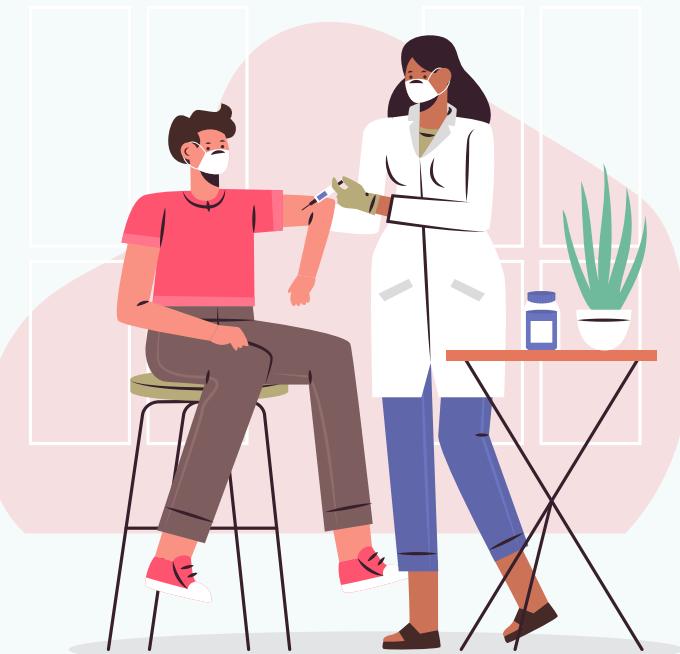


VACCINATION



**Tout ce que vous avez toujours
voulu savoir sans oser le demander**

État des lieux, nouveaux enjeux

VACCINATION



**Rapport élaboré
par la section Santé publique**
et adopté par le Conseil national
lors de la 382^e session
du 26 septembre 2025

Sommaire

GUIDE DE LECTURE	5
PRÉAMBULE	
UN OUTIL POUR COMPRENDRE.....	6

1. CONTEXTE ET ENJEUX CONTEMPORAINS DE LA VACCINATION.....	7
I. Un paysage vaccinal en mutation	8
II. Invariants et variants de la vaccination contemporaine.....	8
III. Les défis à relever	9
IV. Construction d'un nouveau contrat social autour de la vaccination ?	10

2. VACCINER EN 2025 - UN DÉFI ET DES RESPONSABILITÉS	11
I. Un intérêt jamais démenti	12
II. Hésitation, défiance, où en est-on ?	13
III. Un cadre légal qui perdure.....	16
IV. Nouveaux défis	21
V. Conditions d'une vaccination réussie.....	31

3. ACCOMPAGNER LA DÉCISION SELON LES POPULATIONS	35
I. Le professionnel de santé et sa propre vaccination	36
II. Vaccination pédiatrique : entre protection et autorité parentale	41
III. Majeurs vulnérables : concilier protection et autonomie	48

4. RESPONSABILITÉS ET PRATIQUES SÉCURISÉES	51
---	-----------

I. Responsabilité médicale et vaccination : comment prévenir les risques juridiques ?	52
II. Gestion pratique des contre-indications à la vaccination et de leurs conséquences	52
III. Gestion pratique des événements post-vaccinaux	55
IV. Responsabilité du médecin en cas de refus des parents à procéder à la vaccination.....	57
V. Responsabilité du médecin qui ne respecte pas la loi	58

5. PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET D'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES POST-VACCINAUX	61
--	-----------

I. Les vaccinations obligatoires : compétence directe de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam)	62
II. Les vaccinations recommandées : procédure devant la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) et orientation	62
III. Les recours judiciaires de droit commun	63
IV. État du droit en matière de lien de causalité imputable aux vaccins en 2025	63
V. Vaccins liés à une mesure sanitaire d'urgence	65

6. AXES DE RÉFLEXION ORDINALE	67
--	-----------

I. Simplification du schéma vaccinal	68
II. Disponibilité des vaccins	68
III. Accessibilité des vaccins	69
IV. Vaccinations obligatoires des médecins	72
V. La formation des médecins	74
VI. Communiquer au grand public sur l'intérêt de la vaccination.....	75

ANNEXES 78**Annexe 1 : FICHE PRATIQUE**

Comportement et discours du médecin
face à un patient adulte hésitant
ou opposé à la vaccination 79

**Annexe 2 : FAQ - Vaccination
et responsabilité du médecin 83**

**Annexe 3 : Vaccination tout au long
de la vie 88**

**Annexe 4 : Vaccination
des professionnels de santé 100**

Annexe 5 : Vaccination Covid-19 102

Annexe 6 : Vaccination HPV 104

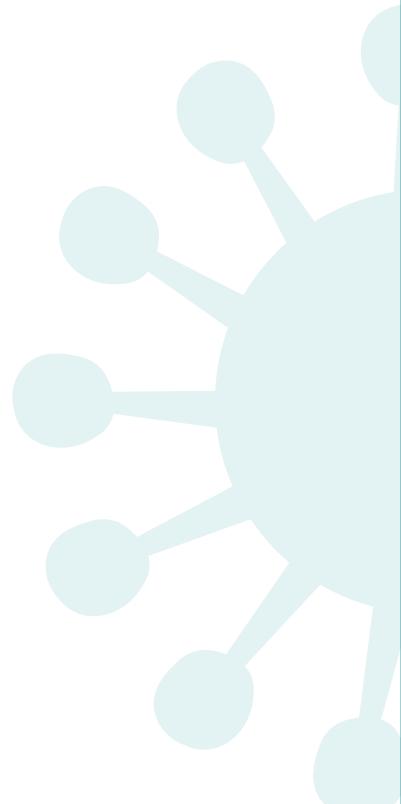
**Annexe 7 : Vaccination contre
la grippe 107**

**Annexe 8 : FICHE PRATIQUE
Quelles sont les démarches
en cas de perte du carnet de santé ? 109**

**Annexe 9 : FICHE PRATIQUE
Rattrapage vaccinal 111**

**Annexe 10 : FICHE PRATIQUE -
Comment déclarer un événement en
pharmacovigilance (patient, médecin) 115**

**Annexe 11 : Les procédures
d'indemnisation liées aux préjudices
post-vaccinaux 118**



GUIDE DE LECTURE

Ce document fournit des informations précises au moment de sa publication. Il est essentiel de garder à l'esprit que les données présentées sont valables et exactes à la date de leur publication. Pour une interprétation précise et actuelle des informations, il est recommandé de considérer les points suivants :

1

Date de publication

Les données sont exactes au moment précis de la publication du document.

2

Contexte temporel

Compte tenu de l'évolution constante des informations, il est conseillé de vérifier la validité des données actuelles.

3

Références ultérieures

Pour une mise à jour des informations ou une confirmation de leur validité actuelle, consulter les sources ou les mises à jour postérieures disponibles.

4

Utilisation responsable

Pour toute utilisation future des données, considérer les modifications potentielles intervenues après la publication initiale.

Ce guide de lecture assure une compréhension claire de la temporalité des données documentées.

PRÉAMBULE

UN OUTIL POUR COMPRENDRE

Aujourd’hui, 140 ans après la découverte du vaccin contre la rage, la France est à la fois le pays de Pasteur et celui où l’hésitation vaccinale reste un défi permanent¹. Pourtant, depuis la méthode novatrice que le chimiste a mise au point en 1885 jusqu’à la vaccination organisée et généralisée d’aujourd’hui, des millions de personnes ont été sauvées par un geste apparemment simple². Si les chiffres récents confirment que la France demeure l’un des pays européens les plus sceptiques, la confiance semble néanmoins s’y améliorer depuis peu³.

«Ayez le culte de l'esprit critique. Réduit à lui seul, il n'est ni éveilleur d'idée, ni un stimulant de grandes choses. Sans lui, tout est caduc.»

Ce conseil de Louis Pasteur mérite aujourd’hui d’être rappelé à une société qui bénéficie d’une action de prévention vaccinale efficace pour le plus grand nombre avec la garantie d’une prise en charge étendue et dont certains, pourtant, doutent, réfutent et militent contre un acte qui a, scientifiquement, fait ses preuves. Rien n’est donc jamais acquis !

La vaccination a pour vertu d’immuniser contre des maladies potentiellement sévères, handicapantes, voire mortelles. Cependant, ses effets positifs ne sont pas tangibles immédiatement à l’échelle individuelle. Pour prendre conscience de ses bénéfices, il est indispensable d’effectuer un zoom arrière et de porter un regard collectif, global et à long terme.

Traduire ces résultats globaux, abstraits ou différés en expériences compréhensibles, c’est le défi d’une information régulière du grand public par les médecins et les autres professionnels de santé impliqués. Accomplir cet acte de prévention nécessite donc un accompagnement adapté et personnalisé du patient. Un médecin convaincant est avant tout un médecin convaincu maîtrisant sa pratique. La formation préalable, renouvelée et adaptée de tous les effecteurs de vaccination est indispensable.

C’est le sens de ce document centré pour l’essentiel sur les aspects juridiques et déontologiques de la vaccination. Il a pour objectif d’apporter des **références pratiques pour argumenter une décision, orienter une conduite, documenter une action, harmoniser les pratiques entre acteurs de terrain**. Nous avons souhaité y intégrer les dernières évolutions législatives et réglementaires en élargissant la notion de responsabilité à la prévention, l’information, la traçabilité et la dimension collective

Nous espérons qu’il vous aidera à vous repérer dans des situations sensibles et à mener votre mission conformément aux recommandations de sécurité et de respect du consentement. Ce sont les conditions indispensables au maintien de la confiance du public dans la science et la médecine.



1. McKinley CJ, Olivier E, Ward JK. The Influence of Social Media and Institutional Trust on Vaccine Hesitancy in France: Examining Direct and Mediating Processes. *Vaccines (Basel)*. 2023 Aug 3;11(8):1319. doi: 10.3390/vaccines11081319

2. Li X, Mukandavire C, Cucunubá ZM, et al. Impact of vaccination on 10 vaccine-preventable diseases in 98 low-income and middle-income countries, 2000–2019: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2022 Jun;22(6):879–89. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00707-5

3. <https://www.vaccineconfidence.org/vci/country/fr/>

1

CONTEXTE ET ENJEUX CONTEMPORAINS DE LA VACCINATION



I. Un paysage vaccinal en mutation

La vaccination traverse une période de transformations importantes qui nécessitent une adaptation constante des pratiques professionnelles. **Si les fondements scientifiques et éthiques de la vaccination demeurent stables, le contexte a considérablement évolué**, particulièrement depuis les nouvelles obligations vaccinales consacrées aux nourrissons de 2018, mais également depuis la crise sanitaire liée à la Covid-19.

Cette mutation se caractérise à travers, ces dernières années, l'émergence et la résurgence de maladies infectieuses, l'élargissement des effecteurs et des lieux de vaccination, l'essor d'un carnet vaccinal numérique, l'apparition de nouvelles menaces sanitaires, ainsi qu'une vigilance renforcée sur les bonnes pratiques. Ces évolutions croisent désormais étroitement les questions de droit, de déontologie, de communication et de science.

II. Invariants et variants de la vaccination contemporaine

A. Un socle permanent de la pratique

Certains **piliers de la vaccination** demeurent aujourd'hui inchangés. Ce sont les **objectifs de santé publique basés sur la prévention et la protection individuelle comme collective**. Le cadre médico-légal stable qui repose sur le consentement libre et éclairé (art. L. 1111-4 CSP), devoir de protection de l'enfant (art. 43 du Code de déontologie) complété par des fondamentaux de qualité des pratiques professionnelles fondés sur la traçabilité, la pharmacovigilance, le rôle central du médecin et l'information loyale et transparente

B. Les nouvelles réalités post-pandémiques

De nombreuses évolutions caractérisent le paysage vaccinal contemporain. Elles sont de nature tant réglementaire qu'organisationnelle. Ce sont d'une part l'**élargissement des compétences vaccinales** aux pharmaciens, infirmiers, sages-femmes et biologistes (décret 2022, élargi en 2024), la **re-configuration des circuits vaccinateurs** avec le retour de la vaccination en milieu scolaire (collèges). Aussi les ajustements juridiques post-crise : **levées ou extensions d'obligations** selon l'évolution épidémiologique de la pandémie de Covid-19.

Le retour de la vaccination en milieu scolaire (HPV complétée très récemment par la prévention contre les infections invasives à méningocoques⁴⁾) soulève des questions inédites sur l'articulation entre autorité parentale et droit de l'enfant. Quand de nouveaux défis sociétaux prennent de l'ampleur autour de la remise en question de l'expertise scientifique et la montée des discours critiques post-Covid véhiculées par la caisse de résonance que constituent les réseaux sociaux.

Ces transformations peuvent être analysées selon une grille de lecture croisant quatre dimensions avec leurs composantes stables et évolutives (*voir le tableau ci-contre*).

4. <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/actualites/A16438>

CATÉGORIE	INVARIANTS	VARIANTS (AVEC INTEGRATION DES NOUVEAUX ELEMENTS)
Objectifs de santé publique	Prévention, protection individuelle et collective	<ul style="list-style-type: none"> - Retour de la vaccination scolaire : relance d'une stratégie ancienne dans un contexte nouveau (HPV, Covid) - Débats sur le droit de l'enfant à la vaccination : accentuation du conflit droit des parents vs droit à la santé de l'enfant (cf. CIDE, art. 24)
Cadre médico-légal et éthique	Consentement libre et éclairé (art. L. 1111-4 CSP) Devoir de protection de l'enfant (art. 43 CDM)	<ul style="list-style-type: none"> - Évolution juridique des obligations et recommandations : ajustements post-crise (ex. : levée ou extension d'obligations) - Débats éthiques post-pandémie : légitimation de nouvelles restrictions ou dispositifs incitatifs
Pratiques professionnelles et organisationnelles	Traçabilité, surveillance, pharmacovigilance ¹ Rôle central du médecin dans la décision	<ul style="list-style-type: none"> - Compétence vaccinale élargie : pharmaciens, infirmiers, sage-femmes, biologistes (décret 2022 élargi en 2024) - Post-pandémie : reconfiguration des circuits vaccinateurs (vaccination en ville, centres mobiles, actions de proximité)
Communication et acceptabilité sociale	Besoin d'une information loyale et transparente Rôle éducatif du professionnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Post-Covid : remise en question de l'expertise scientifique, montée des discours critiques - Communication proactive sur la vaccination

III. Les défis à relever

Pour les médecins, mais aussi maintenant pour les autres professionnels de santé concernés par la vaccination il faut **lutter contre l'hésitation et la désinformation** par une information adaptée. De façon impérative, il ne faut pas oublier de **maintenir la traçabilité** compte tenu de la multiplication des lieux de vaccination et des effecteurs.

À moyen terme, et pour améliorer l'adhésion, la simplification du calendrier vaccinal va constituer un point saillant des efforts des institutions en charge des stratégies vaccinales. Sur le plan de l'accès à

la vaccination, le développement d'une approche d'équité passe aussi par la pérennisation d'une présence vaccinale au sein du milieu scolaire. Par ailleurs, l'adaptation des formations professionnelles aux nouvelles compétences est cruciale pour homogénéiser les compétences et la promotion de la vaccination. Cette action pourrait être soutenue par l'intégration pleine du numérique dans le parcours vaccinal, mais également par une évolution possible du cadre légal.

Dans ce contexte, une communication proactive renforcée est nécessaire, particulièrement pour la vaccination scolaire et professionnelle, sans éluder les débats éthiques sur l'équilibre liberté individuelle et protection collective.

IV. Construction d'un nouveau contrat social autour de la vaccination ?

Ces perspectives soulignent la complexité croissante de l'environnement vaccinal. Les professionnels évoluent dans un contexte où les certitudes scientifiques côtoient les incertitudes sociétales, où les obligations légales s'articulent avec les recommandations évolutives en fonctions des contextes épidémiologiques et des nouvelles données sur les vaccins (nouveaux venus ou plus anciens) et où l'expertise technique doit composer avec les attentes citoyennes. **Une approche intégrée, croissant les dimensions juridiques, déontologiques, techniques et communicationnelles, devient indispensable.** Elle seule permet aux professionnels de naviguer avec sécurité dans cet environnement complexe tout en maintenant la qualité de leur mission de santé publique.

Le présent guide s'inscrit dans cette démarche en fournissant les repères nécessaires pour exercer cette mission dans le respect des exigences légales, déontologiques et éthiques, tout en s'adaptant aux évolutions contemporaines de la vaccination et en fournissant un appui pour la relation avec les patients.



2

VACCINER EN 2025 UN DÉFI ET DES RESPONSABILITÉS



I. Un intérêt jamais démenti

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les vaccinations sauvent la vie de 2 millions de personnes chaque année dans le monde.

Aujourd'hui, même dans les pays développés, des **couvertures vaccinales insuffisantes ou en baisse entraînent la résurgence d'un grand nombre de cas de certaines maladies, voire des décès**. Par exemple, aux États-Unis, trois personnes sont déjà décédées cette année de la rougeole⁵. Ces chiffres vont malheureusement probablement augmenter. On peut également mentionner la recrudescence des cas d'infections invasives à méningocoque W et Y en France en 2023-2024, puis 2024-2025 à des niveaux jamais observés auparavant⁶.

Comme l'indique Santé publique France⁷, **le premier objectif de la vaccination est de protéger la personne qui se vaccine, mais aussi la collectivité** en diminuant le risque de transmission de microorganismes aux personnes de son entourage.

Dans la population, plus il y a de personnes vaccinées, plus cela va protéger les personnes qui ne peuvent être vaccinées (trop jeunes ou trop fragiles) ou chez qui la vaccination est moins efficace. Cette immunité collective (ou immunité de groupe) correspond au niveau de protection atteint dans une population lorsqu'un nombre suffisant de personnes sont immunisées contre une maladie infectieuse (par vaccination ou infection naturelle), ce qui ralentit ou empêche sa circulation.

Le ministère de la Santé⁸ rappelle que pour qu'une maladie infectieuse à transmission strictement interhumaine puisse être contrôlée, voire éliminée par la vaccination, il est nécessaire d'obtenir un certain niveau de couverture vaccinale, qui dépend essentiellement de la transmissibilité de la maladie.

La couverture vaccinale est définie par l'OMS⁹ comme correspondant à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné. Elle est le rapport entre le nombre de personnes correctement vaccinées, c'est-à-dire ayant reçu à un âge donné le nombre de doses requises et le nombre total de personnes qui auraient dû l'être dans la population¹⁰.

Cet indicateur permet de suivre et d'évaluer, avec les données d'incidence et de mortalité et les données séroépidémiologiques, l'impact d'un programme de vaccination et savoir, notamment, si ce programme est correctement appliqué.

Une couverture vaccinale élevée constitue un élément clé dans le contrôle des maladies infectieuses, permettant de protéger une population contre une maladie donnée.

Par exemple, l'élimination de la rougeole nécessite un niveau de couverture vaccinale de 95 %. En France, ce niveau n'a jamais été atteint depuis l'intégration de cette vaccination dans le calendrier vaccinal (1983), ce qui explique les épisodes épidémiques ayant provoqué plus de 20 000 cas en 2011 et près de 40 000 cas sur la période 2008 et 2012. Plus récemment, 2 700 cas en 2018, dont plusieurs décès. Même si aujourd'hui la couverture est très élevée chez les nourrissons grâce à l'obligation vaccinale mise en place en 2018, elle reste sous-optimale globalement dans la population¹¹.

Concernant les autres pathologies, une couverture vaccinale élevée a permis l'élimination de la diphtérie et de la poliomyélite et la quasi-élimination des infections invasives à *Hæmophilus influenzae b*.

5. Le Monde, «Rougeole aux États-Unis : un deuxième enfant est mort au Texas, la gestion de l'épidémie critiquée», 7 avril 2025 : https://www.lemonde.fr/international/article/2025/04/07/un-deuxieme-enfant-est-mort-de-la-rougeole-aux-etats-unis-ou-la-gestion-de-l-epidemie-est-critee_6592301_3210.html

6. Santé publique France, «Infections invasives à méningocoques : recrudescence de cas en France en 2023», 9 avril 2024 : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/infections-invasives-a-meningocoque-recrudescence-de-cas-en-france-en-2023>

7. <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Qualite-securite-et-efficacite-des-vaccins/Efficacite-de-la-vaccination-pour-la-protection-de-la-collectivite>

8. Ministère de la Santé, «État des lieux de la couverture vaccinale en France» : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-etat_des_lieux_vaccination-2.pdf

9. OMS, «Couverture Vaccinale», 15 juillet 2024, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

10. Santé publique France, «Qu'est-ce que la couverture vaccinale?», 29 avril 2019, <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/qu-est-ce-que-la-couverture-vaccinale>

11. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-etat_des_lieux_vaccination-2.pdf

	Couverture vaccinale	Objectif de santé publique	Risques majeurs et séquelles	Cas/Complications évitables si couverture vaccinale suffisante		
				Cas/an	Complications /an	Journée d'hospitalisation
Coqueluche	89 %-91 %	95 %	Détresse respiratoire	45 à 69	1 à 2 décès	396 à 509
Tétanos	91 %	95 %	Paralysie	15	4 décès	
Haemophilus influenzae B	89 %-91 %	95 %	Méningite	2 à 3		40
Hépatite B	83,1%	95 %	Cirrhose Cancer	260 à 300	2 à 3 hépatites fulminantes	18 à 26
Rougeole	78 % à 2 ans	95 %	Encéphalite Pneumonie	11 000 cas	5 complications neurologiques 2 décès	3 950
Rubéole	78 % à 2 ans	89,3 %	Malformations fœtales	6 pendant la grossesse	2 infections congénitales	
Pneumocoque	89,3 %	95 %	Méningite	9 à 21	1 à 2 décès 3 à 7 séquelles	172 à 462
Méningocoque	69,8 % à 2 ans	95 %	Méningite	32 à 102	4 à 15 décès	294 à 938

II. Hésitation, défiance, où en est-on ?

Près de dix ans après le rapport Fischer¹² (2016), plusieurs avancées notables ont été réalisées en France, mais des défis persistent, notamment en matière de **confiance vaccinale** et de **couverture vaccinale inégale**.

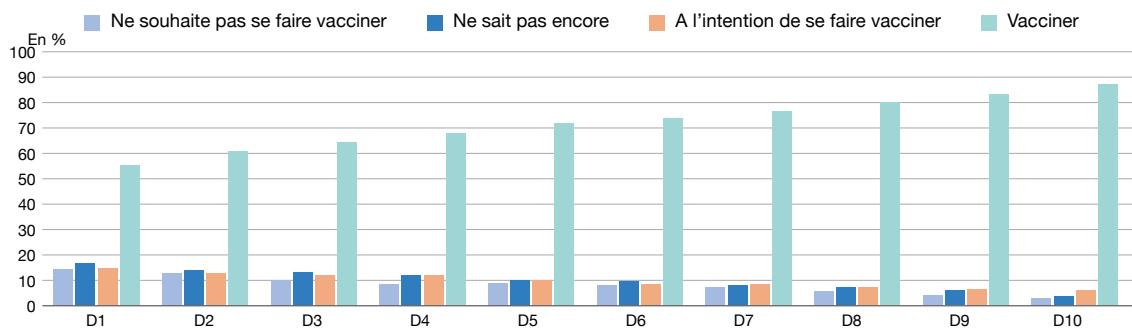
Les Français n'apparaissent plus si résistants que cela, plusieurs enquêtes en font foi. Le Baromètre de Santé publique France, réalisé en 2022, montre une stabilisation de l'adhésion vaccinale à un niveau élevé, avec une tendance à l'augmentation de la

proportion de personnes se déclarant très favorables à la vaccination. Il est en revanche important de souligner que, comme les années précédentes, une différence persiste selon le niveau socio-économique, les populations les moins favorisées restant les plus réticentes à la vaccination¹³.

12. Fischer A. Rapport sur la vaccination. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination : ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris novembre 2016 : <https://www.vie-publique.fr/rapport/36133-rapport-sur-la-vaccination-comite-dorientation-de-la-concertation-cit>

13. DREES, Études et Résultats, «Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales», n° 1222, février 2022 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1222.pdf>

Couverture vaccinale selon le niveau de vie



Lecture > En juillet 2021, 54,8 % des adultes dont le niveau de vie est inférieur au premier décile ont reçu au moins une dose de vaccin contre le Covid-19
 Champ > Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France métropolitaine hors Ehpad, maisons de retraites et prisons
 Sources > Epicv (Inserm-DREES), volet3.

Études et résultats n°1222 © DREES

* Les déciles de niveau de vie permettent de subdiviser la population en dix catégories. Par exemple, les personnes dont le niveau de vie est inférieur au premier décile, c'est-à-dire les 10 % de personnes au niveau de vie le plus faible, sont dans la catégorie D1.

Néanmoins, une première tendance à la diminution de l'adhésion vaccinale des personnes les plus âgées, depuis la pandémie de Covid-19, doit inciter à poursuivre les efforts de promotion de la vaccination et de son intérêt d'autant plus grand dans ces tranches d'âge les plus élevées¹⁴.

Évolution des réticences à certaines vaccinations parmi les 18-75 ans résidants en France métropolitaine (Baromètre Santé publique France 2010-2023) :

		2010	2014	2016	2017	2020	2021	2022	2023
Proportion de personnes défavorables à certaines vaccinations		53 %	45 %	42 %	39 %	33 %	33 %	36 %	37 %
Vaccinations pour lesquelles les personnes déclarent être défavorables	Grippes saisonnières	11 %	19 %	15 %	14 %	14 %	6 %	3 %	6 %
	Hépatite B/Hépatites	10 %	13 %	13 %	11 %	7 %	5 %	4 %	4 %
	HPV	< 1 %	8 %	6 %	5 %	4 %	2 %	2 %	3 %
	Covid-19	-	-	-	-	2 %	21 %	25 %	29 %
	Toutes vaccinations	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	1 %	2 %

14. Santé publique France, « Vaccination en France – Bilan de la couverture vaccinale en 2023 », 22 avril 2024 : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/vaccination-en-france.-bilan-de-la-couverture-vaccinale-en-2023>

Selon un sondage Ipsos d'avril 2023, **75 % des Français se déclarent favorables à la vaccination**, estimant à 74 % qu'elle présente plus de bénéfices que de risques. Malgré l'hésitation vaccinale, l'adhésion reste donc majoritaire. De plus, **59 % recommandent la vaccination à leur entourage**. Pour autant, des points de fragilité sont justement pointés, notamment en matière d'information et de confiance. Plus de **la moitié des Français se disent mal informés** sur les vaccins recommandés, particulièrement les parents d'enfants et les seniors. Par ailleurs, la mauvaise perception du risque de contracter et de développer des maladies infectieuses est bien documentée par une nouvelle enquête publiée en 2024. Les populations à risque ignorent pour beaucoup leur statut de profils à risque (à titre d'exemple, 39 % des femmes enceintes ignorent qu'elles sont à risque au titre de la vaccination, ou encore 43 % des personnes concernées par une maladie chronique). Cet aspect résonne avec le biais de complaisance souvent retrouvé dans les études portant sur les déterminants de l'hésitation vaccinale¹⁵. Le **manque de compétence réelle** dans un domaine peut paradoxalement **conduire à une surestimation de ses performances**, un phénomène connu sous le nom d'effet Dunning-Kruger¹⁶

Par ailleurs, les informations, bien qu'elles existent, apparaissent parfois compliquées à comprendre (50 % des personnes à risques se retrouvent dans l'idée selon laquelle «les sources d'information sur la vaccination sont multiples, vous avez des difficultés à vous y retrouver», 63 % chez les femmes enceintes¹⁷.

En parallèle, plus de **90 % estiment nécessaire ou important de simplifier le parcours vaccinal**. La complexité des programmes de vaccination fait écho à la difficulté de s'y retrouver et de suivre rigoureusement les recommandations en matière de vaccination.

Pourtant, des avancées concrètes ont été réalisées. Ainsi, le parcours vaccinal a été simplifié. Les pharmaciens, infirmiers, sages-femmes vaccinent désormais tout au long de l'année et sur une gamme très élargie de vaccins (y compris HPV, grippe, dTcP, Men ACWYB, PCV13 et maintenant 20, etc.).

Les campagnes en collèges ont été relancées (notamment pour HPV et bientôt les méningocoques) en 2023/2024 alors que cette «compétence» avait été «perdue» depuis la fin des années 1990 (vaccination contre l'hépatite B – non obligatoire à l'époque – organisée dans les collèges en classe de 6^e entre 1994 et 1998).

Les consultations de prévention à 25, 45, 65 ans : incluent un point vaccinal systématique (début 2024).

Le parcours vaccinal plus lisible et simplifié avec un **carnet de vaccination numérique** : intégré à Mon Espace Santé, il permet un suivi des vaccins reçus et à venir. Même si la complexité du calendrier vaccinal (ajouts fréquents, différences selon les âges ou les statuts médicaux) et l'hétérogénéité des systèmes d'information entre professionnels constituent encore un frein à son utilisation universelle.

Enfin, de nouvelles stratégies de communication sont déployées, notamment des **campagnes ciblées** : Ex. : «Vacciner, c'est protéger» (seniors et infections respiratoires), promotion du vaccin HPV via les réseaux sociaux et YouTube. **Elles visent à ne pas laisser une place à la polarisation de l'information en ligne**. Les messages antivaccins persistent en effet sur les réseaux sociaux malgré les efforts de régulation. À cet égard, on regrette que certains médecins, même en faible nombre, et en contrevenant à la déontologie, y participent. Ils apportent ainsi du crédit à ces discours anti-vaccinaux en mettant en avant leur titre de docteur en médecine (article L. 4127-13 du Code de la santé publique).

Une étude récente révèle ainsi qu'une faible **littératie sanitaire** et une méfiance envers le système de santé sont associées à un comportement vaccinal hésitant. Elle souligne également que **la confiance dans le système de santé multiplie par 12 les chances de ne pas hésiter à se faire vacciner**¹⁸. D'où l'intérêt de poursuivre les campagnes nationales de vaccination et de rappeler aux médecins tout l'enjeu d'un dialogue constructif avec leurs patients pour les rassurer et les inciter à se faire vacciner.

15. Raj A. et al. Mapping the Cognitive Biases Related to Vaccination: A Scoping Review of the Literature. *Vaccines* 2023;11, 1837

16. Ehrlinger, J., & Dunning, D. How Chronic Self-Views Influence (and Potentially Mislead) Estimates of Performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 5-17. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.5>

17. PSOS, A. MERCERON et A. LE SAUX, «Vaccination des populations à risques qui s'ignorent et un plébiscite pour une simplification du parcours vaccinal», septembre 2024 : https://www.ipso.com/fr/vaccination-des-populations-risques-qui-signorent-et-un-plebiscite-pour-une-simplification-du-parcours-vaccinal?utm_source=chatgot.com#notes

18. Khouri G, Ward JK, Mancini J, Gagnoux-Brunon A, Luong Nguyen LB. Health Literacy and Health Care System Confidence as Determinants of Attitudes to Vaccines in France: Representative Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health Surveill* 2024;10:e45837

Attention cependant à la **saturation informationnelle** : La multiplication des messages en santé (dépistages, prévention, environnement) peut parfois nuire à la lisibilité du message vaccinal...

Qui plus est, l'obligation vaccinale pour 11 vaccins chez le nourrisson appliquée au 1^{er} janvier 2018 a également eu des effets positifs. La législation a contribué à faire évoluer la norme sociale vers une acceptabilité accrue. Les **études¹⁹ comparatives internationales** montrent que les pays avec des politiques d'obligation (Italie, France, États-Unis dans certains États) affichent des taux de couverture supérieurs à ceux avec recommandations seules. L'obligation **réduit l'ambivalence chez les parents hésitants modérés**, en diminuant l'espace décisionnel.

Sur la base de l'évaluation d'impact des récentes avancées, les Français ne se montrent plus si réfractaires à la vaccination. Si l'adhésion est et reste majoritaire, voire affiche des scores en augmentation, la route demeure semée d'embûches : informations, renforcement des connaissances et des habiletés des acteurs, confiance à reconstruire et à entretenir, véritables disparités sociétales à combler. Pour consolider l'embellie, l'effort doit donc se porter sur l'éducation sanitaire, la proximité d'accès et la construction d'une confiance durable.

Sur la base des preuves scientifiques disponibles, certains leviers d'action pourraient permettre de limiter l'hésitation vaccinale : il s'agit notamment de former les professionnels de santé aux méthodes de changement de comportement éprouvées et d'expérimenter sur le territoire national des programmes innovants de promotion de la vaccination qui ne fassent pas l'économie de relations humaines. À cet effet, nous vous proposons une fiche pratique. ([Annexe : 1](#))

III. Un cadre légal qui perdure

A. Distinction recommandation/obligation : rappel des fondamentaux

En France, la distinction entre vaccination obligatoire et vaccination recommandée repose sur leur statut juridique, leurs implications en matière de santé publique et leurs conséquences pratiques, notamment sur la prise en charge par l'Assurance maladie.

La coexistence de vaccins obligatoires et de vaccins recommandés est le reflet de l'histoire de la vaccination en France. Avant l'arrivée des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomélyète, ces maladies représentaient de véritables fléaux, responsables à elles trois de plusieurs milliers de décès d'enfants par an en France. L'État a décidé de les rendre obligatoires afin de s'assurer que tous les enfants puissent y avoir accès et être protégés.

Pour les vaccins introduits dans le calendrier des vaccinations à partir des années 1970, l'État a considéré qu'il n'était plus nécessaire de les rendre obligatoires car on pouvait compter sur l'adhésion forte de la population et des médecins pour assurer la vaccination de tous les enfants. **Les vaccins recommandés sont donc tout aussi importants que les vaccins obligatoires, tout aussi utiles !**

RAPPEL DU CADRE JURIDIQUE

L'article L. 3111-1 du Code de la santé publique dispose que la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la Santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute Autorité de santé. Cet article constitue une base législative générale qui permet au législateur (et, par délégation, au pouvoir réglementaire) d'imposer des vaccinations obligatoires, lorsque cela est justifié par l'intérêt général en matière de santé publique.

19. Walkinshaw E. Mandatory vaccinations: The international landscape. Canadian Medical Association Journal (CMAJ). 2011;183(16):E1167-E1168. [DOI : 10.1503/cmaj.109-3998]

Les vaccinations obligatoires sont imposées par la loi et leur non-respect peut entraîner des conséquences juridiques (refus d'accès à certaines structures comme les crèches, voire sanctions dans certains cas). Les vaccinations obligatoires s'appliquent surtout à la petite enfance et à certains professionnels^{20,21} (articles L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 et L. 3112-1).

La vaccination obligatoire repose sur des principes juridiques solides, notamment l'exigence constitutionnelle de protection de la santé publique, inscrite dans le 11^e alinéa du Préambule de la Constitution de 1946. Cette obligation est justifiée par la gravité des maladies ciblées, leur caractère potentiellement mortel et leur forte contagiosité. Elle répond également à un impératif de solidarité sociale visant à protéger les membres les plus vulnérables de la société en atteignant un niveau élevé de couverture vaccinale.

En raison de son caractère contraignant, l'obligation vaccinale constitue une atteinte à l'intégrité physique, ce qui nécessite une intervention législative pour en définir les contours. Le législateur entoure cette obligation de garanties telles que la possibilité de suspendre certaines vaccinations en fonction de l'évolution épidémiologique ou des contre-indications médicales.

L'obligation permet d'atteindre rapidement une couverture vaccinale élevée, nécessaire pour contrôler ou éradiquer des maladies transmissibles. C'est un levier politique et juridique pour protéger les enfants individuellement et empêcher la circulation de pathogènes dans la population (immunité collective).

Un décret peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4 et L. 3112-1.

Contrairement aux vaccinations obligatoires (définies par le Code de la santé publique, art L. 3111-2), **les vaccinations recommandées ne sont pas imposées par la loi**.

Elles reposent sur des recommandations figurant dans le calendrier vaccinal actualisé chaque année au printemps après avis de la HAS.

Cette dernière évalue l'intérêt stratégique des nouveaux vaccins avant leur intégration éventuelle dans les recommandations vaccinales, adapte ses précédentes recommandations en fonction de l'évolution épidémiologique des maladies, de nouvelles données scientifiques connues sur les vaccins existants et leur impact épidémiologique. Elle prend en compte également les données de sécurité, d'efficience et d'acceptabilité des vaccins.

Elle émet des recommandations pour des populations spécifiques : elle formule des recommandations particulières pour les groupes à risque (nourrissons, enfants, adolescents, professionnels de santé, femmes enceintes, personnes âgées, publics fragiles).

Ces vaccinations ne nécessitent pas une intervention législative contraignante car elles n'impliquent pas une atteinte contraignante et obligatoire à l'intégrité physique. La personne conserve sa liberté d'accepter ou de refuser la vaccination. Le consentement éclaire alors l'acte, ce qui rend toute éventuelle atteinte à l'intégrité physique pleinement acceptée par la personne concernée. Aucune sanction administrative, scolaire ou professionnelle n'est attachée au refus d'un vaccin recommandé, ce qui retire toute ingérence systématique dans le droit à l'intégrité du corps²².

Les vaccinations recommandées sont néanmoins «indispensables, voire nécessaires» ou fortement encouragées. Elles ont une portée universelle pour certaines d'entre elles ou s'adressent spécifiquement à certaines populations (professionnels, voyageurs, personnes à risque...).

20. Article L.3111-2 du Code de la santé publique

21. VERON Paul, «La conventionnalité de l'obligation vaccinale confirmée par le Conseil d'État», JCP G 20 mai 2019, n° 20, *La Semaine du droit*

22. Vaccination Info Service, «Quelle est la différence entre les vaccins obligatoires et les vaccins recommandés?», [mis à jour le 19/03/2025] : <https://vaccination-info-service.fr/> Questions-frequentes/Questions-generales-sur-la-vaccination/Politique-vaccinale-en-France/Quelle-est-la-difference-entre-les-vaccins-obligatoires-et-les-vaccins-recommandes">Questions-frequentes/Questions-generales-sur-la-vaccination/Politique-vaccinale-en-France/Quelle-est-la-difference-entre-les-vaccins-obligatoires-et-les-vaccins-recommandes

Exemple 2025 : à partir du 1^{er} janvier 2025, une nouvelle obligation vaccinale pour les nourrissons entre en vigueur. La vaccination contre les méningocoques ACWY et celle contre le méningocoque B deviennent obligatoires pour les nourrissons. La vaccination contre le méningocoque C, déjà obligatoire depuis 2018, sera remplacée par celle contre les méningocoques ACWY. La vaccination contre le méningocoque B, jusqu'ici recommandée, devient quant à elle obligatoire.

Cette décision a été prise en réponse à l'augmentation des cas de méningites en France et à l'évolution des souches responsables de ces infections afin de mieux protéger les enfants contre ces infections graves.

Exemples de vaccins recommandés : vaccin contre le papillomavirus humain (HPV), grippe saisonnière, zona, pneumocoque chez les seniors, VRS chez les femmes enceintes ou les personnes âgées.

INTÉRÊT DE LA DISTINCTION

L'intérêt de faire cette distinction réside dans la notion de responsabilité individuelle versus obligation collective.

En effet, **l'obligation traduit une nécessité impérieuse de santé publique, notamment pour protéger la collectivité (ex. : rougeole, tétanos...).** **Alors que la recommandation laisse place au choix éclairé, mais peut perdre en efficacité si l'adhésion est faible.**

Ainsi, c'est dans un objectif pédagogique et de mise en confiance de la population que cette distinction paraît être opportune. En distinguant les deux, on évite une généralisation autoritaire, cela permet un discours plus nuancé en fonction du niveau de risque et du bénéfice attendu.

Cette distinction n'apporte aucune conséquence sur la prise en charge par l'Assurance maladie. En effet, depuis 2018, tous les vaccins inscrits dans le calendrier vaccinal officiel sont pris en charge à 65 % par l'Assurance maladie (le reste à charge par la mutuelle). Cela vaut qu'ils soient obligatoires ou simplement recommandés. Seuls les vaccins administrés en centres de vaccination publique (PMI par exemple) peuvent être gratuits, surtout pour certaines populations (enfants, précaires, professionnels exposés...).

Cependant, cette distinction a aussi un intérêt de santé publique :

Concernant les vaccinations obligatoires : elles visent à assurer une couverture vaccinale élevée, indispensable à l'immunité collective. Elles protègent aussi les personnes vulnérables qui ne peuvent pas être vaccinées.

Concernant les vaccinations recommandées : elles permettent de cibler des risques plus spécifiques (situations professionnelles, pathologies chroniques...) et offrent plus de souplesse, mais peuvent souffrir d'une moindre adhésion si la communication est insuffisante ou si le distinguo sémantique laisse « supposer une moindre utilité »

VACCINATION OBLIGATOIRE	VACCINATION RECOMMANDÉE
Imposée par la loi, généralement après un vote du Parlement. Elle doit être pratiquée à des âges précis et son absence peut entraîner des sanctions (exclusion de la collectivité, refus d'admission en crèche/école, etc.)	Conseillée par les autorités sanitaires (HAS, ministère de la Santé) pour protéger l'individu et/ou la collectivité, mais sans contrainte légale directe.

B. Temporalité de l'obligation vaccinale

Justifiée scientifiquement et épidémiologiquement : c'est néanmoins une décision évolutive et contextuelle.

L'obligation vaccinale est une décision fondée sur des critères scientifiques et épidémiologiques. En effet, l'obligation vaccinale ne repose ni sur l'arbitraire ni sur la seule volonté politique. Elle s'appuie sur plusieurs critères tels que le **niveau de dangerosité de la maladie** (mortalité, séquelles, contagiosité), le **bénéfice collectif attendu** (immunité de groupe), la **circulation active ou menace de réémergence de l'agent pathogène, une couverture vaccinale insuffisante malgré la recommandation, la disponibilité d'un vaccin efficace, sûr et accessible.**

L'obligation peut donc apparaître ou disparaître selon le contexte ou son évolution.

La mise en place d'une obligation peut être faite quand la santé publique est menacée (recrudescence d'une maladie évitable, comme la rougeole) et que les recommandations seules ne suffisent pas, l'obligation devient un levier pour faire monter la couverture vaccinale.

Exemple : en France, en 2018, 8 vaccins recommandés sont devenus obligatoires pour les enfants, car leur couverture vaccinale était trop faible, mettant en péril l'immunité collective.

La levée d'une obligation peut survenir si la maladie disparaît (comme la variole), que le vaccin n'est plus jugé nécessaire (baisse de l'incidence, modification du rapport bénéfice/risque), que les recommandations suffisent à maintenir une bonne couverture. Les données issues de la Science et les impératifs de Santé publique guident le calendrier vaccinal et pas l'inverse.

La temporalité de l'obligation suit la dynamique épidémique : si une maladie réapparaît, les autorités peuvent renforcer les obligations (comme cela a été envisagé pour la grippe ou la Covid-19 dans certains cas). Le suivi des chiffres d'incidences épidémiologiques rend donc certaines mesures indispensables comme l'évolution des obligations vaccinales pour les nourrissons de moins de 2 ans

vis-à-vis des méningocoques en 2018 puis 2025. L'obligation vaccinale peut ainsi répondre à une mesure d'exception au service de la santé publique.

En effet, l'obligation n'est pas la norme, mais une réponse ciblée à un risque avéré. Elle implique un équilibre entre liberté individuelle et responsabilité collective. Elle repose sur le principe de protection de la santé publique, tel qu'il est garanti par la Constitution et précisé par la loi. Cela confère à l'État une obligation positive d'agir pour prévenir les atteintes à la santé, y compris par des mesures collectives comme la vaccination.

Le Conseil constitutionnel (décision n° 2015-458 QPC du 20 mars 2015) a jugé que l'obligation vaccinale poursuit un objectif d'intérêt général de protection de la santé publique, à condition :

- qu'elle respecte le principe de proportionnalité;
- qu'il existe des dérogations médicales si besoin.

L'obligation est généralement réservée aux vaccins essentiels à l'immunité collective, c'est-à-dire ceux qui protègent indirectement les autres (maladies contagieuses). On pourrait ici remarquer que la plupart des vaccins recommandés correspondent à des maladies au niveau de fardeau comparable à celui des vaccins obligatoires (HPV, rotavirus, grippe, VRS entre autres).

Les obligations actuelles ne concernent que les jeunes enfants. Ils sont à la fois plus vulnérables et plus impliqués dans la transmission de certains agents pathogènes.

Le Conseil d'État et la HAS veillent à ce que l'obligation repose sur des preuves solides et proportionnées. Les vaccinations recommandées n'atteignent pas le niveau de contrainte légitime inhérente à la vaccination obligatoire, sauf si elles deviennent nécessaires dans un cadre réglementé (ex. : exigence professionnelle, entrée en collectivité...). Il faut donc comprendre que **la vaccination obligatoire n'est licite que si elle est légalement encadrée, proportionnée au risque et adaptée à la situation épidémiologique.**

C. Débat autour de la distinction entre obligation et recommandation et de leurs périmètres

L'obligation vaccinale repose sur la protection de la santé publique, reconnue comme un objectif de valeur constitutionnelle. L'État peut donc restreindre certaines libertés individuelles (ex. : consentement) pour protéger la collectivité.

La distinction n'est pas tant fondée sur des critères scientifiques qui sont constants, mais bien sur leur évaluation. Ainsi certains vaccins recommandés ont une efficacité ou une utilité collective comparables à ceux qui sont obligatoires. Cependant, si le risque épidémique évolue, si les couvertures vaccinales sont insuffisantes (ex. : rougeole, coqueluche, méningocoques, grippe pandémique, Monkeypox...), cela peut entraîner une bascule technique et politique vers l'obligation sur le principe de protection collective. Les points de bascule rendent donc la notion de « recommandation » parfois anachronique et ont justement nécessité une évolution récente vers l'obligation en 2025 vis-à-vis du vaccin contre les méningocoques chez les nourrissons.

Sur le plan de la communication, le terme « obligatoire » renforce les clivages : il est mal perçu par les hésitants ; le terme « recommandé » est au contraire trop faible pour certains enjeux de santé publique...

Le recours à la notion d'obligation n'est pas souple et nécessite un décret ou une loi, ce qui n'est pas adapté à d'éventuelles situations d'urgence (ex. : Covid, Monkeypox).

Lorsque la circulation du pathogène est très faible, et que le bénéfice collectif est marginal ou incertain, le recours à l'obligation peut être jugé disproportionné.

D. La problématique des vaccins « recommandés » et les conséquences en droit

Les vaccins recommandés (HPV, grippe, rotavirus, zona...) ne bénéficient pas de l'obligation légale, mais peuvent faire l'objet de fortes incitations médicales, sociales ou économiques (recommandations professionnelles, HAS et sociétés savantes, campagnes publiques, remboursement intégral, etc.).

Cette situation crée une zone grise entre obligation de fait et recommandation de droit, source de méfiance, voire de contentieux (ex. : refus scolaire, pressions professionnelles, pressions au sein des couples en voie de séparation ou séparés) avec des conséquences diverses : psychologiques (instrumentalisation de l'enfant), administratives, pénales, ou sur les modalités d'indemnisation.

Selon la jurisprudence européenne qui admet la notion de « nécessité dans une société démocratique », la CEDH (affaire Vavřička, 2021) tolère l'obligation vaccinale si elle est justifiée, proportionnée et non arbitraire. Mais si un vaccin est imposé malgré une absence d'épidémie, ou que l'objectif est davantage politique que sanitaire, cela pourrait être contesté.

Dans un contexte de fragilité de l'opinion sur l'acceptabilité des vaccins et de ses conséquences sur la chute dommageable des couvertures vaccinales en cas de levée des obligations, l'établissement des critères de sortie devrait être clairement défini. Ainsi, il sera utile d'établir la liste des vaccins à maintenir dans l'obligation en fonction de la fréquence de la maladie non seulement en France, mais également au niveau mondial, de sa gravité, l'atteinte de seuils d'immunité de groupe, la disponibilité des vaccins disponibles, le suivi de leur efficacité, de leur innocuité et de leur acceptabilité.

E. Politique vaccinale et calendrier

Le calendrier vaccinal en France est un outil central de la politique de vaccination, à la fois scientifique, juridique et opérationnel. Il fixe les recommandations officielles de vaccination selon l'âge, les situations à risque et les expositions professionnelles.

C'est à la fois un outil médical, mais également normatif. Il fait la distinction entre obligation et recommandation, il conditionne l'entrée en collectivité et guide le remboursement par l'Assurance maladie. À cet égard, il peut donc y avoir un décalage entre l'établissement de la stratégie vaccinale recommandée par la HAS, l'inscription au calendrier, puis le remboursement in fine.

C'est un outil dynamique car **il tient compte de l'évolution des stratégies en fonction des nouveaux vaccins ayant obtenu une AMM européenne, inscrits dans la des enjeux d'adhésion et des données d'efficacité et de sécurité nouvellement admises sur les vaccins déjà existants, de l'évolution épidémiologique des maladies, de l'évolution des impératifs réglementaires.**

Chaque année (en général vers le mois d'avril), il est publié par le ministère chargé de la Santé, après avis de la Commission technique des vaccinations placée au sein de la Haute Autorité de santé (HAS). Il fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France, en fonction des publics cibles, de leur âge et selon quel schéma (nombre de doses, intervalle, ratrappage). Le calendrier des vaccinations existe en version complète sur le site du ministère de la Santé comme sur ceux de Santé publique France et de la HAS, et en version simplifiée sur le site Internet Ameli.fr.

FOCUS

Les acteurs de la politique vaccinale

La Haute Autorité de santé élabore les recommandations vaccinales (indications, populations cibles, schémas, coadministration...) via la Commission technique des vaccinations (CTV). Santé publique France assure la surveillance épidémiologique, le suivi des couvertures vaccinales, la communication au public et la promotion de la vaccination. L'ANSM surveille les éléments de sécurité des vaccins, évalue les effets indésirables et autorise la mise sur le marché en lien avec l'EMA.

IV. Nouveaux défis

A. Un parcours vaccinal en pleine transformation

Le cadre de la vaccination en France a significativement évolué ces dernières années et continue d'évoluer sous l'effet de plusieurs dynamiques combinées : épidémies, innovations vaccinales, transformations des pratiques professionnelles et attentes sociétales. Quant au parcours vaccinal qui désigne l'ensemble du cheminement qu'un individu suit pour recevoir ses vaccinations, il est aussi en pleine transformation, tant sur le plan organisationnel, juridique, professionnel et numérique.

B. Élargissement de l'offre des effecteurs

C'est dans le but d'améliorer la couverture vaccinale et le parcours vaccinal des personnes âgées de 11 ans et plus, sur proposition de la HAS, que les pouvoirs publics ont signé des textes réglementaires prévoyant une extension large des compétences en matière de vaccination aux professionnels de santé suivants : infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, laboratoires de biologie médicale et étudiants en 3^e cycle de médecine et de pharmacie.

Cet élargissement des compétences, fixé par l'arrêté du 8 août 2023²³, porte sur l'ensemble des vaccins obligatoires et/ou recommandés figurant au calendrier vaccinal chez adolescents de plus de 11 ans et les adultes.

Parmi les **arguments avancés à la décision de l'élargissement des effecteurs à la vaccination**, on peut citer :

- Réagir plus efficacement en période de crise sanitaire qu'a été celle du Covid-19.
- Renforcer l'accès à la vaccination : réduire les inégalités d'accès aux soins, en particulier dans les zones rurales, les déserts médicaux ou chez les personnes âgées ou isolées.
- Améliorer la couverture vaccinale.

Cependant, l'exemple de la vaccination contre la grippe démontre que la multiplication des effecteurs n'a pas eu l'effet escompté d'améliorer la couverture vaccinale en France, mais a eu pour seul effet de transférer l'acte de vaccination majoritairement vers le pharmacien.

Selon les données de Santé publique France pour la saison 2023-2024²⁴ :

- Chez les personnes de 65 ans et plus : la couverture vaccinale est estimée à 54 %, soit une baisse de 2,2 points par rapport à la saison précédente.
- Chez les personnes de moins de 65 ans à risque de forme grave de grippe : elle est de 25,4 %, en diminution de 6,2 points par rapport à la saison précédente.

Ces chiffres indiquent une **baisse de la couverture vaccinale antigrippale malgré l'élargissement des effecteurs de la vaccination**.

Plusieurs éléments pourraient expliquer cette tendance :

- **Fatigue vaccinale post-pandémie** : une lassitude générale vis-à-vis des campagnes de vaccination pourrait avoir réduit l'adhésion.
- **Moindre perception du risque** : une perception atténuée de la gravité de la grippe peut diminuer la motivation à se faire vacciner.
- **Concurrence avec la vaccination contre la Covid-19** : la coexistence des campagnes de vaccination contre la grippe et la Covid-19 pourrait avoir créé une confusion ou une saturation. Alors que les chiffres montrent que l'élargissement des compétences vaccinales à de nouveaux professionnels (pharmacien, infirmier, sage-femme) n'a pas suffi, à lui seul, à faire progresser significativement les taux de couverture vaccinale, il s'agit cependant d'une mesure reconnue pour améliorer la simplicité et la proximité du parcours vaccinal, répondant à une demande forte de la population pour plus d'accessibilité et de flexibilité²⁵.

23. Arrêté du 8 août 2023 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par certains professionnels de santé en application des articles L. 4241-1, R. 4311-5-1, R. 5125-33-8, R. 5126-9-1 et R. 6212-2 du Code de la santé publique : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000047949107>

24. Santé publique France, « Vaccination en France : Bilan de la couverture vaccinale en 2023 », 26 avril 2024 : https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/vaccination-en-france--bilan-de-la-couverture-vaccinale-en-2023?utm_source=chatgpt.com

25. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312582/fr/elargir-les-competences-de-trois-professions-de-sante-pour-faciliter-la-vaccination

Tableau des compétences vaccinales des professionnels de santé concernant les vaccins du calendrier vaccinal

Professionnels		Médecins		Sages-femmes		Infirmiers y compris exerçant en LBM et PUI	
Publics concernés		Tout public		Tout public		Pharmacien y compris exerçant en LBM et PUI	
Compétences		Prescription	Administration	Prescription	Administration	Prescription*	Administration*
Maladie ou agent infectieux concerné							
Bronchite/VRS	OUI *	OUI *	OUI *	SANS OBJET	OUI *	SANS OBJET	OUI *
Coqueluche	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Covid-19	OUI	OUI	OUI	OUI *	OUI	OUI *	OUI
Diphthére, Tétanos, Poliomyalie	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Fievre jaune <i>(uniquement dans les centres agréés)</i>	OUI *	OUI *	OUI *	NON	OUI	OUI *	OUI *
Grippe saisonnière	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Infections invasives à haemophilus influenza B	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Hépatite A	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Hépatite B	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Les médecins peuvent prescrire et administrer tous les vaccins.							
Infections invasives à méningocoques	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Infections à papillomavirus humain (HPV)	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Infections invasives à pneumocoques	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
MpoX <i>(uniquement dans les centres agréés)</i>	OUI *	OUI *	SANS OBJET	OUI *	OUI *	SANS OBJET	OUI *
Rougeole oreillons et rubéole (ROR)	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Tuberculose (BCG) <i>(en structures collectives)</i>	OUI *	OUI *	OUI *	NON	OUI	OUI *	OUI *
Varicelle	OUI *	OUI *	OUI *	NON	OUI	OUI *	OUI *
Zona	OUI	OUI	SANS OBJET	OUI	OUI	SANS OBJET	OUI

LBM : Laboratoire de biologie médicale / PUI : pharmacie à usage intérieur (Hôpitaux)

* Sous réserve d'avoir reçu une formation spécifique sur la vaccination

a/ sur prescription de l'acte d'injection par un médecin ;

b/ à l'exception des personnes immunodéprimées ;

c/ en lien avec le médecin prescripteur chez les immunodéprimés ;

d/ à toute personne de 5 ans et plus, ciblée ou non par les recommandations ;

e/ aux femmes enceintes immunocompétentes entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée durant la période épidémique du VRS ;

f/ à partir de 18 ans.

C. Un acte à part entière

La vaccination comprend plusieurs dimensions qui se succèdent au sein de la consultation. Elles constituent un socle commun à l'ensemble des parties prenantes du geste vaccinal.

C'est d'abord la recherche d'une indication : choix du vaccin en fonction de l'âge, du risque, du statut vaccinal, etc. Puis un temps d'information et de recherche du consentement : discussion avec le patient (cf. art. L. 1111-4 du CSP).

C'est ensuite un acte technique : injection intramusculaire, sous-cutanée ou orale.

C'est également un acte qui doit faire l'objet d'une traçabilité : enregistrement dans le carnet de santé/dossier médical/DMP.

C'est enfin une surveillance post-vaccinale : notamment en cas de primo-injection.

Ce n'est donc pas seulement une injection, mais un ensemble de décisions et d'actions cliniques.

La vaccination est donc un acte médical ou paramédical à part entière avec des composantes notamment déontologiques comme rappelé au sujet de l'information et du consentement, mais également dans sa justification « *les actes médicaux doivent être justifiés par l'état du patient, appropriés, et expliqués* ». Cette formulation relative à la justification des actes s'applique tout aussi à la vaccination. Le médecin ne doit prescrire que ce qui est nécessaire en fonction de la science et du contexte (art. R. 4127-8)

D. Pérennité des modalités de prise en charge

Les informations de ce chapitre sont issues du site Internet ameli.fr²⁶

LA LISTE DES VACCINS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE (FIXÉE PAR ARRÊTÉ MINISTÉRIEL)

L'Assurance maladie prend en charge certains vaccins et leur injection qui varie selon la situation et le type de vaccin. Cette prise en charge est fixée par arrêté ministériel.

Les vaccins figurant au sein du calendrier vaccinal sont remboursés par l'Assurance maladie, sur prescription médicale, le plus souvent à 65 % et la partie restante par la mutuelle, si la personne a souscrit un contrat « complémentaire santé » auprès d'une mutuelle. **Néanmoins, cette prérogative ne relève plus uniquement d'une prescription médicale** car pharmaciens, infirmiers et sages-femmes peuvent désormais prescrire et administrer les vaccins.

26. Ameli, « Vaccination : quelle prise en charge », 15 mai 2025 : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/vaccination#:~:text=Ces%20vaccins%20son%20rembours%C3%A9s%20par%20l'Assurance%20Maladie%2C%20sur,contrat%20%C2%AB%20comp%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20%C2%BB%20aupr%C3%A8s%20une%20mutuelle>

Vaccins pris en charge par l'Assurance maladie à 65 %		
Vaccins obligatoires chez le nourrisson	Vaccins recommandés	Vaccins recommandés dans certaines situations
<ul style="list-style-type: none"> - Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche - Hépatite B - Infections à Haemophilus influenza B - Infections à méningocoques ACWY et B - Infections à pneumocoque - Oreillons - Rougeole - Rubéole 	<ul style="list-style-type: none"> - Chez le nourrisson : <ul style="list-style-type: none"> • Gastro-entérite à rotavirus - Chez l'adolescent : <ul style="list-style-type: none"> • Infections à méningocoques ACWY et B • Infection à papillomavirus humains (HPV) • Diphtérie, tétanos, poliomyélite • Coqueluche - Chez l'adulte : <ul style="list-style-type: none"> • Diphtérie, tétanos, poliomyélite • Zona • Infection à pneumocoque 	<ul style="list-style-type: none"> - Hépatite A - Tuberculose - Varicelle

Certains vaccins peuvent être pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie pour les assurés sociaux comme pour les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (AME) :

- Le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) est pris en charge à 100 % pour les enfants et les jeunes jusqu'à 17 ans révolus dans le cadre d'un programme de soutien à la vaccination²⁷.
- Le vaccin contre la grippe saisonnière est pris en charge à 100 % pour les populations à risque pour lesquelles la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée (liste dans le calendrier vaccinal) et qui reçoivent chaque année une invitation de l'Assurance maladie²⁸.
- Le vaccin contre le HPV et le méningocoque ACWY dans le cadre du programme de vaccination au collège.
- Le vaccin contre la Covid-19.

- Pour les personnes atteintes de certaines affections de longue durée ou dans le cadre de l'Assurance maternité à partir du 6^e mois de grossesse lorsque la vaccination est explicitement recommandée (ex. : grippe, coqueluche).

D'autres vaccins ont un taux de remboursement adapté à l'âge ou à la situation médicale.

Hormis pour les populations citées ci-dessus et les enfants de 2 à 17 ans sans comorbidités pour lesquels le vaccin est pris en charge à 65 %, le vaccin contre la grippe saisonnière n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie.

À partir de 18 ans, le vaccin ROR est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie et la partie restante par la mutuelle, si la personne a souscrit un contrat «complémentaire santé» auprès d'une mutuelle.

Certains vaccins sont pris en charge uniquement pour les personnes à risque (par exemple : vaccin contre l'hépatite A).

27. Ameli, «La vaccination ROR», 26 février 2025 : <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/campagnes-vaccination/vaccination-ror-rougeole-oreillons-rubeole>

28. Ameli, «La vaccination contre la grippe en pratique», 16 avril 2025 : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grippe/vaccination-grippe>

Le nouveau vaccin contre le zona (recombinant adjuvanté) est pris en charge par l'Assurance maladie à 65 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus, quel que soit leur statut immunitaire, et pour les personnes à partir de 18 ans présentant une immunodépression ou un risque accru. L'ancien vaccin vivant atténue n'est plus disponible depuis juin 2024.

FOCUS

Pourquoi un décalage temporel entre recommandations et remboursement effectif ?

Le décalage entre les recommandations vaccinales de la HAS, leur inscription au calendrier vaccinal et leur remboursement par l'Assurance maladie résulte d'un circuit séquencé de mise en œuvre de la politique vaccinale en France. Chaque étape mobilise des acteurs différents, selon des critères, des procédures et des temporalités propres. Si ce découpage garantit la rigueur, l'indépendance et la complémentarité des expertises (scientifique, politique, économique), il en résulte des délais parfois mal compris par les professionnels de santé comme par les patients, pouvant nuire à la lisibilité et à l'adhésion à la stratégie vaccinale.

Le remboursement par l'Assurance maladie relève d'une décision économique et réglementaire. Ainsi l'inscription au remboursement suit un circuit spécifique :

- **Évaluation médico-économique** (Commission de transparence de la HAS/CEESP).
- **Négociation avec le CEPS** (Comité économique des produits de santé).
- **Fixation d'un prix**, puis publication d'un **arrêté au Journal officiel**.

Tout ce processus peut **prendre plusieurs mois après l'inscription au calendrier**.

PRISE EN CHARGE DE L'INJECTION

L'injection du vaccin est prise en charge par l'Assurance maladie dans les conditions habituelles. Elle est remboursée à taux variables selon le professionnel qui l'exécute.

- À 70 % si c'est le médecin ou la sage-femme qui vaccine lors d'une consultation.
- À 70 % si c'est le pharmacien qui vaccine contre la grippe saisonnière les personnes éligibles.
- À 60 % si c'est une infirmière qui vaccine, sur prescription médicale.

À noter que l'injection du vaccin peut être prise en charge à 100 % dans certains cas précis :

- Pour les personnes atteintes de certaines affections de longue durée ou dans le cadre de l'Assurance maternité à partir du 6^e mois de grossesse.
- Pour la vaccination HPV réalisée dans le cadre du programme de vaccination en milieu scolaire.

LES VACCINS NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Toute personne peut, sous réserve des indications médicales et des autorisations de mise sur le marché, recevoir l'ensemble des vaccins disponibles en France.

Les vaccins recommandés ou obligatoires sont assujettis à remboursement partiel ou total lorsqu'il s'agit de protéger certains publics déterminés comme vulnérables selon l'âge, les comorbidités et le contexte épidémique.

Par ailleurs, certains vaccins sont obligatoires ou recommandés pour partir dans certains pays étrangers (exemple : vaccin contre la fièvre jaune en Guyane, vaccination contre les infections invasives à méningocoques obligatoire pour l'obtention de visas pour le pèlerinage à la Mecque...), mais l'Assurance maladie ne les prend pas en charge dans la mesure où l'obligation ou la recommandation dépendent du pays visité.

FOCUS

Grandes étapes du développement et de la mise sur le marché du vaccin (exemple de la Covid-19) et de la décision de prise en charge par l'Assurance maladie

Le développement d'un vaccin²⁹ suit un processus strict, commun à tous les médicaments immunologiques, encadré par la réglementation européenne et française³⁰ :

- Phase préclinique : Recherche en laboratoire (modèles informatiques, tests *in vitro* sur cellules, puis *in vivo* chez l'animal) pour évaluer l'innocuité, la tolérance et le potentiel immunogène du vaccin.
- Essais cliniques sur l'humain (phases I à III) :
 - Phase I : Test sur un petit groupe de volontaires sains (10 à 100) pour vérifier la sécurité et la tolérance du vaccin.
 - Phase II : Test sur plusieurs centaines de volontaires pour affiner la posologie, évaluer la réponse immunitaire et détecter des effets indésirables plus fréquents.
 - Phase III : Test sur des milliers de participants pour confirmer l'efficacité, la sécurité et détecter des effets indésirables rares.
- Phase IV (post-commercialisation) : Suivi de la sécurité et de l'efficacité à grande échelle, après la mise sur le marché.

Avant tout essai clinique en France, il faut l'avis favorable d'un comité de protection des personnes et l'autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) nécessite :

- Un dossier complet est soumis à l'Agence européenne des médicaments (EMA) qui évalue la qualité, la sécurité et l'efficacité du vaccin.
- L'EMA rend un avis, puis la Commission européenne délivre l'AMM valable dans tous les États membres de l'UE.
- La Haute Autorité de santé (HAS) précise la place du vaccin dans la stratégie vaccinale et les populations cibles.

La décision de prise en charge par l'Assurance maladie

Après l'AMM, la HAS évalue le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR) via la Commission de transparence pour chaque vaccin.

Cette évaluation permet de déterminer le taux de remboursement par l'Assurance maladie et les conditions de prise en charge (populations cibles, schéma vaccinal, etc.) au sein d'une commission interministérielle.

Pendant la pandémie de Covid-19, les étapes classiques de développement des vaccins (préclinique, phases I, II, III, puis mise sur le marché) se sont chevauchées pour accélérer le processus sans en réduire les exigences réglementaires.

Concrètement, les études précliniques ont été menées parallèlement à la préparation des essais cliniques, parfois avant même leur finalisation complète. Les phases I, II et III ont été partiellement superposées, avec un démarrage rapide des phases suivantes avant la fin complète de la précédente, lorsque les données intermédiaires étaient jugées favorables. Les autorités sanitaires (comme l'EMA ou la FDA) ont utilisé des procédures de «rolling review», analysant les données au fur et à mesure de leur production, permettant un gain de temps considérable. Enfin, certaines mises sur le marché ont été accordées sous autorisation conditionnelle ou d'urgence, avec un suivi post-commercialisation renforcé.

Ce chevauchement stratégique a permis de gagner plusieurs mois tout en maintenant un cadre rigoureux de sécurité et d'efficacité. Cette adaptation a constitué un levier stratégique majeur pour répondre à l'urgence sanitaire mondiale en permettant un lancement rapide des spécialités vaccinales et de concourir à contenir les vagues épidémiques.

29. ANSM, «Qu'est-ce qu'un vaccin ?» : <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/notre-perimetre/les-vaccins/p/les-vaccins-2>

30. Vaccination Info Service, «Développement des vaccins» : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-reglementaires/Securite-et-qualite-des-vaccins/Developpement-des-vaccins>

GRATUITÉ

Les vaccinations peuvent être effectuées gratuitement dans les services de protection maternelle et infantile (PMI) pour les enfants jusqu'à 6 ans. Mais aussi par les centres publics de vaccinations et dans certaines autres structures comme les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ce-gidd) ou les centres de lutte antituberculeuse (CLAT).

Ils sont chargés également de promouvoir la vaccination auprès des professionnels du champ sanitaire, médico-social et du grand public au moyen de différentes actions dans différents lieux de vie (actions « hors les murs »), notamment en nouant des partenariats.

Chaque centre de vaccination (CV) doit, en application des textes en vigueur, soumettre chaque année, un rapport d'activité et de performance (RAP) à l'Agence régionale de Santé (ARS) de son territoire et à la Direction générale de la Santé (DGS).

E. Des lieux de vaccination diversifiés

En France, il est possible de se faire vacciner dans plusieurs types de structures, selon le vaccin, l'âge, et la situation de la personne.

Depuis 2023, les infirmiers et les pharmaciens d'officine peuvent prescrire et administrer les vaccins inscrits au calendrier vaccinal, pour les personnes âgées de 11 ans et plus, sous réserve :

- d'avoir suivi une formation spécifique,
- et d'avoir procédé à une déclaration préalable auprès de leurs ordres professionnels
- de respecter les contre-indications universelles des vaccins vivants atténuerés (immunodépression, grossesse)

Les sages-femmes disposent, quant à elles, d'un champ vaccinal élargi, leur permettant de prescrire et d'administrer les vaccins du calendrier vaccinal à toute personne, sans limite d'âge, dans le cadre de leurs compétences définies par le Code de la santé publique (articles R. 4311-1, R. 5125-33 et R. 4127-318).

CENTRES DE VACCINATION PUBLICS

Les centres de vaccination publics³¹ ont pour mission d'offrir une vaccination gratuite et de proximité afin d'améliorer la protection de la population grâce à l'augmentation de la couverture vaccinale des vaccins du calendrier des vaccinations.

CENTRES DE VACCINATIONS INTERNATIONALES

Les centres de vaccinations internationales (CVI) sont des structures dédiées à la vaccination des voyageurs qui franchissent des frontières, principalement la vaccination contre la fièvre jaune. Il leur revient également d'informer les voyageurs de l'ensemble des mesures à prendre pour prévenir les risques sanitaires auxquels ils seront exposés au cours de leur déplacement.

Les vaccins des voyageurs peuvent être obtenus en pharmacie, mais ils sont aussi disponibles dans la plupart des CVI.

La fièvre jaune³² : pour obtenir un certificat de vaccination contre la fièvre jaune, il est nécessaire d'être vacciné dans un centre de vaccinations agréé afin qu'un certificat international de vaccination (de couleur jaune) soit émis. Ce certificat est valide à partir du 10^e jour après la première dose de vaccin. Depuis le 11 juillet 2016³³, le règlement sanitaire internationale a intégré une immunisation « à vie entière » conférée par la vaccination contre la fièvre jaune et la validité du certificat de vaccination correspondant a été étendue en conséquence. À cette même date, la France entière a aligné ses règles sur le RSI : le certificat acquis devient valable à vie, sans qu'un nouveau vaccin soit exigé pour les voyages internationaux. Dans l'immense majorité des cas, un rappel n'est plus nécessaire excepté pour les personnes vaccinées avant l'âge de 2 ans, les femmes ayant été vaccinées pendant leur grossesse (bien que ce vaccin vivant atténueré constitue une contre-indication), les personnes exposées de façon prolongée, certains pays qui continuent à exiger un rappel décennal malgré la position de l'OMS.

31. Ministère de la Santé, « Les centres de vaccination », 19 décembre 2022 : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/article/les-centres-de-vaccination>

32. Vaccination Info Service, « Fièvre jaune », 20 novembre 2024 : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Fievre-jaune>

33. <https://www.who.int/fr/publications/m/item/q-a-on-the-extension-to-life-for-yellow-fever-vaccination>

Tableau des lieux de vaccination en France

Lieu/ Professionnel	Vaccins concernés	Prescription possible ?	Injection possible ?	Conditions/Limites
Médecin (généraliste, pédiatre)	Tous vaccins (obligatoires et recommandés)	Oui	Oui	Sans restriction. Consultation, prescription et injection possibles pour tous publics.
Pharmacien d'officine	Vaccins du calendrier pour ≥ 11 ans (grippe, HPV, DTP, hépatite A/B...)	Oui (depuis 2023, avec formation)	Oui (si formé et déclaré à l'Ordre)	Hors personnes < 11 ans et immunodéprimés pour les vaccins vivants atténués (ROR, varicelle, BCG, etc.).
Infirmier diplômé d'État	Vaccins du calendrier pour ≥ 11 ans	Oui (depuis 2023, avec formation)	Oui (y compris sans ordonnance)	Même restrictions que les pharmacien. Prescription si formation spécifique et déclaration à l'Ordre.
Sage-femme	Vaccins recommandés (coqueluche, grippe, Covid, hépatite B, HPV, etc.)	Oui	Oui	Pour les femmes enceintes, leur entourage et enfants < 12 mois. Compétences élargies.
Centre de vaccination (CDV)	Tous vaccins	Oui (médecin sur place)	Oui	Gratuité fréquente pour les publics prioritaires.
Centre de vaccination international	Tous vaccins + ceux exigibles dans le cadre du Règlement Sanitaire International	Oui (médecin sur place)	Oui	Certains vaccins du voyage ne figurent pas au calendrier vaccinal et ne sont pas remboursés
PMI (Protection maternelle et infantile)	Vaccins pédiatriques obligatoires et recommandés (0–6 ans)	Oui (par le médecin du service)	Oui	Vaccination gratuite pour enfants, sans avance de frais. Accès sans ordonnance nécessaire.
Établissements scolaires : collèges : 6 ^e -5 ^e	HPV Méningocoque ACWY (pour 2025-2026)	Oui (via programme public)	Oui (équipe mobile coordonnée par ARS)	Accord parental requis. Organisation ponctuelle par les ARS et Éducation nationale.
Service de santé au travail	Vaccins professionnels (hépatite B, grippe, tétanos...)	Oui (selon protocole interne)	Oui	Limité à la prévention en milieu professionnel. Ne remplace pas le suivi de médecine de ville.
Établissements hospitaliers/ maternités	Tous vaccins (notamment périnatalité, rattrapage, post-exposition)	Oui	Oui	Notamment pour les femmes enceintes, nouveau-nés, patients à risque.

F. Traçabilité via le carnet de vaccination

Le carnet de vaccination est un carnet dans lequel sont notées toutes les vaccinations d'une personne. Le professionnel de santé qui vous vaccine écrit dans ce carnet :

- le nom du vaccin;
- la date de l'injection;
- le numéro du lot (étiquette);
- la date du prochain vaccin à faire.

La traçabilité écrite de ces actes vaccinaux est l'acte fondamental de santé publique en ce qu'il cautionne à elle seule la protection potentielle des personnes.

Il faut le présenter au professionnel de santé à chaque fois qu'une vaccination doit être faite.

Il est valable toute la vie!

Pour les enfants, le carnet de santé sert aussi de carnet de vaccination. Le carnet de vaccination peut remplacer le carnet de santé lorsque l'on est adulte (surtout si on ne retrouve plus son carnet de santé).

Depuis juin 2020, le DMP dispose d'une fonctionnalité « carnet de vaccination » permettant d'enregistrer et de consulter les vaccins. Depuis le lancement de Mon Espace Santé (début 2022), cette capacité est reprise et étendue dans le cadre du nouveau service : les vaccinations peuvent être inscrites et consultées via l'espace santé du patient.

FOCUS

Carnet de vaccination électronique/DMP/ Mon Espace Santé

Son objectif principal : permettre un suivi vaccinal continu, sécurisé et partagé entre les professionnels de santé et le patient, tout au long de la vie.

Intégration au DMP : depuis 2022, les données vaccinales (vaccins obligatoires et recommandés) peuvent être automatiquement intégrées au DMP via les logiciels métiers ou les plateformes comme Mon Espace Santé.

Fonctionnalités

- Historique vaccinal consultable en ligne.
- Alertes pour rappels et vaccinations à venir.
- Traçabilité des dates, produits, numéros de lot.

Limites

- Occasion perdue : le manque de capitalisation sur les outils de traçabilité développés

lors de la crise de la Covid qui avaient rencontré une adhésion forte des professionnels. Ce développement aurait pu avoir un effet accélérant plus net.

- Taux de remplissage encore hétérogène selon les professionnels.
- Interopérabilité incomplète entre logiciels de ville, hospitaliers et pharmaceutiques.
- Adoption encore partielle par les usagers et certains soignants.

Perspectives

- Déploiement accru avec l'appui de l'Assurance maladie et des ARS, fabricants de logiciels.
- Potentiel d'intégration à des dispositifs de recommandation personnalisée de vaccination (ex. : en lien avec le calendrier vaccinal automatisé).
- Atout en cas de crise sanitaire ou de campagnes ciblées. Meilleures connaissances des couvertures vaccinales en temps réel et pour toutes les populations.

PERTE DU CARNET DE SANTÉ OU DE VACCINATION

En cas de perte du carnet de santé ou de vaccination, plusieurs solutions existent :

Se rapprocher de son médecin traitant ou du centre de vaccination qui aura effectué les vaccinations, il détient souvent une **copie des vaccinations administrées**. Il peut vous délivrer une **attestation vaccinale** ou reconstituer votre parcours vaccinal à partir de son dossier. Les centres de Protection maternelle et infantile (PMI) ou les infirmières scolaires peuvent également avoir conservé un relevé vaccinal. Les crèches ou établissements scolaires peuvent également avoir demandé une copie.

NB. Le ministère de la Santé et les ARS sont responsables de l'édition et de la diffusion des carnets de santé (contenu réglementé par décret). La PMI peut fournir un carnet si l'enfant est né hors maternité, ou en cas de perte/non-remise initiale.

Dans le cas où le médecin traitant n'est plus en activité, le patient peut toujours se rapprocher du Conseil de l'Ordre des médecins pour qu'il contacte le médecin, se rapprocher de tout autre professionnel de santé en charge d'effectuer des vaccinations afin qu'un état des lieux vaccinal soit fait en fonction de l'âge et de l'état de santé du patient.

- Des sérologies peuvent être demandées afin de contrôler les traces antérieures de vaccination.

Dans tous les cas, il n'existe pas de « survaccination » ainsi, en cas de doute, il peut être procédé à une nouvelle vaccination sans risque.

La Haute Autorité de santé (HAS) et la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) ont émis des recommandations concernant les situations de statut vaccinal incomplet, inconnu ou incomplètement connu et le rattrapage vaccinal à envisager³⁴.

POUR APPROFONDIR

- Annexe 8 : Fiche pratique « Quelles sont les démarches en cas de perte du carnet de santé ».

V. Conditions d'une vaccination réussie

A. Campagnes d'information grand public

D'expérience, ces informations grand public distribuées aux grandes heures d'écoute sur les chaînes et les ondes sont facilitantes pour les professionnels de santé car le public, parce qu'il en est déjà informé, consent plus facilement à parler de cette prévention ainsi « médiatisée ».

Et en parler avec son médecin, dans cette relation de confiance qui existe dans ce colloque singulier médecin-patient, c'est souvent l'adopter.

- **Ces campagnes permettent également de contrecarrer les lobbyings des militants antivax dont la virulence et l'insistance atteignent les plus vulnérables et les moins informés.** Elles sont d'autant plus efficaces qu'elles s'appuient sur des flyers ou des affiches apposées dans les cabinets des professionnels.

Des sites d'informations (Vaccination Info Service...) complètent efficacement l'information destinée aux personnes que le professionnel de santé saura confirmer avant de vacciner.

B. Formation des professionnels de santé

La formation initiale et continue des professionnels de santé effecteurs de la vaccination doit être complète et renouvelée, et encouragée dans le cadre du DPC.

En effet, la vaccination est un domaine de la santé qui se renouvelle régulièrement au gré des épidémies et des indications et qui se modifie année après année dans ses indications, au fur et à mesure de l'étude de leur couverture vaccinale et des remontées de pharmacovigilance.

La formation des médecins est initiale et doit appartenir à sa formation continue.

34. HAS, Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu - En population générale et chez les migrants primo-arrivants, 29 janvier 2020 (lien)

Leurs connaissances en la matière peuvent aisément se renouveler par des sites d'information dédiés :

- Infovac
- Prévention en santé
- Santé publique France
- ANSM
- SPILF, etc.

C. Conditions de maîtrise du geste vaccinal

CONNAISSANCE DES BONNES INDICATIONS VACCINALES

Toute personne sans exception peut bénéficier de toutes les vaccinations, hormis les situations des contre-indications qui doivent être connues des professionnels de santé.

L'INFORMATION

Indispensable pour obtenir un consentement éclairé, l'**information doit être donnée aux détenteurs de l'autorité parentale, aux représentants d'une personne vulnérable et au patient lui-même**. Elle est à délivrer, de façon appropriée à la compréhension et pour la personne vaccinée (elle ne peut être optionnelle). Elle doit être tracée dans son dossier. Sur ce sujet, on peut faciliter le dialogue avec quelques questions à poser systématiquement en prélude au consentement

- «Avez-vous des questions sur cette vaccination ?»
- «Y a-t-il des points qui vous inquiètent ?»
- «Souhaitez-vous du temps pour réfléchir ?»

CONSENTEMENT

Le consentement éclairé en vaccination n'est pas un frein à l'acte médical, mais un gage de qualité de la relation soignant-soigné. Consacré par l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, il n'est pas une simple formalité administrative. C'est l'expression du respect de la dignité humaine et de l'autonomie de chaque personne face aux décisions qui concernent son corps et sa santé. **Un patient qui comprend et adhère à la vaccination devient un partenaire de sa santé et un ambassadeur de la prévention**. Cette démarche, exigée par la loi³⁵, contribue également à restaurer la confiance en période de défiance et à renforcer l'adhésion aux programmes de santé publique.

En cas d'hésitation, on peut proposer un délai de réflexion, suggérer une documentation complémentaire et planifier une nouvelle consultation si nécessaire. **Face aux inquiétudes exprimées, notre rôle n'est pas de convaincre à tout prix, mais d'accompagner la réflexion**. C'est donner le temps nécessaire au patient pour digérer l'information, poser ses questions, exprimer ses doutes. Car un consentement arraché dans la précipitation ou sous la pression n'a aucune valeur, ni légale ni éthique.

Sur le sujet spécifique de l'hésitation, nous proposons une fiche action en fin de document

Chercher l'accord, mais liberté de chacun. En cas de refus, on peut conseiller de :

- Respecter la décision sans insister.
- Expliquer les conséquences possibles.
- Maintenir la relation thérapeutique.
- Proposer une réévaluation ultérieure.
- Sans oublier de tracer l'information donnée et le refus.

35. Articles L1111-4 (information et consentement) et L3111-1 (politique vaccinale) du Code de la santé publique

HYGIÈNE ET SÉCURITÉ

La vaccination nécessite un emplacement adapté respectant des conditions d'intimité, d'hygiène et de sécurité.

Intimité : la multiplication des effecteurs de la vaccination exige que celle-ci soit faite dans un local adapté respectant l'intimité et le secret médical dus aux patients.

Hygiène : vacciner est un acte médical qui nécessite une hygiène stricte des mains et des locaux. Il est également indispensable pour tout effecteur de posséder un conditionnement adapté des déchets car il est interdit de jeter les seringues vides dans les poubelles communes. En effet, les seringues des vaccins, une fois vidées de leur contenu, sont considérées comme des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) qui sont par définition «des déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire».

Sécurité : tout effecteur doit être en possession d'un traitement contre l'allergie de sa forme la moins grave au choc anaphylactique en possédant sur place un kit d'injection d'adrénaline. Il en va de la responsabilité du professionnel de santé qui vaccine s'il n'a pas surveillé son patient vacciné afin de pouvoir rapidement prendre en charge, entre autres, les potentiels accidents graves allergiques.

Enfin, avec l'information sur les effets secondaires et la surveillance de potentielles réactions allergiques, il ne faut pas oublier de prendre en charge l'éviction de la **douleur** qui, pour les parents comme pour les enfants, peut représenter un risque d'hésitation, voire de rejet. Une information destinée aux parents sur la douleur et les réactions possibles de l'enfant sera donc des plus indispensables.

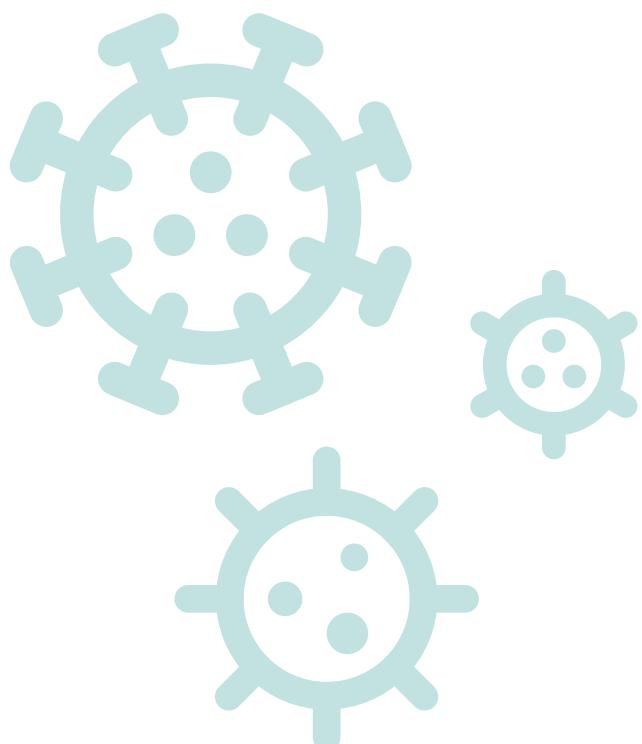
TRAÇABILITÉ

La vaccination ou la proposition de vaccination est un acte de soin qu'il est important de pouvoir tracer dans le dossier du patient. En effet, seule la preuve écrite de la vaccination fait foi dans la prise en charge médicale des pathologies infectieuses. **Si le geste vaccinal est simple et protecteur, sa traçabilité conditionne également la réussite de cet acte de prévention collective.**

Afin de tracer ces actes préventifs, plusieurs outils sont disponibles :

- Carnet de santé ou carnet de vaccination délivré au patient vacciné.
- Dossier médical du médecin.
- Carnet de vaccination électronique.
- Carnet de vaccination papier.
- Sur le carnet de santé numérique de « Mon Espace Santé » (DMP) peuvent s'ajouter, en quelques clics, des informations utiles à la santé du patient (groupe sanguin, allergies, vaccins par exemple). L'historique de soins du patient sera ainsi partagé avec les professionnels de santé de son choix. La vaccination peut, de même, y être inscrite par le médecin ou le professionnel effecteur.

Attention, cette preuve écrite, si elle est fausse, met en cause la responsabilité disciplinaire et pénale du professionnel qui en est l'auteur.



3

ACCOMPAGNER LA DÉCISION SELON LES POPULATIONS CIBLÉES



I. Le professionnel de santé et sa propre vaccination

A. Obligations et recommandations spécifiques

Les médecins doivent être à jour de certaines vaccinations obligatoires pour exercer, principalement en raison de leur exposition à des risques infectieux. Ces obligations sont fixées par le Code de la santé publique (article L. 3111-4 CSP) et encadrées par les recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

En complément de ces vaccinations obligatoires, certaines vaccinations (contre la rougeole, la grippe, la coqueluche) sont recommandées (*cf. tableau infra*).

La couverture vaccinale, par exemple pour la grippe, reste insuffisante parmi l'ensemble des personnels de santé, de l'ordre de 25 %³⁶. L'obliga-

gation vaccinale contre la grippe a été suspendue par le décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006. Ce dernier prévoit néanmoins qu'elle puisse être réactivée à tout moment en cas notamment de pandémie grippale. Elle demeure toutefois fortement recommandée pour les professionnels concernés, avec pour principal objectif de protéger leurs patients fragiles des grippes saisonnières, comme le recommande le Cnom³⁷.

La couverture vaccinale des soignants est prise en défaut par l'absence de médecine préventive pour la médecine libérale et la carence de médecin du travail pour la médecine hospitalière, ce qui est fort dommageable pour les soignants et pour les patients.

Vaccin	Obligation/Commentaire
Hépatite B	Obligatoire (3 doses + sérologie de contrôle)
Diphthérie	Obligatoire (rappel tous les 20 ans jusqu'à 65 ans)
Tétanos	Obligatoire
Poliomyélite	Obligatoire
Covid-19 (suspension levée en 2023)	Plus d'obligation depuis aout 2023 mais recommandée
Grippe saisonnière	Recommandée fortement chaque année
Coqueluche	Recommandée (surtout si contact avec des nourrissons)
ROR	Recommandée si non immunisé ou né après 1980
Varicelle	Recommandée pour les non-immunisés
Tuberculose	Plus obligatoire depuis le 1 ^{er} avril 2019 (décret n°2019-149 du 27 février 2019), mais le médecin du travail pourra juger, en fonction la situation professionnelle, si la vaccination contre la tuberculose est tout de même nécessaire

36. <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-spécifiques/Professionnels-exposés-a-des-risques-spécifiques/Professionnels-de-santé>

37. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/vaccination-antigrippale>

B. Exemplarité et cohérence déontologique

En mars 2021, le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié un communiqué « **La vaccination des soignants est une exigence éthique** »³⁸ dont le contenu rappelait les points suivants :

- Se faire vacciner est par conséquent une exigence éthique qui s'impose à tous, la vaccination diminuant considérablement les chaînes de transmission du virus.
- Cette exigence s'impose d'autant plus que les soignants, à qui les Français vouent une confiance importante, ont plus que jamais un devoir d'exemplarité qui leur incombe.
- Il est urgent qu'ils se fassent vacciner pour protéger les patients.
- En se vaccinant massivement, ils apportent à tous une preuve supplémentaire de leur engagement et de l'urgence pour tous à adhérer aux vaccins pour que nous sortions enfin de cette épidémie dramatique.

À partir du moment où la vaccination Covid-19 est devenue obligatoire pour les médecins, des poursuites disciplinaires ont été engagées à l'encontre de ceux qui poursuivaient leur exercice médical sans être vaccinés.

Le décret n° 2023368 du 13 mai 2023, suivi d'une instruction de la DGOS, a suspendu l'obligation vaccinale des soignants et étudiants en santé à compter du 14 mai 2023. Depuis cette date, les soignants non vaccinés peuvent légalement reprendre leur activité et ne sont plus soumis à aucune sanction disciplinaire ou administrative à ce titre.

Malgré cette suspension, des poursuites pénales ou disciplinaires peuvent toujours être engagées pour des faits antérieurs à mai 2023, notamment si le professionnel a continué à exercer alors qu'il était suspendu ; ou a fourni un faux certificat (sanctionné pénalement, notamment en cas de faux médical) ; ou encore a signé ou maintenu un contrat de remplacement ou de collaboration en contournant l'obligation vaccinale (considérée comme une infraction ou faute disciplinaire).

Rappel chronologique de la vaccination Covid-19 pour les médecins :

Période	Statut de la vaccination pour le médecin
Décembre 2020 – Février 2021	Vaccination ouverte et recommandée
Août 2021 – Août 2023	Obligatoire avec suspension possible en cas de refus
Depuis août 2023	Non obligatoire mais fortement recommandée en milieu médical

38. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/vaccination-soignants-exigence-ethique>

C. Présent et futur des obligations vaccinales des professionnels de santé

Comme pour la population générale, la réglementation française distingue actuellement deux catégories de vaccinations pour les professionnels de santé : les vaccinations obligatoires et les vaccinations fortement recommandées. Cette dualité, inscrite dans le Code de la santé publique (articles L. 3111-4 et R. 3112-1) génère parfois des difficultés de compréhension et d'application.

Les vaccinations actuellement obligatoires concernent l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et, depuis 2021, la Covid-19. Les vaccinations fortement recommandées incluent notamment la grippe saisonnière, la rougeole-oreillons-rubéole (ROR), la coqueluche et la varicelle.

La HAS en 2023 a proposé une refonte du périmètre des vaccinations pour les professionnels de Santé. Ainsi, 2 volets d'actualisation des recommandations vaccinales professionnelles (juillet et septembre 2023) ont été publiées en réponse à une saisine de la Direction générale de la santé.

Cette révision s'appuie sur quatre critères cumulatifs issus des travaux du Haut Conseil de la santé publique en 2006 :

- **Prévention d'une maladie grave.**
- **Risque élevé d'exposition pour le professionnel.**
- **Risque de transmission à la personne prise en charge.**
- **Existence d'un vaccin efficace avec une balance bénéfice-risque favorable.**

Les évolutions proposées concernant tout d'abord la suppression de certaines obligations actuelles jugées disproportionnées au regard de l'évolution épidémiologique. C'est notamment le cas pour :

La diphtérie : les rappels obligatoires spécifiques aux professionnels de santé (25, 45, 65 ans) seraient supprimés. La justification repose sur la quasi-disparition de la maladie en France (seuls des cas d'importation sporadiques), rendant le risque professionnel spécifique négligeable.

La Covid-19 : la HAS préconise que la vaccination contre la Covid-19 soit dorénavant fortement recommandée pour les professionnels, marquant une transition vers une gestion endémique de l'épidémie.

Par ailleurs, elle propose de passer de la recommandation vers l'obligation pour la rougeole : pour les étudiants et les professionnels de santé. Cette évolution majeure s'appuie sur plusieurs constats alarmants :

- Contagiosité exceptionnelle : avec un taux de transmission estimé entre 12 et 18, la rougeole figure parmi les maladies les plus transmissibles.
- Transmission nosocomiale avérée : selon Santé publique France, les professionnels de santé sont impliqués dans 75 à 83 % des cas survenus en établissement.
- Couverture vaccinale insuffisante : malgré les recommandations, seuls 70-80 % des soignants sont correctement vaccinés, bien en deçà du seuil de 95 % nécessaire pour interrompre la transmission.
- Efficacité vaccinale excellente : le vaccin ROR confère une protection supérieure à 95 % après deux doses.

Le cas particulier de la grippe : pourquoi pas d'obligation malgré l'impact nosocomial ?

L'Académie de Médecine considère la vaccination annuelle contre la grippe comme une obligation professionnelle légitime pour les soignants, intégrée dans les pratiques courantes et non comme une atteinte à la liberté individuelle. Elle souligne que ces vaccinations sont essentielles pour protéger les patients, notamment en milieu hospitalier ou médico-social. Elle appelle à instaurer un programme de vaccination obligatoire généralisé pour les professionnels de santé, particulièrement dans tous les lieux accueillant des personnes fragiles, y compris à domicile.

La grippe saisonnière illustre parfaitement la complexité des décisions en matière d'obligations vaccinales. Malgré des centaines d'infections nosocomiales documentées chaque hiver et un impact sanitaire considérable, la HAS maintient son statut de vaccination fortement recommandée. En effet les obstacles à l'obligation grippale sont nombreux :

- Efficacité variable : de 20 à 60 % selon les saisons et la concordance avec les souches circulantes.
- Revaccination annuelle qui constitue contrainte logistique majeure comparée aux rappels espacés.
- Acceptabilité limitée : couverture vaccinale actuelle inférieure à 40 % chez les soignants, même si les médecins représentent la profession la mieux couverte.
- Alternatives non vaccinales efficaces : masques, isolement, hygiène des mains.

La HAS priviliege donc le renforcement des incitations (campagnes ciblées, amélioration de l'accessibilité) sans recourir à l'obligation légale.

Il est fondamental de préciser que tant les évolutions épidémiologiques que l'analyse des couvertures vaccinales représentent les données qui orientent ces recommandations. Le succès de certaines vaccinations explique paradoxalement leur sortie du champ obligatoire. La diphtérie, quasi éradiquée grâce à la vaccination généralisée, ne justifie plus d'obligations spécifiques aux professionnels de santé. À l'inverse, la résurgence de la rougeole en Europe (plus de 60 000 cas en 2023) et plus récemment en 2025, au Maroc ou aux États-Unis, mais aussi en France et les clusters nosocomiaux répétés plaident pour un renforcement des mesures.

Les données de couverture vaccinale révèlent des disparités importantes selon les vaccins et les populations de soignants :

- Hépatite B : > 95 % (objectif atteint grâce à l'obligation).
- ROR : 70-80 % (insuffisant, justifiant l'évolution vers l'obligation).
- Grippe : entre 20 % pour la moyenne des professionnels (56 % pour les médecins), en deçà des recommandations internationales de 75 %³⁹.

Pour autant, et pour envisager que ces propositions soient retenues, il est nécessaire de prendre en compte les failles du contrôle pour les professionnels libéraux. Contrairement aux professionnels

hospitaliers et salariés du secteur médico-social, les médecins libéraux ne relèvent d'aucune médecine du travail. Cette situation crée un vide réglementaire majeur dans l'application des obligations vaccinales sans évoquer plus globalement la qualité du propre suivi médical des praticiens libéraux.

Qui contrôle en pratique ?

- Employeurs et médecine du travail : pour les salariés (contrôle systématique).
- Services hospitaliers : pour les praticiens hospitaliers et étudiants.
- Médecins libéraux : aucun contrôle régulier organisé.
- Les contrôles exceptionnels :
 - Enquêtes sanitaires lors d'épidémies.
 - Litiges médico-légaux ou procédures disciplinaires.

Cette situation soulève des questions d'équité, de traçabilité et d'efficacité de la politique vaccinale, une minorité significative de professionnels échappant de facto aux obligations légales. Ainsi, il est nécessaire de réfléchir aux moyens de tendre vers un équilibre entre efficacité et acceptabilité en matière d'obligations vaccinales pour les professionnels. Plusieurs pistes qui peuvent se combiner sont possibles.

- Celles des outils technologiques :
 - Développement d'un carnet vaccinal électronique interopérable (DMP, Mon Espace Santé).
 - Interfaces entre les systèmes d'information des Ordres et des ARS.
 - Alertes automatisées pour les rappels vaccinaux.
- Celles de l'extension des contrôles qui nécessiterait des moyens très conséquents :
 - Extension des missions et des moyens de l'Ordre des médecins en matière de vérification vaccinale.

39. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/etudes-de-couverture-vaccinale-contre-la-grippe-et-la-covid-19-des-residents-et-des-professionnels-salaries-des-établissements-sociaux-et-medico-so>

- Contrôles des ARS lors des inspections sanitaires des cabinets libéraux.
- Sanctions graduées : rappel à l'ordre, formation obligatoire, suspension temporaire d'autorisation d'exercice.
- Celle de l'évolution réglementaire raisonnée :
 - Simplification des statuts : réduction du nombre de vaccins obligatoires au strict nécessaire.
 - Critères objectifs et transparents pour les évolutions futures.
 - Révision périodique basée sur les données épidémiologiques.
 - Mise en place d'une médecine du travail pour les libéraux.

Il serait utile de tendre vers une responsabilité professionnelle renforcée. Au-delà des aspects réglementaires, l'évolution vers une culture de responsabilité individuelle et collective apparaît essentielle. Comme rappelé plus haut, le Code de déontologie médicale (art. R. 4127-11 CSP) impose déjà aux médecins de « protéger la santé de leurs patients ». Cette obligation déontologique pourrait servir de fondement à une approche moins contraignante, mais plus responsabilisante.

Les recommandations HAS 2023 dessinent une politique vaccinale professionnelle plus ciblée, fondée sur des critères scientifiques rigoureux et adaptée aux réalités épidémiologiques contemporaines. Cette évolution nécessitera :

- Une mise en œuvre progressive pour favoriser l'acceptabilité.
- Un renforcement des outils de suivi, notamment pour les libéraux.
- Une communication transparente sur les critères de décision.
- Une évaluation continue de l'impact des mesures.

L'enjeu est de maintenir une protection sanitaire optimale tout en préservant l'adhésion des professionnels, condition sine qua non de l'efficacité de toute politique vaccinale. La réussite de cette transition dépendra autant de la qualité de l'accompagnement que de la pertinence des mesures proposées.

D. Suivi médical des médecins

Le paradoxe du médecin qui néglige sa propre santé révèle une réalité troublante de notre système de soins. Nous connaissons tous ces confrères dévoués qui passent leurs journées à ausculter, diagnostiquer et soigner, mais qui repoussent indéfiniment leur propre bilan de santé ou minimisent leurs symptômes. Cette attitude, loin d'être anecdotique, touche massivement la profession : 49 % des médecins présentent au moins un symptôme de burn-out⁴⁰.

Cette négligence de soi s'enracine dans un mélange complexe de contraintes pratiques et de mécanismes psychologiques profonds. D'abord, il y a la réalité du quotidien : entre les consultations qui s'enchaînent, les gardes, la paperasserie administrative qui déborde, quand trouve-t-on le temps de s'occuper de soi ? Puis vient cette conviction, souvent inconsciente, que notre formation médicale nous protège d'une certaine manière de la maladie. Comme si le savoir médical créait une bulle d'invulnérabilité.

Pourtant, nous savons bien que le sommeil suffisant, une nutrition équilibrée et l'exercice physique sont essentiels, mais nous sommes les premiers à négliger ces fondamentaux. L'ironie est saisissante : nous prescrivons des bilans préventifs à nos patients tout en reportant les nôtres depuis des années.

Heureusement, des initiatives émergent. Depuis 2016, certains conseils départementaux ont développé, avec les caisses primaires d'Assurance maladie, des consultations de prévention spécifiquement destinées aux médecins libéraux. Cette reconnaissance institutionnelle du problème ouvre une voie prometteuse. Des plateformes d'aide psychologique dédiées aux soignants voient également le jour, proposant un soutien disponible 24 h/24 et 7j/7. Certaines CPTS ont inclus cette dimension au sein de leurs propositions d'interventions.

40. Kansoun Z. et al. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2019; 246: 132-147.

La solution passe aussi par un changement de culture professionnelle. Accepter sa vulnérabilité n'est pas un signe de faiblesse, mais de lucidité. Se faire suivre par un confrère extérieur, planifier ses propres bilans de santé, reconnaître ses limites : autant de gestes qui nous rappellent que nous sommes, avant tout, des êtres humains qui méritent les mêmes soins attentionnés que nous prodigions à nos patients. Car comment bien soigner les autres si nous ne prenons pas soin de nous-mêmes ? **Nul doute que cet aspect représente un axe de réflexion stratégique pour le Conseil national de l'Ordre.**

II. Vaccination pédiatrique : entre protection et autorité parentale

L'obligation vaccinale est un acte légal qui s'inscrit dans une volonté de protéger la santé publique conformément au droit européen et à la Constitution française.

L'article 227-17 du Code pénal rappelle que le fait, par le père ou la mère, de se soustraire, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

La vaccination étant un acte de protection de la santé de la population, les parents ne peuvent qu'y adhérer dans l'intérêt de la santé de leur enfant.

FOCUS

QPC – Intérêt de l'obligation vaccinale

Décision n° 2015-458 QPC du 20 mars 2015 ([lien](#))

Des parents poursuivis devant le tribunal correctionnel, sur le fondement des articles 227-17 et 227-29 du Code pénal, pour s'être soustraits sans motif légitime à leurs obligations légales au point de compromettre la santé de leur enfant en ne soumettant pas celle-ci aux vaccinations obligatoires, ont soulevé une QPC portant sur les articles L. 3111-1 à L. 3111-3 et L. 3116-2 du CSP et sur l'article 227-17 du Code pénal.

La question a été transmise par le tribunal correctionnel à la Cour de cassation.

Par son arrêt n° 7873 du 13 janvier 2015, la chambre criminelle de la Cour de cassation a renvoyé cette QPC au Conseil constitutionnel au motif notamment que la question posée présentait un caractère sérieux en ce qu'elle

impliquait de déterminer si la protection individuelle et collective de la santé justifiait de rendre obligatoires certaines vaccinations de mineurs, sauf contre-indication médicalement reconnue, et de poursuivre les titulaires de l'autorité parentale qui s'opposaient à leur réalisation comme étant dangereuse pour leur enfant.

Le Conseil constitutionnel reconnaît la protection de la santé comme une exigence constitutionnelle, découlant du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 selon lequel : « Elle [la nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

Le Conseil constitutionnel a donc jugé que le législateur n'avait pas porté atteinte à l'exigence constitutionnelle de protection de la santé en instituant les obligations de vaccination contestées.

A. Le droit de l'enfant à la vaccination : un enjeu de santé publique et d'éthique

Consacré par la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE, 1989), le droit à la santé inclut sans ambiguïté l'accès à la prévention, et donc à la vaccination, pour tous les enfants, sans distinction. Ce droit universel prend une résonance particulière dans les pays à faibles ressources, où certaines maladies infectieuses sévissent encore avec des conséquences graves et évitables.

Pourtant, même dans des pays à haut niveau de développement sanitaire comme la France, ce droit n'est pas pleinement garanti. Malgré la gratuité des vaccins, de nombreux enfants restent partiellement ou non vaccinés, exposés à des risques de maladie et à une inégalité d'accès à la protection⁴¹. Ce phénomène s'explique en partie par la montée préoccupante de la défiance vaccinale, du refus et de l'hésitation qui concerneraient jusqu'à 20 % des familles selon les dernières enquêtes⁴².

La législation française, notamment l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, impose un consentement libre et éclairé à tout acte médical. Cela peut générer des tensions lorsque ce consentement parental entre en contradiction avec le droit fondamental de l'enfant à être protégé. Le Code de déontologie médicale, à son tour, rappelle avec force (article 43) que le médecin a l'obligation de défendre l'intérêt de santé de l'enfant, y compris face à une opposition familiale⁴³.

Dans cette perspective, il revient au médecin de renseigner, rassurer et convaincre les parents : une abstention ou un défaut d'explication pourrait engager sa responsabilité. En cas de refus persistant, il est recommandé de faire signer un formulaire de refus, conservé dans le dossier médical et le carnet de santé de l'enfant⁴⁴.

Si le Code de la santé publique prévoit des sanctions pénales pour refus des vaccinations obliga-

toires, elles ne sont en pratique jamais appliquées. Ce flou laisse place à un débat éthique complexe entre liberté individuelle et protection collective. L'épidémie de rougeole en France (2008–2011), avec plus de 23 000 cas et 10 décès, illustre cruellement les conséquences d'une couverture vaccinale insuffisante⁴⁵.

Face à ce contexte, il apparaît indispensable de renforcer l'information du public et de former davantage les professionnels de santé en vaccinologie. Ces derniers, souvent peu armés face à l'argumentaire antivaccin, ont un rôle central de médiateurs et d'éducateurs^{46,47}.

Le rapport Fischer⁴⁸ a proposé un élargissement temporaire de l'obligation vaccinale, avec clause d'exemption, en vue d'un retour progressif à une adhésion volontaire, mais éclairée. Sur le plan européen, la CEDH a validé en 2021⁴⁹ (arrêt Vavříčka c. République tchèque) le principe d'obligation vaccinale dans la mesure où il vise l'intérêt supérieur de l'enfant.

De manière complémentaire, la littérature bioéthique récente⁵⁰ appelle à une responsabilisation parentale cohérente avec ce droit fondamental : celui pour l'enfant de ne pas être exposé à des risques évitables. Les grandes agences internationales, telles que l'Unicef et l'OMS, réaffirment en 2023 le rôle essentiel de la vaccination comme levier d'équité en santé, notamment pour les enfants les plus vulnérables⁵¹.

Enfin, en France, si la couverture juridique est solide pour les vaccins obligatoires, elle reste lacunaire pour les vaccins recommandés. Toutefois, des décisions judiciaires récentes évoquent le «droit de ne pas perdre de chance», renforçant ainsi l'exigence de protection pour chaque enfant.

Aujourd'hui, une tendance forte des politiques de santé publique consiste à considérer la vaccination pédiatrique non seulement comme un droit fondamental, mais aussi comme un devoir moral et collectif, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant et de la santé publique.

41. Bégué P. (2012). *Le refus des vaccinations : aspects actuels et solutions en santé publique*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 196(3), 603–617

42. Dubé E., Laberge C., Guay M., Bramadat P., Roy R., Bettinger J.A. (2013). Vaccine hesitancy : an overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763–1773

43. Pouillard J. (2003). Comment faire face à un refus de vaccination ? *Bulletin de l'Ordre des médecins*, n° 20

44. Conseil national de l'Ordre des médecins. (2011). Recommandations sur le refus de vaccination des parents

45. Gaudelus J. (2008). Éthique et vaccination. *Archives de Pédiatrie*, 15(5), 676–678

46. Dubé E., Laberge C., Guay M., Bramadat P., Roy R., Bettinger J.A. (2013). Vaccine hesitancy : an overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763–1773

47. Haute Autorité de santé (HAS). (2021). *Vaccination des enfants et des adolescents : recommandations générales*

48. Comité d'orientation sur la vaccination (Fischer A., prés.). (2016). *Rapport de concertation citoyenne sur la vaccination*. Ministère des Affaires sociales et de la Santé

49. Vavříčka and Others v. Czech Republic, European Court of Human Rights, [GC], no. 47621/13, Judgment of 8 April 2021

50. Giubilini A. (2020). *The Ethics of Vaccination*. Palgrave Macmillan

51. UNICEF & OMS. (2023). *Global Immunization Strategy: Achieving equity in vaccination access and uptake*

B. Que faire en cas d'opposition des parents à la vaccination obligatoire ?

OPPOSITION DES DEUX PARENTS

Si les parents refusent de faire vacciner leur enfant alors ils sont dans l'illégalité.

Les parents sont tenus personnellement responsables de l'exécution de l'obligation vaccinale et doivent en apporter la preuve pour l'admission ou le maintien de leur enfant dans toute crèche, école ou garderie (article L. 3111-2 II du Code de la santé publique).

Dans le cas où les vaccinations obligatoires sont incomplètes, une admission provisoire de l'enfant dans l'établissement scolaire est prévue.

Néanmoins, le maintien dans l'établissement est subordonné à la réalisation des vaccinations manquantes dans un délai de trois mois suivant l'admission provisoire (article R. 3111-8 du CSP).

Si les vaccins ne sont pas réalisés, le directeur de l'établissement peut exclure l'enfant de l'établissement. L'exclusion d'un enfant à la suite du non-respect de l'obligation vaccinale a été admise par les juges administratifs (Cour administrative d'appel de Lyon, le 8 avril 2010).

De plus, même si la sanction spécifique au refus de vaccination est supprimée, il est important d'informer les parents que leur responsabilité pénale peut être engagée en cas de refus de procéder aux vaccinations obligatoires, comme en dispose l'article 227-17 du Code pénal. En effet, le fait de ne pas faire vacciner son enfant compromet sa santé et celle de son entourage, ce qui peut faire l'objet de poursuites pénales ou d'une information préoccupante.

Si leur refus persiste, le médecin doit le mentionner sur le carnet de santé de l'enfant et dans son dossier médical. Il peut aussi contacter la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP), qui évalue la situation d'un mineur et détermine les actions de protection et d'aide dont il peut bénéficier.

FOCUS

Mouvements sectaires

Il convient d'informer les médecins que certains mouvements présumés à dérives sectaires font du prosélytisme auprès de leurs adeptes pour diaboliser les vaccinations.

La Miviludes ainsi que les associations qui accompagnent les familles (Unadfi, CCMM), ont publié des rapports et des guides sur cette thématique et prodiguent des conseils aux professionnels de santé confrontés à ces situations de refus de vaccination.

Miviludes, Guide Santé et Dérives sectaires, 2018 – Fiche 3-7 « Refus des vaccinations obligatoires » : (https://www.miviludes.interieur.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/guide_sante_mars_2018_web.pdf)

Unadfi, Mouvements anti-vaccination et dérives sectaires, Bulles n° 152, Décembre 2021 : <https://www.unadfi.org/wp-content/uploads/2022/11/Mouvements-anti-vaccination-et-de-rives-sectaires.pdf>

CCMM, Dérives sectaires en santé : une période de crise ? Avril 2022 : <https://www.ccmm.asso.fr/derives-sectaires-en-sante-une-période-de-crise/>

Les exceptions à la vaccination obligatoire : seules les contre-indications médicales connues sont de nature à soustraire les parents de l'obligation vaccinale. Ces dernières doivent particulièrement être motivées et détaillées pour chaque vaccin (Cour administrative d'appel de Lyon, le 8 avril 2010⁵²).

OPPOSITION D'UN SEUL PARENT

Il est de jurisprudence constante que d'affirmer que **la vaccination obligatoire est un acte usuel qui ne nécessite pas l'accord express des deux parents.**

Le médecin n'a pas à rechercher l'accord ou le désaccord de l'autre parent pour vacciner.

En revanche, le médecin ne pourra pas procéder à une vaccination obligatoire en étant parfaitement conscient de l'opposition d'un des parents sous peine d'engager sa responsabilité pénale et ordinaire.

C. Que faire en cas d'opposition des parents dans la vaccination recommandée ?

La vaccination recommandée n'est pas considérée comme un acte usuel. Il est donc impératif d'obtenir l'autorisation des deux parents, y compris en cas de séparation des deux parents. Pour procéder à la vaccination, on doit s'assurer qu'il n'y a pas d'opposition de la part de l'un des deux parents.

Si le médecin administre le vaccin recommandé en connaissance du refus, il commet une faute déontologique et sa responsabilité pénale pourra être éventuellement engagée.

En d'autres termes, le médecin doit inscrire dans le carnet de santé et le dossier médical de l'enfant le refus des deux parents.

À retenir :

- Vaccins obligatoires : gestion de l'opposition parentale uniquement.
- Vaccins recommandés : triangle décisionnel parents/mineur/soignant.
- Mineur mature : poids de son avis dans les recommandations uniquement.

ENFANT MATURE ET EXPRESSION DE SA VOLONTÉ

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades évoque le degré de maturité des mineurs, on propose que ce soit cette « expression » qui soit retenue dans ce chapitre.

La notion d'« enfant mature » en matière de santé (dont la vaccination) désigne un mineur capable de comprendre et de participer aux décisions médicales qui le concernent, même s'il n'a pas atteint la majorité légale. C'est une notion éthique, juridique et médicale qui se situe à la croisée de l'autonomie croissante du mineur et de l'autorité parentale.

L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique stipule que «*le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision*».

Cependant, cela ne donne pas au mineur un droit absolu à décider seul, mais oblige le professionnel de santé à tenir compte de son avis. Il s'agit d'un consentement conjoint avec les titulaires de l'autorité parentale, sauf exception.

La loi ne fixe pas de chiffre précis pour donner une limite d'âge à la notion d'enfant « mature ». La maturité est donc à apprécier au cas par cas par le professionnel de santé, en fonction notamment de : la compréhension du bénéfice/risque de l'acte médical, de la cohérence du raisonnement exprimé, de la capacité à poser des questions pertinentes et de la liberté d'expression sans contrainte parentale visible. En pratique, cela concerne surtout les adolescents de plus de 12-13 ans, voire plus jeunes s'ils démontrent une compréhension suffisante.

52. <https://justice.pappers.fr/decision/cd7a2f8358ac36997a7aa84b3a7aa18a/pdf>

Voici un tableau permettant de gérer ce type de situation :

Consentement requis	En principe : autorité parentale obligatoire + consentement du mineur mature recherché conjointement.
Cas de désaccord	Si le mineur souhaite se faire vacciner mais les parents s'y opposent : Il est tenu de choisir un majeur référent qui l'accompagnera au cours de sa prise en charge. Ce référent majeur peut être un parent, ou un proche... (article L. 1111-5 CSP).
Vaccination confidentielle possible ?	Oui, dans certains cas limités (ex. : HPV, etc.), si l'enfant est jugé mature et autonome (art. L. 1110-4 CSP).
Rôle du médecin	Informier loyalement, évaluer le degré de maturité, respecter l'intérêt supérieur de l'enfant, favoriser le dialogue familial.

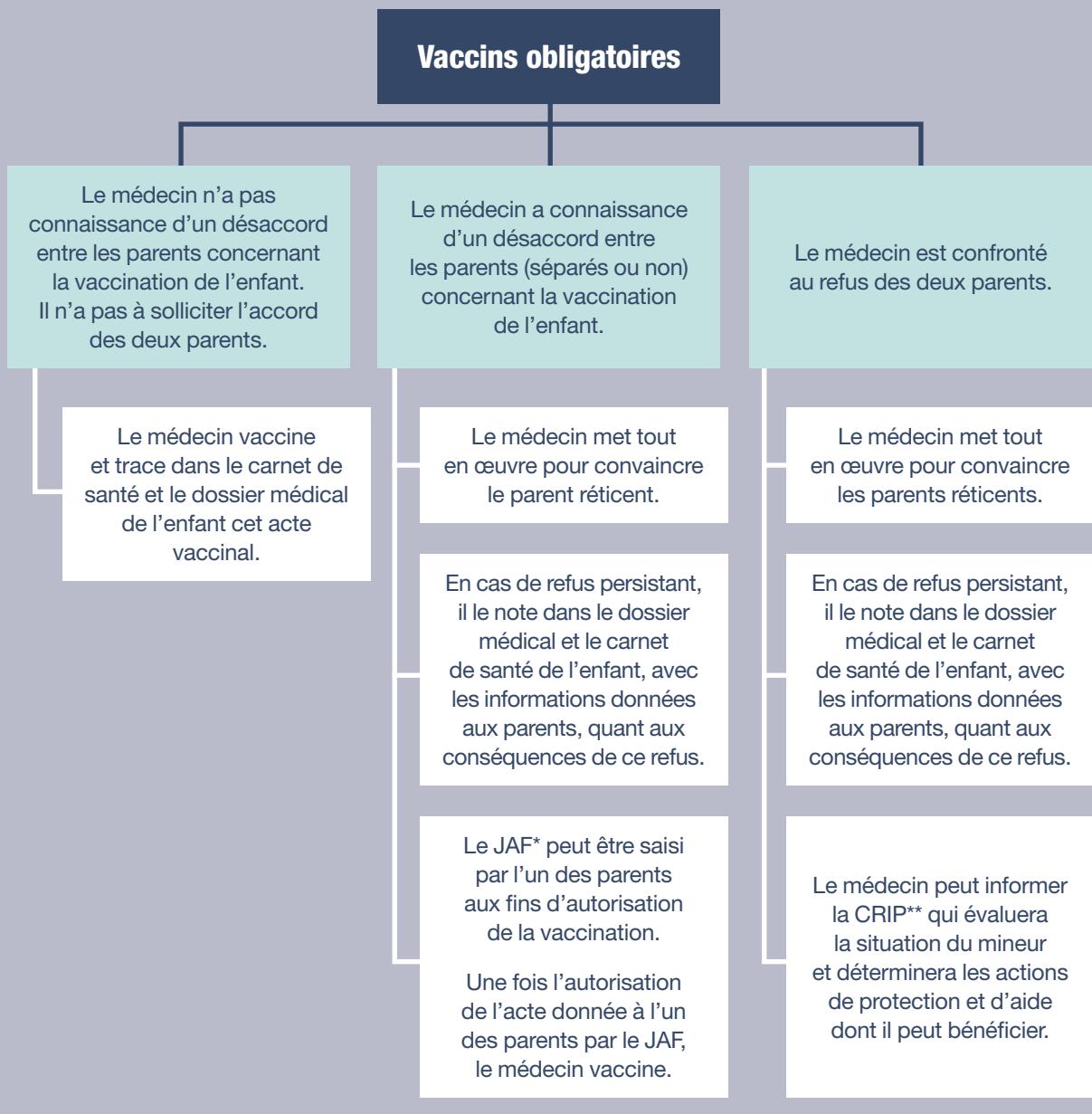
POUR ALLER PLUS LOIN :

- Annexe 2 – FAQ :
 - IV. Le mineur peut-il s'opposer à une vaccination obligatoire si ses parents y consentent?

FOCUS

Consentement des parents pour la vaccination de leurs enfants mineurs

Articles L. 3111-2 CSP et L. 3711-1 Code civil.



*JAF : juge aux affaires familiales

**CRIP : Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de l'information préoccupante

Vaccins recommandés OU Rappels des vaccins obligatoires

Le consentement doit être recueilli pour tout acte médical,
y compris chez le patient adulte.

Il doit être recherché par le médecin à l'occasion
de chaque injection d'une dose vaccinale.

En effet, le consentement peut être retiré par le patient
(ou ses représentants légaux) à tout moment.

Pour l'enfant, le médecin
a la confirmation de la part du parent
présent que l'autre parent consent
à la vaccination.

Le médecin vaccine.
Il indique dans le dossier
médical que le parent présent
a confirmé le consentement
à la vaccination de l'autre
parent.

Le médecin connaît le refus exprimé
par l'un des parents de procéder
à la vaccination non obligatoire.

Le médecin ne vaccine pas
et peut renvoyer les parents
devant le JAF si la situation
le nécessite.
Il doit tracer dans le dossier
médical et sur le carnet de santé
que l'un des deux parents
a manifesté son refus
pour la vaccination.

Le mineur se présente seul au cabinet (sans accord parental)

Le médecin doit tenter de convaincre le mineur d'en informer ses parents.

Dans le cas où le mineur maintient son opposition, il doit se faire
accompagner d'une personne majeure de son choix.

Le médecin vaccine le mineur accompagné de la personne majeure
de son choix (le CSP ne fixe aucun âge à partir duquel le mineur peut
demander le secret sur son état de santé).

Le médecin indique dans le dossier médical du mineur la vaccination
et le nom du majeur qui l'accompagne et invite le mineur à faire reporter
dans son carnet de santé cette vaccination au moment de sa majorité.

III. Majeurs vulnérables : concilier protection et autonomie

A. Rappel des mesures de protection judiciaire

Il existe trois types de mesures de protection judiciaire permettant de protéger les majeurs :

- La **sauvegarde de justice**, mesure provisoire dans laquelle la personne conserve la majorité de ses droits bien que des mesures de protection puissent être prises.

- La **curatelle**, mesure intermédiaire qui permet d'assister ou de représenter une personne dans la gestion de ses affaires, tout en lui laissant une certaine autonomie. Le curateur fait «avec» la personne.

- La **tutelle**, mesure la plus contraignante de représentation. Le tuteur «fait à la place de».

Les textes font désormais le distinguo entre une mesure de protection juridique «avec représentation relative à la personne» et une mesure de protection juridique «avec assistance à la personne».

Au moment de la mise en place de la mesure de protection, le juge des contentieux de la protection (ex-juge des tutelles) peut prévoir une **représentation pour tous les actes, certains actes ou encore une série d'actes spécifiques visés dans sa décision**.

FOCUS

Définitions protections du majeur

La maladie, le handicap ou le vieillissement peuvent empêcher, partiellement ou totalement, une personne adulte d'apprécier, avec lucidité, ses intérêts.

La protection de la personne peut s'exercer soit sous forme d'assistance, soit sous forme de représentation :

- **L'assistance** consiste à ce que le curateur conseille la personne protégée pour l'aider dans la réalisation de ses choix (par extension et au sens strictement juridique, l'assistance s'exerce pour les actes des dispositions qui concernent le patrimoine de la personne protégée).
- **La représentation** vise à ce que le tuteur prenne des décisions pour la personne protégée, dans son intérêt, tout en veillant à respecter au mieux sa volonté si son état de santé en permet l'expression (à défaut, le tuteur se réfère à ce que la personne aurait souhaité avant de ne plus être en capacité d'exprimer ses choix, ou à ce qui semble être le plus digne pour elle si elle n'a jamais été en capacité de les exprimer).

L'habilitation familiale est une disposition entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 et actualisée le 23 mars 2019.

Elle reprend le principe de **l'habilitation entre époux**, mais elle l'étend à l'ensemble des membres d'une même famille pour un parent diminué par la maladie, le handicap ou le vieillissement (le conjoint en bonne santé pouvant également être habilité pour son conjoint diminué). L'intervention du juge des tutelles est limitée à certaines autorisations.

L'habilitation familiale permet de représenter ou d'assister la personne protégée soit pour certains actes (habilitation, limitée), soit pour l'ensemble des actes patrimoniaux et personnels (habilitation générale).

L'habilitation familiale peut donc constituer une alternative intéressante à une mesure de tutelle ou de **curatelle** à condition que les membres de la famille soient d'accord sur son principe ainsi que sur la désignation de la personne qui sera habilitée au sein de la famille.

B. La désignation d'une personne de confiance

LE MAJEUR EN MESURE D'EXPRIMER SA VOLONTÉ

Tout majeur peut désigner une personne de confiance.

Il en est de même si le patient est sous curatelle.

La personne de confiance peut assurer les missions suivantes :

- accompagner le patient dans ses démarches d'ordre médical et l'assister lors de ses rendez-vous médicaux avec son accord;
- aider à prendre des décisions concernant sa santé et participer au recueil du consentement (par exemple, lors d'une campagne de vaccination);

Dans le cas où l'état de santé de la personne ne lui permet plus de donner son avis ou de faire part de ses décisions, le médecin (ou l'équipe médicale) consulte en priorité la personne de confiance qui doit être en mesure de lui rendre compte des volontés du patient.

LE MAJEUR PROTÉGÉ SOUS TUTELLE

Si le patient est sous tutelle, il ne peut désigner une personne de confiance qu'avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Si la personne de confiance a été désignée avant la mise en place de la mesure de tutelle, le conseil de famille ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou l'annuler.

La personne de confiance assure les mêmes missions que celles évoquées ci-dessus.

C. Obligation d'information et de recueil du consentement

Comme tout citoyen, les majeurs protégés bénéficient d'un droit complet à l'information sur leur état de santé ainsi que sur les traitements envisagés (article L. 1111-2 du Code de la santé publique).

Cependant, compte tenu de leur vulnérabilité et de leurs éventuelles difficultés cognitives, la loi prévoit certains aménagements.

Selon l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, le majeur protégé doit avoir accès aux informations :

«sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.»

Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne.

Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne si le majeur protégé y consent expressément.»

Selon l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, le consentement doit être recueilli, soit de la part du majeur protégé s'il est en capacité à le donner, soit de la personne en charge de la mesure de protection juridique :

«Le consentement [...] de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection.»

Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée.

Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.»

D. Mise en pratique

SI LE MAJEUR PROTÉGÉ EST APTE À EXPRIMER SA VOLONTÉ

Que ce soit pour une tutelle ou curatelle, si son état le permet, la personne protégée pourra prendre seule les décisions médicales qui la concernent.

SI LE MAJEUR PROTÉGÉ EST HORS D'ÉTAT D'EXPRIMER SA VOLONTÉ

POUR LA TUTELLE

Si son état ne le permet pas, il appartient soit au juge des contentieux de la protection, soit au conseil de famille, s'il a été constitué, de prévoir qu'elle bénéficiera de l'assistance d'un tuteur. Et ce, pour l'ensemble des actes concernant sa personne ou à certains actes.

Au cas où cette assistance ne suffirait pas, le juge peut autoriser le tuteur à représenter l'intéressé, y compris pour les actes ayant pour effet de porter gravement atteinte à son intégrité corporelle comme les opérations chirurgicales.

En cas de désaccord entre la personne protégée et son tuteur, le juge autorise l'une ou l'autre à prendre la décision, à leur demande ou d'office.

POUR LA CURATELLE

Si son état ne le permet pas, le juge des contentieux de la protection peut décider que la personne bénéficie de l'assistance d'un curateur pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou à certains actes.

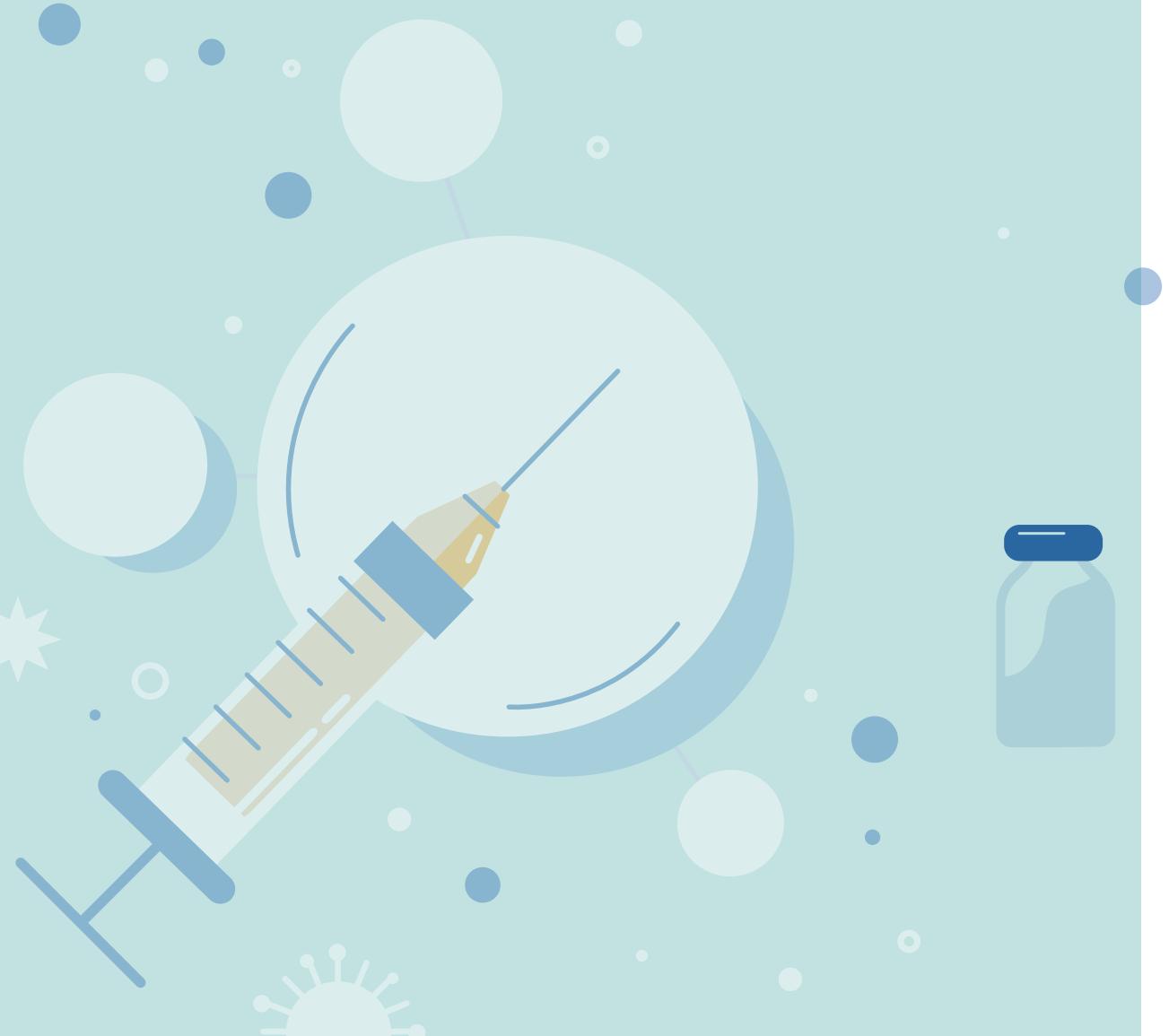
E. Conclusion

Majeur protégé inapte à consentir à la vaccination	Situations rencontrées	Qui décide ?
	Sous tutelle	Le tuteur avec l'autorisation du JCP* si l'acte est grave (ex. : vaccin à risque).
	Sous curatelle	Le curateur n'a pas de pouvoir de décision seul le JCP peut autoriser l'acte.
	Sous habilitation familiale	La personne habilitée prend la décision dans les limites fixées par le JCP.
	Sans mesure spécifique, mais inapte	La personne de confiance est consultée en priorité par le médecin.
	En cas de désaccord majeur/tuteur	Le JCP tranche.

*JCP : juge des contentieux de la protection (ex-juge des tutelles)

4

RESPONSABILITÉS ET PRATIQUES SÉCURISÉES



I. Responsabilité médicale et vaccination : comment prévenir les risques juridiques ?

Pour prévenir les risques juridiques liés à la vaccination, le professionnel de santé doit respecter plusieurs principes essentiels. Ceux-ci découlent des éléments rappelés au chapitre dédié aux éléments d'une vaccination réussie. Cette attitude permettra de réduire très significativement les risques juridiques, même en cas d'incident post-vaccinal.

- Tout d'abord : informer clairement et loyalement le patient (ou les parents) sur les bénéfices, les risques, les effets secondaires possibles, et les alternatives, conformément à l'article L. 1111-2 du CSP.
- En second lieu : rechercher un consentement libre et éclairé, documenté si nécessaire, surtout dans les cas sensibles (mineurs, obligation contestée, public hésitant).
- Évaluer les contre-indications médicales (maladies aiguës, immunodépression, allergies graves), et différer ou adapter la vaccination si besoin.
- Assurer une traçabilité rigoureuse dans le dossier médical : vaccin utilisé (nom commercial, lot), date, lieu, personne vaccinée, signature.
- Respecter les recommandations officielles du calendrier vaccinal (HAS, ministère), en évitant les schémas non validés, hors protocole.
- Utiliser des vaccins autorisés (AMM), ne jamais substituer sans justification.
- Vérifier les compétences professionnelles légales pour prescrire ou injecter (formation, déclaration ordinaire).
- Signaler tout effet indésirable via le portail de pharmacovigilance de l'ANSM.
- Assurer une veille professionnelle pour suivre les évolutions des recommandations.
- Pratiquer avec prudence, loyauté et compétence, selon l'article R. 4127-32 du Code de déontologie médicale.

Le médecin est tenu à une obligation de moyens et non de résultat. Aussi le recours pourrait être fondé sur une prescription fautive du vaccin (non-respect des indications inscrites sur le flacon du vaccin et des contre-indications), d'un manquement à une obligation technique, d'une maladresse ou d'une négligence (ne pas surveiller les réactions du patient après une injection ou avoir atteint le nerf sciatique du patient lors de l'injection intramusculaire, par exemple...).

II. Gestion pratique des contre-indications à la vaccination et de leurs conséquences

Les contre-indications médicales **absolues et définitives**⁵³ à la vaccination sont extrêmement rares. Les principales sont l'allergie et, sauf cas particuliers, l'immunodépression pour les vaccins vivants atténus (VVA). Certaines affections, parfois prises pour des contre-indications, n'en sont pas. Certaines situations justifient de surseoir à une vaccination, il s'agit de contre-indications temporaires.

Les contre-indications à la vaccination, **provisoires ou définitives**, sont très rares. Elles sont différentes selon le vaccin et sont mentionnées sur la notice présente dans la boîte du vaccin.

Certaines contre-indications sont de « **fausses contre-indications** » : asthme, eczéma, diabète, malnutrition et prématurité... (la vaccination contre le virus de l'hépatite B et l'apparition d'une sclérose en plaques (SEPT) en raison de l'absence démontrée de lien de causalité).

D'autres sont des contre-indications **temporaires** : intervalle de durée entre injections vaccinales et administration de produits sanguins ou après l'arrêt d'un traitement immunsupresseur, d'une biothérapie ou d'une corticothérapie à dose immunsuppressive et l'administration d'un VVA.

53. VaccineNews, Lettre d'info des professionnels de la vaccination, « Contre-indications à la vaccination », 2022 : https://www.preventioninfection.fr/wp-content/uploads/2022/07/VACCINEWS_1.pdf#~text=Les%20contre-indications%20m%C3%A9dicales%20absolues%20et%20d%C3%A9finitives%20%C3%A0%20la,parfois%20prises%20pour%20des%20contre-indications%2C%20n%E2%80%99en%20sont%20pas.

À noter : Si la rougeole maladie confère un certain degré d'immunodépression qui justifie de reporter la réalisation des vaccins dans sa phase de convalescence, les infections bénignes éventuellement accompagnées d'un état fébrile bien toléré **ne constituent pas une contre-indication** à la vaccination et il **n'est pas nécessaire de reporter** l'acte vaccinal dans ces cas-là⁵⁴. En effet, il n'y a aucune preuve qu'une maladie aiguë réduise l'efficacité des vaccins ou, à contrario, augmente le risque d'effets indésirables.

A. Les contre-indications

Elles sont détaillées dans le Résumé des caractéristiques du produit (RCP) de chaque vaccin.

L'immunodépression pour les vaccins vivants atténus (VVA) et l'allergie sont les plus importantes.

La grossesse et l'allaitement ne sont pas des contre-indications même s'il faut en respecter les précautions.

L'immunodépression et les VVA : En pratique, il faut anticiper la mise à jour vaccinale lorsque cela est possible avant une immunodépression « attendue » (avant la mise en route d'une biothérapie ou d'une corticothérapie, en attente de greffe...).

Grossesse : Les VVA sont contre-indiqués durant la grossesse en raison d'un risque théorique pour le fœtus, bien qu'aucun cas n'ait été rapporté dans la littérature. Ainsi, une vaccination accidentelle d'un VVA pendant la grossesse ne justifie pas d'interruption de grossesse, mais sera prise en compte dans le suivi de la grossesse.

L'allaitement : Il ne constitue pas une contre-indication à la vaccination à l'exception de la vaccination contre la fièvre jaune.

L'allergie : Comme tout médicament, les vaccins sont susceptibles d'entraîner une réaction anaphylactique. Une allergie à un vaccin ne contre-indique pas toutes les vaccinations, mais seulement le vaccin incriminé et les vaccins contenant le composant responsable de l'allergie.

Un antécédent d'allergie (alimentaire, médicamenteuse, piqûres d'hyménoptère...), même grave, n'est pas en soi une contre-indication vaccinale.

En cas de réaction à un vaccin, l'interrogatoire permet de distinguer :

- une réaction locale pour laquelle aucun bilan allergologique n'est nécessaire ;
- une réaction retardée pour laquelle aucun bilan allergologique n'est nécessaire ;
- une réaction immédiate de type anaphylactique pour laquelle un bilan allergologique est impératif.

Le bilan allergologique permet d'identifier les patients présentant un risque réel de développer une réaction anaphylactique en cas de nouvelle exposition. La revaccination dépendra de ce bilan.

À retenir :

Au moindre doute, un avis allergologique doit être demandé.

Il est indispensable que le geste vaccinal soit pratiqué dans des conditions d'hygiène, de sécurité et de surveillance une fois l'injection faite par des professionnels formés et aguerris.

Le professionnel effecteur doit donc disposer sur place d'un traitement médical approprié (adrénaline injectable).

54. <https://www.infovac.fr/pratique-vaccinale/contre-indications-vaccinales>

B. Le certificat de contre-indication à la vaccination

L'état de santé ou des circonstances très particulières liées à une pathologie familiale permettent au médecin de rédiger, de manière exceptionnelle, un certificat de contre-indication médicale reconnue à la vaccination.

Un certificat de contre-indication à une vaccination est rédigé par un médecin (généraliste ou spécialiste), justifiant qu'une personne ne peut pas recevoir un vaccin précis pour des raisons médicales reconnues.

Ce certificat doit obligatoirement cibler une vaccination particulière. Il ne peut viser toutes les vaccinations, qu'elles soient obligatoires ou recommandées. Il doit être fondé sur des critères médicaux précis, tels que définis par les textes officiels et les recommandations sanitaires.

Ainsi, le médecin devra toujours être à même de justifier cette non-vaccination en s'appuyant sur les contre-indications reconnues par les autorités sanitaires (par exemple, celles listées dans les résumés des caractéristiques des produits ou le calendrier vaccinal officiel).

Une contre-expertise peut en effet être réalisée en cas de doute sur le fondement de la contre-indication.

C. La contre-expertise médicale en cas de certificat de contre-indication à une vaccination

DÉFINITION ET CONTEXTE

Le certificat de contre-indication peut faire l'objet d'un contrôle, notamment par le médecin-conseil de la Caisse d'Assurance maladie, qui peut vérifier la réalité et la pertinence de la contre-indication invoquée.

INITIATION DE LA CONTRE-EXPERTISE

En cas de doute ou de contestation sur la validité d'un certificat de contre-indication (par exemple, par l'Assurance maladie, l'employeur ou une autorité administrative), une contre-expertise médicale peut être demandée. Cette démarche vise à ré-examiner la situation médicale du patient et à vérifier la conformité du certificat avec les recommandations en vigueur.

DÉROULEMENT DE LA CONTRE-EXPERTISE

- La demande de contre-expertise doit être motivée (incohérences, informations médicales incomplètes, etc.) et adressée à l'organisme compétent (ex. : Caisse d'Assurance maladie, Commission de conciliation et d'indemnisation – CCI/CRCI).
- Un nouvel expert médical, indépendant, est alors désigné pour réévaluer la situation du patient et examiner la pertinence de la contre-indication.
- Le patient est convoqué pour une nouvelle évaluation médicale. L'expert rédige ensuite un rapport qui peut confirmer ou infirmer la validité du certificat initial.

CONSÉQUENCES DE LA CONTRE-EXPERTISE.

- Si la contre-expertise confirme la contre-indication, le certificat reste valable et le patient conserve son exemption à la vaccination.
- Si la contre-expertise infirme la contre-indication, le certificat peut être invalidé, ce qui peut entraîner l'obligation de se faire vacciner ou la perte de certains droits associés à l'exemption (par exemple, accès au passe sanitaire).
- En cas de désaccord persistant, un recours judiciaire reste possible.

III. Gestion pratique des événements post-vaccinaux

A. En premier lieu : faire la différence entre événement et effet indésirable

La distinction entre événement indésirable lié à un médicament et effet indésirable repose sur la notion de lien de causalité et sur la nature de l'effet observé.

- Effet indésirable⁵⁵ :

Sur le plan de la pharmacovigilance, un effet indésirable est une réaction nocive, non voulue, survenant lors de l'utilisation d'un médicament à la posologie habituelle, ou lors d'un mésusage. Il existe un lien de causalité (imputabilité) entre la prise du médicament et l'apparition de l'effet. L'effet secondaire peut être attendu (connu, mentionné dans la notice) ou inattendu (non répertorié).

Exemple : nausées après prise d'un antibiotique, somnolence avec un antihistaminique.

- Événement indésirable lié à un médicament :

Un événement indésirable est un terme plus large : il désigne tout événement médical défavorable survenant chez un patient après l'administration d'un médicament, sans préjuger de l'existence d'un lien de causalité avec le médicament. Si, après analyse, un lien de causalité est établi, l'événement indésirable est alors qualifié d'effet indésirable⁵⁶.

Exemple : un patient fait une crise d'asthme après avoir pris un médicament ; si l'analyse montre que le médicament n'est pas responsable, il s'agit d'un événement indésirable sans effet indésirable imputable.

En pratique, tout effet secondaire est un événement indésirable, mais tout événement indésirable n'est pas nécessairement un effet secondaire. Différents d'une contre-indication et faisant suite à l'injection vaccinale, ces effets dits « secondaires » n'en-

traînent pas de fait l'interdiction de l'injection des rappels ou d'une autre vaccination. Ils sont parfois même la réaction post-vaccinale attendue (adénite secondaire : BCGITE notamment après injection intradermique mal maîtrisée).

Les vaccins sont des médicaments et répondent aux mêmes exigences en matière d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et de sécurité d'emploi ainsi qu'aux mêmes conditions de surveillance que les autres médicaments.

La veille est quotidienne et portée par l'ANSM qui a pour mission de garantir la sécurité des produits de santé dès la phase des essais initiaux jusqu'à leur utilisation dans la vie « réelle ». En effet, au moment de sa mise sur le marché, tous les effets potentiels ne sont pas connus, justifiant que la vaccination continue d'être suivie et analysée en permanence sur le plan national et international. C'est par cette surveillance continue des effets indésirables, en conduisant des études ou en finançant des projets de recherche, que l'ANSM évalue la sécurité d'emploi de ces médicaments. Ce travail est à l'origine des modifications régulières du calendrier, des recommandations et des obligations vaccinales.

Tous les professionnels effecteurs de la vaccination doivent les connaître afin d'en avertir préalablement le patient, de tracer l'information (comme le refus du patient à se faire vacciner) dans le dossier médical du patient consentant, de prendre en charge les symptômes secondaires s'ils sont apparus et les déclarer en pharmacovigilance.

La responsabilité du médecin n'est alors pas engagée.

55. Ameli, « Le médicament : définition, posologie, effets secondaires », 28 février 2025 : <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/medicaments/comprendre-les-differents-medicaments/medicament>

56. Ministère de la Santé, « Effet indésirable » : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/effet-indesirable>

FOCUS

Comment déclarer un événement survenant après la vaccination ou un mésusage du vaccin

Pour signaler un événement indésirable après vaccination (EIG ou non grave) ou un mésusage vaccinal (erreur d'administration, non-respect du schéma, etc.), voici les étapes à suivre en quelques lignes :

Signalement des effets indésirables

Tout professionnel de santé ou citoyen peut déclarer un événement indésirable via le portail national de signalement des événements sanitaires :

<https://signalement.social-sante.gouv.fr>

Signalement d'un mésusage, d'une erreur ou d'un incident vaccinal

Ce type de situation (erreur de dose, voie d'administration incorrecte, vaccination hors AMM, etc.) peut aussi être déclaré via ce même portail sous la rubrique « Médicament/vaccin ».

L'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament) centralise ces signalements pour assurer la pharmacovigilance et améliorer la sécurité vaccinale.

Les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) peuvent aussi être contactés directement pour avis ou complément.

Les professionnels de santé sont tenus de déclarer tout effet indésirable suspecté grave ou inattendu, même sans lien formellement établi avec la vaccination.

Sur une dimension voisine : corrélation temporelle n'implique pas causalité. Ce principe fondamental en épidémiologie et en statistiques permet d'éviter de tirer des conclusions hâtives. Prenons l'exemple d'un enfant qui reçoit un vaccin et chez qui, quelques jours, quelques semaines ou mois plus tard, on découvre une maladie, comme l'autisme ou un diabète. Il peut être tentant, parce que les deux événements sont proches dans le temps, de penser que l'un a causé l'autre. Or, dans une population de millions d'enfants, certaines maladies apparaissent naturellement autour de l'âge où les vaccins sont administrés. Ce chevauchement temporel est attendu, mais ne prouve pas un lien de cause à effet. Pour établir une relation causale, il faut des études rigoureuses, longitudinales, comparant des groupes vaccinés et non vaccinés, en tenant compte d'autres facteurs parfois confondants. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut distinguer une coïncidence observable (événement) d'une vraie causalité (liée à l'intervention vaccinale).

Récemment, une vaste étude danoise⁵⁷ apporte une confirmation scientifique robuste de l'innocuité de l'aluminium présent dans les vaccins pédiatriques. Elle démontre que même si des enfants vaccinés peuvent développer diverses maladies chroniques (événements), l'analyse statistique de plus de 1,2 million d'enfants ne révèle aucune corrélation entre l'exposition cumulative à l'aluminium vaccinal et le risque de développer ces conditions. Cet adjuvant, employé depuis sept décennies pour optimiser l'efficacité vaccinale en amplifiant la réponse immunitaire, fait l'objet de critiques récurrentes de la part des mouvements opposés à la vaccination. L'envergure exceptionnelle de cette recherche, tant par son échantillon que par sa méthodologie et sa durée de suivi – 24 ans –, n'a trouvé aucune association statistique entre l'aluminium dans les vaccins et 50 conditions différentes, incluant l'autisme. Elle consolide le consensus médical et scientifique établi : les formulations vaccinales contenant de l'aluminium ne présentent aucun risque pour la population pédiatrique.

Ces résultats apportent une réponse scientifique documentée aux interrogations contemporaines concernant la vaccination, dans un environnement informationnel complexe où coexistent données factuelles et allégations non étayées.

57. Andersson NW et al. Aluminum-adsorbed vaccines and chronic diseases in childhood. A nationwide cohort study. Ann Intern Med 2025

POUR APPROFONDIR :

- Annexe 10 : Fiche pratique «Comment déclarer un événement en pharmacovigilance (patient, médecin)»

B. Responsabilité du médecin en cas d'effets/événements secondaires

POUR UNE VACCINATION OBLIGATOIRE

Article L. 3111-9 du CSP : Responsabilité sans faute de l'État

Le régime de réparation devant l'Oniam est prévu pour les victimes de dommages à la suite d'une vaccination obligatoire (article L. 3111-9 CSP). Ce régime dispense d'actionner la responsabilité d'un professionnel ou d'une structure pour obtenir réparation du préjudice.

POUR UNE VACCINATION RECOMMANDÉE

Article L. 1142-1 du CSP : Responsabilité pour faute du médecin

La responsabilité du médecin, en cas de dommage lié à une vaccination, ne pourra être engagée que pour faute.

Pour les dommages causés par des vaccinations recommandées, l'Oniam peut intervenir dans certains cas. Ce régime dispense d'actionner la responsabilité d'un professionnel ou d'une structure pour obtenir réparation du préjudice.

IV. Responsabilité du médecin en cas de refus des parents à procéder à la vaccination

En cas de refus des parents à vacciner leur enfant, et ce même pour une vaccination obligatoire, le vaccin ne doit jamais être administré par la force.

De même, **le médecin ne pourra pas procéder à une vaccination obligatoire en étant parfaitement conscient de l'opposition d'un des parents.**

Pour toute vaccination (obligatoire et recommandée) sur un mineur, le médecin est soumis à diverses obligations légales.

TOUT METTRE EN ŒUVRE POUR OBTENIR LE CONSENTEMENT DES PARENTS

Article R. 4127-49 du CSP

Le médecin doit s'efforcer de tout mettre en œuvre pour obtenir les règles d'hygiène et de prophylaxie. Il doit prévenir les parents ou le représentant légal de ses responsabilités et devoirs vis-à-vis de lui-même et de la société et des précautions qu'il doit prendre.

ASSOCIER LE MINEUR À LA DÉCISION MÉDICALE

Article R. 4127-49 du CSP et 371-1 du Code civil

Le principal concerné par l'acte de vaccination est l'enfant mineur, c'est pourquoi, en fonction de son âge et de sa maturité, le médecin doit également rechercher son consentement. Ce dernier peut participer à la décision médicale.

Dans l'hypothèse où le mineur serait favorable à la vaccination à l'inverse de ses parents, le médecin peut rappeler que les parents doivent associer «*l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité*» (article 371-1 alinéa 4 du Code civil).

APPORTER SON CONCOURS AUX AUTORITÉS COMPÉTENTES

Article R. 4127-12 du CSP

Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de protéger la santé et de garantir l'éducation sanitaire. Il participe également aux actions de vigilance sanitaire. La campagne vaccinale entre dans le champ de cet article.

Le médecin ne doit pas faire part de ses convictions personnelles pour persuader les parents de ne pas faire vacciner leur enfant. Devant être au service de la santé publique (R.4127-2 du CSP), ce comportement est fautif.

En effet, en dehors des situations de contre-indications qui doivent être justifiées médicalement, le fait de ne pas vacciner un enfant peut engager la responsabilité du professionnel.

RESPONSABILITÉ EN CAS DE FAUX EN ÉCRITURE

Article 441-1 et suivants du Code pénal

La responsabilité du médecin sera pleine et entière s'il établit de faux certificats de vaccination ou de contre-indication à la vaccination, ou s'il indique dans le carnet de santé de l'enfant une vaccination non réalisée.

La rédaction d'un faux certificat de vaccination entraînera ainsi, au niveau pénal et disciplinaire, une sanction pour rédaction de faux document ainsi qu'une éventuelle condamnation pour violences ou homicide involontaires si le faux certificat occasionne des préjudices particuliers au patient.

V. Responsabilité du médecin qui ne respecte pas la loi

A. Les sanctions disciplinaires

CONCOURS APPORTÉ À LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Article R. 4127-12 du CSP

«Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. Il participe aux actions de vigilance sanitaire. La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi.».

Les chambres disciplinaires condamnent les médecins qui ne respectent pas leurs obligations déontologiques, celles de respecter la loi.

Voici des exemples de situations rencontrées et qui ont donné lieu à des sanctions prononcées par la chambre disciplinaire nationale.

FOCUS

Décisions CDN

FAUX CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION

- CDN – 16/03/2023 – Interdiction temporaire d'exercer prononcée à l'encontre d'un pédiatre qui a porté sur les carnets de vaccination de trois nourrissons en 2019 et 2020, une contre-indication médicale à la vaccination contre l'hépatite B alors que cette dernière est obligatoire; pour justifier cette absence de vaccination, le praticien a précisé que cette contre-indication était liée à des antécédents familiaux de maladie neurologique auto-immune évolutive alors qu'il n'apportait pas la preuve de la réalité de ces antécédents et que le lien entre les maladies neurologiques auto-immunes évolutives et ce vaccin n'a pas été démontré.
- CDN – 14/01/2020 – Interdiction temporaire d'exercer prononcée à l'encontre d'un pédiatre qui s'est rendu fautif d'avoir rédigé un certificat en 2015 mentionnant une contre-indication de toute vaccination pendant 6 mois, puis deux nouveaux certificats ayant le même contenu en 2016 et 2017. Il a justifié les trois certificats par les antécédents du père et du grand-père de l'enfant qui auraient présenté des abcédations à la suite d'une vaccination. Rien dans les pièces du dossier n'a permis d'établir la réalité de ces faits : un praticien allergologue s'est prononcé d'ailleurs pour une absence de contre-indication.

INFORMATION DU PUBLIC

Article R. 4127-13 du CSP

«Lorsque le médecin participe à une action d'information du public à caractère éducatif, scientifique ou sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il ne fait état que de données confirmées, fait preuve de prudence et a le souci des répercussions de ses propos auprès du public. [...]»

FOCUS

Décisions CDN

REJET DE L'INTÉRÊT DE LA VACCINATION

- CDN – 16/04/2024 – Sanction d'interdiction temporaire d'exercer pour avoir participé à une émission de télévision, diffusée en première partie de soirée, intitulée «Rougeole l'alerte rouge», au cours de laquelle il a tenu des propos de nature, d'une part, à minimiser la gravité potentielle de la rougeole et, d'autre part, à majorer les risques d'effets secondaires des vaccins contre cette maladie.
- CDN – 18/03/2024 – Sanction maintien de l'avertissement prononcé en première instance pour avoir remis un tract au patient affirmant que les vaccins contre la Covid-19 n'avaient pas d'effet prouvé sur la prévention des formes graves de la maladie et des décès, et que les vaccins à ARN messager n'avaient pas d'effet prouvé sur les personnes de plus de 75 ans.
- CDN – 01/09/2023 – Sanction d'interdiction temporaire d'exercer pour avoir fait paraître en octobre 2014 sur le site Internet d'une association consacrée à la protection de la santé naturelle un «message urgent» intitulé «Pas dans les écoles, pas dès 9 ans! Non à la vaccination massive des enfants contre les papillomavirus».
- CDN – 08/01/2002 – Sanction pour avoir diffusé auprès des parents d'élèves d'une école, un document provocant et portant sur la médiocre protection de la vaccination par le BCG et les risques mortels qu'elle fait courir chez les enfants porteurs du virus du sida.

QUALITÉ DES SOINS, CHARLATANISME ET RISQUE INJUSTIFIÉ

Articles R. 4127-32, 39 et 40 du CSP

Dans un communiqué, l'ANSM a rappelé qu'*«aucun médicament homéopathique ne peut être considéré comme un vaccin»* ni comme un «vaccin homéopathique».

Ce rappel est lié en particulier aux similitudes d'indication et de période de traitement entre plusieurs produits homéopathiques et les vaccins, similitudes à risques de confusion. L'un de ces produits est même une version ultra-diluée du vaccin annuel, ce qui entraîne une fausse appellation de «vaccin homéopathique» et augmente encore le risque de confusion.

Cette mise au point de l'ANSM fait suite à un avis du HCSP⁵⁸ qui a relevé ce risque de confusion et les conséquences sanitaires susceptibles d'en découler. Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France considère que l'utilisation des médicaments homéopathiques à la place du vaccin antigrippal constitue une perte de chances, notamment chez les personnes à risque de complications.

Les médecins qui proposeraient à leurs patients de les vacciner avec un « vaccin homéopathique » engageraient leur responsabilité disciplinaire puisque l'ANSM a rappelé qu'il n'existe aucun « vaccin » homéopathique pouvant remplacer les vaccins mis sur le marché.

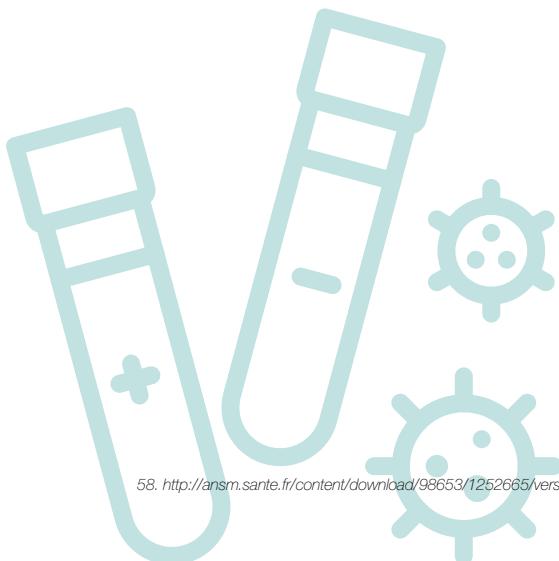
B. Les sanctions pénales

DÉLIT DE FAUX

Selon l'article 441-1 du Code pénal, le faux est constitué dès lors qu'une personne altère frauduleusement la vérité, de manière matérielle ou intellectuelle, dans un écrit, afin qu'il produise des conséquences juridiques préjudiciables.

Le faux peut être commis par altération, fabrication, dénaturation ou suppression d'un écrit authentique ou privé.

La rédaction d'un faux certificat de vaccination entraînera ainsi, au niveau pénal, une sanction pour rédaction de faux document ainsi qu'une éventuelle condamnation pour violences ou homicide involontaires si le faux certificat occasionne des préjudices particuliers au patient.



58. http://ansm.sante.fr/content/download/98653/1252665/version/1/file/a_061124_grippehomeopathie_def.pdf

FOCUS

Décisions pénales

- Cour d'appel de Grenoble, chambre correctionnelle, 7 juillet 1999 : a condamné un médecin pour l'établissement de certificats faisant état de faits matériellement inexacts à, notamment, 1 an d'emprisonnement et à l'interdiction définitive de l'exercice de la profession de médecin.
- Cour de cassation, chambre criminelle, 20 juin 2000 : les juges ont ajouté que, selon plusieurs témoignages de personnes ayant vécu au sein de la communauté Horus, où il était considéré que les vaccins étaient nuisibles à la santé, le médecin en cause, soumise à l'influence d'un membre de la communauté Horus, établissait habituellement, à la demande des membres de la communauté, de faux certificats de vaccination (Cass., crim, 20/06/2000 n° 99-85.177).
- Tribunal correctionnel de Tours, août 2023 : condamnation d'un pédiatre d'Indre-et-Loire à quatre ans de prison avec sursis pour « mise en danger de la vie d'autrui ». Cette condamnation faisait suite à une affaire où le médecin avait falsifié une déclaration de vaccination contre le tétanos pour un enfant de 18 mois en 2008. En 2015, l'enfant avait contracté le tétanos et dû être hospitalisé dans un état grave. Les juges ont conclu que le pédiatre avait délibérément violé l'obligation vaccinale. En plus de la peine de prison avec sursis, le pédiatre a été condamné à verser 6 000 euros à titre de provisions sur les indemnisations à venir.

5

PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET D'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES POST-VACCINAUX



L’indemnisation des préjudices liés à la vaccination obéit à des régimes juridiques distincts selon que la vaccination est obligatoire ou recommandée. Cette distinction détermine l’organisme compétent et la procédure applicable.

I. Les vaccinations obligatoires : compétence directe de l’Office national d’indemnisation des accidents médicaux (Oniam)⁵⁹

L’Office national d’indemnisation des accidents médicaux (Oniam) est directement compétent pour indemniser les préjudices consécutifs aux vaccinations obligatoires au titre de la solidarité nationale. L’Oniam est chargé de l’indemnisation des victimes d’accidents dus à des vaccinations obligatoires depuis 2006. Les proches des victimes peuvent également être indemnisés depuis le 1^{er} août 2017.

Cette compétence s’étend aux vaccinations infantiles du calendrier vaccinal, aux vaccinations obligatoires liées à la profession ou au lieu de résidence, ainsi qu’aux mesures sanitaires d’urgence telles que les campagnes de vaccination contre la Covid-19 ou la grippe A.

La saisine de l’Oniam s’effectue gratuitement, sans représentation obligatoire par avocat, au moyen du formulaire disponible sur le site officiel⁶⁰. Deux conditions cumulatives conditionnent la recevabilité de la demande. D’une part, le demandeur doit établir la matérialité de la vaccination par la production du carnet de santé ou de tout élément du dossier médical contemporain à l’acte vaccinal. D’autre part, il doit démontrer le caractère obligatoire de la vaccination, notamment par la cohérence avec le calendrier vaccinal pour les enfants ou par des justificatifs professionnels appropriés.

Une fois ces conditions remplies, l’Oniam procède à l’analyse du lien de causalité selon les critères juris-

prudentiels actuels. L’évaluation porte sur l’existence d’une probabilité, et non d’une certitude scientifique, d’un lien entre la vaccination et les préjudices allégués. Cette analyse s’appuie sur deux critères principaux : le critère temporel – qui examine la compatibilité entre le délai d’apparition des symptômes et les caractéristiques pathologiques connues selon les données scientifiques disponibles – et le critère d’exclusion, qui vérifie l’absence d’autre cause explicative des symptômes constatés.

L’Oniam peut mandater un expert médical inscrit sur la liste de la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) pour éclairer sa décision, sans être lié par les conclusions de ce rapport d’expertise. À l’issue de cette analyse, l’Office rend une décision motivée qui peut aboutir soit au refus d’indemnisation en l’absence de lien causal probable, soit à une offre indemnitaire calculée selon le référentiel indicatif de l’organisme. Cette offre peut revêtir un caractère provisionnel si la victime n’est pas consolidée, partielle si le dossier demeure incomplet, ou définitive lorsque tous les préjudices sont quantifiés.

La décision de l’Oniam est susceptible de recours devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois suivant la notification. Par ailleurs, toute aggravation ultérieure de l’état de santé peut faire l’objet d’une nouvelle demande indemnitaire, sous réserve du respect du délai de prescription de dix ans à compter de la consolidation.

II. Les vaccinations recommandées : procédure devant la Commission de conciliation et d’indemnisation (CCI) et orientation

Les dommages imputables à des vaccinations non obligatoires relèvent de la responsabilité des acteurs de santé. Pour les vaccinations recommandées, la procédure s’articule autour de la Commission de conciliation et d’indemnisation (CCI), instance administrative régionale chargée de faciliter l’indemnisation des victimes d’accidents médicaux graves. Cette procédure, également gratuite

59. Service public, «Préjudice lié à un vaccin et indemnisé par l’Oniam» : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13284>
60. <https://www.oniam.fr/documents-utilis>

et ne nécessitant pas de représentation obligatoire, est conditionnée par l'atteinte des seuils de gravité définis à l'article D. 1142-1 du Code de la santé publique.

Ces seuils correspondent à une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24 %, à un arrêt temporaire des activités professionnelles pendant au moins six mois consécutifs, ou à des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à 50 % pendant la même durée. À titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu en cas d'inaptitude définitive à l'exercice de l'activité professionnelle ou de trouble grave des conditions d'existence.

Une fois la recevabilité établie, la CCI missionne un expert médical pour conduire une expertise contradictoire en présence de toutes les parties concernées. Cette expertise vise à déterminer l'existence d'un lien de causalité entre la vaccination et les préjudices constatés, à identifier d'éventuelles fautes du fabricant ou des professionnels de santé, à qualifier les effets comme relevant d'un aléa thérapeutique, et à quantifier les préjudices strictement imputables au fait générateur.

Au terme de cette analyse, la CCI rend un avis amiable non contraignant qui peut conclure à l'irrecevabilité de la demande, au rejet pour absence de lien causal, ou à la mise en cause d'un responsable. Lorsqu'une faute du fabricant ou des professionnels de santé est retenue, la CCI met à leur charge l'indemnisation des préjudices. En revanche, si les effets relèvent d'un aléa thérapeutique, c'est l'Oniam qui assume la charge indemnitaire, sous condition du strict respect des seuils de gravité.

Les personnes mises en cause disposent d'un délai de quatre mois pour formuler une offre d'indemnisation. En cas de défaillance, la victime peut solliciter la substitution de l'Oniam qui procède alors au règlement avant d'exercer un recours subrogatoire contre le véritable responsable. Le refus d'indemnisation ou l'insuffisance de l'offre ouvre la voie à un recours contentieux dans des délais contraignants.

III. Les recours judiciaires de droit commun

Parallèlement à ces procédures administratives spécialisées, les victimes conservent la possibilité d'engager des actions judiciaires de droit commun. Ces recours peuvent viser la responsabilité du fabricant selon le régime de responsabilité du fait des produits défectueux, ou celle des professionnels de santé pour les vaccinations recommandées. Toutefois, ces procédures présentent des inconvénients substantiels : délais procéduraux importants dépassant généralement trois années, coût initial élevé avec des frais d'expertise pouvant atteindre 10 000 euros, et charge de la preuve du caractère défectueux reposant sur la victime.

IV. État du droit en matière de lien de causalité imputable aux vaccins en 2025

Cette architecture procédurale reflète l'équilibre recherché par le législateur entre l'impératif de santé publique justifiant certaines vaccinations obligatoires et la nécessaire indemnisation des victimes d'effets indésirables, tout en préservant les voies de recours traditionnelles contre les responsabilités fautives identifiées.

L'Office (ou le juge) doit rechercher s'il existe ou non une probabilité qu'un lien de causalité existe entre la vaccination et les préjudices présentés.

- En l'absence de toute probabilité d'un lien : rejet de la demande.
- En présence d'un lien probable, analyse de deux critères :
- Critère temporel : apparition des symptômes dans un délai normal pour ce type d'affection, ou aggravation des symptômes à un rythme et une ampleur qui n'étaient pas prévisibles au vu de l'état de santé antérieur de la victime ou de ses antécédents. Le délai «normal» d'apparition

des symptômes est fonction, non pas du délai moyen ou médian résultant des études disponibles, mais des caractéristiques propres à chaque pathologie telles qu'elles ressortent des données de la science en débat devant le juge.

- Critère d'exclusion : l'Office (ou le juge) doit constater qu'il ne ressort pas du dossier que les symptômes peuvent être regardés comme résultant d'une autre cause que la vaccination.

À l'issue de cette analyse, l'Office rend une décision motivée de refus d'indemnisation ou d'indemnisation. La décision d'indemnisation s'accompagne d'une offre indemnitaire qui peut être provisionnelle (victime non consolidée), partielle (victime consolidée, mais dossier incomplet : seuls les préjudices chiffrables sont indemnisés et seront complétés à réception des éléments nécessaires) ou définitive (tous les préjudices sont indemnisés et l'indemnisation éteint les droits de la victime sous réserve d'aggravation).

FOCUS

Responsabilité du médecin en cas de préjudice lié à la vaccination recommandée⁶²

RESPONSABILITÉ CIVILE

La responsabilité civile personnelle du médecin en cas de dommage lié à une vaccination ne peut être engagée que pour faute (conformément à l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique). Le médecin est tenu à une obligation de moyens et non de résultat.

Constituent une faute une prescription fautive du vaccin, un manquement à une obligation technique, une maladresse ou une négligence. La faute du médecin est appréciée au regard des données acquises de la science à la date des soins. C'est l'acte que n'aurait pas commis un médecin normalement diligent et compétent. Le juge compare ainsi le comportement du médecin incriminé à un médecin « standard », éventuellement de la même spécialité, placé dans les mêmes circonstances.

Devant les juridictions, la faute du médecin doit toujours être démontrée par la personne qui s'en prévaut et ne peut être présumée.

De même, la victime devra apporter la preuve d'un préjudice et d'une relation de causalité entre la faute et le dommage. Toutefois, lorsqu'il est reproché au médecin de ne pas s'être conformé à l'obligation d'information du patient conformément aux règles prévues à l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, il appartient au praticien de prouver que l'information a bien été délivrée à l'intéressé.

RESPONSABILITÉ PÉNALE

Elle peut être engagée pour homicides, blessures involontaires ou mise en danger de la vie d'autrui. Les médecins des hôpitaux publics comme les médecins exerçant à titre libéral sont redevables des faits constitutifs d'infractions pénales devant les juridictions pénales.

RESPONSABILITÉ DISCIPLINAIRE

Cette responsabilité n'entraîne pas le versement d'indemnités pour la victime. Sont punies toutes les violations des règles déontologiques de la profession ainsi que toutes les infractions commises par le médecin.

61. Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam). (2024). Rapport d'activité 2024. Paris : Oniam.

62. Ministère de la Santé, « Responsabilité en matière de vaccination » : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/regles_respons.pdf

L'offre indemnitaire est basée sur le référentiel indicatif d'indemnisation de l'Oniam, document publié et régulièrement mis à jour. La décision de l'Oniam est susceptible de recours devant le tribunal administratif dans un délai de 2 mois après notification. La contestation peut porter sur le rejet de la demande ou sur le quantum des préjudices et de l'indemnisation.

Toute aggravation de l'état de santé du patient peut faire l'objet d'une nouvelle demande indemnitaire dès lors que le lien de causalité entre la vaccination et les préjudices a été reconnu avant l'expiration du délai de prescription, fixé à 10 ans à compter de la consolidation.

À titre d'exemple pour la campagne de vaccination contre la Covid-19 :

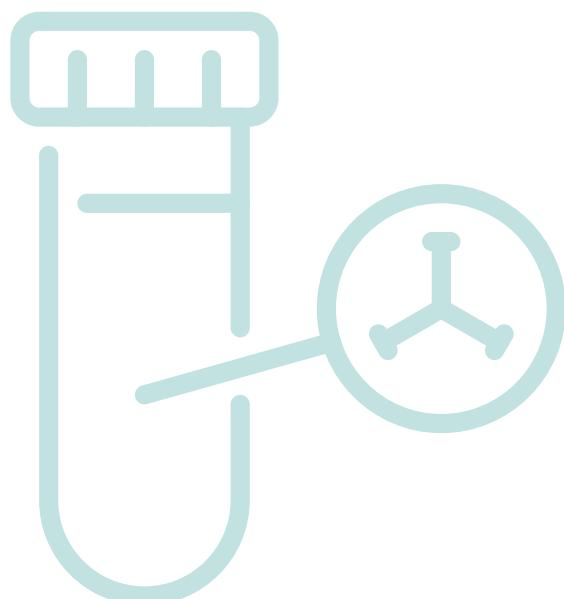
- Depuis décembre 2020, l'Oniam est également chargé de l'indemnisation des victimes de dommages résultant de la vaccination contre la Covid-19.
- Deux dispositifs sont actionnables selon la situation : celui relatif aux mesures sanitaires d'urgence et celui relatif aux vaccinations obligatoires.

Entre mars 2021 et décembre 2024, l'Oniam⁶¹ a reçu 1 759 demandes d'indemnisation et a indemnisé 181 victimes à l'amiable.

- Statistiques 2024 et délais :
 - En 2024, l'Oniam a reçu 352 demandes initiales d'indemnisation pour la vaccination contre la Covid-19.
 - Les délais d'instruction sont impactés par la difficulté à désigner des experts et par la nécessité de diligenter des expertises collégiales.
 - En 2024, 60 % des décisions de l'Oniam ont été notifiées dans le respect du délai légal de 6 mois.

V. Vaccins liés à une mesure sanitaire d'urgence

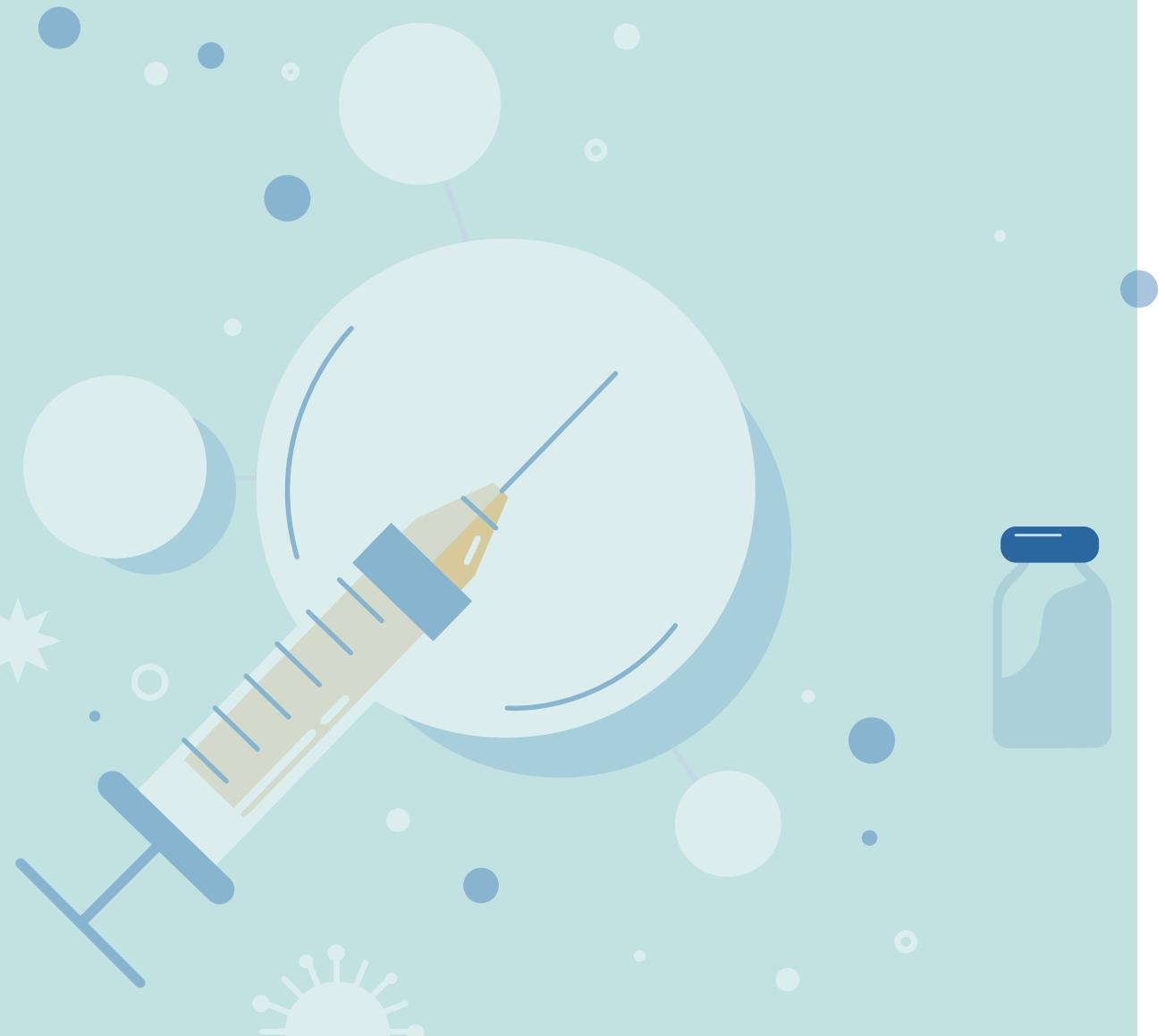
Lorsqu'un préjudice survient à la suite d'une vaccination pratiquée dans le cadre d'une mesure sanitaire d'urgence (par exemple, vaccination contre la Covid-19, la variole du singe ou la grippe A/H1N1), la réparation relève de l'Oniam selon une procédure amiable, rapide et gratuite, sans exigence de faute ni de seuil de gravité, sous réserve de prouver le lien entre la vaccination et le dommage, comme en dispose l'article L. 3131-4 du Code de la santé publique⁶³.



63. Article L.3131-4 CSP : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687870/

6

AXES DE RÉFLEXION ORDINALE



I. Simplification du schéma vaccinal

Chaque année, le calendrier vaccinal est actualisé par le ministère de la Santé sur la base des recommandations émises par la Commission technique des vaccinations (CTV) de la Haute Autorité de santé (HAS). Cette commission, à vocation consultative, évalue les données scientifiques disponibles, les priorités de santé publique, l'évolution des situations épidémiologiques et les caractéristiques des nouveaux vaccins mis sur le marché.

L'intégration de nouveaux vaccins, les ajustements d'indications (comme l'extension de la vaccination HPV aux garçons ou l'introduction du vaccin contre le chikungunya), ainsi que la révision des schémas selon les dernières données d'efficacité et de durée de protection, contribuent à la complexité croissante du calendrier. Cette dynamique nécessite, pour les professionnels de santé, une mise à jour régulière de leurs connaissances et peut, pour le grand public, entretenir une forme d'incompréhension ou de méfiance à l'égard de la vaccination, comme cela a pu être observé dans le cadre du schéma vaccinal contre la Covid-19.

Dans ce contexte, la simplification du calendrier devient un enjeu majeur. L'instauration de l'obligation vaccinale pour les nourrissons en 2018 a constitué une mesure structurante qui a facilité l'adhésion et permis une nette amélioration de la couverture vaccinale, rapprochant la France des standards européens. Toutefois, l'accroissement du nombre de vaccins recommandés ou obligatoires et la densification des schémas à respecter imposent aujourd'hui une réflexion globale : celle de simplifier l'offre, tant dans son contenu (schémas, combinaisons vaccinales) que dans sa mise en œuvre (multiplication des lieux et acteurs de vaccination, numérisation des rappels), pour renforcer l'efficacité du parcours vaccinal tout en préservant la confiance du public.

Une autre voie complémentaire est celle de la rationalisation des schémas vaccinaux. Ainsi, un allégement des doses et des rappels, ou la réduction du nombre d'injections pour certains vaccins (ex. : HPV, méningocoque B) pourrait être envisagé afin d'optimiser le calendrier vaccinal. Pour cela, il est indispensable de s'appuyer sur un cor-

pus de données robustes et convergentes, issues de plusieurs champs scientifiques, médicaux et opérationnels (réponses immunitaires selon le nombre de dose, durabilité, établissement de corrélat de protection, données d'efficacité en vie réelle, impact sur les formes graves, comparaison entre schémas, données de couvertures et de modèles prédictifs mathématiques, faisabilité et acceptabilité). L'épidémiologie locale doit aussi être intégrée dans les décisions de politique vaccinale. Depuis 2023, la Grande-Bretagne a adopté un schéma à dose unique pour les adolescents de 12-13 ans et en rattrapage jusqu'à 25 ans, tandis que la France maintient deux doses espacées de 6 mois pour les 11-14 ans. Les arguments britanniques sont convaincants : immunogénicité suffisante avec une dose, meilleure observance et optimisation des ressources. Cependant, au-delà de l'attente légitime de données de surveillance à long terme, un facteur déterminant différencie les deux pays : leurs historiques de couverture vaccinale. Après près de 20 ans de vaccination HPV, les deux territoires présentent des profils épidémiologiques distincts. La circulation des génotypes viraux et l'incidence des cancers HPV-induits reflètent ces différences de couverture. La France, partant d'une situation épidémiologique moins favorable, justifie ainsi une approche vaccinale plus prudente.

ACTION PROPOSÉE

1. Poursuivre la simplification du schéma vaccinal.
2. Définir clairement les obligations vaccinales en fonction des besoins en santé publique.

II. Disponibilité des vaccins

L'ANSM indique que les causes de tensions d'approvisionnement et de ruptures de stock de vaccins sont souvent multiples : forte augmentation de la demande mondiale, difficultés survenues lors de la fabrication pouvant impacter les vaccins avant ou après leur mise à disposition sur le marché.

La fabrication des vaccins est complexe et plus longue (de 6 à 22 mois) que pour d'autres médicaments. Ceci explique que la remise à disposition des produits peut être longue et progressive.

Les vaccins sont considérés comme des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM)⁶⁴. Pour cette raison, l'ANSM est impliquée dans la gestion des ruptures et tensions de ces MITM, en lien étroit avec l'ensemble des laboratoires concernés.

À partir du lien suivant, le médecin peut prendre connaissance des difficultés éventuelles de disponibilité des vaccins à un instant T :

<https://ansm.sante.fr/actualites/?filter%5Bcategories%5D%5B%5D=52>

ACTION PROPOSÉE

3. Dans la continuité de sa position vis-à-vis des solutions à mettre en place dans le cadre des pénuries médicamenteuses, dont la vaccination fait partie, l'Ordre souhaite que les médecins soient informés au moyen de leur logiciel d'aide à la prescription de l'état des stocks et des alternatives proposées par l'ANSM.

Le partenariat étroit entre l'Ordre et l'ANSM, qui sont liés par une convention, est indispensable pour compléter cette information.

III. Accessibilité des vaccins

A. Quels sont les enjeux et les perspectives de la détention de vaccins en cabinet médical ?

La détention de vaccins par les médecins au sein de leur cabinet est une revendication récurrente visant à faciliter l'acte vaccinal et à améliorer la couverture vaccinale. Cependant, cette pratique soulève des questions logistiques, réglementaires et médico-légales.

Les arguments en faveur de la détention de vaccins en cabinet sont entre autres la facilitation des opportunités vaccinales avec comme corollaire la réduction des occasions manquées, et une meilleure réactivité en consultation, la simplification du parcours vaccinal et le gain de temps. Cette intégration dans les soins de premier recours est d'ailleurs un modèle courant dans plusieurs pays (Canada, Royaume-Uni, pays nordiques dont l'organisation des systèmes de soins est notablement différente de celle de la France).

Plusieurs risques et défis sont évoqués dans la littérature. Notamment la maîtrise de la chaîne du froid, source d'erreurs fréquentes et imposant la nécessité d'un réfrigérateur médical homologué et d'une surveillance monitorée, tracée et continue. Cependant ce n'est pas la seule. Ainsi, si la traçabilité avec obligation d'enregistrement du lot, de la date d'administration et du suivi dans le dossier médical est une part de la pratique vaccinale attendue, la responsabilité médico-légale en cas d'incident et l'engagement possible du praticien pour défaut de conservation doivent interroger les praticiens. De plus, la charge logistique comprenant la gestion des stocks, les préremptions, les ruptures et les coûts marginaux sont des données à intégrer dans cette revendication.

64. Définition ANSM : Ce sont des médicaments ou classes de médicaments pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante pour les patients au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie (lien). /

On peut les résumer au sein du tableau comparatif suivant :

Avantages/Risques de la détention des vaccins au cabinet médical

AVANTAGES	RISQUES
Opportunité vaccinale accrue	Chaîne du froid fragile
Réduction des occasions manquées	Traçabilité à garantir
Parcours simplifié	Risque médico-légal Coût logistique

La détention de vaccins en cabinet peut constituer un levier pour améliorer la couverture vaccinale, à condition d'un encadrement rigoureux. La littérature insiste sur la nécessité de maîtriser les conditions techniques, administratives et médico-légales, sans quoi les bénéfices peuvent être compromis par des erreurs de conservation ou de traçabilité. Si le modèle semble pertinent, il est cependant particulièrement exigeant.

B. L'administration opportuniste d'une dose de vaccin issue d'un stock initialement prévu pour un autre patient peut-elle être encouragée ?

Cette pratique pragmatique permet d'éviter le gaspillage vaccinal, par exemple pour les vaccins conditionnés en flacons multidoses, mais pas uniquement. Elle permet d'augmenter la couverture vaccinale en profitant de la présence d'un patient éligible, même si ce n'était pas l'objet de la consultation. Elle rend la vaccination plus réactive et intégrée dans les soins primaires. L'OMS (2015, 2021) et CDC (USA) recommandent explicitement d'utiliser les doses restantes à des fins opportunistes, avec un bon jugement clinique et un consentement éclairé. Ainsi, le principe de non-gaspillage et d'opportunité peut être valorisé à condition de respecter

le consentement, les conditions de conservation et de traçabilité. À ce titre, on peut recommander de mettre en place un protocole local ou de cabinet de groupe sur l'utilisation des doses restantes afin de structurer cette pratique.

Au vu de la défiance vaccinale qui persiste, l'Ordre a fait savoir aux autorités publiques qu'il serait utile que les médecins puissent disposer sur leur lieu d'exercice des doses de vaccins.

En effet, il est reconnu que la relation de confiance entre le médecin et son patient établie au cours de la consultation médicale permet de réduire une certaine défiance. Le colloque singulier médecin-patient prend alors toute sa place pour que le médecin puisse proposer une vaccination immédiate et le patient y adhérer.

Le dépannage est toléré s'il est exceptionnel, transparent, non lucratif et dans l'intérêt du patient.

Le stockage régulier de vaccins engage des obligations précises en matière de logistique, sécurité sanitaire, et responsabilité.

Ainsi, selon le Code de déontologie (art. R. 4127-35 et suivants CSP), il y a obligation d'agir dans l'intérêt du patient, respect des règles sanitaires, interdiction de pratiques commerciales.

Il est prudent de se référer aux recommandations de la HAS, aux guides pratiques des URPS/ARS et aux documents d'assurance qualité des cabinets médicaux en rappelant qu'une rupture de la chaîne du froid engage la responsabilité en cas d'événement indésirable.

C. Vaccination en cabinet médical et missions de santé publique en contexte pandémique : quels enseignements pour la préparation des futures crises sanitaires

La pandémie de Covid a cependant replacé le médecin en acteur clé du dispositif vaccinal. Elle a permis de tester l'organisation logistique de la distribution des vaccins, ainsi que les implications structurelles sur le rôle des cabinets médicaux dans les campagnes vaccinales. Bien que leur statut juridique ne soit pas modifié (ils restent libéraux), la mission confiée aux praticiens s'est apparentée à celle d'un service public délégué. Que ce soit dans la participation à la vaccination de masse au cours d'interventions dans des centres de vaccination (prescription simplifiée, rémunération spécifique) ou dans leurs propres cabinets. Lors des phases de relâchement, ces cabinets ont justement pris le relais des centres de vaccination pour capter la population manquée.

Sur le plan du droit, la loi du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire a prévu que les vaccinations contre la Covid-19 étaient prises en charge à 100 % et effectuées au nom de l'État, notamment dans le cadre du programme national. Les répartiteurs pharmaceutiques, garants de la chaîne du froid et du maillage territorial, ont été largement écartés du processus initial, le ministère de la Santé ayant directement supervisé la distribution (plateformes régionales, flux tendus, affectation hebdomadaire par les ARS). Le circuit habituel des répartiteurs pharmaceutiques aurait-il pu être plus réactif et efficace ? L'État a justifié ce choix par la volonté de maîtriser les flux et la priorisation, dans un contexte de pénurie initiale.

Cette mission a permis à la fois souplesse organisationnelle et répartition de la charge logistique en diminuant la pression sur les centres ou les officines. Elle a néanmoins révélé des impératifs : la nécessité d'un accès à une chaîne d'approvision-

nement sécurisée et fiable (idéalement via les répartiteurs), un soutien logistique et informatique (prise de rendez-vous, mise en place de circuits dédiés, adaptation des plannings, gestion des stocks vaccinaux, constitution de listes de rappel transparentes et en précisant les modalités de gestion des doses surnuméraires), des outils de traçabilité (si vaccin), un encadrement clair de la responsabilité – le médecin ne devant pas être juridiquement exposé pour des défaillances logistiques qui relèvent de l'État ou des ARS.

Cette expérience pourrait faire évoluer les pratiques vaccinales en situation épidémique ou pandémique même si la charge administrative et la pression temporelle ont parfois mis à l'épreuve la relation médecin-patient habituelle. Un modèle mixte, combinant pharmacie, centres et cabinets médicaux, selon les publics cibles et les contextes, paraît pertinent en intégrant la vaccination en cabinet comme un axe stratégique et non seulement opportuniste, sous réserve de garanties. Les médecins généralistes ont ainsi prouvé leur rôle central dans la stratégie vaccinale nationale, passant de leur positionnement traditionnel dans les soins individuels vers celui d'un acteur en santé publique. Enfin, les professionnels de santé occupent une position paradoxale en contexte pandémique. Simultanément population à protéger en priorité – car leur contamination compromet la capacité de réponse collective – et acteurs essentiels de cette réponse, ils incarnent la tension entre protection individuelle et bien commun. Leur priorisation relève d'une reconnaissance de leur exposition professionnelle involontaire et de leur rôle irremplaçable. Cette protection doit s'étendre aux équipes de soutien souvent oubliées – personnel de nettoyage, agents de sécurité, techniciens – qui maintiennent le fonctionnement des établissements de soins.

Sur tous ces sujets, le Cnom souhaite saisir la DGS dans le cadre du plan de préparation pandémie grippale et participer à la réflexion sur l'éthique de la priorisation.

ACTION PROPOSÉE

4. Saisine de la DGS dans le cadre de la préparation pandémie grippale, comment prévoir le stockage et la responsabilité pour une vaccination en cabinet.

Le Cnom peut anticiper la mise en œuvre d'une telle politique vaccinale (en rappelant les schémas existants de la distribution, répartition des stocks).

Interrogation sur les systèmes de distribution directe de vaccins pour les médecins.

Question de la gestion de flux à l'échelle de la (file active des cabinets - complexe).

Via le CLIO Santé (CNOP) : proposer un bilan interordre.

Aborder l'éthique de la priorisation des populations et notamment celle des professionnels de santé.

ACTION PROPOSÉE

5. Rendre la traçabilité obligatoire pour tous les acteurs de la vaccination et privilégier pour ce faire l'outil DMP (et prévoir la convergence des outils tels que Mon Espace Santé et les logiciels métier) afin de faciliter le suivi vaccinal du patient par tous les intervenants dans son parcours de soins.

D. Traçabilité

La multiplication des effecteurs de la vaccination a pour objectif d'assurer à la population une large offre de la vaccination sur l'ensemble du territoire.

Cette multiplication des acteurs/effecteurs rend parfois difficiles la traçabilité des vaccins déjà réalisés et l'accès aux données telles que la date de la réalisation du vaccin, son numéro de lot...

Aussi, la mise en place d'un carnet de vaccination électronique permettant aux effecteurs de tracer chaque vaccination réalisée semble incontournable.

IV. Vaccinations obligatoires des médecins

L'obligation vaccinale pendant la pandémie a entraîné des conséquences disciplinaires pour les médecins qui ne s'y conformaient pas.

Le décret n° 2023368 du 13 mai 2023, suivi d'une instruction de la DGOS, a suspendu l'obligation vaccinale des soignants et étudiants en santé à compter du 14 mai 2023.

Depuis cette date, les soignants non vaccinés peuvent légalement reprendre leur activité et ne sont plus soumis à aucune sanction disciplinaire ou administrative à ce titre.

Malgré cette suspension, des poursuites pénales ou disciplinaires peuvent toujours être engagées pour des faits antérieurs à mai 2023, notamment si le professionnel :

- a continué d'exercer alors qu'il était suspendu;
- a fourni un faux certificat (sanctionné pénalement, notamment en cas de faux médical);
- a signé ou maintenu un contrat de remplacement ou de collaboration en contournant l'obligation vaccinale (considérée comme une infraction ou faute disciplinaire).

A. Faut-il revoir le périmètre des vaccins obligatoires ?

Les vaccins obligatoires imposés aux médecins sont peu nombreux et il est légitime de s'interroger sur la nécessité ou non de rendre obligatoire d'autres vaccins qui sont aujourd'hui fortement recommandés.

La HAS a proposé en juillet 2023⁶⁵ de maintenir les recommandations actuelles pour les professionnels de santé (coqueluche, grippe, hépatite A, varicelle), en insistant sur l'importance de la vaccination pendant la grossesse contre la coqueluche. Concernant la vaccination grippale. Il est proposé qu'elle reste recommandée compte tenu des données actuelles sur la capacité des vaccins disponibles à limiter le portage et donc la transmission nosocomiale. Si la force des preuves venait à augmenter en fonction de données nouvellement disponibles, cette position pourrait évoluer. En effet, les soignants peuvent transmettre la grippe à des patients fragiles, y compris asymptomatiquement, et cela justifie une action forte de prévention vis-à-vis de la protection des patients, en particulier en Ehpad ou en oncologie. Le Code de déontologie médicale (article R. 4127-12) impose aux médecins d'éviter de nuire à leurs patients, ce qui pourrait être interprété comme une obligation morale de se vacciner.

Concernant la rougeole, la HAS propose une obligation vaccinale (2 doses de ROR) pour les étudiants et professionnels non immunisés en contact avec des publics à risque, tout en ouvrant la possibilité d'un contrôle sérologique préalable si besoin.

Par ailleurs, la HAS a appelé à adapter le cadre juridique de l'obligation vaccinale aux risques liés aux professions et actes, à renforcer le rôle des services de santé au travail et à assurer un suivi du statut vaccinal des étudiants et professionnels à différentes étapes (études, embauche, suivi).

B. Médecine préventive

Faut-il mettre en place une « vraie » médecine préventive pour les médecins, quel que soit leur mode d'exercice ?

La mise en place d'un **dispositif de médecine préventive dédié aux médecins libéraux**, avec un accent sur la vaccination et la préservation de la santé au travail, représente un **enjeu stratégique**. Elle permettrait de :

- mieux protéger les professionnels et leurs patients ;
- renforcer l'efficacité du système de santé ;
- structurer un suivi médical régulier ;
- rétablir une égalité entre tous les soignants.

PROTÉGER LES SOIGNANTS, PREMIERS EXPOSÉS AUX RISQUES INFECTIEUX

Les médecins, libéraux comme hospitaliers, sont en contact constant avec des patients, parfois porteurs de maladies infectieuses. Une médecine préventive bien structurée permettrait :

- de s'assurer qu'ils sont à jour de leurs vaccins (grippe, Covid, hépatite B...) ;
- de réduire les risques de contamination et de transmission à leurs patients, d'autant plus en période d'épidémie pour assurer la continuité des soins ;
- de renforcer la sécurité sanitaire dans les cabinets libéraux.

DONNER L'EXEMPLE ET RENFORCER L'ADHÉSION DES PATIENTS

Le médecin est une figure de référence. En matière vaccinale et de prévention :

- un professionnel bien informé, vacciné et suivi incarne les messages qu'il transmet ;
- il est mieux armé pour convaincre ses patients, notamment les hésitants ou réticents ;
- cela favorise une meilleure couverture vaccinale de la population générale.

65. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3456351/fr/actualisation-des-recommandations-et-obligations-vaccinales-des-professionnels

STRUCTURER UN SUIVI MÉDICAL RÉGULIER

Les médecins libéraux sont souvent leur propre médecin... ou pas de médecin du tout. Une médecine préventive :

- formaliserait un parcours de suivi périodique (vaccins, dépistages, santé mentale, etc.) ;
- aiderait à détecter plus tôt des pathologies ou signes d'épuisement professionnel : cette question a déjà été soulevée dans le cadre de la gestion des dossiers du Service de l'entraide du Cnom et un rapprochement avec ce service est souhaitable.

GARANTIR L'ÉQUITÉ ENTRE LES SOIGNANTS

Les hospitaliers et salariés ont accès à la médecine du travail. Les libéraux, pourtant tout aussi exposés :

- ne disposent pas d'un système équivalent, ce qui constitue une rupture d'égalité ;
- ce dispositif renforcerait la cohérence des politiques de prévention à l'échelle nationale.

ACTION PROPOSÉE

6. Mettre en place une médecine préventive pour l'ensemble des médecins.
7. Actualiser régulièrement les obligations vaccinales des médecins et les rendre pérennes.

V. La formation des médecins

La vaccinologie fait partie intégrante de la formation médicale dès le second cycle et se poursuit au sein de certaines filières spécialisées.

Au cours du 2^e cycle, les étudiants en médecine reçoivent un enseignement théorique et pratique sur la vaccination. Cette sensibilisation à la vaccination est intégrée dans les modules d'infectiologie, de santé publique et de pédiatrie.

Les étudiants sont exposés aux bases théoriques de l'immunisation et du calendrier vaccinal à travers des cours magistraux et TD sur les maladies infectieuses du programme, la prophylaxie, les indications vaccinales, leurs contre-indications et la pharmacovigilance. Une sensibilisation pratique, principalement par la participation à des campagnes vaccinales sous supervision (ex. : vaccination contre le HPV), a même été officialisée⁶⁶.

RÉGIME DE RESPONSABILITÉ DE L'INTERNE EN FORMATION

Dans le cadre de leur participation aux actes de vaccination, les internes en formation relèvent du régime de responsabilité médicale défini par les articles L. 1142-1 et suivants du Code de la santé publique. Leur responsabilité civile professionnelle est couverte par l'assurance souscrite par leur établissement de rattachement pour les actes réalisés durant leurs stages ou en exercice supervisé, y compris les actes vaccinaux. En troisième cycle, cette couverture institutionnelle s'applique également aux actes effectués dans le cadre de leur spécialisation, sous réserve du respect des protocoles et de la supervision par un praticien titulaire.

Les internes peuvent également souscrire une assurance RCPro personnelle en complément, notamment pour couvrir d'éventuels actes réalisés en dehors du cadre strict de leur formation (ex. : activités associatives ou bénévoles). Dans ce cas, ils doivent vérifier auprès de leur assureur personnel que les actes vaccinaux sont bien inclus dans leur contrat. En pratique, ils n'ont pas à déclarer systématiquement chaque acte vaccinal à leur assurance personnelle, mais ils doivent s'assurer que leur couverture est active et adaptée à leur pratique. En cas de sinistre, ils devront informer leur assureur personnel, en plus de l'assurance de l'établissement, si l'acte est couvert par les deux contrats.

66. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049402062>

Pour autant, le niveau de détail et la place de la vaccinologie varient selon les universités, mais elle est rarement décrite comme module propre ou UE indépendante durant le second cycle. Sur le plan de l'évaluation, c'est surtout au travers des ECN et des cas cliniques que les aspects de la vaccinologie sont appréciés, en lien direct avec la formation sur les maladies infectieuses et la pédiatrie.

L'approfondissement reste alors réservé au troisième cycle (DES, DU/DIU spécialisés), ainsi qu'aux programmes complémentaires (DU/DIU vaccinologique, Master spécialisés).

Les spécialités médicales intégrant explicitement la vaccinologie sont :

- Les maladies infectieuses et tropicales (étude approfondie de la vaccinologie, programmes nationaux et internationaux, évaluation des stratégies vaccinales).
- La pédiatrie (calendrier vaccinal, vaccination de populations particulières, prévention des maladies infectieuses).
- La Santé publique (aspects épidémiologiques et politiques de vaccination).
- La Médecine générale (formation à la vaccination de l'enfant et de l'adulte, recommandations actualisées).

Certaines options du DES de biologie médicale et d'immunologie (développement et surveillance des vaccins)⁶⁷.

En dehors des diplômes d'études spécialisées (DES), plusieurs DU/DIU de vaccinologie existent (Sorbonne Université, Lyon 1, Bordeaux, Tours) : ces formations s'adressent plutôt à des internes ou titulaires de doctorats en santé (médecine, pharmacie). L'enseignement aborde la conception des vaccins et les technologies vaccinales, l'épidémiologie, l'immunologie, les politiques vaccinales, les circuits réglementaires, la pharmacovigilance, les aspects psychosociaux de la vaccination entre autres. D'une durée d'un an généralement, ces formations académiques se déroulent via des modules présentiels et sont sanctionnées par un examen et la rédaction d'un mémoire ou d'un article original.

Enfin, la vaccinologie est un thème prioritaire et régulièrement actualisé dans l'offre de formation continue et DPC pour les professionnels de santé en France, tant au niveau national que régional. La vaccinologie est actuellement une priorité inscrite dans les programmes de formation continue destinés aux médecins en France, couvrant le DPC (développement professionnel continu) et la FPC (formation professionnelle continue) au niveau national comme régional.

Les Conseils nationaux professionnels ont pour mission principale de proposer les orientations prioritaires de DPC pour chaque spécialité médicale, en tenant compte des besoins spécifiques des professionnels et des enjeux de santé publique. Ces orientations sont validées tous les trois ans par arrêté ministériel et guident les programmes de formation continue.

La nouvelle stratégie nationale « Vaccination et immunisation 2025-2030 » positionne explicitement la formation des professionnels de santé à la vaccination comme un axe prioritaire du DPC et de la formation continue. Ce plan est structuré autour de 5 grands axes, dont la formation des professionnels à la promotion de la vaccination et la mise à jour régulière du calendrier vaccinal. La promotion de la couverture vaccinale et la gestion de l'hésitation vaccinale sont des axes identifiés comme prioritaires dans les référentiels nationaux. Toute l'offre est également structurée pour répondre rapidement aux évolutions épidémiologiques, scientifiques et réglementaires.

VI. Communiquer au grand public sur l'intérêt de la vaccination

Il faut encourager les médecins à diffuser des messages clairs et incitatifs à la vaccination.

C'est ce que recommande le ministère de la Santé dans sa « Stratégie vaccination et immunisation 2025-2030 » dans son axe 5⁶⁸ : *Renforcer la promotion de la vaccination (information et communication)* :

67. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041728662>

- Action 5.1 : Renforcer l'adhésion à la vaccination des Français au moyen de campagnes d'information et de sensibilisation éducative (efficacité, risques évités, bénéfice/risque) favorisant la lutte contre la désinformation.
- Action 5.2 : Assurer une veille informationnelle continue pour contrer rapidement les fausses informations, notamment sur les réseaux sociaux, et y apporter une réponse vérifiée scientifiquement et coordonnée.
- Action 5.3 : Renforcer/intensifier la promotion de la vaccination, notamment contre les infections respiratoires aigües (grippe, Covid-19, pneumocoque, VRS) à destination des personnes de 65 ans et plus en s'appuyant sur un ou des ambassadeurs appartenant à la communauté médicale reconnus du grand public.
- Action 5.4 : Mettre à disposition des outils de communication adaptés et multilingues, et en français simplifié « *facile à lire et à comprendre* » (FALC), en particulier en cas d'épidémie.

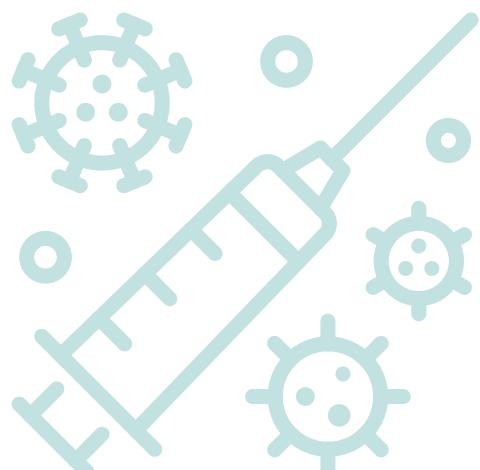
Aujourd'hui, les réseaux sociaux sont de bons vecteurs pour toucher rapidement un maximum de personnes et les médecins créateurs de contenu peuvent contribuer à mettre à mal les fausses informations sur les soi-disant effets secondaires liés à la vaccination.

Malheureusement, l'histoire a démontré que certains médecins ont tenu des discours anti-vaccinaux (HPV, Covid-19) discréditant les connaissances scientifiques et les décisions des pouvoirs publics, en violation, notamment, des dispositions de l'article R. 4127-2 du Code de la santé publique rappelant que le médecin est au service de l'individu et de la santé publique, obligeant notre Institution à les poursuivre au disciplinaire.

Les médecins créateurs de contenus s'engagent aujourd'hui, comme le stipule la Charte⁶⁸ du Cnom, à être vecteurs d'informations scientifiquement validées ; ils ont toute leur place dans la communication au grand public pour rappeler l'intérêt de la vaccination.

ACTION PROPOSÉE

8. Développer la communication de l'Ordre à l'attention du grand public afin d'harmoniser l'information en santé et défendre la parole médicale et scientifique.
9. Développer la communication de l'Ordre à l'attention des médecins et conseils sur les grandes thématiques de la vaccination.



68. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_de_vaccination.pdf

69. Charte des médecins créateurs de contenus responsables : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/charter-medecin-createur-contenu-responsable#:~:text=Cette%20charte%20vise%20%C3%A0%20rappeler%20le%20cadre%20%C3%A9thique,cr%C3%A9aturs%20de%20contenu%20quelles%20que%20soient%20les%20plateformes.>



CONCLUSION

Malgré la simplicité apparente de l'acte vaccinal, il n'en reste pas moins qu'il n'est ni anodin, ni facile, ni banal. Il mobilise des compétences médicales, une exigence d'information, des responsabilités juridiques et une vigilance déontologique.

Malgré un cadre qui pourrait paraître rigide, la vaccination reste l'un des outils les plus efficaces de santé publique. Elle repose sur un équilibre subtil entre bénéfice individuel et solidarité collective, autonomie du patient et intérêt de la population, progrès scientifique et éthique du soin.

Le professionnel vaccinateur agit non seulement en soignant un patient, mais aussi en protégeant une population, ce qui confère à son geste une portée médicale, sociale, éthique et juridique.

Dans un contexte sociétal exigeant, il est plus que jamais nécessaire de garantir la qualité, la traçabilité et la loyauté de l'acte vaccinal, tout en renforçant la confiance dans ses bienfaits.

L'exigence déontologique ne freine pas la vaccination, bien au contraire, elle la sécurise et la légitime.



VACCINATION : État des lieux, nouveaux enjeux



Annexe

1

FICHE PRATIQUE
Comportement
et discours
du médecin face
à un patient adulte
hésitant ou opposé
à la vaccination



I. Objectif

Accompagner le patient dans une démarche d'écoute, de dialogue et de confiance, sans jugement, pour favoriser une décision éclairée en faveur de la vaccination.

II. Attitude générale à adopter

Comportement recommandé	Pourquoi ?
Écoute active	Comprendre les raisons du doute (expériences, croyances, sources d'information)
Posture bienveillante et non jugeante	Éviter la confrontation, préserver la relation thérapeutique
Personnaliser le discours	Adapter les arguments au profil du patient (âge, situation pro, santé, famille)
Valoriser l'autonomie du patient	Respecter son rythme, favoriser la décision partagée
Prendre le temps (si possible)	Laisser une porte ouverte pour une discussion future si le refus persiste

III. Éléments de langage utiles

Face à un patient hésitant :

- «Je comprends vos interrogations, beaucoup de personnes s'en posent aussi.»

→ Normaliser le doute, créer une alliance.

- «Souhaitez-vous qu'on prenne quelques minutes pour discuter de ce qui vous fait hésiter?»

→ Inviter sans forcer, engager le dialogue.

- «Mon rôle, c'est de vous donner des informations fiables pour que vous puissiez décider en toute connaissance de cause.»

→ Valoriser la responsabilité du patient.

- «Le vaccin est là pour vous protéger, mais aussi pour protéger ceux qui vous entourent, notamment les plus fragiles.»

→ Introduire l'enjeu de solidarité.

Face à un patient réfractaire ou opposé :

- «Je vois que vous avez une position bien arrêtée. Je respecte votre choix, mais je reste disponible si vous souhaitez en reparler.»

→ Ne pas rompre le lien, laisser une porte ouverte.

- «Peut-être que certaines informations que vous avez vues ou entendues vous posent un problème. Si vous le souhaitez, je peux vous aider à faire le tri.»

→ Proposer un appui face à la désinformation, sans confrontation.

IV. Contenus pédagogiques à rappeler avec simplicité

- Les vaccins protègent contre des maladies graves, parfois mortelles.
- Ils sont sûrs et rigoureusement surveillés : les effets secondaires sont rares et généralement bénins.
- Les vaccins ne sont pas uniquement personnels : ils protègent aussi les proches (enfants, personnes âgées, immunodéprimés).
- Expliquer les bénéfices concrets pour le patient selon son profil (âge, pathologies, travail...).

V. Stratégies complémentaires possibles

Outil	Utilité
Fiche ou brochure claire et synthétique	Permet au patient de relire à tête reposée
Se référer à des sources fiables	Lutte contre les fausses informations
Proposer une discussion différée	Redonner du temps au patient sans pression
Mettre en valeur les proches à risque	Motiver via l'altruisme ou la responsabilité sociale

VI. À éviter

- La culpabilisation ou le ton moralisateur (« Vous mettez les autres en danger »).
- Les arguments d'autorité (« C'est obligatoire, un point c'est tout »).
- La dramatisation excessive.
- Les comparaisons inadaptées ou condescendantes (« C'est comme mettre sa ceinture de sécurité... »).

Attitudes à éviter	Les risques
Confronter ou contredire directement	Risque de provoquer une résistance défensive ou de renforcer les croyances opposées (effet boomerang)
Imposer un choix	Nuit au respect de l'autonomie et peut renforcer la méfiance
Jugement moral ou culpabilisation	Fragilise la relation de confiance et bloque l'expression authentique des doutes
Donner trop d'informations	L'excès d'arguments scientifiques non sollicités peut submerger ou désengager le patient
Éviter le sujet	Renforce l'idée que les professionnels de santé ne sont pas à l'aise ou transparents sur les vaccins

VII. Conclusion à rappeler au patient

« Vous avez le droit de prendre votre temps. Mon rôle, c'est de vous informer avec bienveillance. Si un jour vous changez d'avis, je suis là. »



Annexe

2

FAQ Vaccination et responsabilité du médecin



I. Que doit faire le médecin si les parents refusent de vacciner leur enfant, même pour une vaccination obligatoire ?

Le médecin ne doit jamais administrer un vaccin par la force ni contre l'opposition explicite d'un des parents.

Il doit tout mettre en œuvre pour informer et convaincre les parents de l'importance de la vaccination, en expliquant les risques encourus par l'enfant et les conséquences sur sa vie collective (crèche, école) - [Article R. 4127-49 du CSP](#).

En cas de refus persistant, il doit mentionner ce refus sur le carnet de santé et dans le dossier médical de l'enfant.

Le médecin ne doit pas délivrer de certificat de vaccination mensonger ni attester de contre-indications fictives, sous peine de sanctions pénales et ordinaires (faux et usage de faux) : [Article 441-1 et suivants du Code pénal](#).

II. Le consentement des deux parents est-il nécessaire pour vacciner un mineur ?

Pour les actes usuels (dont les vaccinations obligatoires), le consentement d'un seul parent est généralement suffisant, sauf si le médecin a connaissance de l'opposition de l'autre parent.

Pour les actes non usuels ou en cas de désaccord parental connu, le consentement des deux parents doit être recherché.

CAS PRATIQUE

III. Le médecin doit-il associer l'enfant à la décision de vaccination ?

Oui, selon l'âge et la maturité de l'enfant, le médecin doit rechercher son consentement et l'associer à la décision médicale : [Articles R. 4127-49 du CSP et 371-1 alinéa 4 du Code civil](#).

IV. Le mineur peut-il s'opposer à une vaccination obligatoire si ses parents y consentent ?

Cette situation constitue un cas juridiquement complexe qui soulève plusieurs questions d'arbitrage entre les droits des parents, l'intérêt supérieur de l'enfant et les obligations internationales.

D'un point de vue juridique strict, c'est l'autorité parentale, exercée par un ou les deux parents, qui confère aux titulaires le droit de prendre des décisions médicales pour leur enfant mineur, y compris l'obligation de le faire vacciner lorsque la vaccination est rendue obligatoire par la loi ou des dispositions internationales (comme la réglementation sanitaire internationale – RSI – qui conditionne l'entrée sur certains territoires, par exemple la vaccination contre la fièvre jaune). Le mineur, même capable de discernement, n'a pas de droit reconnu à s'opposer juridiquement à cette vaccination imposée par ses représentants légaux.

Cette absence de droit d'opposition de la part du mineur face à une décision parentale légalement obligatoire reflète la primauté de la protection sanitaire collective et individuelle, et la responsabilité légale des parents. En clair, la loi considère que les parents doivent veiller à respecter ces obligations vaccinales pour assurer la santé et la sécurité de l'enfant, même si celui-ci exprime un désaccord.

Cependant, cette règle rencontre des limites pratiques et éthiques dans les situations où le mineur est mature, capable de discernement et véritablement opposé à la vaccination. L'obligation sanitaire (ex. : fièvre jaune) découle du droit international (RSI)

qui lie indirectement la décision parentale au cadre familial, mais aussi au projet familial et éducatif. Cela crée un équilibre délicat entre la volonté du mineur, la responsabilité parentale et la contrainte sanitaire collective.

Sur le plan pratique, en l'absence de disposition légale permettant au mineur de s'opposer juridiquement, il est souvent recommandé d'adopter un compromis pragmatique :

- Le médecin et les parents doivent engager un dialogue ouvert avec le mineur pour comprendre ses raisons, lever ses craintes et l'accompagner dans la décision.
- Respecter le ressenti du mineur peut favoriser son adhésion à la vaccination, même obligatoire, notamment dans le cadre d'une approche éducative bienveillante.
- Si l'opposition persiste, l'exécution de la vaccination peut parfois être différée dans la mesure du possible, en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant et des impératifs sanitaires.
- En cas de litige profond, la médiation familiale ou le recours au juge compétent peuvent être envisagés.

En conclusion, il n'existe pas de réponse juridique claire permettant au mineur de s'opposer formellement à une vaccination obligatoire décidée par ses parents. C'est donc un cas où, au-delà du droit, un compromis humain et éducatif reste la clé pour concilier respect du mineur, obligation sanitaire et projet familial.

V. Quelles sont les obligations éthiques et déontologiques du médecin en matière de vaccination ?

Le médecin doit agir dans l'intérêt de la santé publique, respecter la dignité de la personne, et apporter son concours aux autorités sanitaires : [Article R. 4127-12 du CSP](#).

Il doit fournir une information loyale, claire et appropriée sur les bénéfices et les risques de la vaccination.

Il ne doit pas faire part de ses convictions personnelles pour dissuader les parents de vacciner leur enfant : [Article R. 4127-2 du CSP](#).

VI. Quelle est la responsabilité du médecin en cas d'effets secondaires liés à la vaccination ?

Pour les vaccinations obligatoires, la responsabilité sans faute de l'État s'applique : c'est l'Oniam qui indemnise les victimes d'effets secondaires, sans qu'il soit nécessaire de prouver une faute du médecin : [Article L. 3111-9 du CSP](#).

Pour les vaccinations recommandées, la responsabilité du médecin ne peut être engagée qu'en cas de faute (prescription inadaptée, négligence, etc.) : [Article L. 1142-1 du CSP](#).

VII. Quelles fautes peuvent engager la responsabilité du médecin lors de la vaccination ?

Prescription fautive (non-respect des indications, contre-indications non prises en compte).

Manquement à l'obligation d'information ou technique, maladresse ou négligence (ex. : absence de surveillance post-injection) : [article R. 4127-35 du CSP](#).

Rédaction de faux certificats de vaccination ou de contre-indication.

VIII. Que faire si le refus de vaccination met en danger la santé de l'enfant ?

Si le refus parental expose l'enfant à un danger, le médecin peut alerter la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP) pour protection de l'enfant.

IX. Que risque un médecin qui établit un faux certificat de vaccination ou indique une fausse contre-indication ?

Le médecin s'expose à :

- Des sanctions pénales :
 - Jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende si le certificat fait état de faits inexacts, dissimule ou certifie faussement une maladie, une infirmité... (article 441-8 du Code pénal).
 - Pour un faux certificat médical « simple » (hors circonstances aggravantes), la peine peut être de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende (article 441-1 du Code pénal).
 - Si le faux est établi dans l'intérêt du patient, sans réalité médicale, la sanction reste la même : jusqu'à 3 ans de prison et 45 000 € d'amende.
- Des sanctions disciplinaires :
 - La sanction peut aller de l'avertissement à la suspension temporaire (de 3 à 18 mois) voire à la radiation définitive, selon la gravité et la récidive.

- La falsification du carnet de santé ou la rédaction d'un faux certificat est considérée comme une faute grave et délibérée, remettant en cause la moralité, la probité et la compétence professionnelle du praticien.

X. Quelle signification donner à une sérologie qui revient négative ?

À développer : 3 récentes affaires disciplinaires n'ont pas retenu les résultats négatifs d'une sérologie pour affirmer que l'enfant n'a jamais été vacciné, contrairement à ce qui est indiqué dans son carnet de santé.

Exemple du tétanos : quel intérêt du dosage des anticorps antitétaniques ?^{70,71,72,73}

A. Le tétanos n'induit pas d'immunité naturelle

Contrairement à la plupart des maladies infectieuses, l'infection par Clostridium tetani ne confère pas d'immunité car les doses de toxine tétanique (tétanospasme) produites lors de l'infection sont en trop faible quantité pour induire une réponse immunitaire protectrice. Ainsi, guérir du tétanos ne confère aucune protection ultérieure!

70. Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu ou incomplètement connu. En population générale et chez les migrants primo-arrivants. Recommandation vaccinale. HAS, 2019

71. Tetanus vaccines: WHO position paper – 2017. Weekly Epidemiological Record, 2017, vol. 92, 06. « A protective level of circulating tetanus antitoxin is ≥0.1 IU/mL. Levels below 0.01 IU/mL are generally not protective. » CDC – Pink Book (2021). « Serologic tests showing antibody levels of 0.1 IU/mL or greater are considered protective. »

72. HCSP – Avis sur la conduite à tenir en cas de plaie à risque tétanique, 2013

73. A. Seve et al. Quel schéma vaccinal pour la population migrante en France : schéma complet ou rappel ? Intérêt du tétanos quick test, Médecine et Maladies Infectieuses 2017; 47, 4, S132, <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2017.03.320>

B. Présence d'anticorps antitoxine tétanique : quel taux peut être considéré comme protecteur ?

La présence d'anticorps antitétaniques reflète nécessairement une immunisation active antérieure (vaccination ou injection d'anatoxine). Des concentrations d'anticorps d'au moins 0,1-0,2 UI/mL sont considérées comme protectrices (du moins à court terme) pour les méthodes Elisa standards. Ce seuil est recommandé par l'OMS, le CDC et reconnu par les autorités sanitaires françaises (HCSP, HAS).

Un seuil $\geq 1,0$ UI/mL témoigne d'une protection plus robuste et durable, souvent observée peu après un rappel.

À l'opposé, un taux d'anticorps antitétaniques $< 0,01$ UI/mL (ou inférieur au seuil de détection du test utilisé) signifie que la personne :

- n'a pas reçu de vaccination efficace contre le tétonos ;
- ou a perdu toute immunité protectrice au fil du temps (par absence de rappels ou immunodéficience).

La sérologie doit être réalisée par un test quantitatif validé (type Elisa ou neutralisation in vitro).

Taux $< 0,01$ UI/mL témoigne d'une absence de protection et le patient doit être considéré comme non immunisé.

0,01 – $< 0,1$ UI/mL : Il faut considérer l'absence de protection et recommander une série vaccinale complète (3 doses).

0,1 – $< 1,0$ UI/mL :

Une protection est en cours et programmer un rappel à 10 ans si dernier inconnu ou ancien.

D. Pour aller plus loin !

Un dosage sérologique réalisé 1 mois après une dose test (appelé dosage post-dose ou post-rappel vaccinal) est un meilleur indicateur d'une immunisation préalable que le dosage prédoce qui reflète uniquement l'immunité circulante (et ne distingue pas, en cas de résultat faible, un sujet jamais vacciné, naïf, d'un vacciné ancièrement sans rappel !)

Le dosage post-dose permet de détecter une réponse anamnestique, c'est-à-dire une activation de la mémoire immunitaire. Il donne une preuve « fonctionnelle » de l'immunisation antérieure même si la sérologie initiale est négative ou faible.

Un sujet vacciné très ancièrement peut avoir un taux $< 0,1$ UI/mL mais être encore capable de produire une réponse rapide. La prédoce reflète l'immunité circulante, pas la mémoire.

C. Quelle position adopter lorsqu'un taux d'anticorps antitétaniques (anti-TT) est retrouvé entre 0,01 et 1,0 UI/mL ?

L'interprétation et la conduite à tenir dépendent du contexte clinique, du risque de la plaie éventuelle, et de la présence ou non de documents vaccinaux. Que faire en pratique ?

Annexe

3

Vaccination tout au long de la vie



XI. Nourrissons et enfants (de la naissance à 13 ans)

La vaccination des nourrissons constitue une mesure essentielle de santé publique, permettant de prévenir des maladies graves et de sauver des vies. Voici les principaux éléments qui en soulignent l'intérêt :

- Renforcement de l'immunité précoce : Les anticorps maternels, transmis pendant la grossesse ou via l'allaitement, ne protègent pas durablement contre des infections comme la coqueluche ou les méningites bactériennes. Les vaccins «conjugués» (pneumocoque, *Haemophilus influenzae*) sont spécialement conçus pour stimuler la réponse immunitaire des nourrissons dès 2 mois, âge où le risque d'infections graves est maximal.
- Impact collectif et éradication des maladies : La vaccination infantile crée une immunité de groupe, protégeant indirectement les personnes vulnérables (non vaccinables pour raisons médicales). Une couverture vaccinale élevée contre la rougeole a permis une faible circulation du virus en France en 2022⁷⁴.

À l'échelle mondiale, les vaccins ont sauvé 154 millions de vies en 50 ans, dont 101 millions de nourrissons, selon l'OMS⁷⁵.

La vaccination précoce reste le moyen le plus sûr de protéger les nourrissons, avec des bénéfices individuels et collectifs démontrés par des décennies de données scientifiques.

InfoVac France met à la disposition des parents et des professionnels des informations pour permettre de réduire l'hésitation vaccinale, qui est la cause d'une érosion progressive de la couverture vaccinale⁷⁶.

A. Les vaccinations obligatoires

Sont obligatoires chez les nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018 les vaccinations contre la **diphthérie**, le **tétanos**, la **poliomyélite**, la **coqueluche**, l'**infection à *Haemophilus influenzae* b**, l'**hépatite B**, le **méningocoque C**, le **pneumocoque**, la **rougeole**, les **oreillons** et la **rubéole**.

Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018, seules les vaccinations contre la **diphthérie**, le **tétanos** et la **poliomyélite** étaient obligatoires. Les autres étaient recommandées.

La vaccination contre les **infections à méningocoque B** est obligatoire depuis janvier 2025, avec deux doses suivies d'une dose de rappel.

La vaccination obligatoire contre les infections à **méningocoques C** a été remplacée par la vaccination obligatoire contre les **méningocoques ACWY** chez tous les nourrissons depuis janvier 2025.

74. <https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Nourrissons-et-enfants-de-la-naissance-a-13-ans>

75. OMS, 24 avril 2024 : <https://www.who.int/fr/news-room/item/24-04-2024-global-immunization-efforts-have-saved-at-least-154-million-lives-over-the-past-50-years>

76. INFOVAC France, «Hésitation vaccinale, Dialogue avec les parents autour de la vaccination», 12 septembre 2024 : <https://www.infovac.fr/l-hesitation-vaccinale>

1 mois	2/4/11 mois (3 injections)	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans
Tuberculose (BCG)	Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite	Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) : Coqueluche	Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) : 1 ^{re} injection	Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite : rappel Coqueluche : rappel	Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite : rappel Coqueluche : rappel
	Méningites à Haemophilus influenzae b				Infections à Papillomavirus humain (HPV)
	Hépatite B	À 6 mois (avec une 2^e injection à 12 mois)			
	Méningites, pneumonies et septicémies à pneumocoque			Méningites et septicémies à méningocoque ACWY	

Sources : [https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/
Nourrissons-et-enfants-de-la-naissance-a-13-ans](https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Nourrissons-et-enfants-de-la-naissance-a-13-ans)

B. Les vaccinations recommandées

La vaccination contre les infections à **Papillomavirus humain (HPV)**, recommandée aux filles depuis 2007, l'est aussi aux garçons depuis janvier 2021. Elle est recommandée et remboursée pour les filles et les garçons de 11 à 14 ans et en rattrapage pour les personnes des deux sexes âgées de 15 à 19 ans et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à l'âge de 26 ans.

Chez les adolescents de 11 à 14 ans, la vaccination contre les infections à **méningocoques ACWY** est désormais recommandée (et remboursée depuis 2024⁷⁷), quelle que soit leur vaccination antiméningococcique antérieure.

La vaccination contre les **gastro-entérites à rotavirus** est recommandée et remboursée depuis juin 2022. Le vaccin est administré par voie orale, en deux ou trois prises suivant le vaccin.

La vaccination contre la **grippe saisonnière** est ouverte à tous les enfants de deux ans et plus depuis février 2023.

Protection contre la **bronchiolite/Infection à VRS** : dans les cas où la vaccination n'a pas été réalisée pendant la grossesse chez la femme enceinte, la DGS recommande d'administrer les anticorps monoclonaux au bébé après la naissance (Beyfortus®).

FOCUS

Vaccination contre la grippe saisonnière

Tous les ans chez les enfants à partir de 6 mois atteints d'une maladie chronique respiratoire, cardiovasculaire, neurologique, neuromusculaire, des reins, du foie, de l'immunité ou du sang. La vaccination contre la grippe saisonnière est également recommandée pour l'entourage (fratrie notamment) des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave : cardiopathie congénitale, déficit immunitaire congénital, maladie pulmonaire, maladie neurologique ou neuromusculaire ou affection de longue durée (ALD).

77. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3534139/fr/nimenrix-vaccin-meningococcique-des-groupes-a-c-w-135-et-y-conjugue-a-l-anatoxine-tetanique-vaccin-anti-meningococcique

FOCUS

Protection Bronchiolite⁷⁸

Les virus respiratoires syncytiaux (VRS) entraînent en France d'octobre à la fin de l'hiver, des épidémies d'infections respiratoires qui peuvent être graves chez les très jeunes enfants (bronchiolite) et chez les personnes âgées.

La bronchiolite touche chaque année près de 30 % des nourrissons de moins de 2 ans, soit environ 480 000 cas par an. Chaque année 2 à 3 % des nourrissons de moins de 1 an sont hospitalisés pour une bronchiolite.

Il est maintenant possible de protéger les nouveau-nés en vaccinant leur mère pendant la grossesse ou en leur donnant un traitement par des anticorps juste après la naissance.

Il existe deux possibilités pour prévenir l'infection des nouveau-nés et des nourrissons :

- soit la vaccination de la femme enceinte par l'Abrysvo® ;
- soit l'administration au nouveau-né d'anticorps monoclonaux anti-VRS par Beyfortus®.

L'immunisation passive avec Beyfortus® est toutefois à privilégier :

- lorsque la vaccination ne sera probablement pas efficace (nouveau-nés prématurés, intervalle de moins de 14 jours entre la vaccination et la naissance) ;
- chez les femmes enceintes.

La HAS a publié en septembre 2024 un document destiné aux parents pour les aider à mieux comprendre et à choisir⁷⁹.

XII. Adolescents (de 14 à 19 ans)

Durant l'adolescence, les vaccinations restent nécessaires, mais aucune d'entre elles n'est obligatoire. Il peut s'agir de vaccinations utiles à cette période de la vie ou de rattrapage pour des vaccinations non effectuées durant l'enfance. Certaines vaccinations sont recommandées chez l'adolescent présentant une maladie chronique ou en contact étroit avec une ou plusieurs personnes immunodéprimées dans son entourage.

La vaccination des adolescents est une étape essentielle de la stratégie de santé publique. Elle permet non seulement de protéger les jeunes contre des maladies graves, mais aussi de réduire la transmission au sein de la population. En intégrant les adolescents dans les politiques vaccinales, on agit à la fois pour leur bien-être et pour celui de toute la société.

Sans compter que c'est toujours l'occasion de parler santé à un âge où il n'existe plus aucune consultation dédiée systématique.

En effet, sensibiliser les adolescents à l'importance de la vaccination, c'est aussi les former à devenir des adultes responsables de leur santé et de celle des autres. Cette éducation à la prévention vaccinale leur permet de mieux comprendre les enjeux scientifiques et médicaux, de lutter contre les fausses informations et de faire des choix éclairés à l'avenir, comme de s'ouvrir à d'autres sujets de prévention (addiction, harcèlement...) ou médicaux (sexualité, santé mentale...).

78. <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Bronchiolites-et-infections-respiratoires-dues-aux-Virus-respiratoires-syncytiaux-VRS>

79. HAS, «Bronchiolite : comment protéger votre futur bébé d'une forme grave?», 16 octobre 2024 : [https://www.has-sante.fr/jcms/p_3537893/fr/bronchiolite-comment-proteger-votre-futur-bebe-d'une-forme-grave#xtor=EPR-1-\[L'Actu%20de%20la%20HAS\]-20250522](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3537893/fr/bronchiolite-comment-proteger-votre-futur-bebe-d'une-forme-grave#xtor=EPR-1-[L'Actu%20de%20la%20HAS]-20250522)

VACCINATIONS	RECOMMANDATIONS
Grippe saisonnière	Ouverte à tous les enfants de 2 à 17 ans révolus sans comorbidités depuis février 2023.
Covid-19	Ouverte depuis juin 2021 à toutes les personnes âgées de 12 ans et plus.
Méningites et septicémies à méningocoque C	Vaccination possible jusqu'à 24 ans inclus.
HPV	Pour tous les jeunes (filles et garçons) de 14 ans non vaccinés. Selon l'âge et le vaccin utilisé, 2 ou 3 injections sont nécessaires. Le rattrapage est recommandé jusqu'à 19 ans.
Coqueluche	En cas de projet de grossesse, cette vaccination est recommandée à partir du 2 ^e trimestre et de préférence entre les semaines d'aménorrhées 20 et 36.
Fièvre jaune	Obligatoire pour les résidents du département de la Guyane âgés de plus de 12 mois ou pour toute personne y séjournant. Elle est recommandée chez les voyageurs âgés de plus de 9 mois qui se rendent dans des pays où sévit la maladie (pays tropicaux d'Amérique du Sud et d'Afrique).
Hépatite A	Recommandée pour les adolescents accueillis dans les établissements pour l'enfance et la jeunesse handicapées, pour les adolescents atteints de mucoviscidose ou d'une maladie chronique du foie, et pour les hommes (dont les adolescents et jeunes adultes) ayant des relations sexuelles avec des hommes. Ou en cas de situations d'hygiène précaires.
Hépatite B	Recommandée pour les adolescents non vaccinés, un rattrapage est possible jusqu'à 15 ans. La vaccination est également recommandée pour les adolescents et jeunes adultes non vaccinés à risque accru de contamination.
HIB	Recommandée pour les adolescents et jeunes adultes non vaccinés atteints de certaines maladies du sang.
Méningites et septicémies à méningocoque (ACYW, B)	Recommandées chez des adolescents ou de jeunes adultes présentant certaines maladies du sang. Ces vaccinations peuvent également être organisées par les autorités sanitaires s'il existe des cas groupés ou en situation d'épidémie.
Méningites, pneumonies et septicémies à pneumocoque	Recommandée pour les adolescents et jeunes adultes non vaccinés présentant un risque élevé d'infections sévères à pneumocoque.
Tuberculose (BCG)	Vaccination possible jusqu'à 15 ans pour les adolescents non vaccinés en cas de risque d'exposition à la maladie ou d'appartenance à une population à risque.
Varicelle	Vaccination possible jusqu'à 18 ans pour les adolescents n'ayant jamais eu la varicelle.

Source : <https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Adolescents-14-a-19-ans>

XIII. Adultes (de 20 à 64 ans)

La vaccination ne s'arrête pas à l'enfance. Elle accompagne l'individu tout au long de sa vie pour maintenir une bonne santé, protéger les plus vulnérables et répondre aux défis de santé publique. Se faire vacciner à l'âge adulte, c'est donc un geste de responsabilité envers soi-même et envers les autres.

La vaccination des adultes reste une priorité de santé publique :

- Protéger les plus vulnérables.
- Réagir face aux menaces sanitaires (comme l'a montré la crise de la Covid-19).

À l'âge adulte, la mise à jour des rappels est importante et certaines vaccinations sont par ailleurs recommandées dans des situations particulières (grossesse, maladie chronique, etc.) ou obligatoires dans le cadre de certains exercices professionnels⁸⁰.

- Maintenir une protection efficace.

VACCINATIONS	RECOMMANDATIONS
Covid-19	Tous les adultes sont éligibles à la vaccination depuis mai 2021 et au rappel depuis septembre 2022.
Coqueluche	<p>Un rappel vaccinal contre la coqueluche est recommandé pour tous les adultes de 25 ans.</p> <p>Les femmes enceintes doivent être vaccinées à chaque grossesse.</p> <p>Un rappel doit être envisagé pour les membres de l'entourage familial des femmes enceintes non vaccinés au cours des dix dernières années si la femme n'a pas été vaccinée pendant la grossesse ou si elle a été vaccinée moins d'un mois avant l'accouchement.</p> <p>La vaccination doit également être proposée à la mère venant d'accoucher si elle n'a pas été vaccinée pendant la grossesse, même si elle allait son enfant.</p>
Diphhtérie, Tétanos, Poliomyélite	Rappels à 25 ans et 45 ans.
Fièvre jaune	<p>La vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire pour les résidents du département de la Guyane âgés de plus de 12 mois ou pour toute personne y séjournant.</p> <p>Elle est recommandée chez les voyageurs âgés de plus de 9 mois qui se rendent dans des pays où sévit la maladie (pays tropicaux d'Amérique du Sud et d'Afrique).</p>

80. <https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Adultes-20-a-64-ans>

VACCINATIONS	RECOMMANDATIONS
Grippe saisonnière	<p>Tous les ans pour les personnes atteintes d'une maladie chronique sévère et/ou d'obésité, en cas de grossesse, ou en contact étroit avec une personne fragile dans leur entourage.</p> <p>La vaccination contre la grippe saisonnière est également recommandée aux personnes en contact étroit avec des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave : cardiopathie congénitale, déficit immunitaire congénital, maladie pulmonaire, maladie neurologique ou neuromusculaire ou affection de longue durée (ALD).</p>
Hépatite A	<p>Pour les personnes atteintes de mucoviscidose ou d'une maladie chronique du foie et pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.</p> <p>Une vaccination rapide peut être également recommandée pour l'entourage familial d'une personne atteinte d'hépatite A, ou vivant sous le même toit que cette personne.</p> <p>La vaccination est également recommandée au sein d'une communauté en situation d'hygiène précaire, lorsqu'il existe un cas d'hépatite A.</p>
Hépatite B	<p>Pour les adultes non vaccinés et exposés à un risque accru de contamination :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ; • usagers de drogues injectables ; • susceptibles de recevoir des transfusions ou des médicaments dérivés du sang (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux, etc.) ; • candidats à une greffe d'organe, de tissu ou de cellules ; • détenus ou anciens détenus en prison ; • entourage ou partenaires sexuels d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou porteuse chronique de l'antigène HBs.
HIB	Pour les personnes non vaccinées présentant certaines maladies du sang.
HPV	<p>Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, jusqu'à l'âge de 26 ans.</p> <p>Rattrapage vaccinal jusqu'à 26 ans pour les femmes et les hommes (recommandations HAS 13 mai 2025).</p>
Méningites et septicémies à méningocoque (ACYW)	Pour les adultes non vaccinés dans l'enfance ou l'adolescence, la vaccination est recommandée jusqu'à 24 ans inclus.

Source : <https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Adultes-20-a-64-ans>

VACCINATIONS	RECOMMANDATIONS
Méningites et septicémies à méningocoque (ACYW 135, B)	<p>La vaccination contre les méningocoques de sérogroupes A, C, Y et W (vaccin tétravalent ACYW135) et la vaccination contre les méningocoques de sérogroupes B peuvent être recommandées chez des adultes présentant certaines maladies du sang. Ces vaccinations peuvent également être organisées par les autorités sanitaires s'il existe des cas groupés ou en situation d'épidémie.</p>
Méningites, pneumonies et septicémies à pneumocoque	<p>Pour les personnes non vaccinées à risque élevé d'infections sévères à pneumocoque.</p>
Varicelle	<p>Pour les adultes qui n'ont pas eu la varicelle, et ne sont donc pas naturellement immunisés ou dont on n'est pas certain qu'ils aient eu la varicelle, la vaccination est recommandée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les femmes en âge de procréer, surtout si elles ont un projet de grossesse, ou après une 1^{re} grossesse, sous contraception efficace. • Chez toute personne dans l'entourage proche d'une personne atteinte de varicelle (dans les trois jours suivant l'exposition). • Chez toute personne en contact étroit avec des personnes immunodéprimées.

XIV. Seniors (à partir de 65 ans)

Malgré la prise en charge annuelle par l'Assurance maladie de la vaccination contre la grippe saisonnière et la Covid-19, et malgré la mise à jour régulière du calendrier vaccinal par le ministère en charge de la Santé, les recommandations sont peu suivies et la couverture vaccinale des seniors stagne à faible niveau pour les vaccins contre la grippe (54 %), la Covid-19 (30 %), le pneumocoque (5 %) et le zona (4 %), selon Santé publique France⁸¹.

La vaccination des seniors vise à préserver l'autonomie et à optimiser l'espérance de vie en bonne santé dans un contexte de vieillissement démographique accéléré.

L'Académie nationale de médecine préconise que la vaccination des seniors devienne un objectif prioritaire de santé publique en raison de leur vulnérabilité accrue aux infections et de l'impact socio-économique des maladies évitables. Elle indique, dans un communiqué du 22 janvier 2025⁸², que certaines infections constituent un fardeau médical et économique national de plus en plus lourd chez les seniors (personnes âgées de 65 ans et plus), en raison de l'immunosénescence (déclin des fonctions immunitaires).

La vaccination des seniors vise à préserver l'autonomie et à optimiser l'espérance de vie en bonne santé dans un contexte de vieillissement démographique accéléré.

81. Santé publique France, « Vaccination en France : Bilan de la couverture vaccinale en 2023 », 26 avril 2024 : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/vaccination-en-france.-bilan-de-la-couverture-vaccinale-en-2023>

82. Académie nationale de médecine, « Vacciner les seniors : un devoir de prévention négligé », 22 janvier 2025 : <https://www.academie-medecine.fr/vacciner-les-seniors-un-devoir-de-prevention-neglige/>

VACCINATIONS	RECOMMANDATIONS
Bronchiolites/Infections à VRS	Pour l'ensemble des personnes de 75 ans et plus, et chez les personnes âgées de 65 ans et plus présentant des pathologies respiratoires chroniques (particulièrement BPCO) ou cardiaques (particulièrement insuffisance cardiaque).
Covid-19	La vaccination est recommandée à l'ensemble des personnes de 65 ans et plus chaque automne. Au printemps, une dose supplémentaire est recommandée aux personnes âgées de 80 ans et plus, aux résidents d'Ehpad et USLD et aux personnes immunodéprimées quel que soit leur âge.
Coqueluche	Cette vaccination est recommandée dans une stratégie de cocooning pour les adultes non vaccinés au cours des dix dernières années faisant partie de l'entourage d'une femme enceinte ou d'un nourrisson de moins de 6 mois pour le protéger de la coqueluche.
Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite	Rappel à 65 ans, puis tous les dix ans.
Fièvre jaune	<p>La vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire pour les résidents du département de la Guyane âgés de plus de 12 mois ou pour toute personne y séjournant.</p> <p>Elle est recommandée chez les voyageurs âgés de plus de 9 mois qui se rendent dans des pays où sévit la maladie (pays tropicaux d'Amérique du Sud et d'Afrique).</p>
Grippe saisonnière	Vaccination chaque année pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.
Hépatite A	Pour les personnes atteintes de mucoviscidose ou d'une maladie chronique du foie et pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Une vaccination rapide peut être également recommandée pour l'entourage familial d'une personne atteinte d'hépatite A, ou vivant sous le même toit que cette personne. La vaccination est également recommandée au sein d'une communauté en situation d'hygiène précaire lorsqu'il existe un cas d'hépatite A.
Hépatite B	<p>Pour les adultes non vaccinés et exposés à un risque accru de contamination :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ; • usagers de drogues injectables ; • susceptibles de recevoir des transfusions ou des médicaments dérivés du sang (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux, etc.) ; • candidats à une greffe d'organe, de tissu ou de cellules ; • détenus ou anciens détenus en prison ; • entourage ou partenaire sexuel d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou porteuse chronique de l'antigène HBs.
HIB	Pour les personnes non vaccinées atteintes de certaines maladies du sang.

Méningites et septicémies à méningocoque (ACYW 135, B)	La vaccination contre les méningocoques de sérogroupe A, C, Y et W (vaccin tétravalent ACYW135) et la vaccination contre les méningocoques de sérogroupe B peuvent être recommandées chez des adultes présentant certaines maladies du sang. Ces vaccinations peuvent également être organisées par les autorités sanitaires s'il existe des cas groupés ou en situation d'épidémie.
Méningites, pneumonies et septicémies à pneumocoque	Pour les personnes non vaccinées à risque élevé d'infections sévères à pneumocoque.
Varicelle	Pour les adultes qui n'ont pas eu la varicelle et ne sont donc pas naturellement immunisés ou dont on n'est pas certain qu'ils aient eu la varicelle, la vaccination est recommandée : <ul style="list-style-type: none"> • Chez toute personne dans l'entourage proche d'une personne atteinte de varicelle (dans les trois jours suivant l'exposition). • Chez toute personne étant en contact étroit avec des personnes immunodéprimées.
Zona	Pour toutes les personnes à partir de 65 ans.

Source : <https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Seniors-a-partir-de-65-ans>

XV. Grossesse et projet de grossesse

La vaccination des femmes enceintes présente un intérêt majeur pour protéger à la fois la mère et l'enfant contre des maladies potentiellement graves, en utilisant le transfert transplacentaire d'anticorps pour une protection néonatale précoce.

VACCINATIONS	RECOMMANDATIONS
Bronchiolites/Infections à VRS	<p><i>Pendant la grossesse :</i></p> <p>L'ensemble des femmes enceintes entre 32 et 36 semaines d'aménorrhées (entre septembre et janvier) peuvent se faire vacciner.</p> <p>La campagne d'immunisation des femmes enceintes et des nourrissons contre le VRS se termine le 31 janvier 2025 pour l'ensemble des territoires métropolitains et des DROMS, à l'exception de Mayotte.</p>
Covid-19	<p><i>Pendant la grossesse :</i></p> <p>Cette vaccination est recommandée dès le premier trimestre de la grossesse.</p> <p><i>Avant la grossesse :</i></p> <p>En l'absence de vaccination de la mère pendant la grossesse, cette vaccination est également recommandée pour les personnes non à jour dans leurs vaccinations et susceptibles d'être en contact étroit avec le nourrisson durant ses six premiers mois de vie (père, fratrie...).</p>

Coqueluche	<p><i>Avant la grossesse :</i></p> <p>Un rappel vaccinal contre la coqueluche est recommandé pour tous les adultes de 25 ans (avec rattrapage jusqu'à 39 ans).</p> <p>Bien que moins efficace pour protéger les nourrissons que la vaccination de la femme pendant la grossesse, la vaccination des adultes non vaccinés au cours des dix dernières années et ayant le projet d'avoir un enfant est à recommander aux femmes qui ne voudraient pas se faire vacciner pendant leur grossesse.</p> <p><i>Pendant la grossesse :</i></p> <p>Cette vaccination est recommandée à partir du 2^e trimestre et de préférence entre les semaines d'aménorrhées 20 et 36. La vaccination contre la coqueluche doit être effectuée à chaque grossesse et peut être réalisée avec un vaccin tétravalent (dTcaP).</p> <p>Une femme ayant reçu un vaccin contre la coqueluche avant sa grossesse doit également être vaccinée pendant la grossesse afin de s'assurer que suffisamment d'anticorps soient transférés au fœtus pour le protéger dès sa naissance.</p> <p>Pour plus d'informations : DGS-Urgent n°2024_11⁸³</p>
Grippe saisonnière	<p><i>Pendant la grossesse :</i></p> <p>Cette vaccination est recommandée chez la femme enceinte, quel que soit le trimestre de grossesse.</p>
Rubéole	<p><i>Avant la grossesse :</i></p> <p>La vaccination contre la rubéole est particulièrement recommandée pour les jeunes femmes ayant un projet de grossesse, non vaccinées et nées avant 1980.</p> <p>La vaccination consiste en une dose de vaccin rougeole-oreillons-rubéole.</p> <p>La vaccination n'est pas nécessaire si une analyse de sang montre la présence d'anticorps contre la rubéole.</p> <p>Une grossesse doit être évitée dans le mois suivant la vaccination.</p> <p><i>Avant la grossesse :</i></p> <p>Si une prise de sang chez une femme enceinte, quel que soit son âge, montre l'absence d'anticorps contre la rubéole, et si la femme n'a pas été vaccinée avant la grossesse, elle doit être vaccinée immédiatement après l'accouchement.</p> <p>Une grossesse doit être évitée dans le mois suivant la vaccination.</p>

83. DGS-Urgent n°2024_11 « Épidémie de coqueluche : avis HAS et HCSP » : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_n2024_11_coqueluche.pdf

Varicelle	<p><i>Avant la grossesse :</i></p> <p>La vaccination est recommandée pour toutes les femmes en âge de procréer qui n'ont pas eu la varicelle et ne sont donc pas naturellement immunisées ou dont on n'est pas certain qu'elles aient eu la varicelle, surtout si elles ont un projet de grossesse.</p> <p><i>Avant la grossesse :</i></p> <p>La vaccination est recommandée pour toutes les femmes qui n'ont pas eu la varicelle et ne sont donc pas naturellement immunisées ou dont on n'est pas certain qu'elles aient eu la varicelle après une première grossesse et sous contraception efficace, si elles n'ont pas été vaccinées avant leur grossesse.</p>
-----------	--

Source : <https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Grossesse-et-projet-de-grossesse>

XVI. Recommandations aux voyageurs

En cas de voyage à l'étranger, il est vivement conseillé :

- d'être à jour des vaccins recommandés en France et ceux obligatoires dans les pays étrangers ;
- d'être protégé contre des maladies infectieuses qui circulent fortement dans la zone de destination.

En effet, des vaccinations spécifiques sont prévues en fonction de la destination et de l'activité de la personne⁸⁴.

Par exemple :

- le vaccin contre la fièvre jaune pour un voyage dans une zone intertropicale d'Afrique ou d'Amérique du Sud (rappel : obligatoire pour la France en Guyane) ;
- le vaccin contre la méningite à méningocoque pour les pèlerins se rendant à la Mecque ;
- la vaccination contre l'hépatite A est fortement recommandée pour tout séjour dans un pays à bas niveau sanitaire.

Les indications vaccinales variant selon les pays et les actualités épidémiques, il est vivement conseil-

lé de visiter les sites officiels dédiés et mis à jour régulièrement, et notamment :

- Le ministère des Affaires étrangères a établi des conseils détaillés de santé et de sécurité en fonction des pays de destination : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>
- L'Institut Pasteur a établi des recommandations de vaccination par pays : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical>



84. Vaccination Info Service : <https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Recommandations-aux-voyageurs>

Annexe

4

Vaccination des professionnels de santé



En France, plusieurs professions sont soumises à une obligation vaccinale en raison de leur exposition accrue à des agents infectieux ou du risque de transmission à des personnes vulnérables.

Le Code de la santé publique (art. L. 3111-4, L. 3112-1, R. 3112-1 et R. 3112-2) rend obligatoires, pour certains personnels particulièrement exposés, certaines vaccinations. Il s'agit des étudiants des filières médicales et paramédicales et des personnes exposées travaillant dans certains établissements et organismes.

Le Code du travail (R. 4426-6) prévoit qu'un employeur, sur proposition du médecin du travail, peut recommander une vaccination visant à prévenir un risque professionnel.

I. Les vaccins concernés

Les vaccins obligatoires varient selon le métier et l'exposition, mais concernent principalement :

- Hépatite B
- Diphtérie
- Tétanos
- Poliomyélite
- (parfois) Grippe et Covid-19 selon l'actualité sanitaire et les recommandations

II. Les principales catégories concernées

PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

- Médecins
- Chirurgiens-dentistes
- Pharmaciens
- Sages-femmes
- Infirmiers
- Masseurs-kinésithérapeutes
- Pédicures-podologues
- Manipulateurs d'électroradiologie médicale
- Aides-soignants

- Auxiliaires de puériculture
- Ambulanciers
- Techniciens en analyses biomédicales

Étudiants et élèves préparant à ces professions

- Étudiants en médecine, pharmacie, soins infirmiers, etc.
- Assistants dentaires en formation

PERSONNELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

Tous les personnels travaillant dans des établissements publics ou privés de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées (hôpitaux, Ehpad, établissements pour personnes handicapées, etc.).

PERSONNELS DE LABORATOIRE

Personnels des laboratoires d'analyses médicales exposés à des risques de contamination.

THANATOPRACTEURS

Professionnels pratiquant les soins de conservation aux défunt.

AUTRES PROFESSIONS À RISQUE SPÉCIFIQUE

- Égoutiers
- Personnels des services sanitaires de maintien à domicile pour personnes âgées
- Personnels des établissements de garde d'enfants d'âge préscolaire (crèches, halte-garderie)
- Personnels de l'alimentation et de la restauration collective exposés à certains risques



Annexe

5

Vaccination Covid-19



I. Pour les professionnels de santé

Même si l'obligation vaccinale des professionnels de santé a été suspendue par le décret n° 2023-368 du 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la Covid-19 des professionnels et étudiants, la HAS recommande fortement de procéder à la vaccination.

La vaccination est recommandée à ceux ayant des contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou fragiles, y compris les professionnels et étudiants des secteurs sanitaire et médico-social ainsi que les étudiants et professionnels des services de secours et d'incendie (professionnels et bénévoles).

II. Pour les enfants de moins de 12 ans

Les enfants âgés de 6 mois à 4 ans à risque de forme grave ou vivant dans l'entourage d'une personne immunodéprimée peuvent également être vaccinés contre la Covid-19.

La vaccination nécessite l'accord des deux parents et la présence d'un parent ou d'un accompagnateur, muni du formulaire d'autorisation parentale.

III. Pour les adolescents de 12 à 17 ans

- Le jour de la vaccination, l'adolescent peut venir accompagné de l'un de ses parents (ou titulaire de l'autorité parentale). Il s'agit d'une recommandation et non d'une obligation.
- Il doit impérativement présenter une autorisation signée de ses deux parents.
- Il n'est pas possible pour un mineur de se faire vacciner si ses deux parents ne sont pas d'accord.
- Il est recommandé aux professionnels de santé de conserver l'autorisation parentale soit sous format papier soit en la mentionnant dans le dossier médical du patient.

- Le formulaire d'autorisation parentale à la vaccination contre la Covid-19 est disponible en ligne.
- Le consentement libre et éclairé de l'adolescent concerné est également nécessaire avant de procéder à la vaccination.
- L'équipe de vaccination doit expliquer de manière détaillée aux adolescents les différents aspects de la vaccination pour qu'ils puissent donner leur consentement. Ce recueil du consentement ne nécessite pas de formulaire ou d'engagement écrit : il doit être recueilli à l'oral, pendant l'entretien préparatoire à la vaccination, par le professionnel de santé.
- La carte vitale d'un des parents ou une attestation de droit mentionnant le n° de Sécurité sociale d'un de leurs parents doit être présentée.

Mais la vaccination n'est pas recommandée pour les adolescents ayant développé un syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection à la Covid-19.

IV. Pour les adultes

Pour l'ensemble des adultes, aucune recommandation particulière n'est faite pour cette tranche d'âge. Cependant, l'injection d'une dose supplémentaire de vaccin est recommandée au printemps pour les personnes âgées de 80 ans et plus, les personnes immunodéprimées et les résidents en Ehpad et USLD, en respectant un délai d'au moins trois mois depuis la dernière dose de vaccin ou la dernière infection.



Annexe

6

Vaccination HPV



I. L'infection et ses conséquences

L'infection à HPV est une des trois infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes dans la population sexuellement active. Les infections à Papillomavirus humains (HPV) sont très fréquentes et se transmettent lors des contacts sexuels. Environ 8 personnes sur 10 sont exposées à ces virus au cours de leur vie. Dans 60 % des cas, l'infection a lieu au début de la vie sexuelle.

Les préservatifs n'apportent qu'une protection partielle vis-à-vis de l'infection.

Quel que soit le type de HPV considéré, la primo-infection est inapparente. La durée médiane du portage virus après la primo-infection est d'environ 15 mois au niveau du col de l'utérus et 12 mois au niveau de l'anus. Ce portage évolue dans plus de 90 des cas vers la clairance virale.

Chaque année en France, 6 400 cancers sont dus aux HPV, dont 2 900 cancers du col de l'utérus. 30 000 lésions précancéreuses sont également détectées.

La quasi-totalité des cancers du col de l'utérus et 90 % des cancers de l'anus résultent ainsi d'une infection par un HPV ; les HPV 16 et 18 sont en cause dans environ 70 % des cancers du col de l'utérus, et le HPV 16 dans 89 % des cancers de l'anus.

L'infection à HPV est aussi la cause de cancer de la verge, de la vulve, du vagin ou encore du larynx et de la sphère oropharyngée.

On estime que près de 80 % des adultes ont au moins une infection à HPV dans leur vie. Plus de 60 % des primo-infections surviennent dans les cinq ans suivant les premiers rapports sexuels. C'est pourquoi la prévention et la campagne de vaccination doit se faire à l'adolescence.

Recommandé depuis décembre 2006 pour les filles et seulement janvier 2021 pour les garçons, le taux de couverture vaccinale progresse, mais reste relativement insuffisant.

Il est proposé gratuitement à tous les collégiens des classes de 5^e.

II. Les recommandations

La vaccination contre les infections à Papillomavirus humains (HPV) est recommandée pour les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans avec un schéma à 2 doses à cinq mois d'intervalle (M0-M5).

Pour ceux qui n'auraient pas été vaccinés à 14 ans, un rattrapage de la vaccination est recommandé pour les jeunes femmes et les jeunes hommes entre 15 et 19 ans inclus : trois doses sont alors nécessaires.

La vaccination contre les HPV est également recommandée :

- Dès l'âge de 9 ans et jusqu'à l'âge de 19 ans chez les enfants (garçons et filles) candidats à une transplantation d'organe solide.
- Chez les garçons et les filles immunodéprimés, aux mêmes âges que dans la population générale, avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans.
- Jusqu'à l'âge de 26 ans, chez les hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec des hommes.

III. Schéma de vaccination

UN SEUL VACCIN EST ACTUELLEMENT RECOMMANDÉ

- Le vaccin Gardasil 9® protège contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, et doit être utilisé pour toute nouvelle vaccination depuis le 1^{er} janvier 2021.
- Le vaccin Gardasil® qui protégeait contre 4 souches de virus HPV n'est plus commercialisé.
- Le vaccin Cervarix® qui protège contre 2 souches de virus HPV n'est plus recommandé.

Le schéma vaccinal du Gardasil9® :

Vaccination débutée entre 11 et 14 ans révolus.	2 doses espacées de cinq mois (jusqu'à treize mois).
Vaccination débutée entre 15 et 19 ans révolus.	3 doses administrées selon un schéma 0,2 et 6 mois : M0, M2, M6.
Vaccination pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus.	3 doses administrées selon un schéma 0,2 et 6 mois : M0, M2, M6.

Toute nouvelle vaccination doit être commencée avec le vaccin Gardasil 9® pour les personnes non antérieurement vaccinées.

En cas de retard, il est inutile de tout recommencer, il suffit de compléter avec la ou les doses manquantes.

Une instruction interministérielle du 2 juillet 2025 organise la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et contre les infections invasives à méningocoque ACWY (MenACWY) au collège à partir de la rentrée scolaire 2025-2026⁸⁵.



⁸⁵. <https://bulletins-officiels.social.gouv.fr/instruction-interministerielle-ndeg-dgsmvidgesco202597-du-2-juillet-2025-relative-lorganisation-dune-campagne-nationale-de-vaccination-contre-les-infections-papillomavirus-humains-hpv-et-contre-les-infections-invasives-meningocoque-acwy-mena>

Annexe

7

Vaccination contre la grippe



I. Le public cible

Une vaccination tous les ans contre la grippe est recommandée pour **toutes les personnes de 65 ans et plus**

Par ailleurs, la vaccination contre la grippe est recommandée :

- Aux femmes enceintes, quel que soit le stade de la grossesse.
- À toute personne âgée de plus de 6 mois si elle présente l'une des maladies suivantes :
 - Maladies respiratoires : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème, dilatation des bronches, mucoviscidose, silicose, malformations de la cage thoracique... Toutes ces maladies sont en effet susceptibles d'être aggravées par la grippe.
 - Maladies cardiovasculaires : cardiopathie congénitale, insuffisance cardiaque, maladie des valves cardiaques, troubles du rythme cardiaque, maladie des artères du cœur, angine de poitrine, antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'infarctus ou de pontage.
 - Maladies neurologiques et neuromusculaires : formes graves des affections neurologiques et musculaires (myopathie, sclérose en plaques, séquelles d'accident vasculaire cérébral, démence de type Alzheimer ou autre, poliomérite, myasthénie...), paraplégie ou tétraplégie avec atteinte du diaphragme.
 - Maladies des reins et du foie : néphropathie (atteinte du rein) chronique grave, personnes en dialyse, syndrome néphrotique, maladie chronique du foie.
 - Troubles métaboliques : diabète, obésité.
 - Troubles de l'immunité et maladies sanguines : cancers et autres maladies du sang, transplantation (greffe) d'organe et de moelle, déficits immunitaires, maladies inflammatoires et/ou auto-immunes traitées par immunosuppresseurs, infection par le VIH, drépanocytose.

- À l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois qui présentent des facteurs de risque de grippe grave : prématurés, enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une affection de longue durée (ALD).

- Aux personnes en situation d'obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40 kg/m².
- Aux personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge.
- À l'entourage des personnes immunodéprimées.

II. Les professionnels cibles

La vaccination contre la grippe est **recommandée chez les professionnels de santé** et chez tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère. Elle permet en effet d'éviter que le personnel soignant (médecins, infirmiers, puéricultrices, aides-soignants...) ne transmette la grippe aux patients les plus fragiles.

Elle est également recommandée au personnel navigant des bateaux de croisière et des avions, ainsi qu'au personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs.

Depuis 2022, elle est recommandée aux professionnels exposés aux virus influenza porcins et aviaires (par exemple : éleveurs, vétérinaires, ouvriers agricoles en production porcine, etc.).

III. Vaccination concomitante Covid-19

Conformément aux recommandations de la HAS, il est conseillé de proposer la vaccination concomitante des vaccins contre la grippe et de la Covid 19.

Les 2 injections peuvent être pratiquées le même jour, sur 2 sites d'injection distincts (les 2 bras par exemple).

Il n'y a pas de délai à respecter entre les deux vaccinations si les deux vaccins ne sont pas administrés au même moment.



Annexe

8

FICHE PRATIQUE
Quelles sont
les démarches
en cas de perte
du carnet
de santé ?



En cas de perte du carnet de santé, voici une proposition de démarches à suivre :

I. Contacter les professionnels de santé ayant suivi l'enfant

- Médecin traitant, pédiatre, services de PMI ou médecine scolaire peuvent détenir des copies ou traces des vaccinations et examens.
- Il est utile de demander un relevé vaccinal ou des duplicata de certificats.

II. Demander un duplicata ou un nouveau carnet

- Il n'existe pas de duplicata officiel du carnet de santé au sens strict, mais on peut en obtenir un nouveau vierge auprès de certaines mairies, PMI ou CAF.
- Le nouveau carnet peut être reconstitué par un médecin à partir des informations disponibles (carnets de vaccination, ordonnances, certificats, relevés de l'Assurance maladie).

III. Vérifier l'espace numérique de santé ou le DMP

- Si le Dossier médical partagé (DMP) a été activé ou si l'enfant dispose d'un carnet de vaccination électronique, certaines données vaccinales peuvent y figurer.
- L'Espace numérique de santé (« Mon Espace Santé ») peut aussi contenir des documents utiles, à condition qu'ils y aient été déposés.



Annexe

9

**FICHE PRATIQUE
Rattrapage
vaccinal**



I. Intérêt

Le ratrappage vaccinal vise à assurer une protection optimale aux personnes dont le statut vaccinal est incomplet, incertain ou inconnu, en se recalant sur le calendrier vaccinal français en vigueur.

Différence avec la primo-vaccination classique :

- Primo-vaccination : suit le calendrier standard dès la naissance avec vision prospective.
- Rattrapage : adapte le nombre de doses à l'âge actuel, en tenant compte des vaccinations antérieures. Sa vision est donc rétrospective.

II. Moments clés pour vérifier le statut vaccinal

- Consultation médicale (tout motif)
- Scolarité, université
- Hospitalisation
- Grossesse
- Visite de prévention ou d'embauche

Dans tous les cas, il faudra assurer la traçabilité des vaccinations réalisées.

III. 7 règles d'or

1. Chaque dose de vaccin reçue compte : «on ne recommence pas tout».
2. Tous les vaccins (inactivés ou vivants) peuvent être administrés le même jour.
3. Intervalles : aucun intervalle particulier entre vaccins inactivés. Seule exception : respecter un délai de 1 mois entre 2 vaccins vitaux vivants.
4. Priorité aux infections les plus sévères en fonction de l'âge cible : coqueluche <3 mois, infections invasives <2 ans, rougeole, HPV et hépatite B chez l'adolescent.
5. Rattrapage le plus rapide possible en profitant de toutes les occasions (même infection banale).

6. 2 injections classiques par séance, mais possibilité de 3 à 5 vaccins si nécessaire.
7. Se recaler sur le calendrier en vigueur dès que possible.

IV. Contre-indications et précautions

Contre-indications définitives (rares) :

- Allergie grave à une injection précédente.
- Syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines post-vaccination.
- Immunodépression et grossesse (pour vaccins vivants).

Situations particulières :

- Infection mineure/fièvre faible : ne pas retarder !
- Fièvre >38 °C ou infection modérée/sévère : différer de quelques jours.
- Doses excédentaires : réactogénicité possible, mais peu fréquente.
- œdème étendu/phénomène d'Arthus : nécessite d'interrompre DTPCa et de doser les anticorps antitétaniques.

V. Conduite à tenir

Évaluation :

- Déterminer le nombre de doses nécessaires selon l'âge actuel.
- Vérifier les preuves de vaccination antérieures.
- S'assurer que les intervalles minimaux ont été respectés.
- Ignorer les doses administrées trop rapidement.

Planification :

- Commencer par les vaccins contre les maladies invasives.
- Prioriser les vaccins nécessitant plusieurs doses.
- Respecter les intervalles minimaux.

Bilans associés :

- Hépatite B : Ag HBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc (si exposition à risque).
- Dosage post-vaccinal après tétonos et hépatite B (1 mois plus tard).

Statut inconnu - sérologies utiles :

- **Tétanos (dosage post-vaccinal 4-8 semaines après 1 dose)**
 - ≥ 1 UI/mL = Réponse anamnestique = déjà vacciné : schéma complet.
 - $\leq 0,1$ UI/mL = Jamais vacciné : programme complet.
 - 0,1-1 UI/mL = Primo-vaccination incomplète : 1 dose supplémentaire à 6 mois.
- **Hépatite b (enfants étrangers : sérologie complète AVANT vaccination)**
 - Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc initiaux.
 - Ac anti-HBs > 100 mUI/mL : protégé à long terme.
 - Ac anti-HBs 10-100 mUI/mL : vacciné, protégé.
 - Ac anti-HBs < 10 mUI/mL : nouvelle injection + contrôle à 4-8 semaines.

- Vaccins vivants viraux : même jour OU 4 semaines d'intervalle.

Exception : fièvre jaune + ROR : délai minimum 4 semaines.

VIII. Obligations vaccinales

Pour mémoire, les nouvelles obligations vaccinales contre les méningites ACWY et B concernent tous les nourrissons (entre 0 et 24 mois) et sont exigibles en collectivités d'enfants à compter du 1^{er} janvier 2025 et concernent donc en partie certains enfants nés avant le 1^{er} janvier 2025.

En outre, en raison de la situation épidémiologique exceptionnelle observée en 2024-2025, un rattrapage vaccinal transitoire des enfants de 2 à 4 ans révolus (5^e anniversaire) pour ces deux vaccinations est recommandé.

Ce qu'il faut faire si le schéma n'a pas été respecté :

ACWY

Avant 24 mois : rattrapage obligatoire (pour être à jour de l'obligation des nourrissons).

Au-delà : rattrapage transitoire recommandé jusqu'à 4 ans révolus.

B

Rattrapage transitoire recommandé chez l'enfant jusqu'à 4 ans révolus.

Adolescents : ACWY recommandé : 1 dose entre 11-14 ans (rattrapage 1 dose de 15 à 24 ans).

VI. Comment procéder

Technique d'injection :

- Sites différents espacés d'au moins 2,5 cm.
- Deltoïdes (grands enfants/adultes) ou face antérolatérale cuisse (nourrissons).
- Proscrire les injections dans la fesse.
- Après BCG : ne pas vacciner 3 mois sur le même membre.

VII. Intervalles entre vaccins

- Vaccins inactivés : même jour ou n'importe quel intervalle.

IX. Nombre de doses à administrer selon l'âge de début de la série en rattrapage

Âge début	DTCaP	Hib	Hépatite B
2 mois – 1 an	3	3	3
1 an – 5 ans	3	1	3
6 an – 10 ans	3	-	3
11 ans – 15 ans	3	-	2 (si 20µg)
≥ 16 ans	3	-	<p>3</p> <p>Étudiants et professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, dentistes, manipulateurs radio...).</p> <p>Pour certaines professions de santé, la vaccination est obligatoire pour exercer (Code de la santé publique, art. L. 311-4).</p> <p>Personnel de laboratoire, pompiers, secouristes, forces de l'ordre en intervention.</p> <p>Travailleurs sociaux exposés à des situations à risque.</p>

Formulation pédiatrique : 10 µg/adulte : 20 µg

X. Particularités par vaccin

ROR

- ≥ 1 an : 2 doses à ≥ 1 mois d'intervalle.
- Toute personne née depuis 1980 doit avoir reçu 2 doses.
- Pas d'inconvénient à vacciner une personne déjà免疫.

HPV

- Début < 15 ans : 2 doses à ≥ 6 mois d'intervalle.
- Début ≥ 15 ans : 3 doses (schéma 2+1).

En mai 2025, la Haute Autorité de santé a officiellement recommandé l'élargissement de la cohorte de rattrapage vaccinal HPV aux jeunes hommes et jeunes femmes jusqu'à 26 ans révolus, indépendamment de leur orientation sexuelle.

VARICELLE

- Indication : personnes ≥ 12 ans (parfois formulé « ≥ 11 ans révolus » dans certains textes) sans antécédent certain de varicelle (clinique ou documenté) et avec sérologie négative. Priorité : adolescents et adultes exposés à un risque particulier (ex. : entourage de personnes immunodéprimées, professionnels de santé).
- Schéma : 2 doses de vaccin monovalent (Varivax® ou Varilrix®), espacées d'au moins 4 semaines (1 mois).





Annexe

10

FICHE PRATIQUE Comment déclarer un événement en pharmacovigilance (patient, médecin)



I. Qu'est-ce qu'un événement de pharmacovigilance ?

Un événement de pharmacovigilance⁸⁶ est tout effet indésirable, grave ou non, attendu ou inattendu, susceptible d'être lié à l'utilisation d'un médicament ou d'un vaccin. Cela inclut aussi les erreurs médicamenteuses, mésusages, surdosages, abus, interactions, défauts de qualité, exposition pendant la grossesse/allaitement, suspicion d'inefficacité ou transmission d'agent infectieux⁸⁷.

II. Qui peut déclarer ?

- Professionnels de santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) : obligation légale de déclarer tout effet indésirable grave ou inattendu dont ils ont connaissance, qu'ils aient ou non prescrit ou délivré le médicament.
- Autres professionnels de santé : fortement encouragés à déclarer.
- Patients et associations de patients : peuvent déclarer directement pour eux-mêmes ou pour un tiers.

III. Que déclarer ?

- Tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou vaccin.
- Toutes les situations suivantes :
 - Erreur médicamenteuse (potentielle ou avérée).
 - Mésusage, abus, surdosage.
 - Défaut de qualité du médicament.
 - Suspicion d'inefficacité.
 - Exposition pendant la grossesse ou l'allaitement.
 - Toute situation jugée pertinente par le déclarant.

IV. Où et comment déclarer ?

Un portail national de signalement est prévu : signalement.social-sante.gouv.fr, il est accessible à tous (patients, professionnels). Ce site permet de signaler en ligne en quelques clics, la déclaration est automatiquement transmise au Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) compétent⁸⁸.

D'autres autres moyens existent : par courrier, téléphone ou courriel au CRPV de votre région, via le site Internet de votre CRPV local.

Plusieurs formulaires Cerfa sont prévus, en fonction du déclarant :

Professionnels : Cerfa 10011*07 : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R14404>

Patients : Cerfa 15031*04 : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R48611>

V. Informations à fournir

- Identification du patient : initiales, sexe, âge/date de naissance, département (pas de données nominatives transmises hors CRPV).
- Identification du déclarant : nom, coordonnées, profession.
- Description de l'effet indésirable : symptômes, diagnostic, date d'apparition et d'évolution, examens réalisés.
- Informations sur le médicament suspecté : nom, dosage, dates et modalités de prise.
- Contexte : antécédents, autres traitements, chronologie détaillée.

86. Ministère de la Santé, « La pharmacovigilance » : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/la-surveillance-des-medicaments/article/la-pharmacovigilance>
87. ANSM, « Déclarer un effet indésirable » : <https://ansm.sante.fr/documents/reference/declarer-un-effet-indesirable>

88. ANSM, « Liste des Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) » : <https://ansm.sante.fr/page/liste-des-centres-regionaux-de-pharmacovigilance>

VI. Que devient la déclaration ?

La déclaration est analysée par le CRPV pour évaluer le lien avec le médicament et détecter d'éventuels signaux de sécurité. Puis cette analyse est transmise à l'ANSM⁸⁹ et est intégrée dans la base européenne Eudravigilance pour les cas graves ou collectifs.

Dans certains cas, une prise de contact avec le déclarant peut être envisagée pour complément d'information ou suivi.

VII. Pourquoi déclarer ?

Cette déclaration permet de contribuer à la sécurité des patients et à l'amélioration de la connaissance des médicaments, mais également de permettre une réaction rapide des autorités de santé en cas de risque identifié (modification d'usage, retrait, information des professionnels et du public).

Schéma explicatif :

Étape	Qui ?	Où ?	Comment ?
Identification de l'événement	Tout usager	Portail de signalement	Formulaire en ligne et papier
	Tout professionnel	CRPV	
Transmission de la déclaration	Déclarant	CRPV ou portail national	Automatique ou manuelle selon la forme choisie
Analyse et suivi	CRPV ANSM	Réseau national de pharmacovigilance	Évaluation et retour possible

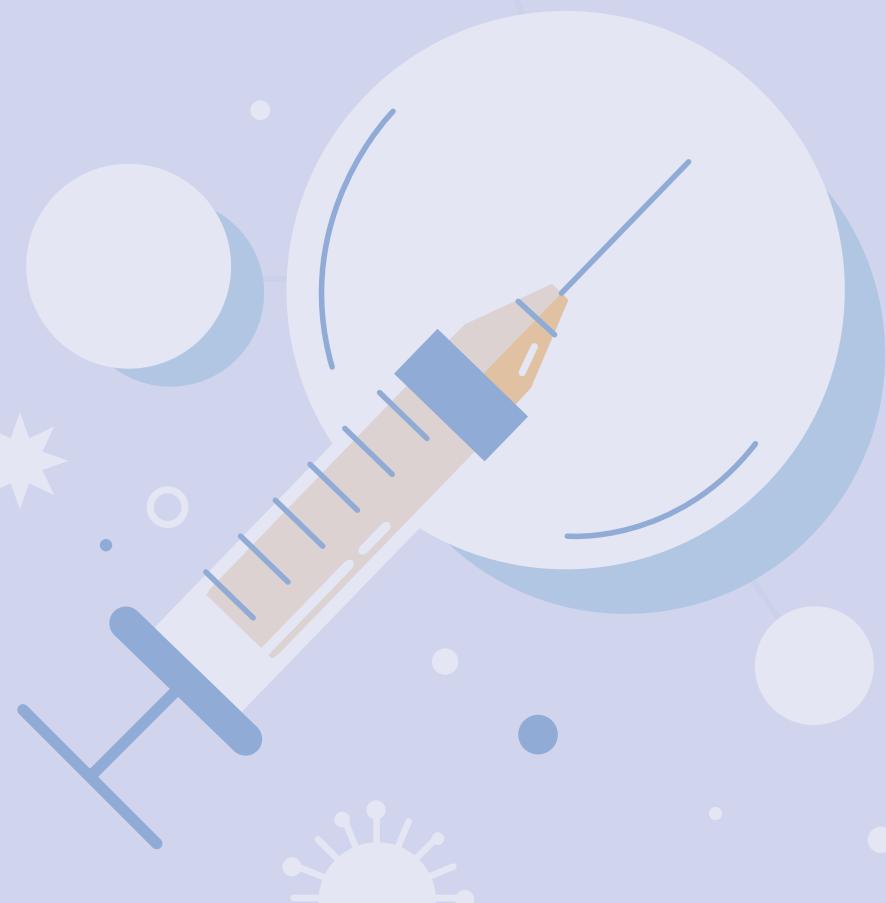
89. Vaccination Info Service, «Déclaration d'un effet indésirable» : [https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-pratiques/Acte-vaccinal/Declaration-d-un-effet-indesirable#:~:text=Tout%20m%C3%A9decin,%20chirurgien-dentiste,%20usage-femme%20ou%20pharmacien%20a%20%E2%80%99obligation,%C3%A9gional%20de%20pharmacovigilance%20\(CRPV\)%20dont%20l%20%C3%A9pend%20g%C3%A9ographiquement](https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-pratiques/Acte-vaccinal/Declaration-d-un-effet-indesirable#:~:text=Tout%20m%C3%A9decin,%20chirurgien-dentiste,%20usage-femme%20ou%20pharmacien%20a%20%E2%80%99obligation,%C3%A9gional%20de%20pharmacovigilance%20(CRPV)%20dont%20l%20%C3%A9pend%20g%C3%A9ographiquement).



Annexe

11

Les procédures d'indemnisation liées aux préjudices post-vaccinaux



I. Aide-mémoire pratique CCI vs Oniam : les différences essentielles

ASPECT	CCI	ONIAM
Qu'est-ce que c'est ?	Commission administrative régionale	Office national public
Rôle principal	Évalue les dossiers et oriente	Indemnise directement
Pour quels accidents ?	Tous les accidents médicaux	Seulement les accidents non fautifs
Comment saisir ? (Fiches pratiques en annexes)	Obligatoire	Systématique
Résultat	Donne un avis amiable (non contraignant)	Verse l'indemnisation
Spécificité liée au régime des vaccins	Vaccins non obligatoires	Vaccins obligatoires en direct

EN RÉSUMÉ, QUI FAIT QUOI ?

- Commission de conciliation et d'indemnisation
CCI = l'expert qui évalue et oriente
- **Oniam** = l'organisme qui paye quand il n'y a pas de faute

II. La Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

Voir la fiche pratique « Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, par la voie du règlement amiable ».

Renseignements sur oniam.fr ou par téléphone auprès de la Commission de conciliation et d'indemnisation de la région concernée.

III. Office national d'indemnisation des accidents médicaux

Voir la fiche pratique « Indemnisation des accidents vaccinaux par la voie du règlement amiable ».

Renseignements sur oniam.fr



Au service des médecins, dans l'intérêt des patients

Conseil national de l'Ordre des médecins

4, rue Léon-Jost
75855 Paris Cedex 17
01 53 89 32 00

www.conseil-national.medecin.fr

@ordre_medecins



Conseil national de l'Ordre des médecins