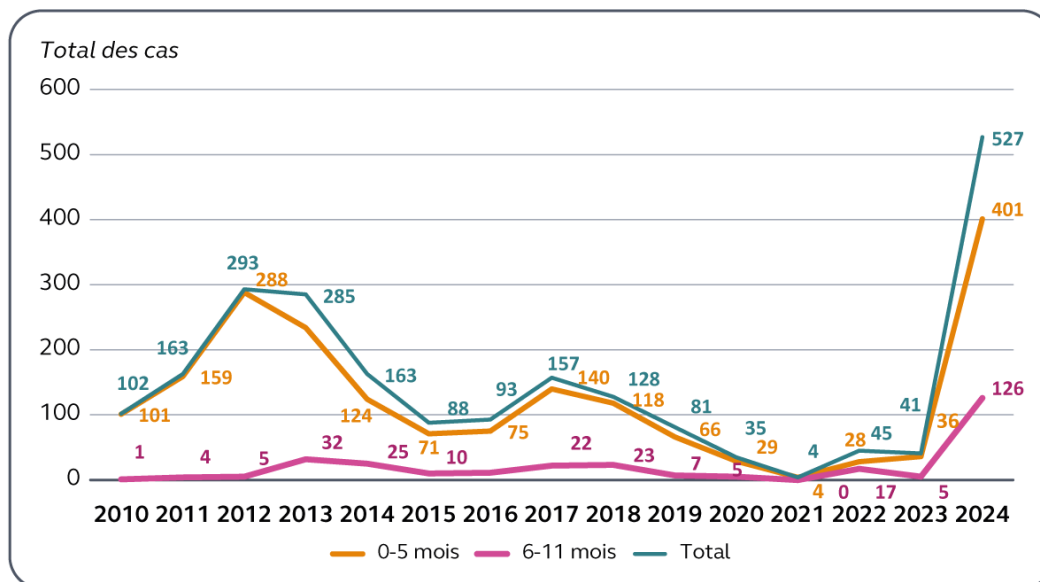
Graphique n° 34 : nombre de cas estimés d'infections à *Haemophilus influenzae* b, de 2004 à 2023



Source : SPF, d'après des données du réseau Epibac³²³

³²³ Le réseau Epibac a pour objectif d'estimer l'incidence des infections invasives à *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus agalactiae* (B) et *Streptococcus pyogenes* (A), de suivre leur évolution et de décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients hospitalisés. Il contribue à l'évaluation des mesures de prévention, notamment vaccinales, mises en place.

Graphique n° 35 : nombre de cas de coqueluche chez les nourrissons hospitalisés de moins de 12 mois, de 2010 à 2024, en France hexagonale



Source : SPF, d'après des données du réseau hospitalier de surveillance de la coqueluche (Renacoq)

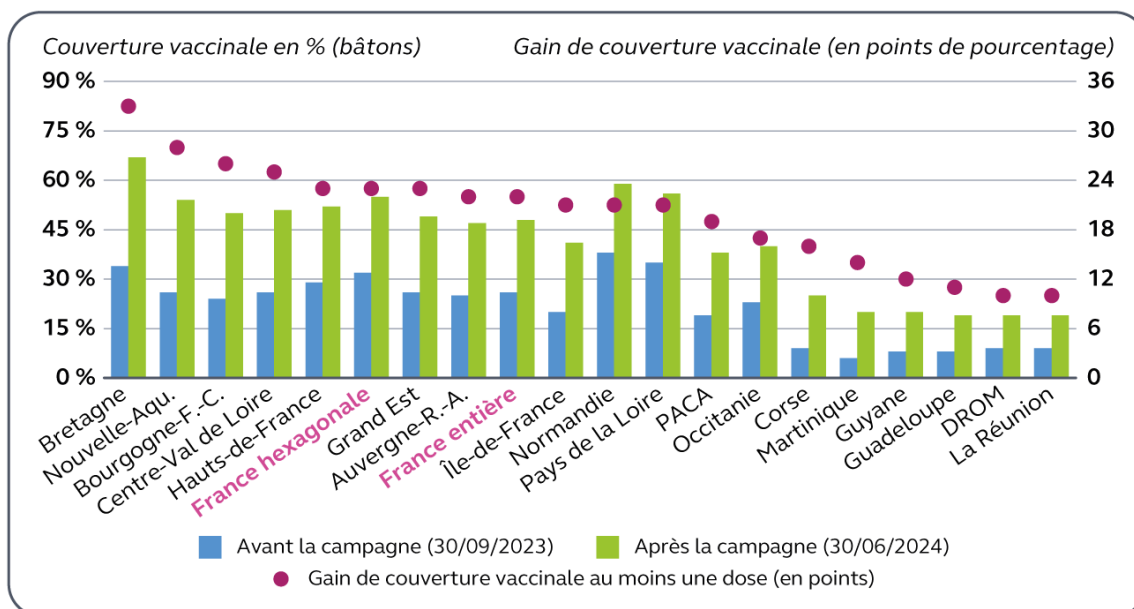
Annexe n° 8 : mise en œuvre des campagnes de vaccination contre les papillomavirus humains dans les collèges d'Île-de-France, d'Occitanie, de Normandie et de Martinique

La Cour a examiné la mise en œuvre des campagnes de vaccination dans les collèges d'un échantillon de quatre régions ou collectivité : l'Île-de-France, l'Occitanie, la Normandie et la Martinique. À cette fin, elle a échangé avec les ARS et l'ensemble des rectorats de ces régions (à l'exception du rectorat de l'académie de Versailles), ainsi qu'avec les principaux de onze collèges, d'autres principaux ayant été interrogés par écrit.

L'hétérogénéité régionale des couvertures vaccinales contre les HPV

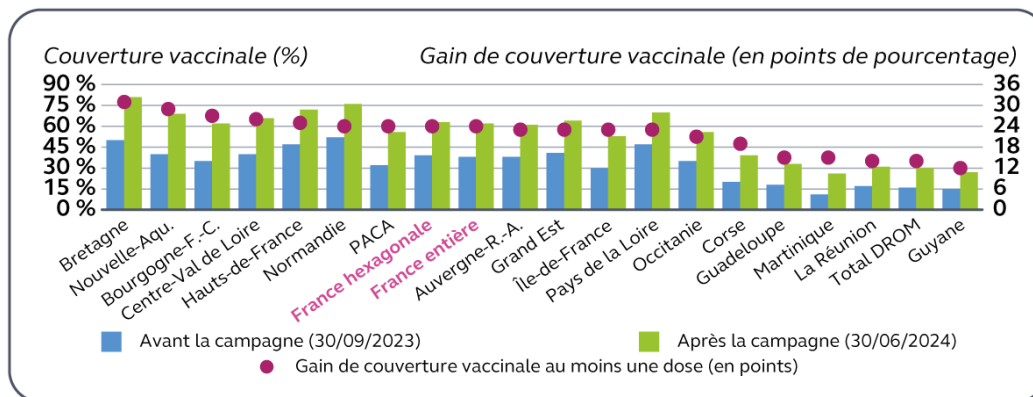
Les graphiques suivants permettent de situer les couvertures vaccinales « au moins une dose » des garçons et des filles de ces régions par rapport à l'ensemble des régions françaises, à l'issue des campagnes 2023-2024 (cf. graphiques n°s 43 et 44) et 2024-2025 (cf. graphiques n°s 45 et 46). La Normandie est l'une des trois régions où la couverture a été la plus élevée. L'Occitanie et l'Île-de-France ont obtenu des taux inférieurs aux moyennes nationale et hexagonale. La couverture vaccinale de la Martinique a été la plus faible de France à l'issue de la deuxième campagne, avec le plus faible gain de couverture lié à la campagne, après celui obtenu en Guyane.

Graphique n° 36 : couverture vaccinale régionale contre HPV « au moins une dose » chez les garçons nés en 2011, avant et à l'issue de la campagne 2023-2024



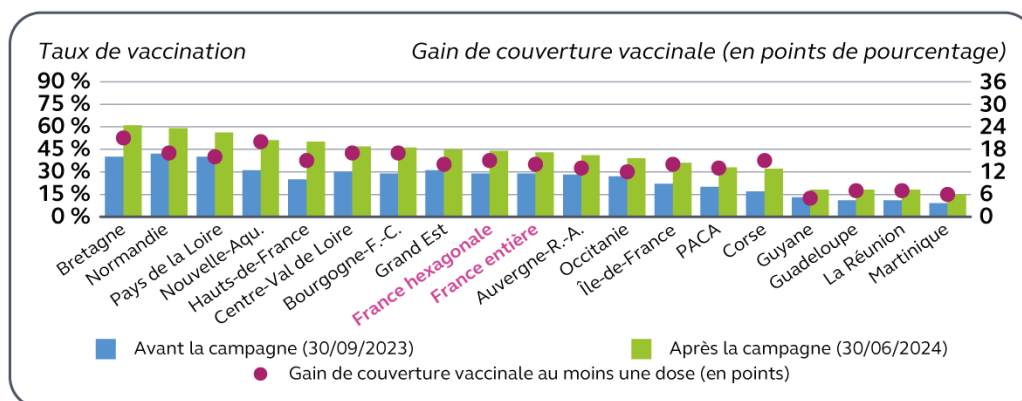
Source : Cour des comptes, d'après les données de SPF

Graphique n° 37 : couverture vaccinale régionale contre HPV « au moins une dose » chez les filles nées en 2011, avant et à l'issue de la campagne 2023-2024



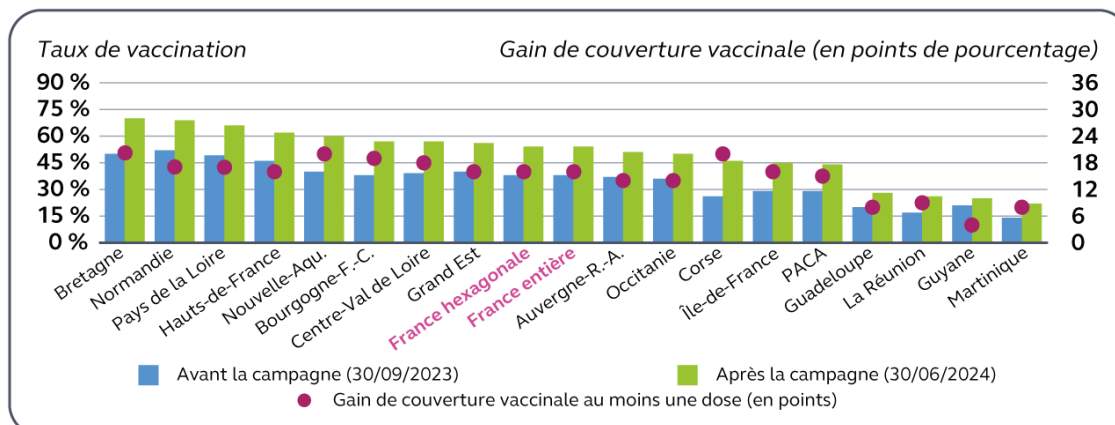
Source : Cour des comptes, d'après les données de SPF

Graphique n° 38 : couverture vaccinale régionale contre HPV « au moins une dose » chez les garçons nés en 2012, avant et à l'issue de la campagne 2024-2025



Source : Cour des comptes, d'après les données de SPF

Graphique n° 39 : couverture vaccinale régionale contre HPV « au moins une dose » chez les filles nées en 2012, avant et à l'issue de la campagne 2024-2025, France

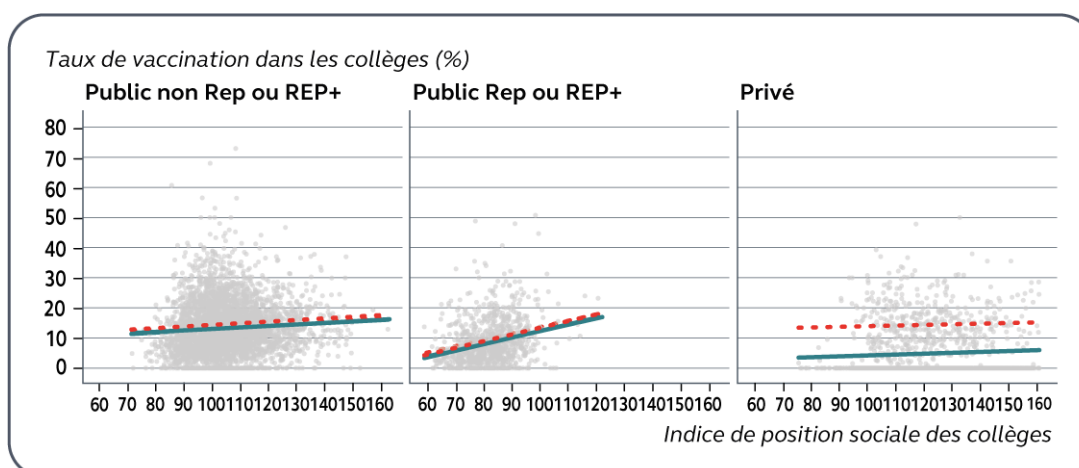


Source : Cour des comptes, d'après les données de SPF

Un important gradient social

Comme en 2023-2024, la vaccination dans les collèges s'est caractérisée en 2024-2025 par un important gradient social (cf. graphique n° 40). Si la Cour n'examine que les collèges qui ont vacciné, les taux de vaccination contre les HPV dans les collèges situés dans les réseaux d'éducation prioritaire sont moins élevés que dans les autres collèges publics et que dans les collèges privés sous contrat, et, sauf exception comme en Normandie, ces taux sont d'autant plus hauts que l'IPS du collège est élevé. Si la Cour prend en compte la totalité des collèges, qu'ils aient ou non vacciné, les résultats sont différents, dans la mesure où l'absence de proposition de vaccination est beaucoup plus fréquente dans les collèges privés, davantage situés parmi les IPS élevés. Le taux de vaccination brut dans les collèges privés est donc inférieur dans ces établissements. Pour autant, les études et les résultats déjà disponibles suggèrent que les élèves dont les parents relèvent des catégories socioprofessionnelles favorisées ont été bien vaccinés contre les HPV, ce qui signifie qu'en l'absence de vaccination dans ces établissements, les parents ont eu recours à la vaccination en ville. L'absence de proposition de vaccination est donc moins problématique dans ces établissements que dans les collèges caractérisés par des IPS bas, où le report de la vaccination sur les médecins généralistes est moins évident.

Graphique n° 40 : corrélation entre l'indice de position sociale et le taux de vaccination des élèves de cinquième, selon le type de collèges (campagne de vaccination 2024-2025)



Note de lecture : ces graphiques représentent l'association entre l'IPS et le taux de vaccination des collèges selon le statut de ces derniers (public non REP et REP+ ; public REP et REP+ ; privé). Chaque point correspond à un collège. Une forte variabilité est observable. Les segments de droite bleus représentent les taux de vaccination moyens prédits par un modèle de régression simple mais robuste aux valeurs extrêmes pour les collèges qui ont vacciné. Les segments en pointillés font de même pour l'ensemble des collèges, qu'ils aient ou non vacciné. Pour les collèges REP ou REP+, la pente est de 0,218 pour l'ensemble des collèges et 0,222 pour les collèges qui ont vacciné. Pour les collèges publics non REP ou REP+, ces pentes sont respectivement de 0,049 et de 0,046. Pour les collèges privés sous contrat, elles sont respectivement de 0,0291 et de 0,021. Il existe donc une réelle corrélation entre l'IPS et le taux de vaccination dans les collèges situés en REP et en REP+, alors qu'elle est proche d'être nulle pour les autres types d'établissements.

Champ : 4 874 collèges (3 562 collèges publics non REP et REP+, 818 collèges REP et REP+ et 494 collèges privés).

Source : Cour des comptes, d'après les données de la DGS portant sur l'ensemble des collèges des régions suivantes (hormis les collèges privés hors contrat) : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Grand Est, Guadeloupe, Hauts-de-France, Île-de-France, La Réunion, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur

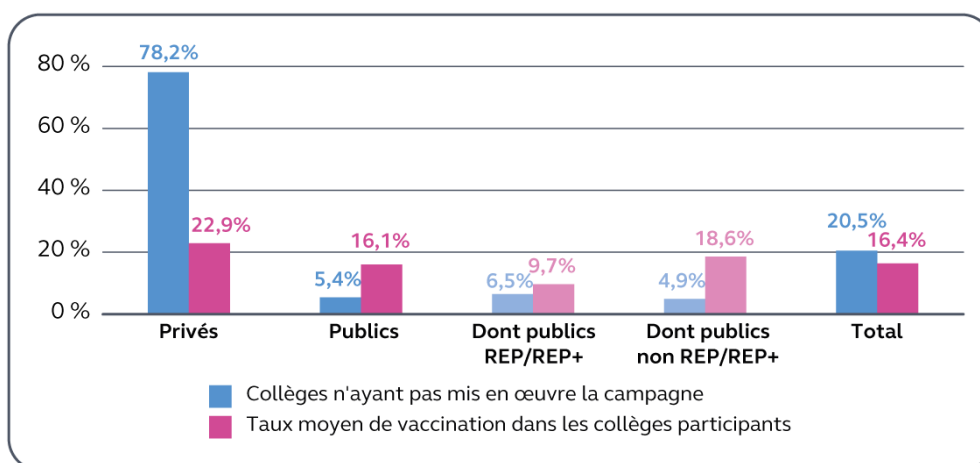
La Cour a cherché à identifier dans les régions de son échantillon les différences de taux de vaccination en fonction de l'IPS des établissements.

Île-de-France

En Île-de-France, la couverture vaccinale à une dose contre les HPV pour les adolescentes de quinze ans était inférieure à la moyenne nationale de près de dix points en 2024³²⁴ et elle a connu une progression moins forte que la couverture vaccinale nationale, avec un gain de couverture entre 2017 et 2024 de 27,5 points, contre 32,2 points.

En 2024-2025, les 14 640 premières doses administrées à des collégiens scolarisés en classe de cinquième n'ont permis de vacciner que 9,2 % des collégiens ciblés, soit moins d'un élève sur dix. Ces résultats sont en recul par rapport à la première campagne. Au sein des collèges qui ont mis en œuvre la campagne 2023-2024, le taux de vaccination s'est élevé à 16 %, avec une différence significative selon que l'établissement était public (16 %) ou privé (23 %) (cf. graphique n° 41).

Graphique n° 41 : participation des collèges franciliens à la campagne de vaccination 2023-2024 et taux de vaccination des collégiens dans les établissements publics et privés participants

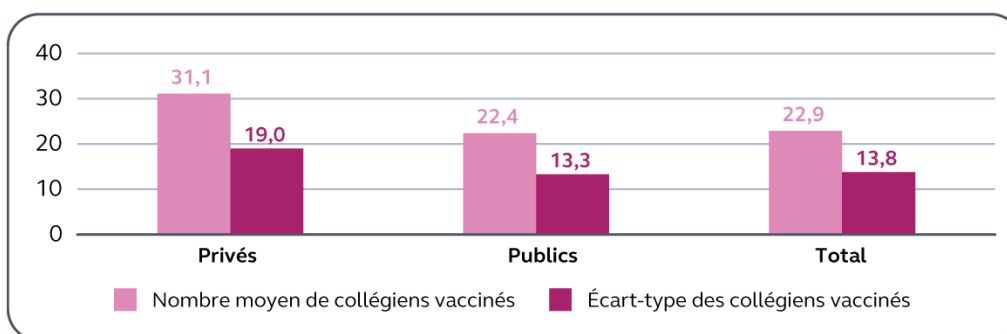


Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ARS Île-de-France et du ministère de l'éducation nationale

En moyenne, les collèges franciliens privés ayant mis en œuvre la campagne 2023-2024 ont vacciné 31 élèves, contre 22 pour les collèges franciliens publics. Dans les deux cas, l'écart-type élevé traduit une forte dispersion du nombre d'élèves vaccinés selon les collèges (cf. graphique n° 42), 20 % d'entre eux ayant, par exemple, vacciné au maximum dix élèves quand 12 % d'entre eux en vaccinaient au moins 40.

³²⁴ En 2024, la couverture vaccinale francilienne pour la première dose de vaccin contre les HPV, pour les filles de 15 ans, était de 48,8 %, contre 58,4 % en moyenne nationale.

Graphique n° 42 : nombre moyen de collégiens vaccinés et écarts-types dans les collèges publics et privés ayant participé à la campagne 2023-2024



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ARS Île-de-France et du ministère de l'éducation nationale

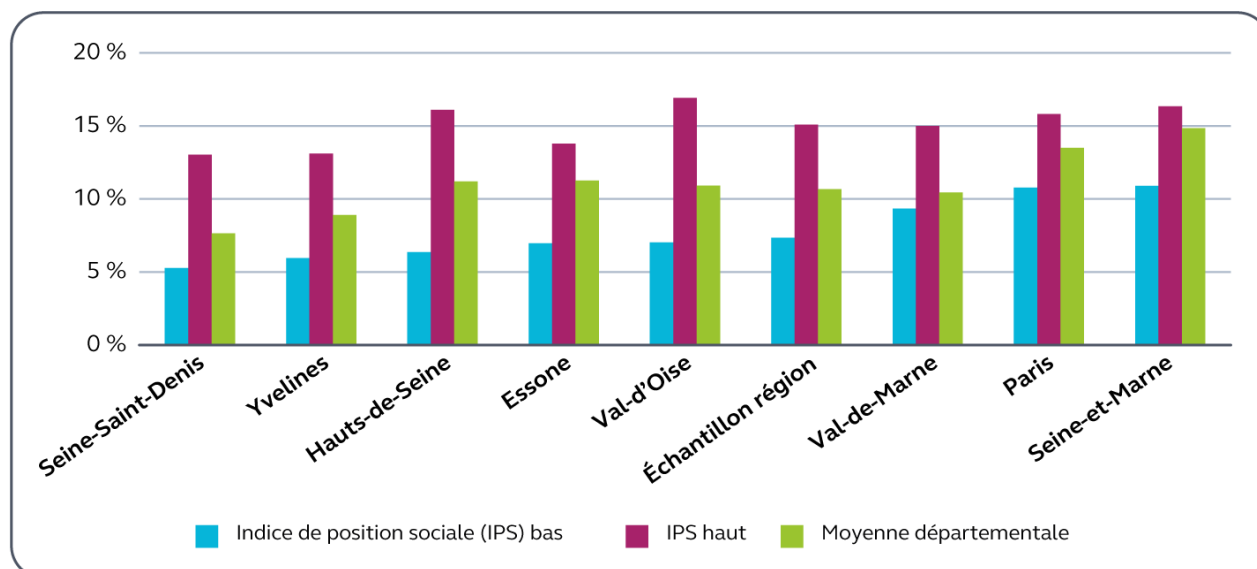
La mise en œuvre des deux premières campagnes de vaccination s'est traduite par un important gradient social (cf. graphique n° 43). L'écart des taux de vaccination des établissements ayant mis en œuvre ces campagnes, entre les plus défavorisés et les plus favorisés, est du simple au double. En 2023-2024, ces taux étaient de 9 % dans les premiers et de 20 % dans les seconds. L'année suivante, ces taux se sont élevés, respectivement, à 7 % et à 15 %.

Dans le département de la Seine-Saint-Denis, caractérisé par une concentration de collèges défavorisés, le taux de vaccination dans ces derniers s'est limité à 5 % lors des deux premières campagnes. En 2023-2024, ce taux était cinq fois plus élevé à Paris³²⁵ et quatre fois plus élevé dans l'Essonne, le Val-de-Marne et les Hauts-de-Seine. La mise en œuvre de ces campagnes n'a donc pas permis de corriger les inégalités sociales grâce à la vaccination dans les collèges *stricto sensu*.

La Cour a examiné à cet égard la vaccination dans certaines communes défavorisées de Seine-Saint-Denis : en 2024-2025, le taux de vaccination moyen dans les collèges était de 6,1 % à Clichy-sous-Bois, de 6,6 % à la Courneuve et de 3,8 % à Aubervilliers. Parallèlement, selon des données extraites du SNDS relatives à ces communes, la vaccination en ville n'a quasiment pas progressé pour les filles et s'est améliorée dans des proportions modestes pour les garçons (avec, même, une stagnation à Clichy-sous-Bois). Inversement, dans les communes plus favorisées de Gournay-sur-Marne et du Raincy, dans ce même département, la progression de la vaccination en ville des garçons a été légèrement meilleure et les taux de vaccination dans les collèges se sont élevés, respectivement, à 16,7 % et à 18 %, c'est-à-dire à des niveaux près de trois fois supérieurs à ceux des communes défavorisées. La vaccination en milieu scolaire n'a donc pas permis de résorber les inégalités préexistantes en matière de taux de vaccination des adolescents contre les HPV.

³²⁵ Il était même près de sept fois supérieur en prenant des échantillons de dix collèges plutôt que de vingt collèges, conduisant néanmoins à un résultat moins significatif d'un point de vue statistique.

**Graphique n° 43 : taux de vaccination (première dose de vaccin contre les HPV)
des élèves de cinquième des collèges des départements franciliens
ayant mis en œuvre la campagne de vaccination 2024-2025**



Note : pour chaque département, les échantillons sont constitués des 20 collèges aux indices de position sociale (IPS) les plus bas ayant mis en œuvre la campagne et, symétriquement, des 20 collèges aux IPS les plus hauts ayant mis en œuvre la campagne. Les départements sont présentés en fonction du taux de vaccination dans les collèges aux IPS les plus bas, selon un ordre croissant, par campagne de vaccination.

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ARS Île-de-France et du ministère de l'éducation nationale

Occitanie

Dans cette région, caractérisée par une couverture vaccinale contre les HPV légèrement inférieure à la moyenne nationale³²⁶, la mise en œuvre des deux premières campagnes de vaccination dans les collèges a été décevante.

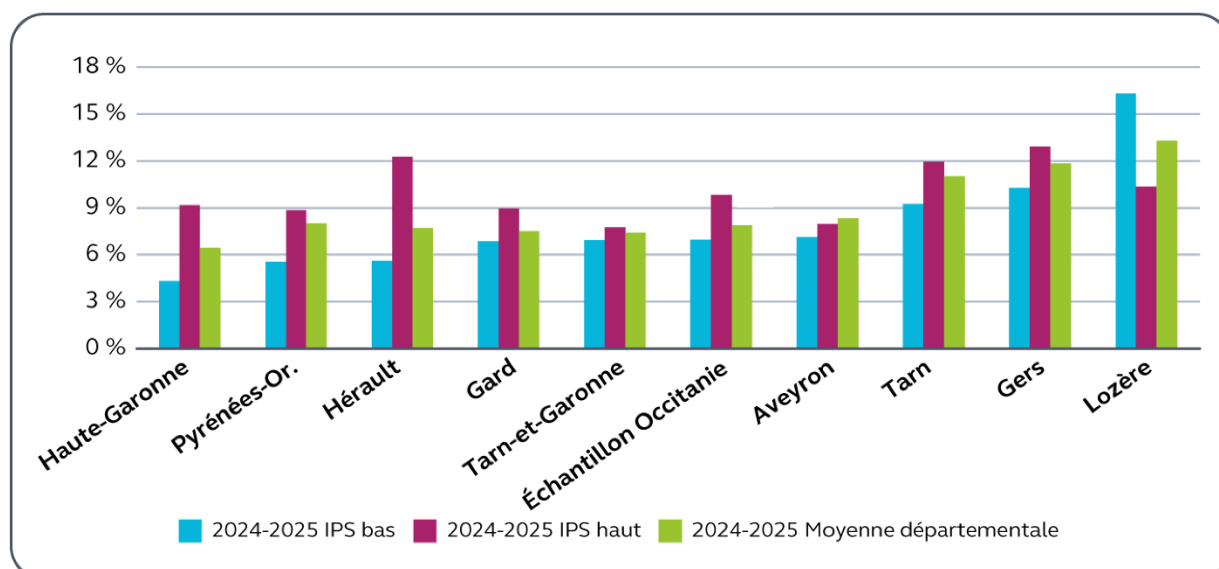
En 2024-2025, les 4 594 premières doses administrées n'ont permis de vacciner que 6,5 % des collégiens de cinquième scolarisés, soit environ un élève sur quinze. La proportion de collégiens vaccinés a diminué par rapport à la précédente campagne.

En termes d'inégalités sociales et au titre de la campagne 2024-2025, hormis en Lozère, les enfants des collèges les plus défavorisés ont été moins bien vaccinés que ceux des collèges les plus favorisés (cf. graphique n° 44). Cet écart est plus marqué dans l'Hérault et en Haute-Garonne, qui figurent parmi les trois départements les plus urbains de la région. L'exception de la Lozère ne remet pas en cause le constat global car, dans ce département, le faible nombre d'établissements (deux échantillons avec six collèges, les plus favorisés et les plus défavorisés) et la faible dispersion statistique des caractéristiques sociales des collèges³²⁷ ne permettent pas de tirer des conclusions robustes.

³²⁶ En 2024, la couverture vaccinale régionale pour la première dose de vaccin contre les HPV pour les filles de 15 ans était de 57,4 %, contre 58,4 % en moyenne nationale.

³²⁷ L'IPS moyen des collèges les plus défavorisés qui ont vacciné était de 102,5, contre 112,8 pour les six collèges les plus favorisés. Dans l'Hérault, ces valeurs étaient respectivement de 76,8 et de 136,6 (échantillons à dix collèges), ce qui traduit des inégalités sociales beaucoup plus marquées.

Graphique n° 44 : taux de vaccination (première dose de vaccin contre les HPV) des élèves de cinquième des collèges d'une sélection de neuf départements occitans ayant mis en œuvre la campagne de vaccination 2024-2025



Note : pour chaque département, les échantillons sont constitués des 10 collèges aux indices de position sociale (IPS) les plus bas ayant mis en œuvre la campagne et, symétriquement, des 10 collèges aux IPS les plus hauts ayant mis en œuvre la campagne (six et neuf collèges dans les échantillons respectifs de Lozère et du Tarn-et-Garonne). Les départements sont présentés en fonction du taux de vaccination dans les collèges aux IPS les plus bas, selon un ordre croissant.

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ARS Occitanie et du ministère de l'éducation nationale

Martinique

La Cour des comptes a retenu la **Martinique** dans son échantillon en raison du fait que la feuille de route Stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024, élaborée par le ministère chargé de la santé, avait prévu une action spécifique pour améliorer la prévention des HPV sur cette île. L'ARS était chargée de piloter cette action dépourvue de tout objectif chiffré et qui reposait sur une campagne de vaccination contre les HPV en milieu scolaire dès 2022-2023, une campagne d'information et des formations à destination des professionnels de santé, ainsi qu'une campagne plus large de promotion de cette vaccination.

Cette action s'est inscrite toutefois dans un contexte peu favorable, dont certains éléments sont décrits dans le présent rapport (cf. introduction sur l'adhésion vaccinale). En Martinique, la vaccination contre les HPV est l'objet de blocages socio-culturels spécifiques. Outre-mer, 35 % des parents de collégiens interrogés en octobre 2024 se déclaraient défavorables à cette vaccination et la majorité des 65 % d'autres parents, qui se déclaraient pourtant favorables à la vaccination, n'ont pas fait vacciner leurs enfants.

La Martinique est caractérisée par la deuxième couverture vaccinale contre les HPV la plus basse, 28,8 % seulement des adolescentes de 15 ans ayant bénéficié d'une première dose de vaccin en 2024, soit deux fois moins que la moyenne nationale (58,4 %). La mise en œuvre des deux premières campagnes de vaccination dans les collèges y a été particulièrement décevante.

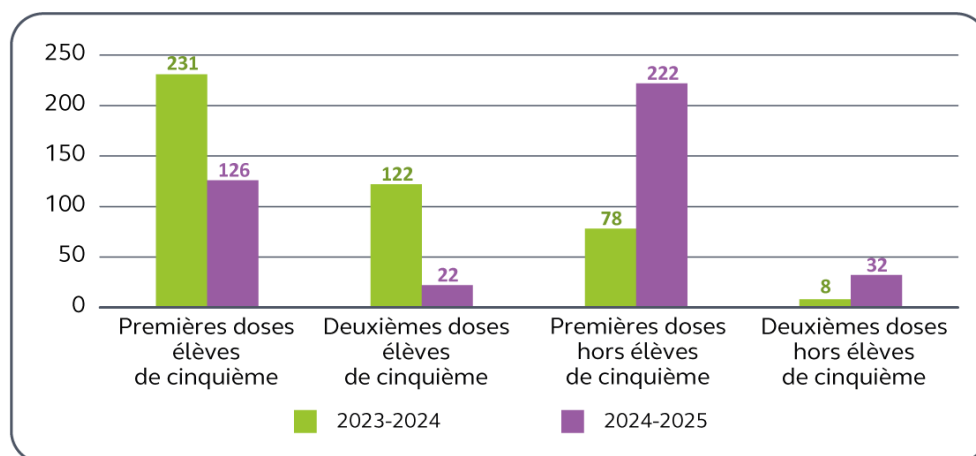
Le taux de vaccination pour la première dose des collégiens de cinquième est passé de 5,8 % en 2023-2024 à 3,7 % en 2024-2025, atteignant un niveau près de trois fois inférieur à la moyenne hexagonale. En données absolues, seulement 126 collégiens de cinquième ont reçu une première dose de vaccin anti-HPV en 2024-2025, soit près de deux fois moins (- 45 %) que l'année précédente (231) et alors que l'assurance maladie obligatoire espérait la vaccination d'un socle de 1 000 collégiens (cf. graphique n° 45). Le nombre de secondes doses a, quant à lui, diminué de 82 % entre les deux campagnes.

En revanche, le développement de la vaccination parmi les élèves qui ne sont pas scolarisés en classe de cinquième a nettement progressé, le nombre de premières doses ayant triplé et le nombre de secondes doses, quadruplé. Cet essor a permis de limiter la diminution de l'ensemble des doses administrées qui sont passées de 439 à 402 (- 8 %).

L'ensemble des sept collèges privés sous contrat n'ont pas pris part aux campagnes 2023-2024 et 2024-2025, les établissements catholiques ayant suivi une consigne en ce sens du conseil diocésain. L'absence de vaccination dans les collèges privés sous contrat martiniquais se traduit par des pertes de chances de vaccination pour les 3 051 collégiens concernés (dont 761 élèves de cinquième). En outre, en 2024-2025, 12 % des collèges publics martiniquais (5 sur 43) n'ont pas vacciné d'enfant, contre 14 % l'année précédente.

Au regard de la gravité des risques sanitaires dont la population peut être prémunie grâce au vaccin, les résultats en termes de couverture vaccinale des filles et des garçons contre les HPV en Martinique, malgré une expérimentation de rattrapage vaccinal dans vingt-six collèges dès 2018-2019³²⁸ et l'action prévue par la *feuille de route Stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024*, sont insuffisants.

Graphique n° 45 : nombre de doses de vaccins contre les HPV injectées en Martinique au cours des campagnes de vaccination 2023-2024 et 2024-2025, par niveau de classe



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ARS, de la collectivité territoriale de Martinique et du rectorat de Martinique

Au total, seulement 0,8 % de l'ensemble des collégiens scolarisés en Martinique en 2024-2025 (en intégrant aussi les cinq collèges hors contrat) ont bénéficié d'une vaccination contre les HPV en milieu scolaire.

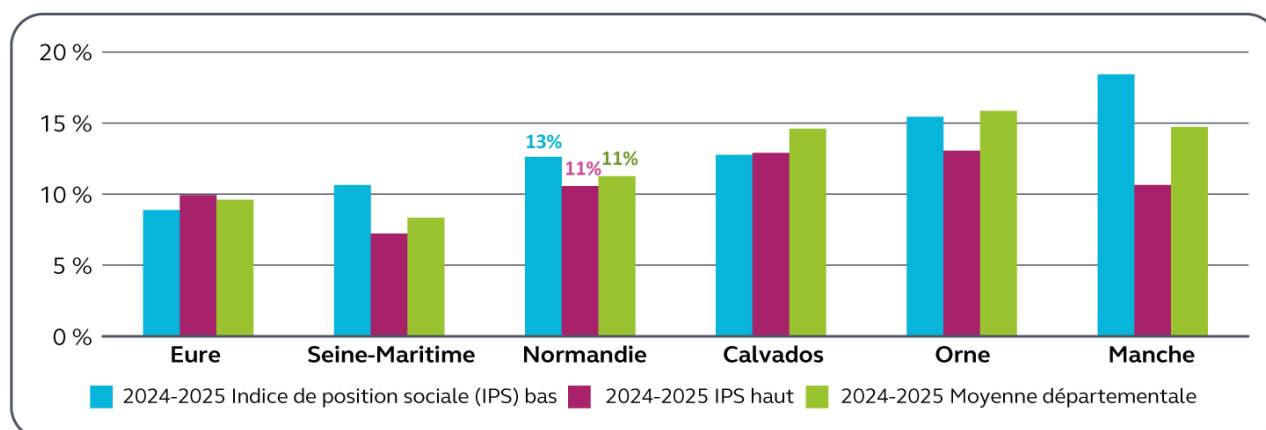
³²⁸ En 2018-2019, en application d'un partenariat entre l'ARS, le rectorat d'académie et le centre de vaccination de la commune de Fort-de-France, 99 collégiens ont été vaccinés exclusivement au titre de rappels (DTP, coqueluche, ROR, hépatite C, méningocoque C), les primo-vaccinations n'étant pas proposées.

Normandie

En 2024-2025, environ 7 % des collèges normands n'ont pas mis en œuvre la campagne, plus de 80 % de ces derniers étant privés sous contrat. Bénéficiant de l'antériorité de la vaccination dans les collèges publics depuis 2019 et d'une bonne couverture vaccinale en ville et, de manière plus globale, en population générale, la Normandie est l'une des régions dont les taux de vaccination dans les collèges sont parmi les meilleurs.

En termes d'inégalités sociales, la Normandie présente des résultats différents de ceux constatés dans les trois autres régions de l'échantillon et au niveau national. Les taux de vaccination pour la première dose HPV sont meilleurs dans les collèges défavorisés que dans les collèges les plus favorisés en Seine-Maritime, dans l'Orne et, plus encore, dans la Manche où le taux atteint 18 %. Au niveau régional, le taux de vaccination des collégiens de cinquième est ainsi de 13 % dans les établissements les plus défavorisés, contre 11 % dans les plus favorisés et en moyenne régionale (cf. graphique n° 53).

Graphique n° 46 : taux de vaccination (première dose de vaccin contre les HPV) des élèves de cinquième des collèges des départements normands ayant mis en œuvre la campagne de vaccination (2024-2025)



Note de lecture : les départements sont présentés en fonction du taux de vaccination dans les collèges aux IPS les plus bas, selon un ordre croissant, indépendamment de l'année de la campagne.

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ARS Normandie et du ministère de l'éducation nationale

Les principaux enseignements de la mise en œuvre des campagnes de vaccination dans les collèges

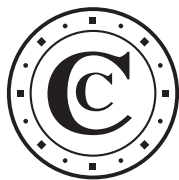
Tirant les enseignements des difficultés rencontrées dans les régions pendant la première campagne de vaccination (2023-2024), les ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale ont prévu pour la deuxième campagne la possibilité de dématérialiser les formulaires d'autorisation parentale. Le choix retenu par certains rectorats ou certaines ARS de recourir exclusivement à des autorisations dématérialisées a pu se révéler préjudiciable dans des établissements où des familles préfèrent l'usage du papier. Dans certains départements comme la Seine-Saint-Denis, ce changement a contribué à maintenir les inégalités. Compte tenu de cet effet rapidement identifié, de nombreux établissements ont rematérialisé les documents.

La Cour a constaté localement les difficultés liées au manque d'anticipation des campagnes de vaccination, dû à la publication tardive des instructions ministérielles. Au cours de la deuxième campagne, certains collèges ont par exemple dû utiliser le premier formulaire de recueil des autorisations parentales pour les solliciter au plus tôt, avant de devoir recueillir une seconde fois ces dernières après publication du nouveau formulaire. Or, le fait de solliciter les autorisations parentales en même temps que l'inscription en classe de cinquième est une bonne pratique associée à des taux de vaccination élevés³²⁹. Plus globalement, l'assouplissement du recueil des autorisations parentales devrait être envisagé, comme le prévoit la stratégie vaccinale en vigueur. L'instruction interministérielle et le dispositif à mettre en œuvre devraient être arrêtés au printemps qui précède la campagne.

La Cour a aussi constaté le suivi hétérogène de la mise en œuvre des campagnes de vaccination dans les régions comme au niveau national. La direction générale de la santé doit se doter d'un outil de suivi des campagnes. Une majorité d'ARS ont choisi le même système d'information, ce qui facilite un suivi agrégé, au moins pour ces régions.

Ce pilotage par les données doit être adopté par l'ensemble des ARS. L'ARS Nouvelle-Aquitaine a par exemple confié l'organisation et le suivi de la vaccination dans les collèges à l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) placé auprès d'elle. Elle a promu les campagnes et les trois infirmières techniques placées auprès du recteur de la région académique Nouvelle-Aquitaine ont été mobilisées. Ces éléments et un suivi minutieux et continu de la mise en œuvre des campagnes, associés à la conduite d'actions correctrices, expliquent les bons résultats obtenus dans cette région. Sans aller jusqu'à dupliquer une organisation qui mobilise beaucoup de ressources, le suivi et le pilotage des campagnes doivent être renforcés pour améliorer tant le niveau global des vaccinations dans les collèges que la vaccination dans les établissements des réseaux de l'éducation prioritaire.

³²⁹ Le collège Georges Méliès, situé en réseau d'éducation prioritaire dans le 19^{ème} arrondissement de Paris, a par exemple mis en place cette organisation avec succès.



L'intégralité du rapport « *La politique de vaccination depuis 2018* »,
son cahier méthodologique et sa synthèse
sont disponibles sur le site internet de la Cour des comptes :
www.ccomptes.fr