

VACCINATION

SOMMAIRE

Édito p.1 **Points clés** p.2 **Contextes épidémiologiques et couvertures vaccinales** p.3 Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, *Haemophilus Influenzae* b (Hib), Coqueluche, Hépatite B p.3 Pneumocoque p.6 Rougeole, oreillons, rubéole p.7 Infections invasives à méningocoque C p.9 Papillomavirus humain p.12 Grippe p.13 **Perceptions, opinions des parents** p.14 **Perceptions, opinions des professionnels de santé** p.17 **Sources des données, bibliographie**

INTRO / ÉDITO

Une mesure forte au service du bien public a été prise par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, en rendant obligatoire les 11 vaccinations préconisées chez les enfants âgés de moins de 2 ans. Cette décision s'est avérée nécessaire pour contrecarrer une couverture vaccinale insuffisante liée à une défiance croissante d'une fraction de la population, suivant ainsi la recommandation de la Concertation Citoyenne sur la Vaccination. Cette obligation est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 et fut accompagnée d'une campagne d'information et d'explication de la part des autorités de santé ainsi que d'une mobilisation de nombreux professionnels de santé, médecins généralistes et pédiatres en premier lieu. Quinze mois plus tard, un 1^{er} bilan nous est proposé dans ce bulletin préparé par Santé Publique France. Il prend toute son importance face aux craintes alors émises d'un possible effet contre-productif d'une mesure de contrainte.

Ces craintes se sont avérées infondées. L'analyse des données de couverture vaccinale à l'âge de 7 mois montre qu'environ 98% des nourrissons ont été vaccinés contre l'hépatite B soit un gain de cinq points par rapport à 2017, résultat qui permet d'envisager à terme le contrôle de cette infection. Encore plus spectaculaire, la vaccination contre le méningocoque C concerne maintenant plus de 75% des enfants contre 39 % l'année précédente. Est observée en parallèle une nette diminution du nombre de cas d'infection à méningocoque C chez le nourrisson. Même si ces données doivent être analysées avec précaution, elles sont très encourageantes ! Fait important, ce progrès est constaté de façon homogène sur tout le territoire. On observe aussi un petit gain de couverture vaccinale concernant les vaccinations non obligatoires (méningocoque C au-delà de l'âge de 2 ans, rougeole-oreillons-rubéole chez les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018 et même vaccination des jeunes filles contre les papillomavirus -HPV-).

Le regain d'information et d'explication, l'engagement des professionnels de santé associé au choc psychologique représenté par l'obligation vaccinale des nourrissons rendent compte de cette avancée. La couverture globalement positive par les médias de l'importance de la vaccination a accompagné ce mouvement. De fait, les enquêtes d'opinion montrent un meilleur niveau d'information, de compréhension et d'adhésion à la politique vaccinale de la part des parents de jeunes enfants même si des craintes concernant la sûreté des vaccins demeurent. Cette politique s'avère donc indiscutablement être un succès. Celui-ci laisse entrevoir le fait que la France rejoigne à terme le rang des pays "bons élèves" de la vaccination et de la prévention des maladies infectieuses graves.

Cependant, ce succès reste fragile comme l'illustre la faiblesse persistante de la vaccination contre HPV. Les efforts d'information et d'explication ne doivent pas se relâcher, notamment à l'égard des populations du sud du pays qui sont plus hésitantes. Un programme dédié à la promotion de la vaccination aussi bien des filles que des garçons contre HPV est sans doute nécessaire. On peut aussi formuler le souhait que l'école retrouve sa place dans la pratique de la vaccination et l'éducation à la prévention en santé comme cela est le cas dans les pays où le niveau de confiance en la vaccination est au plus haut.

POINTS CLÉS

- **Augmentation du recours à la vaccination chez les nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018** par rapport à ceux nés en 2017

- + 5,5 points pour l'utilisation du vaccin hexavalent
- + 1,4 points pour la couverture vaccinale de la 1^{ère} dose du vaccin contre le pneumocoque
- + 36,4 points pour la couverture vaccinale de la 1^{ère} dose du vaccin contre le méningocoque C

- **Augmentation des couvertures vaccinales chez les enfants nés avant l'entrée en application de la loi**, entre 2017 et 2018

- + 2,2 points pour la 1^{ère} dose du vaccin ROR
- + 3,2 points pour 1^{ère} dose du vaccin HPV chez les jeunes filles de 15 ans

- **Diminution importante de l'incidence des infections invasives dues au méningocoque C chez les nourrissons âgés de moins de un an**, dans un contexte de forte augmentation de la couverture vaccinale pour la 1^{ère} dose du vaccin à l'âge de 5 mois

- **Majorité de parents favorables aux obligations vaccinales**

- **Progression positive des opinions des jeunes parents sur la vaccination et ses bénéfices**

- **Forte adhésion des professionnels de santé à la vaccination et aux nouvelles vaccinations obligatoires**

- **Dispositif de marketing social vaccination**

Le ministère des Solidarités et de la Santé et Santé publique France lancent pour la 1^{ère} fois, une campagne de promotion de la vaccination pour renforcer la confiance et contribuer à l'augmentation des couvertures vaccinales.

Un espace professionnel est accessible sur le site vaccination-info-service.fr, afin d'apporter des informations factuelles, pratiques et scientifiques qui répondent aux questions de la population.

- **Succès de vaccination-info-service.fr auprès du grand public**

Le site de référence sur les vaccinations recueille plus de 5 millions de visiteurs uniques depuis son lancement en mars 2017.

CONTEXTE

La vaccination représente un enjeu majeur de santé publique et demeure le moyen de prévention le plus efficace pour se protéger contre certaines infections graves. La nécessité d'enrayer ces maladies infectieuses a incité les pouvoirs publics à faire de l'amélioration vaccinale une priorité de santé publique et d'étendre l'obligation vaccinale chez les enfants de moins de 2 ans. Cette extension de l'obligation vaccinale promulguée par la loi du 30 décembre 2017 a été mise en place pour les enfants nés au 1er janvier 2018.

En 2018, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae b*, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont obligatoires avant l'âge de 2 ans pour les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018.

Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont obligatoires aux âges de 2, 4 et 11 mois.

Un peu plus d'un an après l'extension de l'obligation vaccinale, Santé publique France fournit les premiers indicateurs d'impact de cette extension. Ces résultats complètent les indicateurs de couverture vaccinale de routine (couverture vaccinale à 24 mois mesurée par les certificats de santé et analyse des données de remboursement de vaccins pour les vaccinations recommandées au-delà de 2 ans)

CONTEXTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET COUVERTURES VACCINALES

DTP, Coqueluche, *Haemophilus influenzae b* (Hib) et Hépatite B

• Contexte épidémiologique

Diphtérie : la généralisation de la vaccination à partir de 1945 avec une couverture vaccinale très élevée a permis de faire disparaître la maladie en France. Entre 1989 et 2018, un total de 25 cas de diphtérie ont été déclarés en France métropolitaine chez des personnes, revenant, à l'exception d'un cas, de zones d'endémie (Asie du sud-est, Afrique). Aucun cas secondaire à ces importations ne s'est produit. Durant la même période à Mayotte, 11 cas de diphtérie ont été rapportés.

Tétanos : la couverture vaccinale très élevée des nourrissons a fait disparaître le tétanos de l'enfant en France. La dizaine de cas qui subsistent en moyenne chaque année concerne presque exclusivement des personnes âgées non à jour de leur rappel. Le tétanos étant transmis par l'environnement, il n'existe pas d'immunité de groupe. Toute personne non vaccinée est donc à risque de contracter la maladie.

Poliomyélite : depuis l'introduction de la vaccination contre la poliomyélite dans le calendrier vaccinal français en 1958 et surtout son caractère obligatoire en juillet 1964, le nombre de cas a rapidement diminué, grâce à une couverture vaccinale très élevée chez le nourrisson. La maladie est éliminée en France. Le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé à 1995.

Coqueluche : la couverture contre la coqueluche a augmenté très rapidement, dès que cette vaccination a été intégrée au sein du vaccin comportant les vaccinations obligatoires en 1966. Le nombre de cas de coqueluche a très fortement diminué depuis cette date. Cependant, la bactérie continue de circuler dans la population, car la vaccination, tout comme la maladie, ne protège pas à vie contre l'infection. Les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés sont donc à risque d'être contaminés. Il est donc nécessaire de vacciner leur entourage proche pour les protéger durant les premières semaines de vie et de les vacciner dès l'âge de 8 semaines.

***Haemophilus influenzae b* (Hib)** : l'introduction de la vaccination en routine contre *Haemophilus influenzae b* (Hib) en 1992 a fait chuter l'incidence des infections invasives à Hib chez les jeunes enfants qui étaient les plus affectés par ces formes graves. Entre 2012 et 2017, le CNR *Haemophilus influenzae* a rapporté chaque année 2 à 4 cas de méningites à Hib chez des enfants âgés de moins de 5 ans. La très grande majorité concernait des enfants non ou incomplètement vaccinés ou trop jeunes pour avoir reçu un schéma vaccinal complet, ou présentant un déficit immunitaire. La survenue de ces cas montre que la bactérie continue à circuler à bas bruit dans la population et qu'il existe un risque pour les enfants non ou incomplètement vaccinés.

Hépatite B : Plusieurs éléments justifient la vaccination contre l'hépatite B du nourrisson alors que le risque d'infection est négligeable durant les premières années de vie. Les niveaux très élevés de couverture vaccinale du nourrisson permettent d'envisager à terme l'élimination de l'hépatite B. Le vaccin est en effet très efficace chez le nourrisson et la durée de protection conférée est suffisante pour protéger un sujet vacciné en tant que nourrisson lors de l'exposition au risque même plusieurs décennies plus tard. Le vaccin est très bien toléré et aucun signal concernant des éventuels effets secondaires graves n'a jamais émergé dans cette tranche d'âge. Enfin, l'association de ce vaccin au sein des combinaisons vaccinales hexavalentes permet de protéger les nourrissons sans nécessiter d'injections additionnelles, alors qu'au moins 2 doses sont nécessaires pour vacciner à l'adolescence.

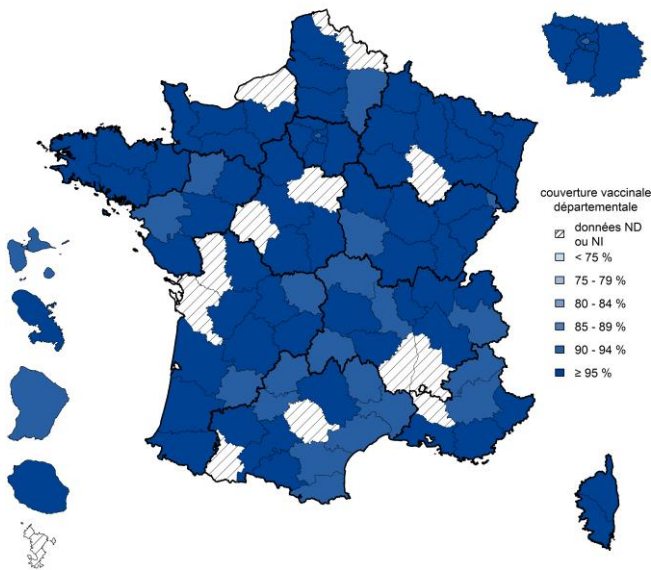
• Couvertures vaccinales à l'âge de 2 ans des enfants nés en 2015 (analyse des certificats de santé 2017)

La couverture vaccinale pour les trois vaccinations déjà obligatoires (vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite) est supérieure aux objectifs de la loi de Santé publique (95%). Les valences coqueluche et *Haemophilus influenzae b*, administrées au sein de combinaisons vaccinales incluant les vaccins DTP partagent ce très bon résultat.

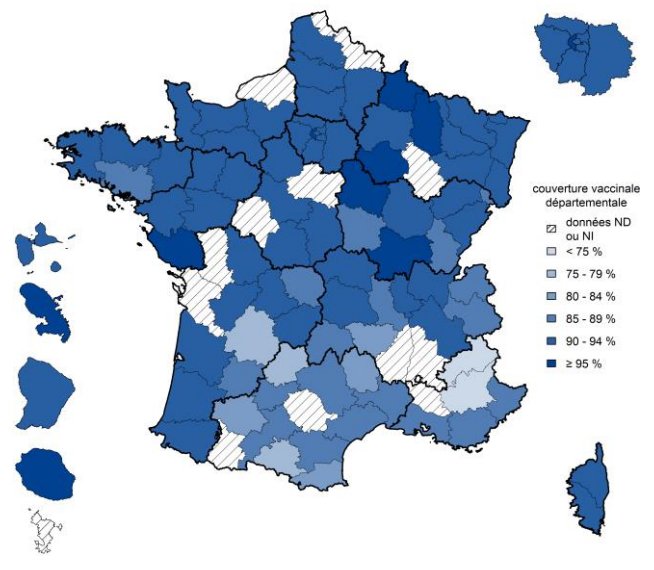
En 2017, les couvertures vaccinales du « rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) » chez les enfants âgés de 24 mois étaient en effet supérieures à 95% en France (DTPcoqueluche : 96,3%, et Hib : 95,4%). Elles étaient presque toutes supérieures ou égales à 95 % dans les régions pour lesquelles ces données sont disponibles.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B était en revanche de 91,3% en 2017 et donc inférieure à l'objectif de 95%.

Couvertures vaccinales (%) départementales « rappel diphtérie, tétanos, poliomyélite (3^e dose) » à l'âge de 24 mois, France, 2017 (enfants nés en 2015)



Couvertures vaccinales (%) départementales « hépatite B 3 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2017 (enfants nés en 2015)



Couvertures vaccinales (%) régionales « rappel diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus influenzae b*, hépatite B (3^e dose) » à l'âge de 24 mois, France, 2017 (enfants nés en 2015)

Régions	DTP Coqueluche (%)	<i>Haemophilus influenzae b</i> (%)	Hépatite B (%)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	95,8	94,8	89,1
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	96,7	95,9	92,1
BRETAGNE	96,5	95,5	91,2
CENTRE-VAL DE LOIRE	ND	ND	ND
CORSE	97,5	97	92,4
GRAND EST	96,8	96,1	93,2
HAUTS-DE-FRANCE	ND	ND	ND
ÎLE-DE-FRANCE	96,5	96,1	93,6
NORMANDIE	ND	ND	ND
NOUVELLE-AQUITAINE	96,7	95,8	90,5
OCCITANIE	95,3	93,7	86,1
PAYS DE LA LOIRE	96,5	96,0	93,3
PACA	95,8	94,3	86,9
GUADELOUPE	94,7	93,7	92,8
GUYANE	93,5	93,2	91,1
MARTINIQUE	96,3	96,1	96,1
RÉUNION	97,0	96,4	95,4
France entière	96,3	95,4	91,3

• Impact de l'extension de l'obligation vaccinale – Vaccin hexavalent

Chez les nourrissons nés entre le 1er janvier 2018 et le 31 mai 2018 (cohorte 2018), 98,6% ont reçu leur première vaccination en utilisant les vaccins hexavalents incluant l'hépatite B, contre 93,1% pour ceux nés entre le 1er janvier et le 31 mai 2017 (cohorte 2017). Le gain de couverture est particulièrement significatif dans les régions Occitanie (+8,9%), PACA (+8,7) et Auvergne-Rhône-Alpes (+8,4) dans lesquelles la proportion de vaccination par le vaccin hexavalent était parmi les plus faibles en France pour la cohorte 2017.

Dans la mesure où environ 1% des nourrissons échappent à toute vaccination, la couverture vaccinale contre l'hépatite B prenant en compte cette donnée peut être estimée proche de 98 % (99 % d'enfants vaccinés x 98,6 % d'enfants ayant bénéficié d'un vaccin hexavalent).

Des toutes premières données sont disponibles concernant la couverture du rappel à 11 mois. Elles concernent uniquement les nourrissons nés en janvier 2018. La couverture à l'âge de 12 mois pour les enfants nés en janvier 2018 est de 79,7% alors qu'elle était de 74,7% à l'âge de 12 mois pour les enfants nés en janvier 2017, soit une progression de 5 points.

Ces résultats confirment le bénéfice de la vaccination obligatoire pour améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B.

Proportion d'utilisation du vaccin hexavalent incluant l'hépatite B parmi les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la polio chez le nourrisson âgé de 7 mois, au 31 décembre 2018 et couverture vaccinale à 12 mois pour le rappel à 11 mois des enfants nés en janvier 2018 au 31 janvier 2019, cohortes 2017 et 2018, France

Régions	Au moins une dose			Rappel à 11 mois		
	Cohorte 2017 (%)	Cohorte 2018 (%)	Différence (Points)	Cohorte 2017 (%)	Cohorte 2018 (%)	Différence (Points)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	90,0	98,3	8,4	73,5	81,8	8,3
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	93,2	98,5	5,3	75,4	79,4	4,0
BRETAGNE	93,0	98,9	6,0	77,5	82,4	4,8
CENTRE-VAL DE LOIRE	95,6	99,1	3,5	77,8	81,3	3,4
CORSE	92,7	98,1	5,4	78,0	82,8	4,8
GRAND EST	94,4	98,8	4,4	75,4	79,9	4,4
HAUTS-DE-FRANCE	95,7	99,2	3,5	78,1	81,4	3,3
ÎLE-DE-FRANCE	94,8	98,7	3,9	ND	ND	ND
NORMANDIE	96,1	99,1	3,0	78,3	81,3	3,0
NOUVELLE-AQUITAINE	92,5	98,6	6,0	74,7	80,4	5,7
OCCITANIE	89,1	98,0	8,9	70,2	76,4	6,3
PAYS DE LA LOIRE	93,6	99,0	5,4	76,7	80,5	3,7
PACA	89,3	98,0	8,7	69,8	76,4	6,6
GAUDELLOUPE	98,0	99,8	1,7	73,8	73,6	-0,1
GUYANE*	87,4	93,8	6,4	ND	ND	ND
MARTINIQUE	97,7	99,3	1,6	ND	ND	ND
RÉUNION	97,5	99,4	1,9	ND	ND	ND
France entière	93,1	98,6	5,5	74,7	79,7	5,0

Sources : Données SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18 (au moins une dose) et 31/01/2019 (rappel à 11 mois)

*Les données issues du SNDS pour la Guyane ne couvrent pas l'ensemble du territoire et surestiment très vraisemblablement la couverture vaccinale

Pneumocoque

• Contexte épidémiologique

Au début des années 2000, avant la vaccination des enfants, plus d'une centaine de méningites à pneumocoque survenaient chaque année chez le nourrisson. Environ 10 % des cas en décédaient et plus de 20 % en gardaient des séquelles. La couverture vaccinale supérieure à 90 % a permis de pratiquement faire disparaître les cas liés aux sérotypes inclus dans le vaccin. Mais la couverture vaccinale doit continuer à progresser afin de diminuer le risque résiduel d'infection sévère chez l'enfant et également protéger par effet indirect les personnes âgées.

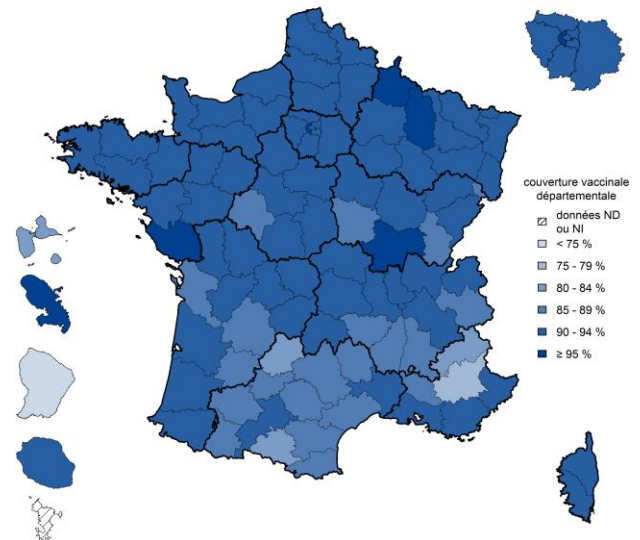
• Couvertures vaccinales

En 2017, la couverture vaccinale « pneumocoque 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois était de 92,2% en France. Elle variait entre 47,8% (Guyane) et 96,0% (Martinique).

Couvertures vaccinales (%) régionales « pneumocoque 3 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2016-2017

Régions	2016	2017
	Nés en 2014 (%)	Nés en 2015 (%)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	ND	91,8
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	91,8	92,4
BRETAGNE	92,2	92,7
CENTRE-VAL DE LOIRE	ND	ND
CORSE	94,8	94,4
GRAND EST	93,1	93,1
HAUTS-DE-FRANCE	ND	ND
ÎLE-DE-FRANCE	93,5	94,0
NORMANDIE	ND	ND
NOUVELLE-AQUITAINE	91,2	93,0
OCCITANIE	89,8	89,3
PAYS DE LA LOIRE	ND	93,7
PACA	ND	89,5
GAUDELouPE	85,8	83,3
GUYANE	ND	47,8
MARTINIQUE	92,3	96,0
RÉUNION	95,7	94,0
France entière	91,8	92,2

Couvertures vaccinales (%) départementales « pneumocoque 3 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2017



Source tableau et carte : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France. Données non disponibles pour les CS 24 estimées à partir des données du SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2018

• Impact de l'extension de l'obligation vaccinale – Vaccin Pneumocoque

Couvertures vaccinales (%) régionales « pneumocoque au moins 1 dose » à l'âge de 7 mois, France, cohorte 2017 et 2018

Chez les nourrissons nés entre le 1er janvier 2018 et le 31 mai 2018 (cohorte 2018), la couverture vaccinale contre le pneumocoque (1 dose) est de 99,4%, contre 98,0% pour ceux nés entre 1er janvier 2017 et le 31 mai 2017 (cohorte 2017), soit une augmentation de 1,4 points.

Cette augmentation varie, hors Guyane, de 0,2 points en Guadeloupe à 2,4 points en Martinique. En métropole le gain de couverture est particulièrement significatif en Occitanie et Paca (+2,1 points) et en Auvergne-Rhône-Alpes (+1,9)

Ces augmentations sont à mettre en lien avec les obligations vaccinales étendues à la vaccination contre le pneumocoque pour les nourrissons nés à compter du 1er janvier 2018.

Régions	Au moins une dose		
	Cohorte 2017 (%)	Cohorte 2018 (%)	Différence (points)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	97,6	99,4	1,9
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	97,6	99,3	1,7
BRETAGNE	98,5	99,7	1,2
CENTRE-VAL DE LOIRE	98,5	99,7	1,2
CORSE	97,9	99,5	1,5
GRAND EST	97,7	99,5	1,8
HAUTS-DE-FRANCE	99,1	99,7	0,6
ÎLE-DE-FRANCE	98,3	99,5	1,2
NORMANDIE	98,9	99,8	0,9
NOUVELLE-AQUITAINE	98,1	99,4	1,3
OCCITANIE	96,9	98,9	2,1
PAYS DE LA LOIRE	98,4	99,7	1,3
PACA	97,0	99,2	2,1
GAUDELouPE	98,4	98,6	0,2
GUYANE*	92,0	96,4	4,4
MARTINIQUE	96,6	99,0	2,4
RÉUNION	97,6	99,6	2,0
France entière	98,0	99,4	1,4

Sources : Données SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18

*Les données issues du SNDS pour la Guyane ne couvrent pas l'ensemble du territoire et surestiment très vraisemblablement la couverture vaccinale

Rougeole, oreillons, rubéole

• Contexte épidémiologique

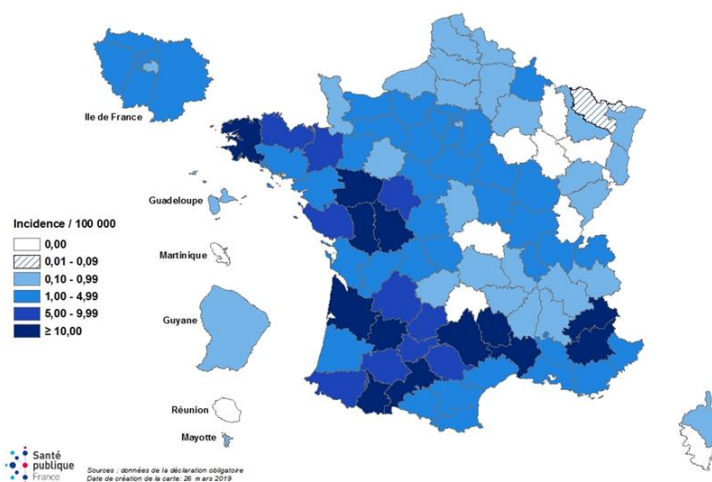
Rubéole : depuis 1985, la promotion de la vaccination en France a entraîné une baisse très importante du nombre d'infections en cours de grossesse et du risque d'interruption de grossesse et de naissance d'enfants porteurs de malformations. Toutefois, depuis 2010, entre 5 et 10 infections rubéoleuses survenant durant la grossesse sont encore recensées chaque année. La rubéole est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2018.

Oreillons : les niveaux élevés de couverture vaccinale ont entraîné une très forte réduction du nombre de cas. Actuellement, la maladie a pratiquement disparu chez l'enfant. Cependant, même après 2 doses, la protection peut finir par disparaître, expliquant la survenue très occasionnelle de cas chez des jeunes adultes vaccinés dans l'enfance. Dans ce cas, la maladie est le plus souvent bénigne et les complications exceptionnelles.

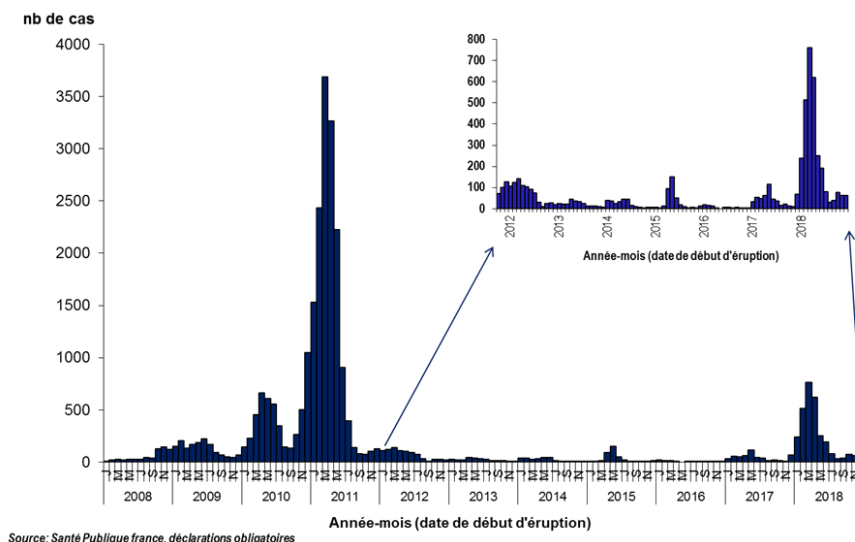
• Focus Rougeole

La France, comme l'ensemble des pays de la région européenne de l'OMS, est engagée dans une stratégie d'élimination de la rougeole, objectif fixé initialement pour 2010. De par la très grande contagiosité de la rougeole, il est nécessaire qu'au moins 95 % des enfants soient vaccinés avec 2 doses pour éliminer la rougeole. En l'absence de CV suffisante, le virus continue de circuler en France. Au cours de l'année 2018, 2913 cas de rougeole ont été notifiés aux agences régionales de santé, dont trois décès.

Taux de notification des cas de rougeole déclarés par département de résidence en 2018, France



Nombre de cas déclarés de rougeole entre janvier 2008 et décembre 2018, France



Source : Carte et graphique : Déclaration obligatoire, Santé publique France

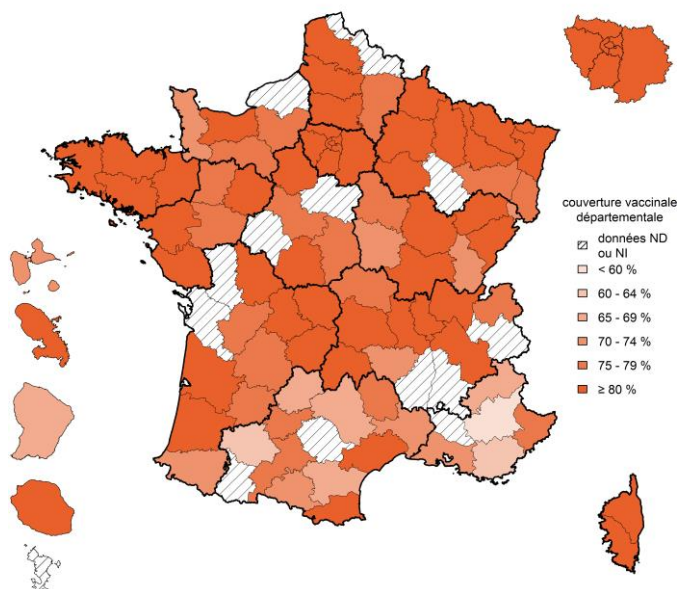
• Couvertures vaccinales

En 2017, la couverture vaccinale « ROR : rougeole, oreillons, rubéole, 1 dose » chez les enfants âgés de 24 mois était de 89,6% en France. Elle variait entre 78,8 % (PACA) et 95,3 % (Martinique). La couverture vaccinale « 2 doses » était de 80,3%. Elle variait entre 67,7 % (Guyane) et 88,1 % (Corse). Ces valeurs sont insuffisantes pour prévenir le risque épidémique.

Couvertures vaccinales (%) régionales « rougeole, oreillons, rubéole » à l'âge de 24 mois, France 2015-2017

Régions	2016 (nés en 2014)		2017 (nés en 2015)	
	1 dose (%)	2 doses (%)	1 dose (%)	2 doses (%)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	ND	ND	88,7	81,3
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	90,2	79,9	90,0	79,3
BRETAGNE	91,1	80,8	90,2	81,4
CENTRE-VAL DE LOIRE	ND	ND	ND	ND
CORSE	93,7	86,0	93,6	88,1
GRAND EST	91,0	81,5	90,5	81,7
HAUTS-DE-FRANCE	ND	ND	ND	ND
ÎLE-DE-FRANCE	92,0	84,5	91,9	85,4
NORMANDIE	ND	ND	ND	ND
NOUVELLE-AQUITAINE	89,8	77,4	91,6	81,4
OCCITANIE	88,2	76,2	87,4	76,2
PAYS DE LA LOIRE	ND	ND	89,3	79,5
PACA	ND	ND	78,8	69,3
GUADELOUPE	86,0	79,7	80,9	73,1
GUYANE	90,0	74,3	88,3	67,7
MARTINIQUE	92,9	77,0	95,3	83,7
RÉUNION	94,9	85,4	95,2	85,2
France entière	90,3	80,1	89,6	80,3

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons rubéole 2 doses », France, 2017



Source tableau et carte : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France.

ND: non disponible

• Impact de la communication autour de l'obligation vaccinale – Vaccin ROR

La première dose de vaccin ROR étant recommandée à l'âge de 12 mois, il n'est pas encore possible de mesurer l'impact de l'obligation vaccinale pour cette vaccination chez les enfants, nés en 2018. Il est cependant possible de comparer les couvertures vaccinales des enfants ayant eu 12 mois en 2018 avec celles des enfants ayant eu 12 mois en 2017.

Chez les enfants ayant eu 12 mois en 2018, la couverture vaccinale ROR (1 dose) est de 87,2% contre 85,0% pour ceux nés ayant eu 12 mois en 2017, soit un gain de couverture de 2,2 points.

Cette augmentation variait de 0,2 point (Corse) à 3,2 points (Nouvelle Aquitaine).

Ce gain de couverture ne peut être attribué directement à l'obligation vaccinale mais peut être liée à la communication faite autour de cette obligation et de la vaccination en général. Cette augmentation peut également être liée à l'épidémie actuelle de rougeole.

Couvertures vaccinales (%) régionales « rougeole, oreillons, rubéole » au moins 1 dose » à l'âge de 12 mois, France, cohortes 2017 et 2018

Régions	Cohorte 2017 (%)	Cohorte 2018 (%)	Gain de couverture (point)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	85,5	87,7	2,2
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	ND	ND	ND
BRETAGNE	86,7	88,9	2,2
CENTRE-VAL DE LOIRE	86,5	88,5	2,0
CORSE	84,4	84,6	0,2
GRAND EST	86,3	87,6	1,3
HAUTS-DE-FRANCE	86,4	87,8	1,4
ÎLE-DE-FRANCE	ND	ND	ND
NORMANDIE	85,9	87,8	1,9
NOUVELLE-AQUITAINE	84,9	88,1	3,2
OCCITANIE	81,6	84,6	3,0
PAYS DE LA LOIRE	85,2	87,8	2,6
PACA	82,1	84,7	2,6
GUADELOUPE	78,4	78,8	0,4
GUYANE	ND	ND	ND
MARTINIQUE	ND	ND	ND
RÉUNION	ND	ND	ND
France entière	85,0	87,2	2,2

Sources : Données SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18

Infections invasives à méningocoque C

• Contexte épidémiologique

En 2018, 93 cas d'IIM C (Infections invasives à méningocoque C) ont été notifiés en France (taux de notification de 0,14 / 100 000 habitants). Cela représente une baisse de 38% par rapport au nombre de cas observés en 2017 (149 cas). La tendance à l'augmentation des IIM C observée depuis 2011 semble donc s'arrêter avec une diminution marquée en 2018.

Chez les nourrissons âgés de moins de un an, après une augmentation de l'incidence des IIM C entre 2011 et 2016, le nombre de cas a nettement diminué en 2017 et 2018 (Figure 1). En 2018, quatre cas sont survenus contre 17 cas en moyenne au cours de la période 2010-2016. Les quatre cas ont concerné des nourrissons non vaccinés. Deux d'entre eux étaient âgés de moins de 3 mois et étaient trop jeunes pour être vaccinés. Les deux autres cas concernaient des nourrissons âgés de 6 à 11 mois qui auraient dû être vaccinés avec la première dose (dont un nourrisson né en 2018 qui est décédé). **L'augmentation de la couverture vaccinale en 2018, pour la première dose de vaccin à l'âge de 5 mois, explique en grande partie la baisse importante du nombre de cas.**

Chez les enfants plus âgés et les adolescents (Figures 2 et 3), le nombre de cas est resté stable en 2018 par rapport aux années précédentes. La couverture vaccinale reste insuffisante au-delà de la première année de vie, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes. Entre 2011 et 2018, 401 cas dont 39 décès sont survenus chez des sujets âgés de 1 à 24 ans. La très grande majorité de ces cas auraient pu être évités par la vaccination.

Chez les adultes, après deux années d'augmentation successive (2016 et 2017), on observe une diminution du nombre de cas en 2018 (Figure 2 et 3). La baisse est particulièrement marquée chez les sujets âgés de 65 ans et plus (Figure 3).

Le nombre de cas d'IIM C a diminué dans de nombreuses régions en 2018 par rapport aux années précédentes. Toutefois un gradient persistait en 2018 avec des taux de notification des IIM C globalement plus élevés dans les départements du sud de la France (Figure 4), départements généralement moins bien vaccinés.

Figure 1 : Nombre de cas d'IIM C et taux de déclaration chez les nourrissons de moins de un an, 2006-2018

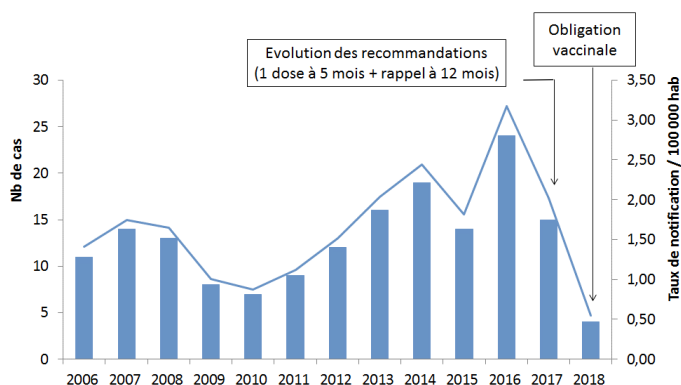
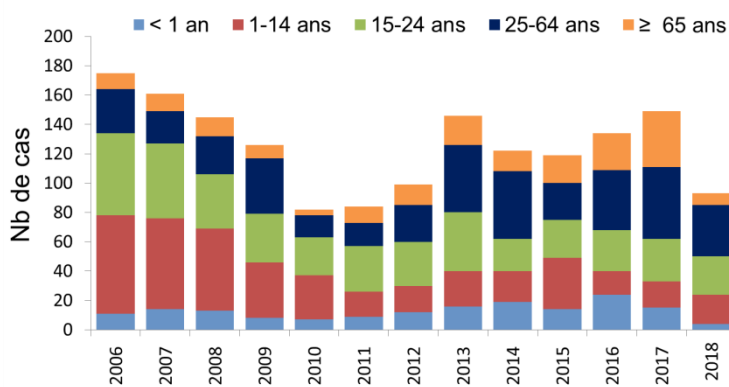


Figure 3 : Evolution du nombre de cas d'IIM C selon la classe d'âge, 2006-2018



Source : pour tous les graphiques et cartes : Déclaration Obligatoire – Déclaration obligatoire et CNR des méningocoques et *Haemophilus influenzae*. Traitement Santé publique France

Figure 2 : Taux de déclaration des IIM C chez les sujets âgés de plus de un an selon la classe d'âge, 2006-2018,

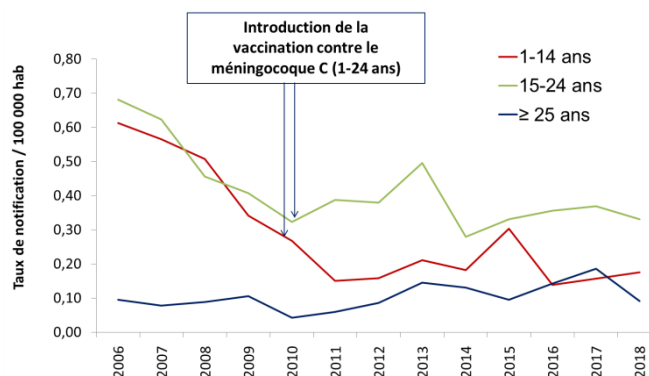
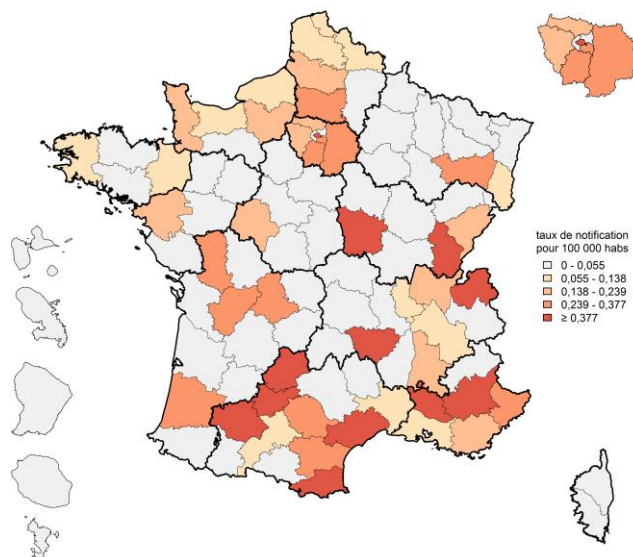


Figure 4 : Taux de déclaration des IIM C par département de résidence des cas, 2018 (après standardisation sur l'âge)



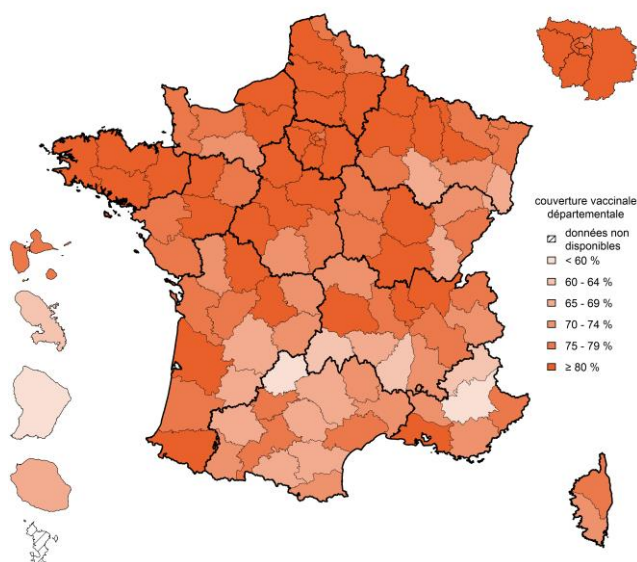
• Couverture vaccinale méningocoque C en 2018 chez le nourrisson

Depuis 2017, la vaccination des nourrissons contre le méningocoque C comprend une première dose à l'âge de 5 mois suivie d'un rappel à 12 mois. La dose à l'âge de 5 mois, devenue obligatoire en 2018, a vocation à être transitoire, le temps d'atteindre une immunité de groupe suffisante dans la population pour protéger des nourrissons sans avoir besoin de les vacciner.

En 2018, la CV contre le méningocoque C à 2 ans était de 78,6% alors qu'elle était de 72,6% en 2017 (+ 6 points). Les couvertures les plus élevées sont observées dans les régions Bretagne (84,5%), et le Centre Val de Loire (81,8%). Aucune région n'atteint l'objectif de 95%. Elle reste faible dans les DOM et notamment en Guyane (40,2%, surestimation probable*), à la Martinique (63,7%) et à la Réunion (67,2%).

Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C » à 2 ans, France, 2018 (nés en 2016)

Couvertures vaccinales (%) régionales « méningocoque C » à 2 ans, France, 2017 et 2018



Source : carte et tableaux: SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18

*Les données issues du SNDS pour la Guyane ne couvrent pas l'ensemble du territoire et surestiment très vraisemblablement la couverture vaccinale

Régions	2017 (%)	2018 (%)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	72,4	78,6
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	70,1	77,4
BRETAGNE	79,7	84,5
CENTRE-VAL DE LOIRE	74,6	81,8
CORSE	68,4	76,3
GRAND EST	72,8	78,4
HAUTS-DE-FRANCE	73,9	81,1
ÎLE-DE-FRANCE	77,4	80,5
NORMANDIE	73,6	81,1
NOUVELLE-AQUITAINE	69,0	77,2
OCCITANIE	66,2	73,5
PAYS DE LA LOIRE	71,4	79,8
PACA	70,7	76,7
GUADELOUPE	70,4	76,0
GUYANE*	27,3	40,2
MARTINIQUE	61,2	63,7
RÉUNION	60,8	67,2
France entière	72,6	78,6

• Impact de l'extension de l'obligation vaccinale – Méningocoque C

La couverture vaccinale pour au moins 1 dose de vaccin méningocoque C a été estimée à l'âge de 7 mois chez les nourrissons nés entre le 1er janvier et le 31 mai 2018 (cohorte 2018). Ces données sont comparées dans le tableau ci-joint aux couvertures vaccinales à l'âge de 7 mois des nourrissons nés entre le 1er janvier et 31 mai 2017 (cohorte 2017), non soumis à l'extension de l'obligation vaccinale.

Le gain de couverture vaccinale chez les nourrissons de 7 mois de la cohorte 2018 comparé à ceux de la cohorte 2017 est de 36,4 points. Le gain de couverture vaccinale par région varie, hors Guyane, de 30,8 points en Martinique et en Bretagne à 43,1 points dans les Pays de la Loire.

Ces résultats résultent de la combinaison de la montée en charge de la mise en œuvre de cette nouvelle recommandation datant de 2017 et de son caractère obligatoire depuis 2018.

Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18

*Les données issues du SNDS pour la Guyane ne couvrent pas l'ensemble du territoire et surestiment très vraisemblablement la couverture vaccinale

Couvertures vaccinales (%) régionales « méningocoque C » 1 dose à l'âge à 7 mois, France, cohorte 2017 et 2018

Régions	Cohorte 2017 (%)	Cohorte 2018 (%)	Gain de couverture (point)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	42,5	77,1	34,6
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	29,9	71,5	41,6
BRETAGNE	49,3	80,2	30,8
CENTRE-VAL DE LOIRE	41,0	77,8	36,7
CORSE	45,7	77,1	31,3
GRAND EST	37,9	73,9	36,0
HAUTS-DE-FRANCE	36,5	76,1	39,6
ÎLE-DE-FRANCE	46,3	78,2	31,9
NORMANDIE	36,6	77,3	40,7
NOUVELLE-AQUITAINE	35,9	76,0	40,1
OCCITANIE	35,4	73,5	38,1
PAYS DE LA LOIRE	35,3	78,4	43,1
PACA	40,7	75,6	35,0
GUADELOUPE	18,5	58,5	40,0
GUYANE*	5,3	27,3	22,1
MARTINIQUE	13,9	44,7	30,8
RÉUNION	14,5	56,1	41,6
France entière	39,3	75,7	36,4

• Couvertures vaccinales méningocoque C en 2018 chez le jeune enfant et l'adolescent

En 2018, les couvertures vaccinales contre le méningocoque C était de 75,7% chez les 2 à 4 ans, 70,3% chez les 5 à 9 ans, 45,8% chez les 10 à 14 ans et 31,9% chez les 15 à 19 ans. Entre 2017 et 2018, ces couvertures ont globalement augmenté dans toutes les tranches d'âge. Les couvertures vaccinales régionales les plus élevées atteignaient 81,5 % chez les 2-4 ans, 78,2 % chez les 5-9 ans, 56,4% chez les 10-14 ans et 43,6% chez les 15-19 ans. Les Hauts-de-France sont la région où la couverture vaccinale est la plus élevée quelle que soit la tranche d'âge. Un gradient Nord Sud apparait clairement, les couvertures vaccinales dans les départements du Sud de la Loire étant le plus souvent inférieures à celles des départements du Nord. Les couvertures chez les adolescents et les jeunes adultes sont insuffisantes pour obtenir une immunité de groupe permettant de protéger les personnes non vaccinées.

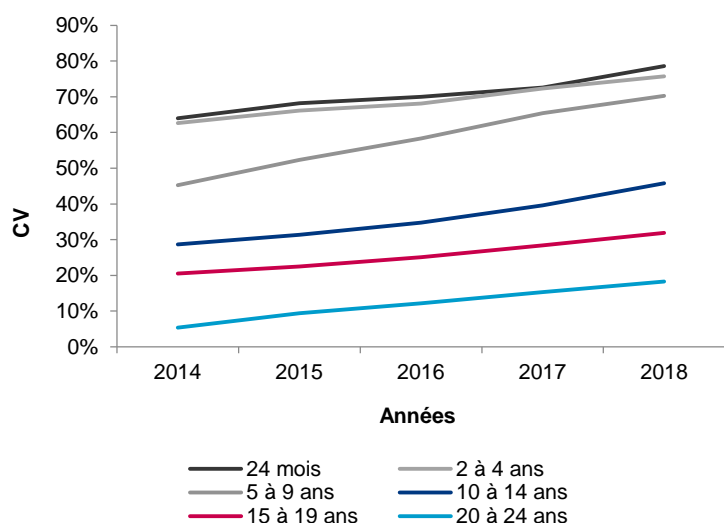
L'objectif de couverture vaccinale de 95% à l'âge de 2 ans n'est atteint dans aucune région.

Couvertures vaccinales (%) régionales « méningocoque C » par tranche d'âge, 2 à 19 ans, France, 2017-2018

Régions	2 à 4 ans		5 à 9 ans		10 à 14 ans		15 à 19 ans	
	2017 (%)	2018 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2017 (%)	2018 (%)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	70,0	73,8	61,3	66,6	35,7	41,6	24,9	28,5
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	71,5	76,0	64,5	69,5	40,9	47,0	31,5	34,6
BRETAGNE	79,3	81,5	73,1	77,1	51,1	56,1	40,6	43,4
CENTRE-VAL DE LOIRE	76,0	80,0	67,0	72,8	42,8	49,2	32,5	35,9
CORSE	65,0	69,1	58,6	63,9	25,4	32,0	12,9	15,0
GRAND EST	72,7	75,5	66,4	71,2	39,4	45,2	29,9	32,8
HAUTS-DE-FRANCE	77,9	81,5	73,9	78,2	50,6	56,4	40,7	43,6
ÎLE-DE-FRANCE	74,9	76,4	69,9	73,1	44,1	50,0	31,2	34,0
NORMANDIE	76,2	80,5	67,8	73,8	42,3	48,1	34,0	36,7
NOUVELLE-AQUITAINE	69,3	74,2	59,8	66,2	31,1	38,8	18,5	24,9
OCCITANIE	65,6	70,0	58,6	63,7	31,8	38,5	19,3	22,0
PAYS DE LA LOIRE	69,9	76,2	61,9	68,7	28,1	46,4	29,8	33,0
PACA	71,8	73,0	62,9	67,6	40,1	34,8	18,0	19,0
GUADELOUPE	71,0	77,0	65,9	72,1	41,9	48,2	26,8	30,3
GUYANE*	30,0	40,3	25,7	32,5	20,0	24,9	14,1	16,1
MARTINIQUE	63,2	66,4	51,8	58,8	27,0	33,5	15,5	18,8
RÉUNION	67,3	71,1	62,9	67,6	45,5	51,2	33,9	37,6
France entière	72,3	75,7	65,4	70,3	39,6	45,8	18,4	31,9

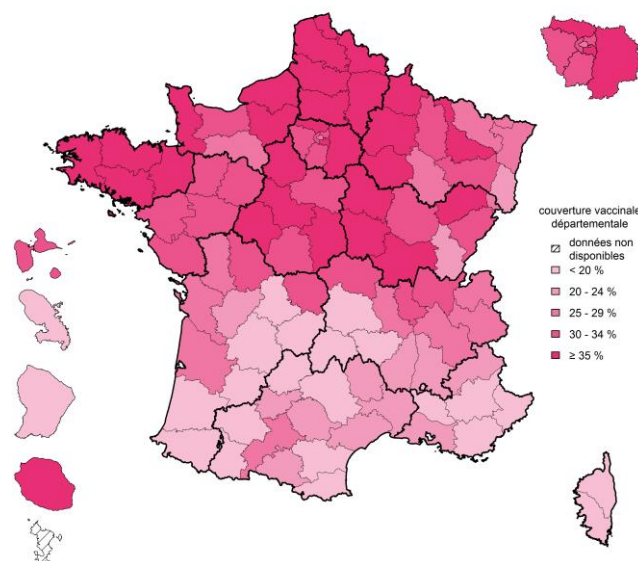
Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18 *Les données issues du SNDS pour la Guyane ne couvrent pas l'ensemble du territoire et surestiment très vraisemblablement la couverture vaccinale

Evolution des couvertures vaccinales (%) nationales « méningocoque C » par tranche d'âge, France, 2014 - 2018



Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, mise à jour au 31/12/18

Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C » chez les 15 à 19 ans, France, 2018*



Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18

* La couverture vaccinale est sous estimée dans les départements où des campagnes de vaccination de grande ampleur ont été organisées et où les vaccins ont été fournis gratuitement, et non enregistrés dans le DCIR (départements : 40, 63,64,65)

Papillomavirus humain

• Contexte épidémiologique

En France, en 2017, l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus étaient estimées à 2840 cas incidents et 1080 décès par an, malgré les actions de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses chez les femmes âgées de 25 à 65 ans. De nombreux pays ayant introduit la vaccination contre les papillomavirus (HPV) ont montré son efficacité en population pour prévenir les infections à HPV et les lésions pré-cancéreuses.

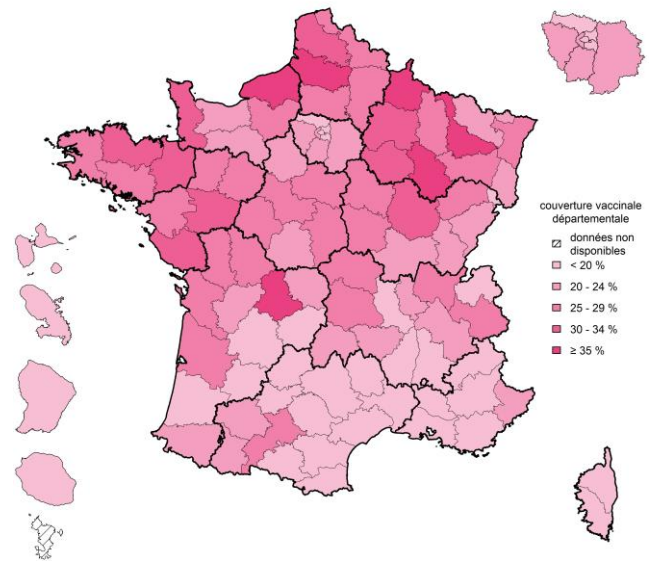
• Couverture vaccinale papillomavirus humain en 2018

La couverture vaccinale contre le papillomavirus chez les jeunes filles reste très insuffisante en France en 2018.

A l'âge de 15 ans, la couverture vaccinale pour une dose de vaccin était de 29,4% chez les jeunes filles nées en 2003. A l'âge de 16 ans seules 23,7% des jeunes filles nées en 2002 ont reçu un schéma complet de vaccination contre les infections à papillomavirus.

Les analyses régionales montrent un gradient Nord – Sud. Les jeunes filles étant globalement moins bien vaccinées dans les départements du sud de la Loire en comparaison avec ceux du Nord. Les couvertures vaccinales sont très faibles dans les DOM.

Couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains « schéma complet à 2 doses » à 16 ans, France, cohorte de naissance 2002



Source : carte et tableau SNDS-DCIR,.

Traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18

La comparaison des couverture vaccinale 1 dose chez les jeunes filles de 15 ans en 2017 et 2018 (nées respectivement en 2002 et 2003) montre une progression de couverture de 3,2 points. De même, une progression de 2,3 points est observée chez les jeunes filles de 16 ans entre 2017 et 2018. Ces augmentations, légèrement supérieures à celles observées entre 2016 et 2017 (2,6 % à 15 ans et 1,9 % à 16 ans) pourraient témoigner de l'impact positif de l'abaissement de l'âge de la vaccination à 11 ans mais peut être également du renforcement récent de la communication autour de la vaccination

Couvertures vaccinales (%) régionales contre les papillomavirus humains « 1 dose » à 15 ans et « 2 doses » à 16 ans, France, cohortes de naissance 2002 et 2003 (15 ans) et 2001 et 2002 (16 ans)

Régions	1 dose à 15 ans		2 doses à 16 ans (schéma complet)	
	2002 (%)	2003 (%)	2001 (%)	2002 (%)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	24,4	27,6	20,3	22,5
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	27,7	31,6	23,3	25,3
BRETAGNE	32,6	36,5	26,4	30,3
CENTRE-VAL DE LOIRE	29,2	32,6	23,5	26,2
CORSE	18,3	19,6	14,8	15,2
GRAND EST	32,6	35,6	26,1	29,1
HAUTS-DE-FRANCE	34,7	37,7	28,4	30,6
ÎLE-DE-FRANCE	21,3	24,0	16,9	18,8
NORMANDIE	34,8	38,6	28,4	31,1
NOUVELLE-AQUITAINE	26,5	30,5	22,7	25,1
OCCITANIE	20,5	23,8	17,4	19,3
PAYS DE LA LOIRE	31,4	35,8	26,0	29,8
PACA	19,3	22,0	15,5	17,2
GUADELOUPE	17,7	18,1	12,1	11,9
GUYANE*	22,9	10,9	12,1	14,1
MARTINIQUE	11,2	21,6	6,3	8,2
RÉUNION	11,3	11,4	8,6	8,1
France entière	26,2	29,4	21,4	23,7

Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18 *Les données issues du SNDS pour la Guyane ne couvrent pas l'ensemble du territoire et surestiment très vraisemblablement la couverture vaccinale

Grippe

• Contexte épidémiologique

La grippe est responsable chaque année de plusieurs milliers de décès, dont la très grande majorité survient chez les personnes âgées. Malgré une efficacité modérée et variable selon les saisons, la vaccination reste la mesure de prévention la plus efficace. Elle permet en moyenne de réduire le risque de décès chez les personnes âgées vaccinées d'environ un tiers.

• Couverture vaccinale contre la grippe en 2018

Parmi l'ensemble des personnes à risque de grippe sévère, la couverture vaccinale était de 45,6% lors de la saison 2017-2018 et de 46,8% lors de la saison 2018-2019. Malgré cette augmentation de 1,2 points, la couverture vaccinale du vaccin contre la grippe reste très insuffisante en France, loin de l'objectif des 75 % de couverture pour les personnes à risque.

La couverture vaccinale était de 29,2% chez les personnes à risque âgées de moins de 65 ans et de 51,0% chez les personnes âgées de 65 ans et plus. La couverture vaccinale était en légère augmentation par rapport à la saison précédente dans ces deux tranches d'âge puisqu'elle était respectivement de 28,9% et 49,7% en 2017-2018.

Couvertures vaccinales (%) régionales contre la grippe « 1 dose » chez les personnes à risque âgés de moins de 65 ans et chez les personnes âgés de 65 ans et plus, 2017-2019

Régions	Au moins une dose Moins de 65 ans			Au moins une dose 65 ans et plus		
	2017-2018 (%)	2018-2019 (%)	Gain de couverture (point)	2017-2018 (%)	2018-2019 (%)	Gain de couverture (point)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	29,5	29,2	-0,3	48,5	50,3	1,8
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	31,3	31,9	0,7	50,2	51,5	1,2
BRETAGNE	31,8	31,3	-0,5	52,4	54,3	1,9
CENTRE-VAL DE LOIRE	30,4	31,2	0,8	51,7	53,0	1,3
CORSE	21,8	23,5	1,6	44,9	46,3	1,4
GRAND EST	32,0	32,4	0,4	51,9	52,9	1,0
HAUTS-DE-FRANCE	34,1	33,3	-0,8	52,2	54	1,8
ÎLE-DE-FRANCE	23,9	24,9	0,9	47,3	48,9	1,5
NORMANDIE	33,4	32	-1,3	53,1	54,1	1,0
NOUVELLE-AQUITAINE	29,7	30,6	0,9	50,8	52,3	1,6
OCCITANIE	26,9	28	1,1	49,2	50,3	1,1
PAYS DE LA LOIRE	31,7	31	-0,7	51,3	53,2	2,0
PACA	25,4	26,6	1,1	47,5	49,1	1,6
GUADELOUPE	12,7	12,4	-0,3	21,3	20,5	-0,7
GUYANE*	13,4	12,7	-0,7	20,5	18,9	-1,6
MARTINIQUE	8,8	8,6	-0,2	15,3	14,2	-1,1
RÉUNION	ND	ND	ND	ND	ND	ND
France entière	28,9	29,2	0,3	49,7	51,0	1,3

Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 28/02/19

*Les données issues du SNDS pour la Guyane ne couvrent pas l'ensemble du territoire et surestiment très vraisemblablement la couverture vaccinale,

PERCEPTIONS, OPINIONS SUR LA VACCINATION ET LES OBLIGATIONS VACCINALES DES PARENTS D'ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS

Dans le cadre du suivi de la mise en place des obligations vaccinales pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018, Santé publique France a réalisé deux enquêtes auprès de parents d'enfants âgés de moins de 2 ans [1] [2].

Les résultats mettent en évidence une sensible amélioration des perceptions relatives à la vaccination et à l'adhésion aux obligations vaccinales, un impact positif sur l'incitation des parents à faire vacciner leurs enfants contre le ROR et le méningocoque, mais également le besoin de conforter et d'explicitier cette mesure et, surtout, de rassurer sur la sûreté des vaccins.

• Une bonne adhésion aux mesures mais un déficit d'information à enrayer

En février 2019, 95% des parents d'enfants de 0 à 2 ans ont entendu parler des nouvelles vaccinations obligatoires (soit une hausse de 4 points par rapport à juin 2018). Si les médias sont le premier vecteur de notoriété de la mesure (72%), les professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres, spécialistes, professionnels de la PMI, puéricultrices, sages-femmes, pharmaciens) ont joué un rôle majeur dans l'information sur cette mesure (cités par 62% versus 40% en juin 2018).

Deux tiers des parents (67%) déclarent être aujourd'hui favorables à cette extension de 3 à 11 vaccinations, parmi lesquels, 10% – selon leur souvenir – ne l'étaient pas en décembre 2017. Cependant, en dépit de la notoriété de la mesure, près de la moitié des parents (47%) indiquent ne pas savoir précisément ce qu'elle recouvre et un tiers s'estime mal informé sur ces obligations, particulièrement chez les plus modestes (35% des professions et catégories socio-professionnelles (PCS) - versus 29% des PCS+ ; 49% chez les ouvriers).

Le tétanos, la rubéole, la coqueluche et la rougeole sont les maladies à vaccination obligatoire les mieux identifiées (85% à 89%), puis viennent l'hépatite B, la diphtérie et la poliomyélite (entre 70% et 75%) ; les infections à méningocoques et les oreillons (respectivement par 68% et 69%)*.

• L'importance de la vaccination reconnue et de fortes attentes d'information

L'importance de la vaccination pour la santé des enfants (91%) et pour la protection de la collectivité (87%) progresse sensiblement dans l'opinion des parents (+ 5 points par rapport à juin 2018). Neuf parents sur dix (86%) adhèrent à l'idée que les nouvelles obligations vaccinales vont permettre d'augmenter le nombre de personnes vaccinées en France et pour les trois quarts réduire les épidémies (77%).

Il reste de fortes attentes d'information des parents pour mieux connaître les effets secondaires des vaccins (67%), leur composition (54%), leurs bénéfices (47%) et les maladies qu'ils permettent d'éviter.

• Un impact positif des nouvelles obligations vaccinales

La décision de retarder un vaccin par hésitation vaccinale tend à diminuer, passant de 25% en juin 2018 à 22% en 2019 (19% parmi les parents d'enfants nés en 2018 versus 25% de ceux nés en 2017).

Qu'il s'agisse de la vaccination ROR ou contre les méningocoques C, la mise en place des nouvelles obligations vaccinales a eu un impact positif sur le fait d'avoir fait ou d'avoir l'intention de faire vacciner leur enfant : 27% des parents d'enfants de 0 à 2 ans ont, en effet, déclaré que leur choix de faire vacciner leur enfant contre le ROR avait été influencé par les nouvelles obligations (36% pour les parents d'enfants nés en 2017 et 18% pour ceux nés en 2018). De même, 29% des parents ont fait le choix de faire vacciner leur enfant contre le méningocoque C suite à la nouvelle loi (39% des parents d'enfants nés en 2017 et 19% pour ceux nés en 2018).

[1] Enquête Santé publique France/BVA réalisée par internet auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 18 à 65 ans dont 321 parents d'enfants de 0 à 2 ans. Méthode des quotas. Juillet 2018.

[2] Enquête Santé publique France/BVA réalisée par internet auprès d'un échantillon national représentatif de 1002 parents d'enfants de 0 à 2 ans (500 enfants nés en 2017 et 502 enfants nés en 2018). Méthode des quotas. Février 2019.

* La liste des vaccinations obligatoires testées portait exclusivement sur ces 9 vaccinations

• Conclusion

Un an après sa mise en œuvre, la quasi-totalité des parents d'enfants nés en 2017 et en 2018 ont entendu parler des nouvelles obligations vaccinales et deux tiers déclarent être aujourd'hui favorables à l'extension des obligations vaccinales.

Les perceptions et opinions des jeunes parents sur la vaccination et ses bénéfices progressent positivement ; une amélioration à mettre probablement en regard des efforts de communication déployés par les pouvoirs publics, Santé publique France et les ARS, et par la mobilisation des partenaires nationaux, des professionnels de santé et de la petite enfance.

Pour autant, un travail pédagogique demeure à réaliser pour davantage expliciter le périmètre des nouvelles obligations et rassurer les parents sur la sûreté des vaccins.

LES PÉDIATRES ET L'OBLIGATION VACCINALE

Un an après la mise en place de l'extension des obligations vaccinales, qu'en est-il de la perception des pédiatres sur la vaccination et quel est l'impact de la nouvelle loi sur leur pratique ?

L'Association française de pédiatrie ambulatoire (Afp) a réalisé une enquête en ligne, en février 2018, sur la perception de l'obligation vaccinale. Nous leur avons proposé de réitérer cette enquête, un an après pour mesurer l'évolution des perceptions. En partenariat avec l'Afp, un questionnaire en ligne a donc été mis à disposition des pédiatres libéraux entre le 26/02 et 18/03/2019. Au total, 615 pédiatres ont répondu à l'enquête dont voici les résultats bruts.

L'adhésion à la vaccination des pédiatres reste très forte (99%) et les réticences à certains vaccins ne concernent que 14% d'entre eux. Les réticences portent tout d'abord sur le vaccin contre le rotavirus (8%), contre les HPV (5%) et la grippe (5%). Interrogés sur leur propre vaccination, en 2018-2019, 86% des pédiatres se sont vaccinés contre la grippe, proportion comparable à celle de l'hiver 2017-2018. Les pédiatres non réticents à cette vaccination sont significativement mieux vaccinés (88%).

L'extension des obligations vaccinales est jugée une mesure positive pour la presque totalité des pédiatres interrogés (96%). Plus de trois quarts d'entre eux considèrent qu'elle simplifie leur relation avec les parents. Une majorité des pédiatres (69%) trouvent que l'obligation vaccinale s'est accompagnée d'une diminution de la réticence des parents vis-à-vis de la vaccination et 23% qu'elle n'a pas changée. La majorité des pédiatres (56%) considèrent que l'extension des obligations n'a pas eu d'impact sur le rattrapage vaccinal des enfants de plus d'un an. La quasi-totalité (97%) se sent à l'aise pour expliquer l'extension des obligations vaccinales.

L'Afp avait fait une enquête comparable au 1er trimestre 2018 auprès de 663 pédiatres [1] [2]. Si les réticences des pédiatres interrogés vis-à-vis de certains vaccins semblent augmenter (6% à 14%), davantage considèrent, cette année, que l'extension de l'obligation est une bonne mesure (91% à 96%) et qu'elle simplifie davantage les relations avec les parents (52% à 77%). Une plus grande proportion de pédiatres (69% versus 40%) pense que la réticence des parents vis-à-vis de la vaccination diminue.

L'analyse de cette enquête doit être prudente car elle porte sur des volontaires, tout comme sa comparaison avec l'enquête de 2018, car toutes les questions n'ont pas été strictement similaires. Pour autant, cette enquête montre une adhésion toujours très forte à la vaccination des pédiatres libéraux qui ont répondu. Leur réticence à certains vaccins reste marginale. L'extension vaccinale est très largement soutenue et son impact sur les relations avec les parents et sur la réticence de ces derniers est non seulement positif mais semble s'accroître avec le temps.

[1] Assathiany R., Vié le Sage F., Les pédiatres et les vaccins en 2018. *Le pédiatre*, 287, 2018-4 : 12-14

[2] Vié le Sage F. Le vaccinateur et la politique : être assis entre deux chaises n'est pas toujours confortable. *Les tribunes de la santé*, 58, 2018

LES MEDECINS GENERALISTES ET LA VACCINATION

Un an après l'élargissement des vaccinations obligatoires du nourrisson, le Collège de la Médecine Générale (CMG), en partenariat avec Santé publique France, a interrogé par internet les médecins généralistes sur leurs perceptions de la vaccination et de l'extension de l'obligation vaccinale. Les résultats de ce panel de médecins généralistes ont été présentés à l'occasion du 13ème Congrès de médecine générale le 5 avril 2019.

Des médecins généralistes très favorables à la vaccination

En février et mars 2019, 758 médecins généralistes ont répondu à un questionnaire en ligne conduit par le Collège de la médecine générale et Santé publique France. Plus de 99 % d'entre eux se déclarent favorables à la vaccination de façon générale. Un tiers déclare néanmoins avoir des réticences vis-à-vis de certains vaccins (33%) : notamment celui contre le rotavirus (24%) et celui contre les infections à papillomavirus humains (22%). Les généralistes ont également été interrogés sur leur propre vaccination et déclarent majoritairement (86%) qu'ils se sont vaccinés contre la grippe cet hiver.

Rendre de nouveaux vaccins obligatoires : une mesure perçue plutôt positivement

L'élargissement des obligations vaccinales est perçu comme une mesure positive par les trois quarts des médecins généralistes (75%). Pour 41% des généralistes, la loi simplifie leur relation avec les parents, 46% considérant que cela n'a pas entraîné de changements. L'information des pouvoirs publics et des professionnels de santé auprès des parents est aujourd'hui essentielle, puisque plus de la moitié des médecins interrogés déclarent que l'évolution des réticences des parents depuis la mise en place de la nouvelle loi n'a pas changé (45 %) voire même est en augmentation (15 %).

SOURCE DES DONNÉES

Deux sources de données permettent la production d'estimateurs départementaux de couvertures vaccinales.

1/ Les certificats de santé du 24^e mois : ils sont le principal outil d'évaluation de la couverture vaccinale chez l'enfant de 2 ans. Ces certificats sont établis par les médecins généralistes ou les pédiatres lors de l'examen médical obligatoire de l'enfant à 24 mois et sont envoyés au service de la protection maternelle et infantile (PMI) qui transmet, après saisie, un fichier individuel anonymisé à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Après un apurement et un redressement des données, l'analyse de la CV est réalisée par Santé publique France. Les dernières données valides disponibles, présentées dans ce bulletin, sont issues de l'exploitation des certificats de santé du 24^e mois (CS24) de l'année 2017 et concernent les enfants nés en 2015 ayant eu 24 mois en 2017. Lorsque les estimations de couverture vaccinale pour les vaccins ROR 1 dose et pneumocoque 3 doses à 24 mois à partir des certificats de santé du 24^e mois étaient non interprétables ou non disponibles en 2017, ces dernières ont été remplacées par une estimation à partir du DCIR-SNDS

2/ Le Datamart de Consommation Inter Régimes (DCIR) – Système national des données de santé (SNDS) : cette base regroupe les données individuelles de remboursement de vaccins des bénéficiaires des principaux régimes de l'assurance maladie. Les données de couvertures vaccinales sont calculées sur la base des proportions de bénéficiaires ayant un remboursement de vaccin.

Les données régionales ne sont pas présentées lorsque les estimations disponibles portent sur moins de 80 % des enfants de la région. Cette restriction s'applique aux certificats de santé et résulte de départements n'ayant pas fait remonter de données au niveau national ou des données ininterprétables. Elle s'applique également aux estimations réalisées à partir du DCIR/SNDS, essentiellement pour les départements pour lesquels la proportion de nourrissons bénéficiant de vaccins gratuits achetés par le Conseil Départemental est significative et entraîne un biais dans l'estimation.

Des indicateurs permettant de disposer de premières estimations de l'impact de l'extension de l'obligation vaccinale un an après son entrée en vigueur ont été générés à partir du DCIR/SNDS. Pour les vaccinations des 5 premiers mois de vie, la couverture vaccinale a été mesurée à l'âge de 7 mois afin de prendre en compte de légers retards de vaccination et l'imprécision des âges à la vaccination enregistrés dans la base de données (calculés comme la différence entre les mois et année de vaccination et de naissance de l'enfant). Les analyses ont été faites à la date du 31 décembre 2018 et concernent les enfants nés entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2018. Pour le rappel hexavalent à 11 mois, les analyses ont été faites au 31 janvier 2019 et portent sur les enfants nés en janvier 2018. Un défaut d'enregistrement dans le DCIR de certaines doses de vaccin administrées dans les premières semaines de vie a conduit à ne pas générer d'estimation pour la seconde dose des vaccins hexavalent et pneumocoque. La couverture vaccinale des vaccinations recommandées à l'âge de 12 mois (1^{ère} dose de vaccin ROR et 2^{ème} dose de vaccin méningocoque C), a été évaluée parmi les enfants qui avaient atteint l'âge de 12 mois en 2018 et âgés d'au moins 14 mois au 31 décembre 2018, soit les enfants nés entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre 2017. Les mêmes restrictions que pour les données de routine ont été appliquées (pas d'estimation départementale en cas de proportion importante d'enfants bénéficiant de vaccins gratuits et pas d'estimation régionale si les données concernent moins de 80 % des enfants)

REMERCIEMENTS

Santé publique France tient à remercier les membres des conseils départementaux travaillant activement à la remontée des données des certificats de santé ainsi que la DREES. Remerciements à l'Association française de pédiatrie ambulatoire et au Collège de médecine générale pour avoir contribué à la mise en place des enquêtes chez les pédiatres et les médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

- Note méthodologique sur les sources de couvertures vaccinales : [lien](#)
- Données épidémiologiques sur la rougeole : [lien](#)
- Données épidémiologiques sur les IIM C : [lien](#)
- Données de couvertures vaccinales : [lien](#) , lien vers l'outil Geodes : [lien](#)

RÉDACTION

Données couverture vaccinale et épidémiologiques : Laure Fonteneau, Sophie Vaux, Denise Antona, Anne-Sophie Barret, Daniel Levy-Bruhl

Référents régionaux : Pascaline Loury, Gaëlle Gault, Lauriane Ramalli, Nathalie Nicolay, Guillaume Heuzé, Bertrand Gagnière, Christine Saura

Données de prévention et promotion de la Santé : Colette Menard, Isabelle Bonmarin, Sandrine Randriamampanina, Arnaud Gautier, Sylvie Quelet,

Contact : Santé publique France, presse@santepubliquefrance.fr