

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	4
II. CONTEXTE	6
1. Politique de vaccination en France	6
2. De l'obligation à la recommandation vaccinale	6
3. Hésitation vaccinale	7
4. Etat de la couverture vaccinale en France	8
5. De l'importance de se vacciner	9
6. Epidémie de rougeole	10
6.1. En France.....	10
6.2. Dans l'Union Européenne	12
6.3. A l'échelle mondiale.....	13
7. Politique vaccinale dans l'Union Européenne.....	16
8. Reconsidération de la politique vaccinale en France.....	17
8.1. Rapport sur la politique vaccinale	17
8.2. Concertation citoyenne sur la vaccination	18
8.3. L'injonction du Conseil d'État	18
8.4. Loi d'extension de l'obligation vaccinale	19
8.5. Rejet des recours par le Conseil d'État	20
9. Accompagnement de la loi.....	20
10. L'accueil du jeune enfant.....	21
10.1. Population des enfants âgés de moins de 6 ans	21
10.2. L'offre d'accueil	22
10.3. Les recours aux différents modes d'accueil des moins de 3 ans.	23
11. Règlementation des EAJE	24
11.1. Directeurs de crèche	24
11.2. Référents médicaux.....	24
11.3. Rôle du médecin de crèche	25
12. Position du problème	25
13. Objectifs.....	26
III. MATERIEL ET METHODE	26
1. Choix de la méthode	26

2.	Description de la méthode	26
2.1.	Population de l'étude.....	26
2.2.	Les entretiens.....	27
2.3.	Période de l'enquête.....	27
2.4.	Éthique	27
IV.	RESULTATS.....	27
1.	Information spécifique reçue	28
2.	Information transmise aux parents.....	29
3.	Modalités de contrôle des vaccinations.....	30
3.1.	Moyens de contrôle	30
3.2.	Fréquence de contrôle.....	30
3.3.	Problème de la confidentialité.....	31
3.4.	Difficultés rencontrées au contrôle	32
4.	Les retards de vaccination.....	32
4.1.	Cas rencontrés	32
4.2.	Gestion des retards.....	33
4.3.	Cause des retards.....	34
5.	Evolution du règlement intérieur.....	35
6.	Impact sur le travail des professionnels.....	35
6.1.	Point de vue des directrices	35
6.2.	Point de vue des médecins	36
7.	Attitude des parents selon les professionnels	36
8.	Opinion sur l'obligation vaccinale	38
8.1.	Opinion des directrices	38
8.2.	Opinion des médecins.....	39
V.	DISCUSSION	41
1.	Synthèse des résultats.....	41
2.	Limites de l'étude	42
2.1.	Limites liées au recrutement : biais de sélection.....	42
2.2.	Limites liées au manque de recul	43
3.	Impact de la nouvelle législation sur la couverture vaccinale	43
3.1.	Des premiers effets positifs sur la couverture vaccinale.....	43
3.2.	Une révision des mesures de contrôle suite à des cas de rougeole dans les crèches	44

3.3. Place des vaccins recommandés.....	44
4. Accueil de la loi par les médecins et parents.	45
4.1. La forte adhésion des pédiatres et médecins généralistes aux nouvelles obligations vaccinales	45
4.2. L'importance de la vaccination progresse dans l'opinion des parents	45
5. L'entretien motivationnel pour la promotion de la vaccination.....	46
6. Les parents récalcitrants encore difficiles à atteindre	47
VI. CONCLUSION.....	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
ANNEXES	53
Annexe 1 : Guide d'entretien à l'attention des directeurs et médecins de crèche.....	53
Annexe 2 : Ensemble des documents d'information sur la vaccination destinée aux professionnels de santé et aux patients	54
Annexe 3 : Protocole mis en place par la Ville de Marseille pour répondre aux obligations de suivi des vaccinations.....	56
LISTE DES ABREVIATIONS.....	57

I. INTRODUCTION

« À l'exception de l'eau potable, aucune mesure, y compris les antibiotiques, n'a eu d'effet aussi important que la vaccination sur la mortalité et la croissance de la population mondiale. » disait le Dr Stanley Plotkin (1).

La vaccination est, en effet, un geste essentiel de prévention primaire pour lutter contre certaines maladies infectieuses graves à risque de complications, de séquelles ou mortelles. Il s'agit d'un succès de santé publique ayant abouti à l'éradication de la variole dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 2 à 3 millions de décès sont évités chaque année dans le monde grâce à la vaccination (2).

Le principe de la vaccination relève d'une logique de protection à la fois individuelle et collective : on se vaccine pour soi-même mais aussi pour protéger les autres. Les personnes vaccinées contribuent à protéger celles qui ne peuvent pas l'être, du fait d'un déficit immunitaire ou de leur trop jeune âge. Ainsi, une politique vaccinale efficace doit toucher le plus grand nombre pour protéger la collectivité.

La couverture vaccinale correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné. Une couverture vaccinale élevée constitue un élément clé dans le contrôle des maladies infectieuses. En effet, l'OMS estime que celle-ci doit atteindre 95% pour permettre l'éradication d'une maladie. En France, si c'est le cas pour les vaccins déjà obligatoires Diphtérie Tétanos, Poliomyélite mais aussi ceux associés dans un vaccin combiné : *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) et Coqueluche, la couverture vaccinale des autres vaccinations jusqu'alors recommandées (Pneumocoque, Hépatite B , ROR et Méningocoque) est bien insuffisante (3).

Cette situation est due à une hésitation vaccinale croissante en France. Le Baromètre Santé 2016, réalisé par Santé Publique France, illustre l'évolution défavorable de l'adhésion à la vaccination depuis 2010 (4). La proportion de personnes très favorables en France est passée de 42,5 % en 2005 à 15 % en 2010, après la pandémie grippale, pour remonter légèrement à 26,3 % en 2016. La France est le pays où circulent le plus de discours défavorables à la vaccination : 4 français sur 10 estiment que les vaccins ne sont pas sûrs et même dangereux, soit plus de 3 fois la moyenne mondiale (5).

Ainsi, les couvertures vaccinales s'étiolent et nous faisons face à la recrudescence de maladies parfois graves pourtant évitables. En atteste la reprise de la circulation du virus de la rougeole depuis novembre 2017 en France. En effet, à l'heure actuelle, aucun département n'atteint le taux requis de 95 % de couverture vaccinale à 2 ans pour les 2 doses de vaccin. Ces maladies contagieuses touchent essentiellement les enfants en bas âge notamment durant la 1^{ère} année de vie, ce qui fait des nourrissons une cible prioritaire de la politique vaccinale.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la loi du 30 décembre 2017 relative à l'extension de l'obligation vaccinale. Les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 devront recevoir jusqu'à l'âge de 18 mois, les 11 vaccins selon le calendrier convenu, pour leur entrée et leur maintien en collectivité (6). Ainsi, aux 3 vaccins précédemment obligatoires, diphtérie, tétanos, poliomyélite, s'ajoutent les vaccinations *Haemophilus influenzae* de type b, coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, méningocoque C et pneumocoque.

Cette décision a fait débat auprès du grand public, dénonçant une atteinte à la liberté individuelle et allant à l'encontre de la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative au « consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements proposés ». Or le principe même de la vaccination est celui de la protection collective par la constitution d'une immunité de groupe. Se vacciner, c'est aussi un geste citoyen, altruiste et responsable (7).

Plus d'un an après l'entrée en vigueur de cette nouvelle législation, comment s'effectue son application dans les lieux d'accueil du jeune enfant ?
Ce travail propose d'évaluer les évolutions au sein des crèches puisqu'elles constituent le premier lieu de collectivité pour les nourrissons de 2018.

II. CONTEXTE

1. Politique de vaccination en France

En France, la politique de vaccination est élaborée par le ministère de la Santé. C'est la Commission Technique des Vaccinations (CTV) dépendant de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui est chargée de proposer des recommandations concernant les vaccinations et des adaptations pour la mise à jour du calendrier vaccinal (8).

Celui-ci est revu chaque année en tenant compte de l'évolution de la situation épidémiologique, du développement des vaccins, des connaissances concernant leur efficacité et sécurité, et de la réflexion concertée d'experts internationaux dans le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Une vaccination n'est recommandée que si son bénéfice dépasse largement le risque d'effets indésirables (9).

2. De l'obligation à la recommandation vaccinale

Historiquement, les vaccins ont été rendus obligatoires en France pour lutter contre des maladies qui constituaient des fléaux sanitaires : la vaccination contre la variole en 1902, la diphtérie en 1938, le tétanos en 1940, la tuberculose (BCG) en 1950 et la poliomyélite, dernier vaccin obligatoire, en 1964. L'État voulait ainsi assurer un accès aux vaccins et une protection pour tous les enfants. Pour les vaccinations introduites dans le calendrier à partir de la fin des années 1960 (coqueluche, *Haemophilus influenzae* de type b, hépatite B, pneumocoque, méningite C, rougeole, oreillons, rubéole), 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 (10).

Il n'y a aucune différence en termes d'efficacité, de sécurité et de qualité entre les vaccins obligatoires et les vaccins recommandés, ces derniers sont simplement plus récents (11).

Ainsi, au fil du temps, les politiques de santé publique sont passées d'un principe coercitif à une logique plus douce, de recommandation et de conviction.

Jusqu'en 2018, le calendrier vaccinal des nourrissons comprenait 3 vaccins obligatoires DTP et 8 vaccins recommandés. Après celle de la variole en 1984, l'obligation de la vaccination par le BCG a été suspendue en 2007.

Or, comme le souligne le rapport Hurel de janvier 2016 (12), cette différenciation nuit à la lisibilité de la politique de vaccination et contribue à alimenter le doute. Elle conduit certains à croire que les vaccins recommandés sont moins importants que les vaccins obligatoires, et à s'en détourner (13).

3. Hésitation vaccinale

Les dernières décennies ont été marquées par une perte de confiance dans la vaccination. Selon une étude de 2016 publiée dans la revue *EBioMedicine*, la France est le pays où circulent le plus de discours défavorables à la vaccination : 41 % des Français interrogés craignent des effets indésirables dangereux induits par les vaccins, soit plus de 3 fois la moyenne mondiale (**Figure 1**) (5).

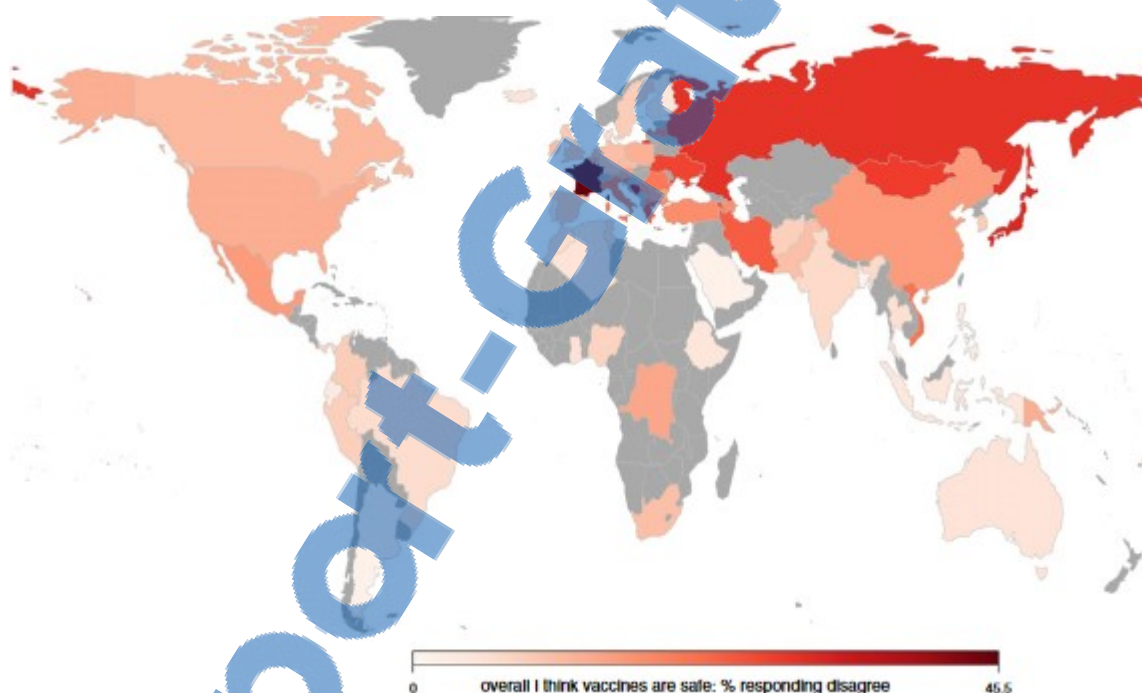


Figure 1 : Pourcentage de réponses négatives à l'affirmation « je pense que les vaccins sont sans danger » (« overall I think vaccines are safe ») (5)

Son statut de premier pays antivaccin au monde est confirmé par l'étude réalisée par l'institut de sondage américain Gallup pour l'ONG médicale britannique Wellcome publiée en juin 2019. Elle montre que 33% des Français restent sceptiques face à la vaccination et 10% estiment qu'il n'est pas important que les enfants en bénéficient (14).

En cause les controverses touchant différents vaccins : Hépatite B et ROR en 1998, accusé d'être à l'origine de sclérose en plaques (SEP) pour l'un et d'autisme pour l'autre ; Grippe A (H1N1) en 2009 avec sa campagne médiatique importante et Papillomavirus depuis 2013 également accusé de provoquer des SEP (4).

La vaccination souffre d'une médiatisation des effets indésirables, d'un amalgame entre relation temporelle et relation causale, d'un oubli des fléaux liés aux maladies prévenues par la vaccination et d'une méconnaissance des maladies disparues. Avec les années, les discours anti vaccinaux, qui ne s'appuient sur aucun fait médical tangible, ont imprégné la société française. La situation s'est détériorée avec l'apparition de « fake news » largement relayées sur les réseaux sociaux.

La question de l'attitude des parents d'enfants de 1 à 15 ans en cas d'arrêt de l'obligation vaccinale a été posée dans le Baromètre santé 2016. Près de 13 % de ces parents déclarent qu'ils ne feraient probablement (9 %) ou certainement pas (4 %) vacciner leur enfant si le DTP n'était plus obligatoire (15).

4. Etat de la couverture vaccinale en France

Les couvertures vaccinales des nourrissons pour les vaccins déjà obligatoires (DTP) et pour ceux qui ne peuvent être administrés qu'au sein de combinaisons vaccinales incluant le DTP (coqueluche et *Haemophilus influenzae* de type b) sont élevées en France à plus de 95% (3). Ce qui correspond aux objectifs de la loi de Santé Publique.

En revanche, les vaccinations jusqu'alors recommandées et administrées séparément des vaccins obligatoires (hépatite B, ROR, pneumocoque, méningocoque C) bénéficient d'une couverture vaccinale nettement inférieure. Cela concerne par exemple la vaccination ROR pour laquelle la couverture estimée en 2017 pour la seconde dose est de 80,3% en France. Pour l'hépatite B le chiffre s'élève à 91,3 % pour les 3 doses, 92,2% pour le pneumocoque et seulement 72,6% pour la deuxième dose de méningocoque C (**Tableau 1**) (3). Les conséquences en sont connues avec la réémergence de certaines maladies qui engendrent hospitalisations, handicaps et décès pourtant évitables.

DTP	3 doses	96,3
Coqueluche	3 doses	96,0
<i>Haemophilus influenzae b</i>	3 doses	95,4
Hépatite B	3 doses	91,3
Pneumocoque	3 doses	92,2
ROR	1 dose	89,6
	2 doses	80,3
Méningocoque C	1 ^{ère} dose à 5 mois *	39,3
	2 ^{ème} dose à 12 mois	72,6

Tableau 1 : Couverture vaccinale à l'âge de 24 mois en 2017 en France (en %) (3)

* ajoutée au calendrier vaccinal en 2017

5. De l'importance de se vacciner

Les analyses épidémiologiques montrent combien il est important de maintenir les niveaux très élevés de couverture obtenus pour le DTP et d'améliorer la couverture vaccinale des autres.

La diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont, grâce à la vaccination, devenus des maladies rares. Mais le maintien d'une couverture vaccinale élevée reste cependant indispensable :

- *C. diphtheriae* continue à circuler dans le monde avec certaines régions endémiques (Sud-Est asiatique, Amérique du Sud, Moyen-Orient et Afrique notamment Madagascar). Le dernier cas contaminé sur le sol français remonte à 1989. Des cas importés sont notifiés régulièrement en France, mais ne génèrent pas de cas secondaires grâce à la couverture vaccinale très élevée chez le nourrisson. Cependant, deux décès par diphtérie sont survenus récemment en Espagne et en Belgique chez de jeunes enfants non vaccinés et qui n'avaient pas voyagé dans les semaines précédant la maladie. La couverture vaccinale est pourtant supérieure à 95% dans ces deux pays. Il persiste donc un risque en cas de non-vaccination, induisant la nécessité de vacciner tous les nourrissons pour maintenir l'élimination de la maladie (7).
- Le dernier cas autochtone de poliomyélite remonte à 1989 en France. Son éradication dans le monde s'avère problématique du fait notamment de conflits amenant à une interruption des campagnes de vaccination (10). Selon l'OMS, l'Afghanistan et le Pakistan sont les deux seuls pays dans lesquels des cas de poliovirus sauvage (33 cas) ont été signalés en 2018 (16).

- Le tétanos ne peut être éradiqué, le réservoir de *Clostridium tetani* étant tellurique. Un enfant non vacciné pour le tétanos n'est aucunement protégé par la vaccination du reste de la population. D'après Santé Publique France, entre 2012 et 2017, 35 cas ont été déclarés parmi lesquels 8 sont décédés. 3 cas avaient moins de 10 ans. Ils étaient tous non ou mal vaccinés.

6. Epidémie de rougeole

6.1. En France

Un exemple récent des conséquences d'une couverture vaccinale insuffisante est la recrudescence de cas de rougeole en France. Après l'épidémie survenue entre 2008 et 2012 (plus de 40 000 cas), la diminution du nombre de cas entre 2013 et 2016 est suivie, depuis novembre 2017, par une reprise de la circulation du virus (**Figure 2**). En cause une couverture bien insuffisante à seulement 80,3% pour la seconde dose chez les nourrissons (3).

Santé Publique France, avec l'Institut de Veille Sanitaire, rédige semaine par semaine un bulletin épidémiologique pour le suivi de cette épidémie. Ainsi sur une période d'un an, du 18 décembre 2017 au 16 décembre 2018, 2902 cas de rougeole ont été déclarés, dont 3 décès (17). En 2019, en moins de 6 mois, ce sont 2047 cas de rougeole qui ont été déclarés dont 597 hospitalisés (28 en réanimation), 148 formes compliquées de pneumopathie, 2 cas d'encéphalite dont 1 décès chez un sujet immunodéprimé (**Figure 3**).

87% des cas sont survenus chez des sujets non ou mal vaccinés (18).

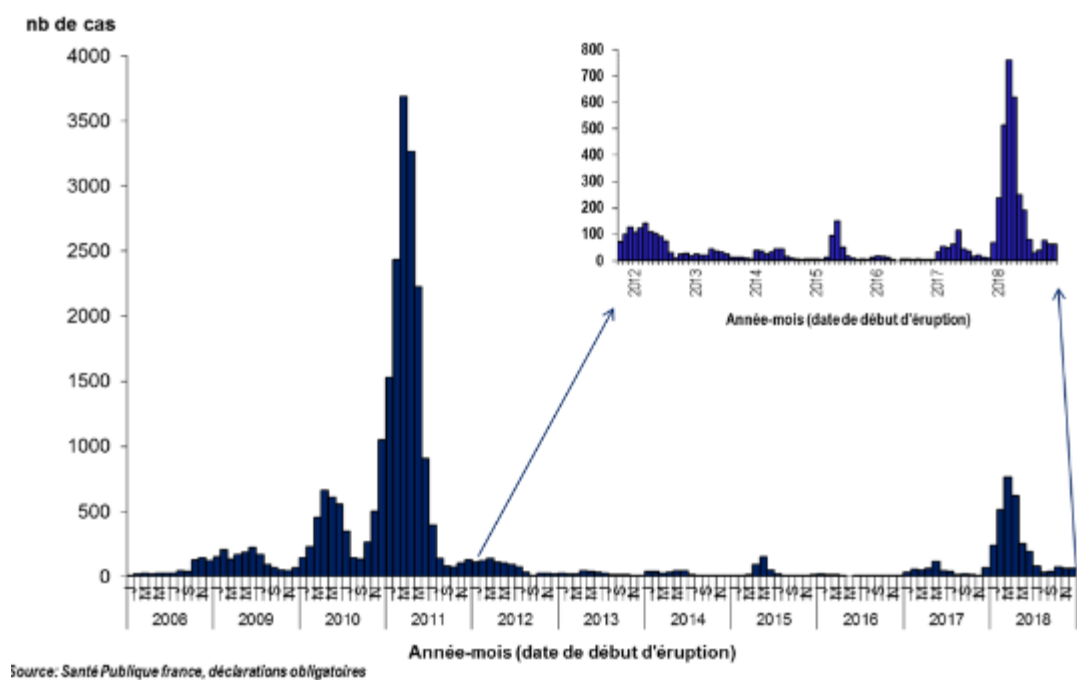


Figure 2 : Nombre de cas déclaré de rougeole en France de janvier 2008 à décembre 2018 (17)

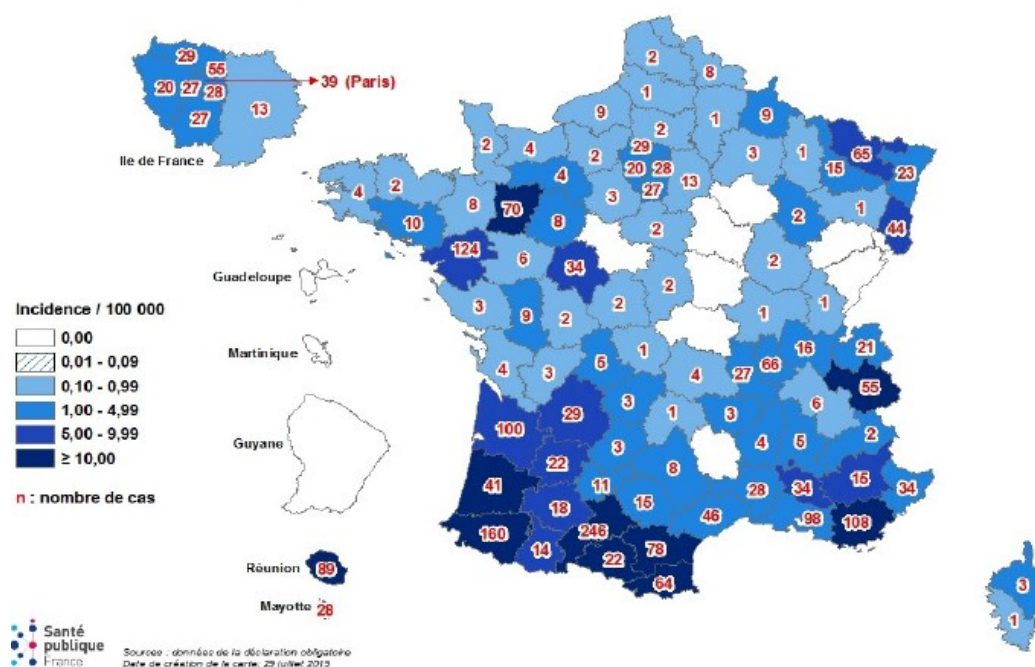


Figure 3 : Incidence cumulée et nombre de cas de rougeole déclarés par département de résidence du 1^{er} janvier au 7 juillet 2019, n= 2047 (18)

Par ailleurs, plusieurs foyers épidémiques actifs, dont certains dans des zones touristiques (47 cas à la station de ski de Val Thorens selon l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en février 2019) ont été rapportés, avec un risque important de propagation sur le territoire national et à l'étranger. L'atteste cette famille française mise en quarantaine, en février 2019, au Costa Rica, pays où la rougeole a été éradiquée depuis 2006 (dernier cas autochtone) grâce à la vaccination.

La région Paca fait partie des régions les plus touchées de France. Du 1^{er} au 16 juillet 2019, 308 cas ont été recensés en Paca contre 249 sur toute l'année 2018. L'incidence la plus élevée est retrouvée dans le département des Alpes-de-Haute-Provence (20 cas) et dans le Var (113 cas), respectivement 12,4 et 10,5 cas pour 100 000 habitants (**Tableau 2**). Les enfants de moins de 1 an sont les plus touchés (taux d'incidence de 60,5 pour 100 000 habitants) (19).

Département	Nombre de cas	%	Taux pour 100 000 habitants
04 – Alpes-de-Haute-Provence	20	6%	12,4
05 – Hautes-Alpes	4	1%	2,8
06 – Alpes-Maritimes	40	13%	3,7
13 – Bouches-du-Rhône	102	33%	5,0
83 – Var	113	37%	10,5
84 – Vaucluse	29	9%	5,1
Région Paca	308		6,1

Tableau 2 : Répartition des cas de rougeole par département de résidence, Paca, janvier - 16 juillet 2019 (19)

6.2. Dans l'Union Européenne

En 2010, l'Assemblée Mondiale de la Santé avait fixé un objectif d'éradication de la rougeole dans l'Union Européenne (UE) d'ici à 2015. Pour autant celle-ci fait face à une recrudescence importante de cas concernant principalement des populations non ou mal vaccinées adultes et enfants.

De début mai 2018 à fin avril 2019, 30 États membres de l'UE ont rapporté 11 795 cas de rougeole (dont 9 078 biologiquement confirmés). Le nombre le plus important de cas a été signalé en Italie (2 138 dont 4 décès), en France (1 745 dont 2 décès), en Roumanie (1 387 dont 7 décès) et en Pologne (1 052). Ces chiffres sont probablement sous-estimés, notamment en Roumanie où la crise actuelle a causé des retards dans le travail de recueil des données (20).

L'épidémie continue d'évoluer dans l'UE du fait d'une couverture vaccinale pour les deux doses de ROR toujours insuffisante dans certains pays (**Figure 4**).

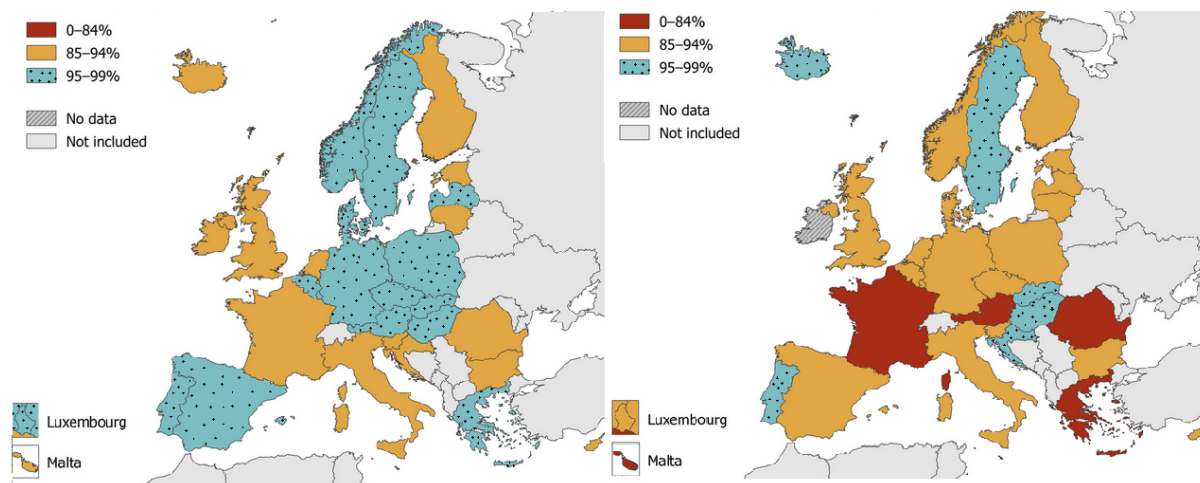


Figure 4 : Couverture vaccinale pour la première dose de ROR (à gauche) et pour la deuxième dose de ROR (à droite), dans l'UE, 2017 (20)

6.3. A l'échelle mondiale

La rougeole est une maladie extrêmement contagieuse, plus que la tuberculose, Ebola ou la grippe. Les épidémies se multiplient dans le monde à un niveau alarmant. Selon l'OMS et l'UNICEF, dix pays dont la France représentent environ les trois quarts de l'augmentation totale comparée à l'année 2017 (**Tableau 3**).

Après une tendance à la baisse en 2016, on observe une recrudescence de rougeole avec en 2018 plus de 300 000 cas déclarés. Le nombre de cas reportés pour 2019 à la fin du mois de mars est de 112 163 soit une augmentation de 25 % par rapport à la même période de 2018 (**Figure 5 et 6**) (21) (22).

La pauvreté des infrastructures de santé, les conflits, la faible sensibilisation des communautés et la réticence face aux vaccins ont conduit à ces épidémies dans les pays développés et en développement. UNICEF et ses partenaires viennent en aide aux gouvernements pour lancer des campagnes d'immunisation des enfants.

Ukraine	30,338
Philippines	13,192
Brésil	10,262
Yémen	6,641
Venezuela	4,916
Serbie	4,355
Madagascar	4,307
Soudan	3,496
Thaïlande	2,758
France	2,269

Tableau 3 : Nombre de cas supplémentaires de rougeole en 2018 par rapport à 2017 (23)

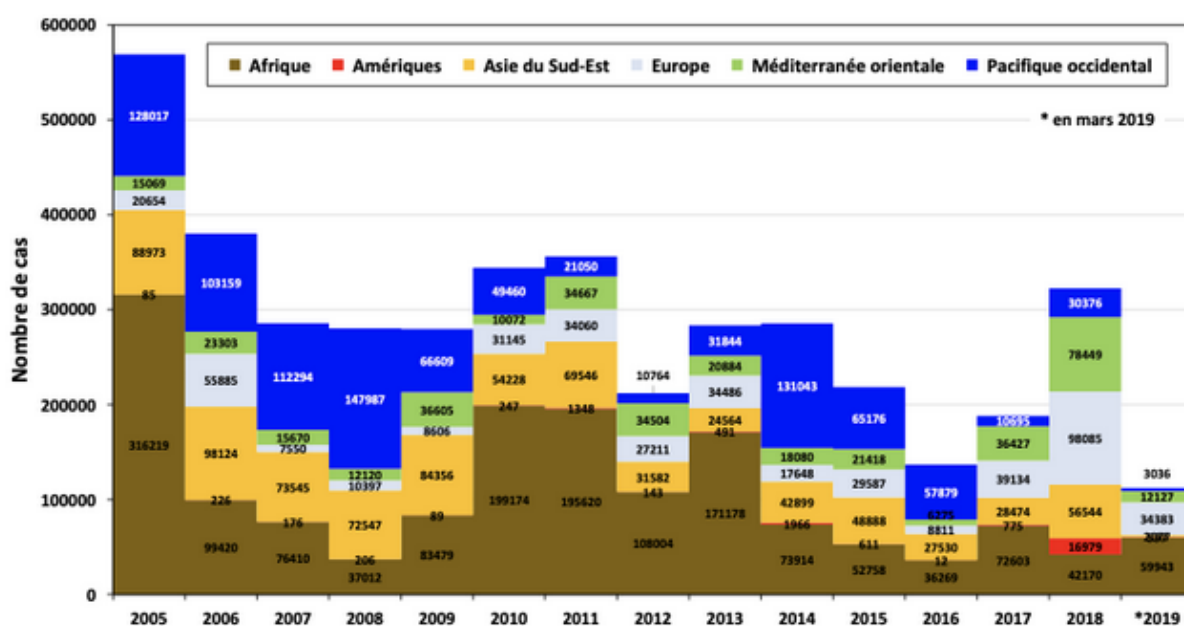


Figure 5 : Cas déclarés de rougeole (confirmés et suspects cliniques et épidémiologiques non testés) dans les six régions de l'OMS (2005 à mars 2019) (22)

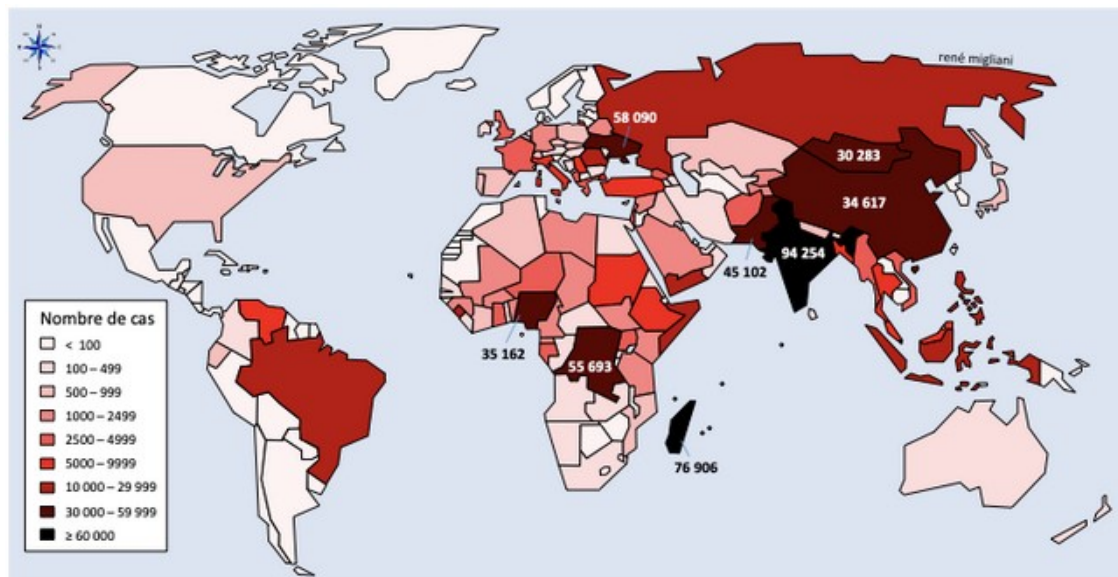


Figure 6 : Cas cumulés de rougeole dans le monde de 2016 à 2018 (nombre de cas indiqué pour les pays avec au moins 30 000 cas cumulés) (22)

L'Ukraine a été le pays le plus touché en 2018 avec 35 120 cas répertoriés (soit 30 338 cas de plus qu'en 2017). D'après les autorités sanitaires du pays, 55 776 personnes supplémentaires ont été infectées au cours des six premiers mois de 2019 (26 112 adultes et 29 584 enfants) dont 18 décès.

Aux Philippines, suite à la polémique autour du vaccin contre la dengue, de nombreux parents ont délaissé l'ensemble des vaccinations. En effet, en 2016 le premier programme de vaccination contre la dengue a été lancé dans l'archipel. Ainsi, 835 000 écoliers ont reçu au moins une dose du vaccin de Sanofi le Dengvaxia. La campagne a été arrêtée fin 2017, suite à plusieurs cas de décès rapportés aux autorités, qui font encore aujourd'hui l'objet d'une enquête. A la même période, les résultats d'une étude pour évaluer l'innocuité et l'efficacité à long terme du vaccin tombent : si le Dengvaxia apporte un effet protecteur persistant aux personnes déjà infectées par le passé, il n'en est pas de même pour celles n'ayant jamais rencontré le virus, qui pourraient développer des cas de dengue bien plus sévère. Aussi la vaccination n'est désormais plus recommandée pour les personnes n'ayant aucun antécédent d'infection. Si le lien de causalité entre le Dengvaxia et les décès n'a pas été confirmé, la méfiance envers les vaccins n'est pas retombée dans l'archipel. La couverture vaccinale des nourrissons a baissé de près de 25% durant l'année 2018.

Au Brésil, 10 262 cas de rougeole ont été déclarés en 2018, alors qu'aucun n'y avait été recensé en 2017.

Le Yémen, pays en proie à la guerre depuis 2014, ravageant le système de santé du pays, voit désormais l'épidémie de rougeole s'ajouter à celle du choléra.

Madagascar fait face à une flambée épidémique de rougeole de grande ampleur. En effet, de septembre 2018 à mars 2019, 1 141 décès sont à déplorer sur 98 415 personnes malades. L'île n'avait pas connu d'épidémie de rougeole depuis 2003. La propagation de la maladie est favorisée par la pauvreté avec malnutrition des enfants, un accès difficile aux systèmes de santé et le recours fréquent aux médecines traditionnelles.

7. Politique vaccinale dans l'Union Européenne

Tous les pays membres de l'UE ont établi un programme national de vaccination basé sur un calendrier vaccinal pour les nourrissons. En revanche, au sein de l'UE, les stratégies et les calendriers varient largement d'un pays à l'autre allant de vaccinations recommandées à une obligation vaccinale complète pour tous.

L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC - Centre Européen de Contrôle des Maladies Transmissibles) a mis en place depuis 2013 sur son site internet un « générateur » de calendrier vaccinal (24). Cet outil permet d'afficher le calendrier de chaque pays de l'UE selon la tranche d'âge sélectionnée.

Le calendrier vaccinal des nourrissons comporte au moins une obligation dans les 12 pays suivants : Belgique, Bulgarie, Croatie, France, Hongrie, Italie, Lettonie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie et Slovénie. La Lettonie est en première place avec 14 vaccins obligatoires (DTPC-Hib-HépB-pneumo-ROR-rotavirus-Varicelle-HPV-BCG) tandis que la Belgique n'en affiche qu'un (poliomyélite).

A contrario, les vaccinations sont seulement recommandées dans les 16 autres pays de l'UE. Pour certains, comme la Suède, la couverture vaccinale est suffisamment élevée pour ne pas rendre les vaccins obligatoires. D'après la responsable du programme de vaccination, Ann Lindstrand, rendre les vaccins infantiles obligatoires serait contreproductif en Suède car cela ne correspond pas aux

mentalités. Plus de 96% des parents font vacciner leurs enfants. Ce chiffre est stable depuis des décennies (25).

D'autres pays misent plutôt sur des mesures dissuasives comme l'Allemagne où aucune vaccination n'est obligatoire, mais la loi prévoit une amende de 2.500€ pour les parents refusant la vaccination. Les garderies, crèches et maternelles sont tenues de signaler au ministère de la Santé les parents s'opposant à la vaccination de leurs enfants.

Cas de l'Italie :

En Italie, des mesures d'extension d'obligation vaccinale ont également été prises avec l'adoption le 31 juillet 2017 d'une loi rendant obligatoire 10 vaccinations (DTPC-Hib-HépB-ROR-Varicelle) pour l'entrée en collectivité. Cette mesure fait suite à l'insuffisance du taux de couverture vaccinale et à la recrudescence de cas de rougeole, maladie contre laquelle la vaccination n'était jusqu'alors pas obligatoire. Seuls diphtérie, poliomyélite, tétanos et hépatite B étaient obligatoires et l'application variait selon les provinces. Le débat est rouvert en mars 2018 lors des élections législatives. En effet, le nouveau gouvernement (alliance extrême droite et mouvement « cinq étoiles ») avait pour programme d'abolir cette nouvelle loi. Finalement le projet a été abandonné et l'obligation maintenue au grand désarroi d'un mouvement anti vaccin.

8. Reconsidération de la politique vaccinale en France.

La décision d'extension de l'obligation vaccinale fait suite à deux rapports en 2016 (12) (26) , ayant conclu à la nécessité de reconsidérer la politique vaccinale en vigueur.

8.1. Rapport sur la politique vaccinale

En janvier 2016, Sandrine Hurel, ancienne députée chargée par le premier ministre d'une mission de politique vaccinale, rend son rapport à la ministre de la santé Marisol Touraine. Elle rappelle l'absence de pertinence de la différenciation entre les vaccins obligatoires et recommandés. Elle souligne aussi le manque d'adhésion à la vaccination de la part de la population et la nécessité d'une meilleure information (12).

A la suite de ce rapport, Marisol Touraine engage un plan d'action « pour une rénovation de la politique vaccinale en France » (13) et lance une grande concertation citoyenne sur le sujet de la vaccination. L'objectif est d'évaluer les causes de la défiance envers les vaccins pour une meilleure adhésion et de trancher sur le devenir du caractère obligatoire des vaccins.

8.2. Concertation citoyenne sur la vaccination

Cette consultation a été menée par un comité d'orientation indépendant et présidé par le Professeur Alain Fischer (27). Elle comprenait : la réalisation de deux enquêtes d'opinion ; la tenue de deux jurys – l'un de citoyens, l'autre de professionnels de santé ; un espace participatif sur internet ; et une rencontre publique de clôture le 30 novembre 2016. Le comité rend compte d'une série de recommandations destinées à rétablir la confiance et augmenter la couverture vaccinale. Transparence de l'information diffusée et validée, formation des professionnels, éducation de la population dès l'école, campagnes de communication, facilitation de la pratique de l'acte vaccinal, sont autant d'actions susceptibles de contribuer à mieux faire percevoir à la population et aux professionnels de santé l'importance de la vaccination tant à titre individuel que collectif.

Au terme de cette concertation, deux scénarios sont envisagés. Le premier propose la levée de l'obligation vaccinale, le second comprend l'élargissement temporaire de l'obligation avec ou sans clause d'exemption ou avec exigibilité des vaccins pour l'accueil en collectivité d'enfants.

La défiance croissante à l'égard de la vaccination, la baisse de la couverture vaccinale et la survenue récente d'une épidémie de rougeole de grande ampleur en France incitent à une politique de moindre risque en matière de couverture vaccinale, et donc à ne pas lever l'obligation. Et cela jusqu'à ce que les conditions soient réunies pour la levée de l'obligation. Le comité espère que l'importance ainsi conférée à la vaccination par cette mesure permettra de convaincre une partie des personnes hésitantes du caractère essentiel de cette politique de santé publique au service de la population (26).

8.3. L'injonction du Conseil d'État

Dans un communiqué du 8 février 2017, le Conseil d'État « enjoint au ministre chargé de la santé de prendre des mesures pour rendre disponibles des vaccins

correspondant aux seules obligations de vaccination » (22). Cette décision fait suite à une demande de la part de dizaines de personnes à la ministre, de prendre les mesures nécessaires permettant de rendre disponible le vaccin DTP seul. Celui-ci, distribué par le laboratoire Sanofi Pasteur MSD, a été suspendu en 2008 en raison de complications allergiques (28).

La ministre ayant rejeté leur demande, le Conseil d'État a été saisi. Celui-ci juge que « les dispositions législatives créant trois obligations de vaccination impliquent nécessairement que les personnes qui doivent exécuter ces obligations puissent le faire sans être contraintes de soumettre leur enfant à d'autres vaccinations, auxquelles elles n'auraient pas consenti librement » (29).

Cette décision implique donc soit la mise à disposition d'un vaccin contenant uniquement les 3 valences obligatoires dans les 6 mois, soit la levée des obligations vaccinales, soit l'extension des obligations à l'ensemble des valences contenus dans les vaccins actuellement disponibles.

8.4. Loi d'extension de l'obligation vaccinale

C'est dans ce contexte qu'est votée la loi d'extension de l'obligation vaccinale chez le nourrisson. L'article 49 n°2017-1836 du 30 décembre 2017 dispose que :

« Les vaccinations suivantes sont obligatoires, sauf contre-indication médicale reconnue, dans des conditions d'âge déterminées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé : 1° Antidiphtérique ; 2° Antitétanique ; 3° Antipoliomyélitique ; 4° Contre la coqueluche ; 5° Contre les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b ; 6° Contre le virus de l'hépatite B ; 7° Contre les infections invasives à pneumocoque ; 8° Contre le méningocoque de sérogroupe C ; 9° Contre la rougeole ; 10° Contre les oreillons ; 11° Contre la rubéole. Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui assurent la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de l'obligation prévue au I. La preuve que cette obligation a été exécutée doit être fournie, selon des modalités définies par décret, pour l'admission ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants. » (6)

Selon le décret n°2018-42 du 25 janvier 2018, ces vaccinations sont réalisées dans les 18 premiers mois de vie de l'enfant selon le calendrier vaccinal publié par le Ministère de la Santé (**Tableau 4**) (30). S'il existe un retard de vaccination, les parents

disposeront d'un délai de 3 mois pour régulariser la situation. Dans un tel cas, l'enfant ne pourra être maintenu en collectivité. Aucune sanction n'est introduite, cependant le non-respect de cette obligation pourra être assimilé, pour les titulaires de l'autorité parentale, à une défaillance de protection infantile prévue par le Code pénal. Enfin, la clause d'exemption n'a pas été retenue par la loi.

Âge approprié	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite						
Coqueluche						
Haemophilus influenzae de type b (HIB)						
Hépatite B						
Pneumocoque						
Méningocoque C						
Rougeole-Oreillons-Rubéole						

Tableau 4 : Calendrier des vaccinations obligatoires des nourrissons nés à partir de 2018 en France

8.5. Rejet des recours par le Conseil d'État

En mai 2019, le Conseil d'État rejette la demande d'annulation du décret par la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations. L'association dénonçait une atteinte portée au « droit à l'intégrité physique et au respect de la vie privée » garanti par l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme. Le Conseil d'État estime qu'en rendant obligatoire la vaccination, le législateur a apporté au droit au respect de la vie privée une restriction justifiée par la protection de la santé publique (31).

D'autre part, l'Institut pour la protection de la santé naturelle et un collectif de 3 047 personnes demande le retrait des vaccins contenant des sels d'aluminium. Le Conseil d'État juge que le rapport bénéfice-risque des vaccins contenant de l'aluminium est favorable et rappelle l'absence de lien de causalité établi entre vaccin et maladie auto-immune (31).

9. Accompagnement de la loi

La mise en place de cette réforme s'accompagne d'un important effort d'information de la part du ministère de la Santé pour répondre aux inquiétudes et interrogations (32). En effet, cette nouvelle politique vaccinale a suscité de vives

réactions, notamment auprès des anti vaccins qui pointent du doigt les dangers de la vaccination pour la santé et une atteinte à la liberté individuelle. S'ajoute également un relai peu clair de l'information par les médias, ayant conduit à une confusion de la part du grand public.

Ainsi, le ministère de la Santé a développé à l'attention du grand public, 5 infographies et 4 vidéos d'experts pour expliquer les principes de la vaccination et le nouveau parcours vaccinal. Ces outils ont fait l'objet d'un plan de diffusion sur les réseaux sociaux. Un site internet dédié "vaccination info service" a été développé pour apporter des informations scientifiquement validées. Une série de manifestation a eu lieu pour la semaine européenne de la vaccination, fin avril 2019, dont une campagne de communication télévisée avec le slogan « la meilleure protection c'est la vaccination ».

De plus, une version adaptée du site « vaccination info service » a été développée pour les professionnels de santé. L'accès y est libre pour le grand public afin de dissiper toute suspicion de conspiration. Santé publique France a mis également à disposition, sur son site internet, une série de documents pédagogiques et techniques (**Annexe 2**).

Enfin, pour les professionnels de la petite enfance, le ministère de la Santé assure qu'il va éditer un "document d'aide au contrôle", destiné aux personnes en charge de la vérification des vaccinations dans les structures d'accueil des enfants. Ils recevront également des documents pédagogiques sur la vaccination, afin de pouvoir répondre aux questions des parents.

10. L'accueil du jeune enfant

10.1. Population des enfants âgés de moins de 6 ans

Selon l'Observatoire national de la petite enfance (Onape), au 1^{er} janvier 2018, la France (y compris Mayotte) compte 4,6 millions d'enfants âgés de moins de 6 ans dont 2,2 millions âgés de moins de 3 ans (33). La proportion d'enfants de moins de 6 ans dans la population diffère selon les départements : elle varie de 4,7 % dans la Creuse à 18,9 % à Mayotte.

10.2. L'offre d'accueil

Il existe plusieurs modes de garde en France : l'accueil individuel avec les assistantes maternelles et l'accueil collectif avec les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) que sont les crèches collectives (association, entreprise ou collectivité territoriale) et les micro crèches (association ou entreprise). Les enfants peuvent également fréquenter un établissement scolaire à partir de l'âge de 2 ans.

10.2.1. L'accueil individuel

D'après le rapport 2018 de l'Onape (33), 304 800 assistantes maternelles, employées directement par les parents, sont en exercice en 2016. Elles accueillent les enfants à leur propre domicile. L'enquête PMI de la DREES estime à 967 700 le nombre de places disponibles en France pour les enfants de moins de 6 ans. En pratique, ces places sont davantage mobilisées pour les moins de 3 ans, non scolarisés. En comptant alors les cotisations sociales versées par les Caf consacrées aux enfants de moins de 3 ans, on peut estimer à **787 800 le nombre de places proposées à des enfants de moins de 3 ans** en France entière hors Mayotte en 2016. Soit **en moyenne 33,4 places pour 100 enfants de moins de 3 ans**. Cette couverture varie selon les départements entre 6 dans les Départements et Régions d'outre-mer et 65,9 places en Bretagne ou Pays de la Loire.

L'accueil individuel recouvre également la garde des enfants au domicile des parents par une personne salariée ayant contractualisé avec les parents ou employée par un prestataire. L'Onape estime à 46 700 le nombre de places offertes aux enfants de moins de 3 ans par les salariés à domicile en 2016, soit moins de 2 places pour 100 enfants de moins de 3 ans pour la France entière.

10.2.2. L'accueil collectif

En 2016, 12 200 EAJE bénéficiant d'une prestation de service unique (Psu) offrent une capacité d'accueil de 404 400 places destinées aux enfants âgés de moins de 6 ans. Ces places sont quasi exclusivement occupées par des enfants de moins de 3 ans. Les établissements non financés par la Psu comme les micro-crèches ou crèches familiales offrent environ 33 100 places. Ainsi, en France en 2016, **le nombre total de places en accueil collectif s'établit à 437 500, soit plus de 18 places en EAJE pour 100 enfants de moins de 3 ans**.

Au total, de l'ordre de un enfant de moins de 3 ans sur deux fait l'objet d'une offre de garde en accueil individuel ou collectif.

10.2.3. État de l'offre dans les Bouches-du-Rhône

A la fin de l'année 2018, selon le rapport d'activité de la DPMISP, 7533 assistantes maternelles sont agréées sur le département des Bouches-du-Rhône, ce qui représente 23 776 places d'accueil. Il existe 556 établissements d'accueil collectif, offrant 18 771 places. Ainsi, au total cela représente 42 547 enfants dont il faudra assurer le suivi des vaccinations.

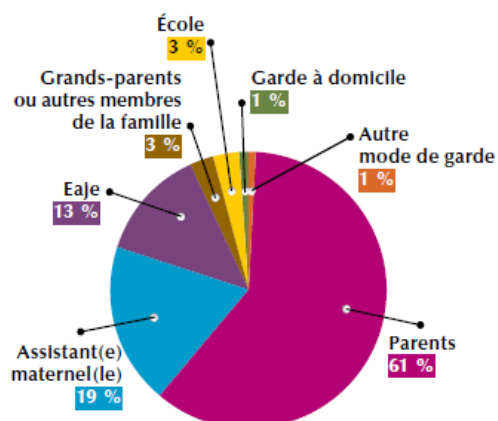
Le rapport 2018 de l'Onape met en évidence l'inégalité territoriale en matière d'offre d'accueil et de scolarisation des enfants de 2 ans. Et si les parents affirment préférer l'accueil collectif, les assistantes maternelles restent le premier mode de garde en France.

10.3. Les recours aux différents modes d'accueil des moins de 3 ans.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) offre tous les 7 ans un panorama des solutions d'accueil auxquelles ont recours les parents pour leurs jeunes enfants et leurs modes d'organisation. Ainsi, la dernière enquête « Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants » de la DREES a eu lieu en 2013 (34).

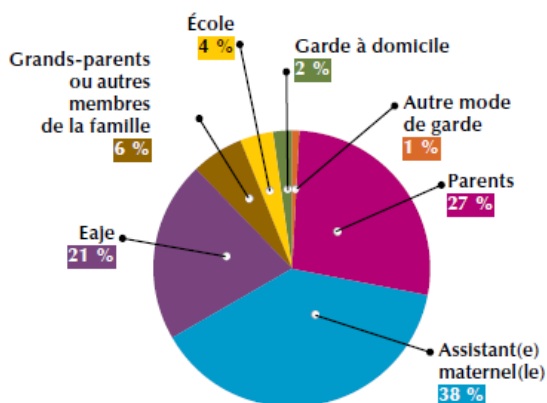
Selon cette étude, au cours de la semaine, du lundi au vendredi et de 8 heures à 19 heures, 6 enfants sur 10 de moins de 3 ans sont gardés, la majeure partie du temps, par un de leurs parents. En dehors des parents, l'accueil chez une assistante maternelle agréée constitue le mode de garde à titre principal le plus fréquent (19 %). Vient ensuite l'accueil en EAJE qui concerne 13 % des jeunes enfants.

Lorsque les deux parents travaillent à temps complet, le recours à un mode de garde extérieur à la famille est la solution la plus fréquente : 38 % des enfants sont confiés à titre principal à une assistante maternelle et 21 % à un EAJE (**Figure 7**).



Répartition des enfants âgés de moins de 3 ans selon le mode de garde principal en semaine entre 8h et 19h (en %).

Source Drees, enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants, 2013



Répartition des enfants âgés de moins de 3 ans dont les deux parents travaillent à temps complet selon le mode de garde principal en semaine entre 8h et 19h (en %).

Figure 7 : Répartition des enfants âgés de moins de 3 ans selon le mode de garde principal en semaine entre 8h et 19h (en %) (34)

Les modes d'accueil utilisés dépendent aussi du niveau de vie des parents, lui-même lié à leur activité. Garder ses enfants est plus fréquent dans les familles modestes, où l'arbitrage financier entre revenu d'activité et coût de la garde peut jouer en faveur d'un arrêt d'activité.

Dans les familles aisées, les enfants dont les parents n'assurent pas la garde sont majoritairement confiés à une assistante maternelle.

11. Règlementation des EAJE

11.1. Directeurs de crèche

La direction d'un établissement d'accueil de moins de 40 places peut être confiée à une puéricultrice, une infirmière justifiant au moins d'une année d'expérience professionnelle auprès de jeunes enfants ou d'une EJE avec 3 ans d'expérience sous réserve qu'elle s'adjoigne une puéricultrice ou une infirmière.

Une puéricultrice ou EJE justifiant de 3 ans d'expérience professionnelle pourra gérer un établissement de moins de 20 places (35).

11.2. Référents médicaux

Les gestionnaires de crèche dont la capacité d'accueil est supérieure à 20 places sont dans l'obligation de recruter des référents médicaux. Ils sont pédiatres ou

généralistes qualifiés en pédiatrie. Les recommandations de présence au sein de la crèche dépendent du nombre d'enfants accueillis.

Ainsi, le médecin de crèche doit être présent une demi-journée par mois dans les structures de moins de 20 places, une demi-journée par quinzaine dans les structures possédant entre 21 et 40 places et une demi-journée par semaine pour celles possédant plus de 40 places.

Les crèches accueillant moins de 20 enfants et les micro crèches (effectif maximal de 10 enfants) ne sont pas dans l'obligation de recruter du personnel sanitaire.

11.3. Rôle du médecin de crèche

Selon le décret n°2007-230 du 20 février 2007 (35), le médecin de l'établissement veille à l'application des mesures préventives d'hygiène générale et définit les protocoles d'action en cas de maladie contagieuse, d'épidémie ou dans les situations d'urgence. Il organise des actions d'éducation et de promotion de la santé auprès du personnel. Il s'assure que les conditions d'accueil permettent le bon développement et l'adaptation des enfants dans l'établissement. Le médecin de crèche réalise par ailleurs les visites d'admission des nourrissons de moins de 4 mois ainsi que des enfants porteurs d'un handicap ou souffrant de maladie chronique en élaborant un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

12. Position du problème

L'extension de l'obligation vaccinale s'applique aux nourrissons nés à partir du 1^{er} janvier 2018 pour leur entrée en collectivité. Elle représente 11 vaccins correspondants à 10 injections étalées sur 2 ans. Près de 70% des enfants connaissent déjà 10 injections et 80% en ont au moins 8.

Pour autant, cette annonce a suscité une levée de boucliers d'opposants qui réclament le libre choix vaccinal. Dans ce climat de méfiance croissante, il est à craindre que cette décision renforce la suspicion et alimente les théories du complot.

Comment les EAJE se sont-ils appropriés cette nouvelle politique vaccinale ? Quelles sont les évolutions du cadre administratif ? Y a-t-il une modification des

pratiques ? Comment est perçue cette nouvelle mesure par les professionnels et les parents ?

13. Objectifs

L'objectif général de l'étude est d'évaluer les évolutions organisationnelles des EAJE dans le cadre de la loi d'extension vaccinale dans les Bouches-du-Rhône. Les objectifs spécifiques sont de décrire les modalités de contrôle et de rupture du contrat, l'évolution du règlement intérieur, et d'identifier les outils d'information et de communication développés.

Les objectifs secondaires sont de recueillir les ressentis et les propositions d'amélioration des professionnels de crèche impliqués dans le suivi des vaccinations depuis l'entrée en vigueur de cette nouvelle loi.

III. MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

Nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative pour répondre à notre problématique. Une étude qualitative permet d'analyser des données verbales, non mesurables. Elle sert à recueillir des informations destinées à décrire un sujet, plutôt qu'à le mesurer. Elle permet de comprendre des comportements au sein d'un contexte particulier et évalue des opinions.

2. Description de la méthode

2.1. Population de l'étude

Ont été inclus les établissements d'accueil collectif des jeunes enfants. L'étude s'est portée sur les crèches des Bouches-du-Rhône. Pour assurer la diversité, nous avons interrogé des professionnels de crèches municipales, associatives et privées (micro crèches).

Deux types de professionnels ont été interrogés, tous les deux participant activement au suivi des vaccinations au sein des crèches. D'une part, les directrices qui étaient soit puéricultrices, infirmières ou éducatrices de jeunes enfants (EJE). D'autre part, les médecins de crèche qui étaient soit pédiatres, soit médecins généralistes.

2.2. Les entretiens

Des entretiens semi-directifs ont été conduits à l'aide d'une grille d'entretien (**Annexe 1**). Elle était composée d'une question ouverte principale sur l'adaptation de la crèche à la nouvelle loi. Selon les réponses obtenues, plusieurs sous-questions ouvertes étaient posées permettant de relancer le dialogue.

Les entretiens ont eu lieu en face à face au sein de la crèche ou par téléphone. Ils étaient enregistrés par l'enregistreur sonore du smartphone, ou par logiciel d'enregistrement d'appel téléphonique, avec l'accord du professionnel interrogé. Des entretiens associant directrice et médecin ont également été menés pour des raisons pratiques. Au total, ont été interrogés 14 directrices et 8 médecins de crèche. La durée d'enregistrement variait de 10 minutes à 55 minutes.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits en intégralité, mot à mot, sur Word. Une analyse qualitative thématique a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 12 Pro.

2.3. Période de l'enquête

L'étude s'est déroulée de janvier à début juin 2019. Ainsi les enfants concernés par la nouvelle loi d'obligation vaccinale avaient au maximum 17 mois.

2.4. Éthique

L'objectif de l'étude a été expliqué aux participants avant l'entretien. Ils ont été prévenus que l'entretien était enregistré et ont donné leur accord oral. Ils ont également été informés que l'entretien était anonyme. Une fiche d'information a été distribuée aux participants vus au sein des crèches. Les entretiens une fois retranscrits ont été anonymisés et les enregistrements sonores détruits.

IV. RESULTATS

Nous avons interrogé au total 14 directrices infirmières, puéricultrices ou EJE et 8 médecins de crèche pédiatres ou généralistes qualifiés en pédiatrie. Les médecins interrogés étaient affectés à plusieurs crèches : de 2 à 13 crèches. Au total, 9 villes des Bouches-du-Rhône ont été représentées : Aix, Arles, Aubagne, Carnoux, Fuveau, Marseille sur 8 arrondissements différents, Martigues, Miramas et Roquefort-la-Bédoule. Ce qui représente près de 38 crèches.

Nous avons procédé à une interprétation conjointe des deux groupes, puisque tous deux participent en équipe à la bonne application de la loi.

Plusieurs points ont été abordés pendant les entretiens :

- L'information reçue au sujet de la loi, et celle transmise aux parents
- Les modalités de contrôle des vaccinations
- La gestion des retards de vaccination
- L'évolution du règlement intérieur de la crèche
- L'impact sur le travail des professionnels
- L'attitude des parents vis-à-vis de cette nouvelle mesure
- L'opinion et les suggestions des professionnels

Les *verbatim* sont écrits en italique. Les idées essentielles sont mises en évidence en gras. Les entretiens des directrices sont indiqués par la lettre D et ceux des médecins par la lettre M. Chaque lettre est suivie du numéro de l'entretien.

1. Information spécifique reçue

Entrée en vigueur à partir de janvier 2018, la nouvelle loi d'obligation vaccinale a grandement fait parler d'elle dans les médias à partir de l'hiver 2017. Cependant, les professionnels directement touchés par cette législation, de par les contrôles des vaccins à effectuer, ont-ils été bien informés avant sa mise en place ?

A Marseille, la ville a tenu à bien **accompagner les professionnels des EAJE**. Ainsi plusieurs réunions avec le CoDEPS 13 et l'ARS PACA ont été organisées à l'attention des directrices et des médecins de crèches municipales. « *C'est la ville, avec le centre de vaccination, qui a fait une information générale sur les modalités de mise en place du calendrier vaccinal et quoi faire en cas de refus des parents.* » (D7), « *On a eu au moins deux réunions en mairie, où tous les pédiatres de crèche étaient invités à venir avec les directrices et coordinatrices. Et donc on a été bien informés.* » (M1).

Plusieurs directrices ont quant à elles **reçu l'information par leur médecin de crèche**. « *On a fait une réunion avec le médecin de la crèche mais c'est vrai que c'était très bref* » (D2). Toutes ont cependant reçu, de la part du ministère, les nouveaux calendriers vaccinaux et des affiches expliquant la nouvelle loi à l'attention des parents.

Deux des huit médecins interrogés n'ont pas le sentiment d'avoir été préparés. « *Je n'ai rien reçu, même pas de l'Ordre des médecins. C'est moi qui suis allée à la pêche et j'ai téléchargé le nouveau calendrier vaccinal comme tous les ans.* » (M8), « *Comme souvent les infos médicales on les apprend d'abord par la radio ou la télé.* » (M2).

Par ailleurs, l'importance d'une mise au point sur la vaccination est soulignée par plusieurs directrices qui **parfois se sentent démunies face à des parents hésitants.** « *Les infirmiers nous on a ça dans notre formation, mais les éducateurs c'est autre chose.* » (D3). « *Je me pose toujours plein de questions sur les vaccins, et notamment leurs bienfaits... alors pour convaincre les parents...* » (D6).

2. Information transmise aux parents

Médecins et directrices **n'ont pas mis en place de communication particulière** au sujet de l'extension de l'obligation vaccinale. Ils s'accordent sur le fait que les **parents étaient déjà largement informés** notamment par les médias. « *J'ai l'impression que tout le monde était au courant, ça a fait un tel tapage !* » (D4). Cependant, les directrices ont **affiché des documents fournis par le ministère de la Santé.** A savoir le nouveau calendrier vaccinal et des affiches de promotion de la vaccination. D'autre part, le **rappel de l'obligation vaccinale se fait au moment de l'admission** au même titre que les autres conditions de maintien en crèche. « *Quand je reçois les parents en entretien, à l'admission, je leur rappelle que les vaccins sont obligatoires et qu'ils devront m'amener régulièrement le carnet de santé* » (D7).

La majorité des directrices disent ne **pas avoir été interpellées par les parents à ce sujet**, elles **ne s'estiment pas en première ligne pour l'information.** « *On n'est pas les interlocuteurs des vaccins, s'ils ont un doute ils posent la question au médecin traitant ou au pédiatre* » (D12), « *En général ils ne nous demandent rien, ils nous disent on trouve tout sur internet.* » (D13).

Ce sentiment est partagé par **les médecins qui sont peu interrogés par les parents.** « *Moi je les vois en crèche, ils ont 3 mois ou plus. Donc ils ont déjà eu l'injection du 2^{ème} mois, les questions ils les ont posées à leur pédiatre ou au médecin traitant* » (M2).

Cela dit, médecins et directrices **ne souhaitent pas nourrir la polémique autour de cette loi**. Aussi, si les parents ne les interrogent pas directement ils n'apportent pas plus d'information. *« Vous savez il ne faut pas pointer et stigmatiser cette vaccination. Moi je réponds s'ils me sollicitent mais sinon... » (M3).*

3. Modalités de contrôle des vaccinations

3.1. Moyens de contrôle

L'ensemble des directrices interrogées **déplore l'absence d'outil national de contrôle**. *« Il faudrait un vrai logiciel avec des rappels, qui calcule les dates de vaccinations, il était dit : Les professionnels seront destinataires d'un outil de contrôle qui sera édité par le ministère. On n'a rien eu du tout » (D10).*

En attendant, les crèches **se sont adaptées en créant, pour certaines, leur propre outil de suivi** :

- Un tableau écrit répertoriant les enfants nés en 2018 et les dates de vaccination. Cet outil n'est cependant pas idéal comme le souligne plusieurs directrices *« Imaginez pour 80 enfants, il faudra calculer l'âge de chacun et à quelle date ils doivent recevoir les vaccins, quelle perte de temps ! ».* (D10).

- La ville de Marseille a développé un tableau Calc sur Excel *« Il y a des cellules automatiques qui en fonction de l'âge de l'enfant nous dit à quel moment faire les vaccins. [...] un système d'alerte de couleur nous prévient s'il y a du retard dans les vaccinations [...] Au moins c'est visuel, ça fait gagner du temps »* (D1), les différents tableaux des crèches sont mis en ligne et peuvent être consultés par la coordinatrice des crèches municipales.

Quelques crèches, notamment de plus petits effectifs, **n'ont pas mis en place d'outil de contrôle** particulier, et **se fie à la relation de confiance avec les parents**. *« Le dialogue est facile avec les parents, il y a un climat de confiance dans la crèche »* (D5), *« Ils jouent le jeu, ils viennent directement nous montrer quand les vaccins sont faits »* (D14).

3.2. Fréquence de contrôle

La loi ne précise pas à quelle fréquence les vaccinations doivent être contrôlées. Aussi, chaque crèche procède à sa manière.

Pour l'intégralité des établissements, le **premier contrôle se fait à l'inscription** ou s'il y a visite médicale. Mais reste le **problème du suivi par la suite**. Certaines crèches avouent ne pas avoir encore contrôlé les vaccinations depuis l'entrée des petits. « *A part à l'admission, pour l'instant, on ne l'a pas fait... aucun enfant ne rentre si les vaccinations ne sont pas à jour, le dossier est refusé d'office. [...] pour le suivi... on ne sait pas vraiment comment s'y prendre* » (D6).

Une crèche a établi 3 âges fixes auxquels les contrôles seront faits « *Je me suis dit je vais récupérer tous les mois la liste des enfants qui ont 6 mois, pour pouvoir vérifier les vaccins qu'ils viennent de faire, ceux de 13 mois et ceux de 18 mois. Ça permet d'englober tous les vaccins demandés.* » (D10).

Mais la majorité n'a **pas de fréquence définie**. Le tableau créé à cet effet est consulté de temps en temps, globalement une fois par mois. « *On n'a pas l'habitude de contrôler aussi régulièrement...* » (D3).

Plusieurs directrices et médecins prônent la **confiance envers les parents** « *Honnêtement, on n'est pas à les poursuivre, on les connaît les parents* » (M2).

D'autre part, le **contrôle est plus assidu selon les situations** « *Après vous savez les parents qui sont un peu olé olé on les cible de suite, donc ceux-là on fera un peu plus attention.* » (D3), « *Quand à l'inscription on me dit que c'est tel médecin qui suit l'enfant, que je sais qu'il est du style homéopathe, ben je fais plus attention que pour les autres...* » (D13).

3.3. Problème de la confidentialité

Tous **se posent la question du secret médical** dans le cadre du suivi de ces vaccinations « *Est-ce qu'une directrice qui n'est pas puéricultrice peut avoir des informations d'ordre médical ?* » (D4), « *Le problème c'est la confidentialité, et c'est difficile d'utiliser les outils déjà présents en crèche* » (M5).

Une directrice s'inquiète quant à la conservation des données, suite à la nouvelle loi RGPD (Règlement Général des Protections de Données) « *On a un logiciel qui nous a été fourni par la ville. Mais par contre c'est délicat, je veux dire au niveau du RGPD : garder des données médicales mais en plus sous format électronique... !* » (D4).

Une directrice s'est vue refuser le carnet de santé par des parents défendant le droit au secret médical pour leur enfant en situation de handicap. « *Ils sont dans leur droit ! Je leur ai dit vous m'amenez le carnet et je vérifie devant vous que la photocopie correspond à ce qu'il est écrit sur le carnet. Je ne regarderai pas le reste du carnet* » (D3).

3.4. Difficultés rencontrées au contrôle

Une fois l'outil de contrôle développé et la fréquence établie, reste la mission de récupérer les justificatifs de vaccination.

Plusieurs crèches sont facilitées par l'**adhésion forte des parents** :

-ils laissent le carnet dans le sac de l'enfant « *C'est plus simple pour le suivi, s'il nous manque une information, on va dans le sac de l'enfant et on prend ce qu'il nous faut.* » (D2).

-ils apportent le carnet ou une photocopie à chaque nouveau vaccin « *Ce que j'ai convenu avec les parents c'est qu'à chaque fois qu'ils font un vaccin ils m'amènent le carnet.* » (D7).

Même si la majorité des parents se plient à ces recommandations, **plusieurs directrices se heurtent aux difficultés de récupérer les carnets**. « *Récupérer les carnets de santé oui c'est difficile. Faut le rappeler plein de fois.* » (D12). Mais comme le souligne ce médecin « *Ce n'est pas de la mauvaise foi, vous savez ils ont bien d'autres soucis...* » (M1). Les parents tardent aussi à donner les carnets car les demandes se font très fréquentes « *C'est parce qu'on les demande plus qu'avant ! Et dans un temps plus restreint* » (D10).

Précisons que les **médecins ne sont sollicités qu'en cas de litige** avec les parents ou de retard de vaccination. « *C'est la directrice qui surveille, si elle a un souci elle m'alerte.* » (M3).

4. Les retards de vaccination

4.1. Cas rencontrés

Sur les 38 crèches, seules **5 ont fait face à des retards de vaccinations conséquents** (supérieurs à 3 mois) pour des enfants concernés par la nouvelle loi.

Cas n°1 : les parents demandent l'entrée en crèche pour leur enfant n'ayant eu que la vaccination DTP. Un calendrier de rattrapage est donc constitué et une note d'engagement signée par les parents.

Cas n°2 : la directrice constate au cours de l'année l'absence de poursuite du calendrier vaccinal. L'enfant avait en fait été hospitalisé et opéré ce qui a engendré un retard des vaccinations.

Cas n°3 : refus de réaliser la vaccination contre l'hépatite B. Inquiétude majeure des parents du fait d'un antécédant de SEP chez le grand père.

Cas n°4 : 4 mois de retard sur la vaccination méningocoque C. Il s'agit d'une famille en situation sociale précaire, qui a préféré rompre le contrat et donc retirer son enfant de la crèche.

Cas n°5 : cas de rougeole dans la crèche, on constate un retard de 4 mois sur la primovaccination ROR.

Tous ces cas ont été résolus après discussion des parents avec le pédiatre de crèche. Le cas n°3 a nécessité une rencontre avec un médecin du centre de vaccination pour une réassurance de la famille. D'autres cas de retards peu importants ont été rencontrés, sans opposition des parents, jamais volontaire de leur part. Il s'agissait d'oublis, de rendez-vous retardés avec les médecins etc...

4.2. Gestion des retards

Toutes les personnes interrogées insistent sur **l'importance de conserver le lien avec les parents**. « *On va discuter avec les parents, essayer de trouver la porte d'entrée, trouver ce qui les inquiète, essayer de comprendre.* » (D10), « *Avec le médecin on est d'accord pour ne pas brusquer les parents.* » (D12).

En premier lieu, il s'agit donc de **comprendre la cause du retard** et de **proposer d'en discuter avec le pédiatre de crèche**. « *Alors souvent c'est des idées reçues, des représentations qu'ils ont des vaccins. On demande au pédiatre de la crèche de les rencontrer. On peut leur proposer aussi de rencontrer un médecin du centre de vaccination.* » (D13), « *On les informe gentiment, sans prononcer le mot obligatoire, de manière à essayer d'avoir un peu un contact, pas les braquer tout de suite. Ça se passe à l'amiable si je puis dire.* » (M1) »

Si la majorité s'accorde à ne pas admettre les enfants non à jour de leur vaccination « *Aucun enfant ne rentre si les vaccinations ne sont pas à jour, le dossier est refusé d'office* » (D6), plusieurs, se fiant à la loi, les accepte en évoquant le **délai des 3 mois pour la régularisation de la situation**. Cependant, ce fameux délai **reste une notion floue** pour les professionnels, « *On ne sait pas vraiment les 3 mois à partir de quand ils s'appliquent* » (D8).

Aussi, certaines crèches demandent une attestation d'engagement signée de la part des parents ou tentent de dissuader les parents à l'inscription « *On essaye de les dissuader à l'inscription parce que le délai des 3 mois c'est pénible, on va être là à leur courir après* » (D13).

A Marseille, un **protocole de régularisation bien défini** a été pensé par la ville en association avec le centre de vaccination (**Annexe 3**). Les directrices de crèches municipales expriment un **soulagement du fait de cette anticipation des difficultés**. Ce protocole **évite selon elles d'éventuels sentiment d'injustice** pour les parents « *Si ça n'avait pas été anticipé de cette façon, on aurait été davantage confrontées à une résistance de la famille. Qui nous aurait dit « c'est la ségrégation » ce qu'on peut avoir comme mécanisme de lutte, de défense contre un système.* » (D1).

Les autres crèches interrogées **n'ont pas anticipé les problèmes éventuels** « *Comme ça ne s'est encore jamais produit, c'est vrai que ça ne nous a pas effleuré...avec le médecin on n'y a pas réfléchi* » (D2). Une directrice **avoue ne pas prévoir l'exclusion de l'enfant** « *Je ne vous cache pas que s'il y a un enfant qui est là depuis plusieurs mois et que les rappels n'ont pas été fait pour X raisons, je ne vais pas dire aux parents « au revoir », parce que le bien-être de l'enfant il y est aussi* » (D14).

4.3. Cause des retards

Les médecins évoquent plusieurs causes de retard des vaccinations :

- Retards **liés à l'état de santé** de l'enfant,
- Des **difficultés sociales** au premier plan,
- De rares **tentatives de gain de temps** pour vacciner au plus tard.

5. Evolution du règlement intérieur

La plupart des crèches n'ont pas modifié le règlement intérieur. *« On n'a rien changé, dans le paragraphe sur l'admission c'est marqué que y a obligation de mise à jour des vaccinations. On n'a tout simplement pas détaillé lesquelles. » (D3).*

D'autres ont simplement ajouté les 8 vaccins supplémentaires à la liste *« J'ai marqué les 11 vaccinations obligatoires pour être admis à la crèche. Mais il n'y a pas si vous ne les faites pas, je ne garderai pas votre enfant », ça c'est à l'admission qu'on en parle. » (D14).*

Enfin, d'autres comme les crèches municipales ont détaillé la loi et ses nouvelles modalités.

6. Impact sur le travail des professionnels

6.1. Point de vue des directrices

Sur les 14 directrices interrogées, 7 ne voient **pas de changement dans leur pratique** quotidienne. *« Cette mesure se met en place progressivement » (D2), « Il suffit d'être organisée et d'anticiper » (D14), « Les procédures, elles étaient déjà en place pour le DTP, qu'on suive 3 ou 11 vaccins c'est pareil » (D4).*

L'une d'elle plébiscite même l'outil créé par la ville de Marseille, **véritable gain de temps**. *« C'est beaucoup plus simple qu'avant de vérifier les vaccinations des enfants. » (D7).*

Pour 6 directrices, cette mesure constitue une **charge de travail supplémentaire** *« Là ça fait beaucoup de boulot mais c'est le temps de transition » (D10), « Ça demande beaucoup plus de vigilance ça c'est sûr. Il y a beaucoup plus de suivi dans les dossiers médicaux. » (D8).* L'une d'entre elles, bien que la charge de travail soit plus conséquente, a **le sentiment d'une mission utile** *« Je trouve que c'est beaucoup plus important que de remplir des tableaux purement administratifs [...] je suis contente de le faire » (D13).*

Plusieurs, cependant, expriment leur **inquiétude pour les prochaines années** *« Pour l'instant c'est gérable, on a très peu de petits de 2018, mais les années suivantes... » (D5), « Cette première année ça reste encore assez léger parce qu'on n'a que les bébés, ça fait quoi 20 bébés. Mais du coup à partir de l'année prochaine... faudra être plus assidu » (D9).*

6.2. Point de vue des médecins

Globalement les **médecins de crèches ne se sentent guère impactés par cette nouvelle mesure**, ils ne sont avisés par les directrices qu'en cas de litige ou de retard conséquent, et sont très peu sollicités car ne sont pas les premiers interlocuteurs des parents. Tous conçoivent cependant que cela représente une **charge de travail supplémentaire pour les directrices**.

Un **médecin exprime sa lassitude** « *J'ai une espèce de frustration parce que voir les carnets ou les photocopies c'est un travail purement administratif, j'ai plus l'impression de faire partie de la crèche [...] avant j'avais le temps de voir les enfants dans les sections [...] Bref, beaucoup de temps pour quelque chose de peu intéressant...* » (M7).

Un autre **déplore le manque de poids des médecins de crèche sur les décisions**. Malgré sa non approbation, le maire a accepté d'admettre un enfant non vacciné en crèche. « *Vous savez le rôle de médecin de crèche est encore plus nul qu'en PMI, parce qu'on vous prend pour une imbécile. On n'a même pas le droit de faire des ordonnances quand un petit n'est pas bien sur la crèche. La preuve, je dis quelque chose et monsieur le maire en décide autrement ! Donc mon rôle, il est nul.* » (M4).

7. Attitude des parents selon les professionnels

Tous les professionnels interrogés estiment que **l'obligation vaccinale semble avoir été acceptée sans soucis**. Les familles n'ont **pas présenté d'opposition** à cette nouvelle mesure, ils apparaissent **conciliants et coopérants**. Parmi eux, nombreux sont ceux qui faisaient déjà tous les vaccins à leurs enfants. « *On avait 90% des familles qui étaient déjà complètement vaccinés de la même façon. Même les vaccins seulement recommandés étaient faits.* » (D1), « *On est dans un quartier qui a un très fort pourcentage de personnes migrantes ou partant en vacances à l'étranger en Afrique, ils vont en PMI, ils sont bien vaccinés.* » (D4).

Deux médecins pensent que cette obligation s'avère comme un **soulagement pour certaines familles hésitantes**. « *J'ai l'impression que ça soulage la majorité des gens de ne plus avoir à faire le choix* » (M2), « *On voulait que les parents prennent part entièrement à la vaccination. Mais en même temps c'est compliqué pour un parent de choisir, avec tout ce qui circule sur internet* » (M5).

Selon les professionnels, parmi les **parents initialement réticents** se constituent deux groupes :

- **les résignés** : ils se sont pliés à la législation du fait d'un besoin indispensable de mettre leurs enfants à la crèche. *« Je pense qu'ils le font vraiment par obligation. Pas parce que ça a un intérêt pour l'enfant mais plus parce que c'est une obligation. » (D9).*

- **les convaincus** : les anciens hésitants ne se posent plus de questions. La loi permet une **adhésion plus facile**, des **discussions moins longues**, une **diminution nette des questions** pendant les consultations. *« Il y avait beaucoup de « dans le doute abstiens toi ». Parce que voilà ils avaient entendu des choses. Et depuis qu'on les oblige ils ne se posent plus la question. Ils savent qu'il faut le faire. » (M6), « C'est comme à mon cabinet, depuis que c'est obligatoire, y a beaucoup moins de problèmes, moins de discussions à avoir. » (D7).*

Restent les **réfractaires purs**, aux croyances fortement ancrées, que ni directrices ni médecins ne voient en crèche. *« Les enfants dont les parents ne veulent pas vacciner ben ils ne sont pas en collectivité. » (D10).* Certains cependant, vont développer des **subterfuges pour inscrire leurs enfants en évitant la vaccination** : *« On sait que y a des gens qui vaccinent très bien les carnets mais pas les enfants ! » (D13), « Vous voyez ce que c'est, c'est qu'on achète le vaccin, on prend l'étiquette le numéro de lot, on le colle. Les irréductibles ils vont trouver une solution. Et ça c'est entendu de source sûre, c'est pas un délire. » (M2).* D'autres prétextent des maladies successives ou oublient délibérément le carnet de santé à plusieurs reprises. Mais ces situations restent exceptionnelles.

Médecins et directrices disent identifier une **catégorie de parents à risque** pour laquelle ils seront plus attentifs dans le suivi : parents tournés vers l'homéopathie notamment. *« On est à une époque où y a de plus en plus de familles tournées vers le naturel, le bio, donc pas de vaccin, alors eux on fait attention » (D9).*

Contrairement à ce qu'on aurait pu craindre, **aucun établissement n'a reçu de certificat de contre-indication.**

Tous soulignent l'**importance du rôle du pédiatre ou médecin traitant**, son **influence sur le choix** des parents. *« En fait ça dépend beaucoup du médecin. Y a*

ceux qui vont faire ce que leur dit leur médecin, et ceux qui vont choisir leur médecin en fonction de ce qu'ils veulent faire. » (D4).

Une directrice et un médecin de deux villes différentes déplorent tout de même la **pénurie de pédiatres ou généralistes**, entraînant des **difficultés d'exécution des vaccinations dans les délais** imposés. « *Le seul pédiatre qui reste elle a déjà une partie de sa clientèle arrêtée parce qu'elle prend sa retraite. » (D3), « On me dit - je n'arrive pas à trouver un médecin pour la date du prochain vaccin, mon généraliste ne veut pas faire de pédiatrie, et je n'ai pas de RDV en PMI ou pédiatrie avant telle date ! - ça ne favorise pas cette obligation vaccinale du coup, c'est pas très sérieux. » (M8).*

8. Opinion sur l'obligation vaccinale

8.1. Opinion des directrices

Cette nouvelle législation est **jugée par la majorité comme bénéfique**, assurant une **protection collective** « *C'est la protection collective qui permet l'efficacité. Ça réduit la mortalité infantile » (D1).* Plusieurs soulignent son importance au vu des flux migratoires « *il y a de plus en plus de maladies qui arrivent, les frontières sont ouvertes, y a plus de passage » (D14).*

Elle permet aussi une certaine **cohérence**. « *Ça lève l'ambiguïté [...] Si on laisse le choix c'est que peut-être y a un risque, ou que c'est pas nécessaire, alors que là si c'est obligé par le ministère c'est qu'ils sont convaincus qu'il faut le faire. C'est beaucoup plus clair ! » (D10), « au moins tout le monde est logé à la même enseigne ! » (D8).*

Dix des directrices interrogées estiment que cette **mesure n'était pas forcément indispensable**. En effet, dans leur crèche les enfants étaient déjà bien vaccinés. « *On avait 90-95% des familles qui étaient déjà complètement vaccinées de la même façon. Même les vaccins seulement recommandés étaient faits. » (D1), « Moi les ¾ de la section des grands ils faisaient déjà tous les vaccins. Quelques uns peut être pas le méningo » (D13).* L'une d'entre elles est également gênée de l'**absence de libre choix imposé**. « *C'est dommage de forcer autant la main » (D1).*

Plusieurs directrices ne cachent pas leur **méfiance envers les vaccins**. « *Moi j'ai toujours derrière la tête, qu'un vaccin c'est aussi un médicament. Et qu'un médicament peut toujours avoir un côté sombre. » (D1) et jugent le calendrier*

vaccinal trop chargé *« je trouve qu'il y a de la sur-vaccination » (D6), « il y a énormément de vaccins... des fois quand je regarde les carnets de santé je me dis... c'est impressionnant. » (D3).*

Elles évoquent notamment l'influence de leur **expérience professionnelle avec les vaccins** *« Maintenant il y a un cadre légal, je n'ai donc plus à me poser la question de si c'est une bonne ou une mauvaise chose. Mais je me la pose quand même ! J'ai rencontré dans mon expérience professionnelle des enfants qui avaient pu avoir des complications suite à des vaccins » (D4).* Toutes, cependant, dans un devoir professionnel, **ne transmettent pas leurs doutes aux parents.** *« Mais je n'en parle pas aux parents, sinon ils ne vaccineraient pas. » (D6), « C'est pas quelque chose que professionnellement je vais être amenée à dire, mais moi, mon propre ressenti, il est là. » (D1), « En tant que directrice je ne peux pas faire autrement que veiller à ce qu'ils soient faits. » (12).*

8.2. Opinion des médecins

Si certains médecins sont **gênés qu'on en arrive à une obligation**, tous sont d'accord pour dire que **cette loi était indispensable** au vu des taux de couverture vaccinale. *« L'obligation je suis pas pour, et en même temps y avait pas d'autre solution au point où on en est arrivé... peut être qu'elle sera levée, le temps que la confiance se rétablisse. [...] Il y a beaucoup de pays, les pays scandinaves, anglosaxons où il n'y a aucune obligation et les enfants sont vaccinés » (M8).*

Un médecin souligne **les économies à prévoir** du fait d'une probable diminution des hospitalisations, des séquelles liés à ces maladies. *« Ça va permettre à la sécurité sociale de faire des économies, eh oui, y aura beaucoup moins de handicaps, y aura beaucoup moins de maladies. » (M1).*

Globalement, ils ne voient **pas vraiment d'impact de cette nouvelle loi sur leur travail en crèche.** Cependant, ceux ayant une autre activité en cabinet ou en PMI estiment qu'elle **a simplifié les rapports avec les parents.** *« Ça simplifie le travail, on est plus obligés d'insister sur le ROR, Neisvac, Prevenar qui étaient refusés par certains parents » (M5), « On passait un temps énorme à parler des vaccins, à expliquer, à démonter tout ça » (M6), « Ça m'a facilité la vie. Les gens nous taxaient de duplicité, d'être achetés par les laboratoires » (M7).*

D'autre part, deux médecins sont persuadés que cette mesure **enlève un poids aux parents hésitants**. *« Je pense que c'est au système médical à prendre ses responsabilités plutôt qu'aux parents de choisir en ayant des informations diverses et contradictoires. » (M5), « J'ai l'impression que ça soulage la majorité des gens de ne plus avoir à faire le choix » (M2).*

Un médecin remarque que l'obligation peut avoir un **effet positif sur la couverture vaccinale des enfants nés avant 2018**. *« Il avait deux grandes sœurs, la maman avait jamais voulu leur faire le méningocoque C. Et elle m'a dit, « bon ben puisque ça va devenir obligatoire on va le faire à tout le monde » » (M2).*

Cette nouvelle législation s'inscrit dans le **continuum de leur pratique**. En effet, ils recommandaient déjà l'intégralité des vaccins du calendrier. Mais elle permettrait aussi de **rattraper certains médecins anti vaccin**. *« J'ai vu des pédiatres homéopathes qui vaccinaient un peu comme ils voulaient. Ben ils se sont rangés dans le rang aussi. C'est une responsabilité qu'ils prennent s'ils ne vaccinent pas ou s'ils font un faux. » (M3).*

Certains pensent cependant, que cette mesure ne va pas changer la donne pour **les réfractaires qui ne se plieront pas et trouveront des alternatives**. *« J'ai l'impression que les problèmes seront toujours les mêmes, ceux qui existaient auparavant, c'est-à-dire les gens qui ne veulent pas faire vacciner leur enfant ou qui ne veulent pas faire tel vaccin à leur enfant. » (M1), « J'ai pas été interpellée pour des soucis de vaccination. Alors ou les parents ne se posent plus de question, ou ils font différemment. Je pense qu'ils diffèrent l'entrée en collectivité jusqu'à l'école. » (M8).*

Par ailleurs, deux médecins se posent la **question de la place des vaccins seulement recommandés**, dans ce contexte. *« Après se pose la question des autres vaccins comme l'HPV. Qui n'est pas lui obligatoire mais... je sais pas si un jour faudrait pas le rendre obligatoire. Donc non l'histoire de la vaccination c'est pas terminé » (M3), « On a aussi aboli le BCG, je veux bien mais la tuberculose elle prolifère hein. Avec tous ces migrants les pauvres qui viennent de pays abominables, qui sont dans des conditions lamentables » (M4).*

Enfin, un médecin dénonce un **oubli de la gravité des maladies à prévention vaccinale** et suggère le **renforcement des campagnes de sensibilisation** *« Moi je suis vieille, au début où je commençais la médecine, j'ai vu des poliomyélites sous*

poumons d'acier à l'époque ! [...] je crois qu'il faudrait passer des films de personnes ayant eu la polio, pour rappeler aux gens comment c'était. » (M4).

V. DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

L'annonce de la loi d'extension de l'obligation vaccinale a soulevé des inquiétudes aussi bien du côté des parents que des professionnels de santé. Ces derniers redoutaient notamment une augmentation des réticences pour la vaccination.

Or, les professionnels de crèche interrogés dans notre étude n'ont pas rencontré d'opposition. Cette nouvelle mesure semble avoir été bien acceptée par l'ensemble des parents. Seuls quelques cas de retard vaccinal ont été relevés depuis un an, mais peu étaient dus à un véritable refus de vaccination. Ce n'est jamais forcément volontaire de la part des parents. Il pouvait s'agir d'oublis, d'un contexte de difficultés sociales ou d'inquiétudes relatives aux vaccins. Tous ont été rapidement résolus après discussion avec les parents.

Malgré la persistance de doutes sur les vaccins pour certaines directrices, aucune ne remet en cause l'utilité de cette mesure. L'obligation de suivi s'imposant, elles se sont adaptées en l'absence d'outil fourni par le ministère et de consignes précises sur les modalités de contrôle.

En effet, ce qui incombe aux professionnels des EAJE est le suivi des vaccinations. Chaque crèche s'est donc adaptée pour remplir au mieux cette mission. Cependant, comme le souligne plusieurs directrices de notre étude, le décret ne précise pas comment ni à quelle fréquence cette surveillance doit être réalisée. Le réseau français des Villes-Santé de l'OMS a interrogé la Direction Générale de la Santé (DGS) à ce sujet en janvier 2019.

La DGS répond que « le contrôle des vaccinations obligatoires s'effectue au moment de l'admission en collectivité d'enfants, c'est-à-dire une fois par an. Il n'y a donc pas de contrôle des obligations vaccinales à chaque rendez-vous vaccinal (2 mois, 4 mois, 5 mois, 11 mois...) ».

D'autre part, le délai de régularisation de 3 mois évoqué par le décret reste une notion floue pour les professionnels interrogés. Selon le décret, le maintien en collectivité est subordonné à la réalisation des vaccinations qui peuvent être effectuées dans les 3 mois de l'admission provisoire. Mais qu'en est-il en cas de non-réalisation des rappels vaccinaux au cours de l'année ? Le délai de 3 mois s'applique-t-il ?

La DGS répond que ces 90 jours sont prévus pour l'admission provisoire et s'appliquent à chaque contrôle, c'est-à-dire au moment de l'admission dans la collectivité, soit une fois par an seulement.

Ainsi, le ministère ne prévoit pas le suivi des vaccinations au cours de l'année. Mais ce contrôle annuel, de nature juridique, ne pourra en aucun cas suffire dans la pratique. Les professionnels de la petite enfance seront toujours bien entendu amenés à contrôler et à intervenir en cas de retard, en s'organisant comme ils le peuvent.

La ville de Marseille a grandement facilité la tâche des directrices pour la surveillance des vaccinations en apportant un outil de suivi et en développant une procédure de régularisation durant les 3 mois accordés par la loi (**Annexe 3**). Il est intéressant d'utiliser ce délai pour convaincre les parents, c'est dans cette optique que la ville de Marseille a pensé son protocole : celui-ci offre un cadre pour un accompagnement des parents, et non pour sanctionner. Il soulage également les directrices qui n'ont qu'à suivre les étapes proposées. A ce jour, cette procédure n'a jamais été plus loin qu'une rencontre avec le médecin du centre de vaccination.

2. Limites de l'étude

2.1. Limites liées au recrutement : biais de sélection

Dans cette étude nous n'avons inclus que les structures d'accueil collectif. Selon l'Onape, seuls 13% des enfants de moins de 3 ans sont concernés par un mode de garde en EAJE. Ce chiffre s'élève à 21% si l'on comprend uniquement les familles chez qui les deux parents travaillent. Les résultats de notre étude ne s'appliquent donc qu'à un faible pourcentage des enfants. Reste entière la question de tous les enfants bénéficiant d'un autre mode de garde : ils relèvent aussi de l'obligation vaccinale.

D'autre part, la population d'enfants présente en crèche n'est pas représentative de la population générale. Il s'agit d'un mode de garde qui n'est pas à la portée

financière de tous les foyers. La majorité des parents des enfants accueillis travaillent tous les deux.

De plus, bien conscients de l'obligation vaccinale, certains parents ne se dirigent plus directement vers ce mode de garde, ce qui écarte certains réfractaires à la vaccination.

2.2. Limites liées au manque de recul

L'étude s'est terminée en début juin 2019, soit 17 mois après l'entrée en vigueur de l'extension de l'obligation vaccinale. Sur cette période, dans les crèches, seuls 1/3 des enfants accueillis sont nés en 2018.

3. Impact de la nouvelle législation sur la couverture vaccinale

3.1. Des premiers effets positifs sur la couverture vaccinale

Santé publique France a comparé les couvertures vaccinales de nourrissons de 7 mois nés entre janvier et mai 2018, avec celles des nourrissons nés entre janvier et mai 2017, pour les vaccinations contre la coqueluche, *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, le pneumocoque et le méningocoque C. La couverture vaccinale contre ces maladies infectieuses a connu une nette amélioration (36) :

- Le pourcentage d'enfants vaccinés par un premier hexavalent, incluant donc l'hépatite B, est passé de 93,1% pour les enfants nés en 2017 à 98,6% pour ceux nés en 2018.
- La couverture vaccinale contre le pneumocoque, première dose, est de 99,4% contre 98% pour ceux nés en 2017.
- L'augmentation la plus importante se remarque pour le méningocoque C, première dose, la couverture étant passée de 39,3% en 2017 à 75,7% en 2018.

Nous n'avons pas encore de recul suffisant pour évaluer les effets de l'obligation vaccinale sur le ROR. La première dose du vaccin étant administrée à 12 mois, la deuxième entre 16 et 18 mois. En ce qui concerne les enfants non soumis à l'obligation, la couverture pour le ROR une dose est de 87,2% pour les enfants ayant eu un an en 2018, contre 85% chez ceux ayant eu un an en 2017. Cette hausse est probablement liée à la médiatisation de l'épidémie actuelle de rougeole qui effraie de

nombreux parents, mais peut être également à une prise de conscience de l'importance des vaccinations suite à la nouvelle législation.

3.2. Une révision des mesures de contrôle suite à des cas de rougeole dans les crèches

Les nourrissons nés en 2018 ont été en âge de recevoir la première dose de ROR à partir de janvier 2019. Nous n'avons donc en juin 2019 que 6 mois de recul pour ces enfants.

Selon l'ARS PACA Corse, dans le département des Bouches-du-Rhône, 3 cas de rougeole ont été recensés parmi les enfants soumis à l'obligation vaccinale et accueillis en crèche. Parmi eux, 2 avaient reçu une dose de ROR, un seul n'était pas vacciné et présentait déjà 4 mois de retard sur la primo vaccination ROR. Pour les enfants non soumis à l'obligation vaccinale, 4 cas ont été recensés depuis le 1^{er} janvier. Aucun de ces enfants n'étaient vaccinés. On perçoit ainsi les prémices d'une efficacité de la loi.

Ces situations ont été l'occasion d'un renforcement des mesures de contrôle mises en place dans les EAJE et de rappel de l'importance de la vaccination auprès des parents. Les directrices n'étant pas encore bien au fait de la nouvelle réglementation ont été obligées de revoir leur organisation.

3.3. Place des vaccins recommandés

Les professionnels de notre étude, s'interrogent sur la future couverture vaccinale des vaccins seulement recommandés. Le rappel DTP coqueluche autrefois obligatoire à l'entrée au CP (à 6 ans), n'est plus que recommandé. Le vaccin contre le Papillomavirus à partir de 11 ans reste également seulement recommandé. Or cette distinction est au détriment des vaccins recommandés qui paraissent dans l'imaginaire collectif comme moins importants.

Pourtant d'après Santé publique France les campagnes de promotion et d'information de la vaccination ont porté leur fruit également sur les vaccins non obligatoires comme celui contre le Papillomavirus. Ainsi, le taux de vaccination avec la première dose chez les jeunes filles ayant eu 15 ans en 2018 s'élève à 29,4%, alors qu'il était de 26,2% en 2017 (36). Cette couverture vaccinale reste cependant encore très insuffisante.

4. Accueil de la loi par les médecins et parents.

4.1. La forte adhésion des pédiatres et médecins généralistes aux nouvelles obligations vaccinales

Dans notre étude, tous les médecins interrogés étaient unanimes sur l'importance de la vaccination et le bénéfice attendu de l'extension de l'obligation. Ils soulignaient également la simplification des rapports avec les parents.

Le Collège de la Médecine Générale en partenariat avec Santé publique France, a réalisé une enquête sur la perception de cette nouvelle loi par les médecins généralistes, un an après son entrée en vigueur. 800 médecins ont été interrogés de février à mars 2019. Les trois quarts perçoivent l'élargissement des obligations vaccinales comme une mesure positive. Pour 41% d'entre eux, la loi simplifie leur relation avec les parents, tandis que 46% considèrent que cela n'a pas entraîné de changements. Cependant près de la moitié des médecins déclarent ne pas avoir constaté de diminution des réticences chez les parents depuis la mise en place de la nouvelle loi. Aussi, l'information des pouvoirs publics et des professionnels de santé auprès des parents reste aujourd'hui essentielle (37).

La plateforme Infovac France s'est également intéressée à la question, et a mené une enquête de fin mars à début avril 2019, auprès des médecins généralistes, des médecins de PMI et des pédiatres. Cette enquête confirme que l'extension de l'obligation vaccinale facilite au quotidien la pratique de la vaccination et les relations avec les parents hésitants (38).

4.2. L'importance de la vaccination progresse dans l'opinion des parents

Bien que les premiers résultats d'amélioration de la couverture vaccinale soient encourageants, il est difficile de croire que la confiance dans les vaccins soit totalement renouée.

Dans le cadre du suivi de la mise en place de la nouvelle réforme, Santé publique France a réalisé une enquête auprès des parents d'enfants de 0 à 2 ans. Ainsi, en février 2019, deux tiers des parents (67%) déclarent être favorables à l'extension de 3 à 11 vaccinations, parmi lesquels 10% ne l'étaient pas en décembre 2017. Cependant près de la moitié (47%) indiquent ne pas savoir précisément ce qu'elle recouvre et un tiers s'estime mal informé sur ces obligations. Selon cette enquête, l'importance de la vaccination pour la santé des enfants (91%) et

pour la protection de la collectivité (87%) progresse sensiblement dans l'opinion des parents (5 points de plus par rapport à juin 2018) (39).

5. L'entretien motivationnel pour la promotion de la vaccination

Si notre travail montre une bonne acceptation de la législation par les parents dans les crèches des Bouches-du-Rhône, une étude récente replace la France comme pays antivaccin numéro 1 au monde. L'étude réalisée par l'institut de sondage américain Gallup pour l'ONG médicale britannique Wellcome publiée en juin 2019, montre que 33% des français restent sceptiques face à la vaccination et 10% estiment qu'il n'est pas important que les enfants en bénéficient (14). Aussi, il est primordial de poursuivre les efforts d'information et de persuasion pour accompagner la nouvelle loi.

Au Canada, où les vaccinations ne sont pas obligatoires, un projet a été développé pour améliorer la couverture vaccinale par la technique de l'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel est défini comme une méthode centrée sur la personne qui vise à susciter chez elle un changement de comportement relativement à sa motivation en l'aidant à explorer son ambivalence et à y remédier. Cette démarche en médecine est plus connue dans le cadre de l'éducation thérapeutique. L'objectif est d'accompagner les parents dans les réticences, être dans une posture d'écoute et rééquilibrer la balance décisionnelle.

La première étude, nommée Promovac, a été menée en Estrie (Québec) de 2010 à 2014. 1 128 familles ont bénéficié de cet entretien au cours de leur séjour en maternité (40). L'intention des parents de faire vacciner leur enfant est passée de 72,8 % à 97,3 % ($p < 0,001$). L'augmentation de la couverture vaccinale à 7 mois était de 7,3 % ($p < 0,001$).

Devant ces résultats encourageants, une deuxième étude nommée PromovaQ a été menée de 2014 à 2016 auprès de 4 centres hospitaliers. Elle concluait à une augmentation significative de l'intention de vaccination de 12,3 % ($p < 0,0001$), une diminution significative du score d'hésitation vaccinale de 40% ($p < 0,0001$) et une augmentation de la couverture vaccinale de 6,2 % ($p = 0,01$).

Sur le département des Bouches-du-Rhône l'ORS PACA, en s'inspirant de ces études, a mis en place une expérimentation comprenant le développement de

l'entretien motivationnel auprès de parents pendant le séjour post-partum en maternité (41). Des journées de formation et de sensibilisation à cette méthode ont été proposées aux médecins (42).

Cette démarche répond à la nécessité d'une stratégie précoce de promotion de la vaccination pour accompagner l'obligation vaccinale et restaurer la confiance des parents. Elle est déjà intégrée dans les études en soins infirmiers. Il semblerait judicieux de l'intégrer également dans les études médicales pour favoriser la bonne adhésion aux vaccinations et permettre aux professionnels de santé d'être mieux armés face à des parents réticents.

6. Les parents récalcitrants encore difficiles à atteindre

A l'heure actuelle, l'application de l'extension vaccinale n'a globalement pas posé de problème dans les EAJE. Cependant, la proportion d'enfants en crèche nés en 2018 est encore faible, et nombreuses sont les directrices qui redoutent la situation avec 100% d'enfants nés à partir de 2018. Le travail de contrôle s'appliquera à tous et le risque de parents récalcitrants sera, selon elles, majoré. Cette transition actuelle permet une adaptation progressive et offre la possibilité d'améliorer l'organisation mise en place.

Les médecins interrogés sont unanimes pour dire que la loi a largement facilité l'adhésion des parents hésitants, mais que les réfractaires purs restent inatteignables. On peut penser qu'ils ne choisissent pas les EAJE comme mode d'accueil pour leur enfant. Il en va de même pour les assistantes maternelles qui sont soumises aussi à la réglementation. Reste alors la solution d'une garde au domicile par les parents eux-mêmes, les proches ou un tiers.

Dans notre étude, plusieurs professionnels méfiants pensent que certains parents ont recours ou auront recours à des subterfuges pour éviter la vaccination : photocopie du carnet de santé d'un autre enfant, utilisation de logiciel de retouche, étiquette de lot collée sans avoir injecté le produit, etc... Les certificats de contre-indication de complaisance ne seront en aucun cas acceptés et certains médecins antivaccin devront suivre la législation au risque d'engager leur responsabilité.

Le projet de loi pour l'abaissement de l'instruction obligatoire de 6 à 3 ans a été adoptée le 21 mai 2019 par le Sénat. Elle sera donc effective à la rentrée de septembre

2019 qui ne concernera que des enfants non soumis à l'obligation vaccinale. En France, il existe une obligation d'instruction et non de scolarisation. Les parents récalcitrants iront-ils jusqu'au bout de leur conviction en prévoyant une instruction à domicile ? Assisterons-nous au développement d'écoles hors contrat ? Le verdict tombera donc à l'entrée en maternelle en septembre 2021.

VI. CONCLUSION

L'entrée en collectivité des nourrissons nés à partir de janvier 2018 est désormais soumise à la réalisation de 11 vaccins obligatoires, conformément à la loi du 30 décembre 2017.

L'objectif de ce travail était d'évaluer les évolutions des EAJE des Bouches-du-Rhône dans le cadre de la nouvelle loi. Cette étude était l'occasion d'un état des lieux, qui nous conforte dans le fait qu'il n'y a pas de problème particulier pour l'application de cette mesure dans les EAJE. Les crèches interrogées se sont facilement adaptées malgré l'absence d'outil et de consignes précises de la part du ministère sur la réalisation du suivi des vaccinations. Cette mesure se met en place progressivement puisqu'à ce jour seule une faible proportion des enfants en crèches sont nés en 2018.

Le rapport de la concertation citoyenne sur la vaccination recommandait que l'extension de l'obligation vaccinale soit temporaire. Or, pour envisager une levée de cette mesure il faudra s'assurer du rétablissement de la confiance des français envers les vaccins. Bien que les premiers résultats des taux de couverture vaccinale soient encourageants, nous n'avons pas encore le recul nécessaire pour affirmer le succès de cette nouvelle législation. La progression actuelle de l'épidémie de rougeole, témoin d'une mauvaise couverture vaccinale, est le reflet d'une méfiance persistante envers les vaccins en France. Les parents récalcitrants sont toujours difficiles à atteindre et choisissent un autre mode de garde que la collectivité.

Depuis mai 2019, l'instruction devient obligatoire à partir de l'âge de 3 ans. Ce sera donc à la rentrée 2021 que nous pourrons évaluer l'adhésion à l'extension de l'obligation vaccinale. En attendant, il serait intéressant de poursuivre ce travail en se penchant sur l'accueil individuel également soumis à l'obligation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pollard AJ. Childhood immunisation: what is the future? Arch Dis Child. mai 2007;92(5):426-33.
2. Santé Publique France. Comprendre les bénéfices de la vaccination [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Objectifs-de-la-vaccination/Comprendre-les-benefices-de-la-vaccination>
3. Santé Publique France. Vaccination. Données de couverture vaccinale [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/donnees/#tabs>
4. ORS PACA Dr Pierre Verger. Baromètre santé. La perception des vaccins en région PACA. 2016.
5. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine. oct 2016;12:295-301.
6. Legifrance. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 | Legifrance. 2017.
7. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique. 2017 oct.
8. Code de la santé publique - Article L3111-1 Modifié par LOI n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 49 (V). Code de la santé publique.
9. Haute Autorité de Santé. Comment sont élaborées les recommandations vaccinales ? [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/fiche_elaboration_des_recommandations_vaccinales.pdf
10. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale. [Internet]. 2014 mars. Disponible sur: https://www.mesvaccins.net/textes/hcspa20140306_poletobligvaccinalepopgene.pdf
11. INPES. La vaccination. 6-Quelle est la différence entre les vaccins obligatoires et les vaccins recommandés ? [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/index.asp#difference>
12. Société Française de Pédiatrie. Rapport de Sandrine HUREL sur la politique vaccinale | Société Française de Pédiatrie [Internet]. [cité 14 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.sfpediatrie.com/actualite/rapport-de-sandrine-hurel-sur-la-politique-vaccinale>

13. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Intervention de Marisol Touraine. Présentation du plan d'action : « pour une rénovation de la politique vaccinale en France. » 2016 janv.
14. Gallup. Wellcome Global Monitor 2018. How does the world feel about science and health ? [Internet]. Disponible sur: <https://wellcome.ac.uk/reports/wellcome-global-monitor/2018>
15. Santé Publique France. Dossier pédagogique : élargissement de l'obligation vaccinale à 11 maladies. Un enjeu de santé publique [Internet]. 2017 juill. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/pdf/Dossier-Pedagogique-Obligation-vaccinale070717.pdf>
16. ONU Info. Eradication de la polio, priorité de l'OMS en Afghanistan et au Pakistan [Internet]. ONU Info. 2019. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2019/01/1033502>
17. Santé Publique France. Rougeole : Bulletin Epidémiologique. Semaine 50, situation au 19/12/2018 [Internet]. 2018 déc. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/rougeole/articles/points-d-actualites-rougeole>
18. Santé Publique France. Rougeole : Bulletin Epidémiologique. Point de situation- 10 juillet 2019. [Internet]. 2019 juill. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/rougeole/articles/points-d-actualites-rougeole>
19. Santé Publique France Paca Corse. VeilleHebdo Provence-Alpes-Côte d'Azur. Point n°2019-28. 2019 juill.
20. European Center for Disease prevention and Control. Monthly measles and rubella monitoring report. 2019 juin.
21. WHO | Measles and Rubella Surveillance Data [Internet]. World Health Organization. Disponible sur: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/
22. René Migliani. L'épidémiologie de la rougeole dans le monde en av... - MesVaccins.net [Internet]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/13735-l-epidemiologie-de-la-rougeole-dans-le-monde-en-avril-2019>
23. Unicef. La hausse préoccupante des cas de rougeole dans le monde représente une menace croissante pour les enfants [Internet]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/hausse-preoccupante-des-cas-de-rougeole-dans-le-monde>
24. European Center for Disease prevention and Control. Vaccine Scheduler | ECDC [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>

25. Vaccination Info Service. Politique vaccinale à l'étranger [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-reglementaires/Politique-vaccinale/Politique-vaccinale-a-l-etranger>
26. Pr Alain Fischer. Rapport sur la vaccination. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. 2016 nov.
27. Concertation citoyenne sur la vaccination : les grandes étapes [Internet]. Site officiel de la Concertation citoyenne sur la vaccination. 2016. Disponible sur: <http://concertation-vaccination.fr/>
28. L'imbroglia du vaccin DTP - MesVaccins.net [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/10314-l-imbroglia-du-vaccin-dtp>
29. Conseil d'Etat et la juridiction administrative. Décision contentieuse : Vaccination obligatoire [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.conseil-etat.fr/Actualites/Communiqués/Vaccination-obligatoire>
30. Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire. Ministère des solidarités et de la santé. 2018.
31. Conseil d'Etat. Décision contentieuse Vaccination obligatoire et adjuvants [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-etat.fr>
32. Ministère des solidarités et de la santé C d'Agnès B. Conférence de presse : 11 vaccinations indispensables, obligatoires au 1^{er} janvier 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_11_vaccinations_indispensables_obligatoires_au_1er_janvier_2018.pdf
33. Observatoire national de la petite enfance. L'accueil du jeune enfant en 2017. Rapport 2018. [Internet]. Disponible sur: http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/observatoire_petite_enfance/AJE_2018_bd.pdf
34. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants en 2013. Etudes Résultats [Internet]. oct 2014;(896). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er896.pdf>
35. Décret n° 2007-230 du 20 février 2007 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2007-230 févr 20, 2007.
36. Ministère des Solidarités et de la Santé, Santé Publique France. Semaine Européenne de la Vaccination Dossier de Presse. 2019 avr.
37. Collège de la Médecine Générale et Santé publique France. Communiqué de presse. Les médecins généralistes unanimes pour la vaccination. 2019 avr.

38. Infovac. Enquête Infovac : Extension de l'obligation vaccinale, 15 mois après. [Internet]. 2019 avr. Disponible sur: <https://www.infovac.fr/docman-marc/public/bulletins/2019/1573-enquete-infovac-def-170419/file>
39. Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique. Edition nationale. Vaccination. 2019 avr.
40. Gagneur A, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel. Une promotion novatrice de la vaccination en maternité peut-elle améliorer les couvertures vaccinales des nourrissons: résultats de l'étude PROMOVAC en Estrie. Sherbrooke, Québec: Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke; 2013.
41. Observatoire Régional de la Santé PACA. Expérimentation visant à accompagner en région Paca la mise en place de huit valences vaccinales obligatoires supplémentaires dans la petite enfance [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/etudes-regionales/exp%C3%A9rimentation-visant-%C3%A0-accompagner-en-r%C3%A9gion-paca-la-mise-en-place-de-huit>
42. Un film sur l'entretien motivationnel autour de la vaccination [Internet]. Disponible sur: <http://www.cres-paca.org/a/685/un-film-sur-l-entretien-motivationnel-autour-de-la-vaccination/>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien à l'attention des directeurs et médecins de crèche

Je réalise une thèse de Médecine Générale sur la mise en œuvre de la nouvelle loi d'obligation vaccinale. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'évolution de l'organisation, de l'activité, du discours et des comportements dans les crèches, face à cette nouvelle politique publique.

L'entretien est anonyme et enregistré pour permettre l'analyse des données.

1) Organisation de la crèche

Comment faites-vous dans la crèche pour vous adapter à la nouvelle loi ?

- *Evolutions du règlement intérieur ?*
- *Modalités d'admission/de rupture du contrat*
- *Délai accordé de mise à jour des vaccinations*

Que faites-vous pour contrôler le statut vaccinal des enfants ?

2) Confrontation aux parents

Comment se passent les discussions autour des vaccinations avec les parents ?

Comment informez-vous les parents ?

Quelle est votre attitude face à des parents qui refusent la vaccination ?

Avez-vous reçu des certificats de contre-indication à la vaccination ? Qu'avez-vous fait ?

3) En pratique

Comment se passe votre travail depuis la nouvelle législation ?

Que faites-vous si un enfant n'est pas à jour de ses vaccinations ?

Qu'en est-il des enfants nés avant 2018 ? (Mieux vaccinés ?)

Quelle est votre opinion sur cette nouvelle loi ? Que pensez-vous de son caractère obligatoire ?

4) Questions complémentaires

Quel est votre statut professionnel, lieu d'exercice, type de crèche ?

Avez-vous reçu des informations spécifiques pour vous aider à appliquer la loi ?

Annexe 2 : Ensemble des documents d'information sur la vaccination destinée aux professionnels de santé et aux patients



Campagne vaccination 2019

Documents d'information sur la vaccination

Obligations vaccinales chez le nourrisson



Coll. Repères pour votre pratique (2018)

Dépliant 21 x 29,7 cm
4 pages
Réf. DT07-103-18DE

Pour vous

Recrudescence de la rougeole



Coll. Repères pour votre pratique (2018)

Dépliant 21 x 29,7 cm
4 pages
Réf. DT07-110-18DE

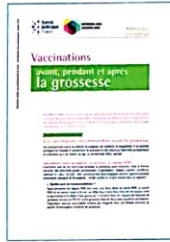
Infections invasives à pneumocoque : vaccination



Coll. Repères pour votre pratique (2017)

Dépliant 21 x 29,7 cm
4 pages
Réf. DT07-038-17DE

Vaccinations avant, pendant et après la grossesse



Coll. Repères pour votre pratique (2017)

Dépliant 21 x 29,7 cm
4 pages
Réf. DT07-017-17DE

Vaccination chez les adultes immunodéprimés



Coll. Repères pour votre pratique (2015)

Dépliant 21 x 29,7 cm
4 pages
Réf. 135-108115-DE

La vaccination du nourrisson



Questions-réponses (2018)

Dépliant 10,5 X 15 cm
16 pages
Réf. DT07-107-18B

Pour vos patients

Calendrier des vaccinations 2019



Carte postale

Carte postale 15 x 10,5 cm
Recto/verso
Réf. DT07-016-19PC

Comprendre la vaccination



Enfants, adolescents et adultes (2019)

Brochure 21 x 29,7 cm
36 pages
Réf. DT07-099-19DE

Les vaccins à tous les âges



Collection
Pour comprendre
(2019)

Brochure 21 x 15 cm
32 pages

Réf. version accessible à tous DT07-155-19B
Réf. version braille : DT07-156-19B

Pour
vos
patients

Les vaccins obligatoires pour protéger vos enfants



Document d'information
accessible à tous
(2018)

Dépliant 14,8 x 21 cm
4 pages
Réf. DT07-109-18DE

Marque-page vaccination-info-service



Marque-page Recto/verso
21 x 5 cm
Réf. DT07-102-18XX

Carnet de vaccination adolescents et adultes



Dépliant 10,5 x 15 cm
20 pages
Réf. DT07-063-17B

Affiches



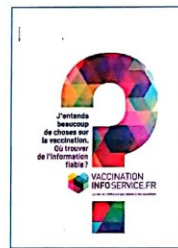
Calendrier
vaccinal
2019

Affiche 30 X 40 cm
Réf. DT07-015-19A



Promotion
de la
vaccination

Affiche 40 X 60 cm
Réf. DT07-162-19A



Promotion
du site
vaccination-
info-service

Affiche 40 X 60 cm
Réf. DT07-100-18A



Un espace professionnel sur vaccination-info-service.fr pour répondre à vos interrogations et celles de vos patients.

Cet espace regroupe informations et outils pour vous aider dans votre pratique au quotidien. Vous pourrez notamment y trouver les dernières données scientifiques, tous les aspects pratiques de la vaccination, l'explication des controverses, une foire aux questions ou encore des vidéos pédagogiques.



Tous les documents sont disponibles gratuitement en téléchargement sur le catalogue des documents de prévention et d'éducation pour la santé du site de Santé publique France :
http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/rech_doc.asp.
Certains documents sont disponibles gratuitement à la commande sur le site de commande en ligne : <https://selfservice.santepubliquefrance.fr>



DT07-171-19T

Annexe 3 : Protocole mis en place par la Ville de Marseille pour répondre aux obligations de suivi des vaccinations

MODALITÉS DE SUIVI DES VACCINATIONS EN EAJE POUR LES ENFANTS nés à compter du 01 janvier 2018

- 1) Le cadre responsable de l'EAJE ou la responsable sanitaire, vérifie 1 fois par mois le statut vaccinal des enfants nés à partir de janvier 2018.
 - 2) A chaque vaccination la famille doit apporter le carnet de santé de l'enfant.
 - 3) En cas de retard constaté, le cadre responsable de l'EAJE ou la responsable sanitaire en informe les parents afin qu'ils régularisent la situation vaccinale de leur enfant.
 - 4) Une nouvelle évaluation de la situation est réalisée 1 semaine plus tard avec les parents.
 - 5) En cas de réticences, le cadre responsable ou la responsable sanitaire vérifie avec le pédiatre de la crèche (qui peut, s'il le souhaite, se mettre en lien avec le médecin habituel de l'enfant) afin de vérifier, s'il existe une motivation médicale à ce retard et si oui pour quelle durée (à tracer sur dossier médical).
 - 6) Dans le cas contraire, ils déterminent ensemble le début de la période de régularisation réglementaire. (Date de début et date de fin)
 - 7) Le cadre responsable ou la responsable sanitaire en informe la coordinatrice de la crèche **par courriel** (copie au chef de service SEF et au directeur de la DPE) en précisant les coordonnées de l'enfant avec la date de début de la période de régulation pour enclencher l'envoi du premier courrier signé par la directrice de la DPE à la famille.
 - 8) Remise en mains propres du courrier contre signature à un des parents par la directrice ou la responsable sanitaire, si impossibilité envoi par courrier en AR.
- J1 à J30 : Proposition d'un RDV avec le pédiatre vacataire de la crèche
- J31 à J 60 : Proposition d'un RDV avec un médecin du centre de vaccination (23 rue Astruc 13005)
- J61 à J 75 : Prise de RDV avec la Direction de la Petite Enfance au service Établissement et Famille (SEF) pour information sur la procédure de radiation (si rencontre impossible envoi d'un courrier avec AR)
- J 90 : Démarrage de la procédure de radiation

Procédure de radiation conformément au règlement de fonctionnement du 25 juin 2018 article 2-6-2

1. Courrier de mise en demeure de l' élu à la Petite Enfance :
 - Signifiant la radiation de l'enfant;
 - Explicitant les motivations de cette décision (non-respect de l'obligation vaccinale, délai de 3 mois de période de régularisation dépassée);
 - Explicitant les voies de recours
 - Donnant 10 jours à l'administré pour faire valoir son « droit à la défense »
2. Courrier de radiation définitive à la signature de l' élu à la Petite Enfance, au terme de ces 10 jours.

DPE /Septembre 2018

LISTE DES ABREVIATIONS

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CoDEPS : Comité départemental d'Education et de Promotion de la Santé

CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

CTV : Commission Technique des Vaccinations

DPMISP : Direction de la PMI et de la Santé Publique

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite

DTPC : Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche

EAJE : Etablissement d'Accueil des Jeunes Enfants

ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control

EJE : Educatrice de Jeunes Enfants

HAS : Haute Autorité de Santé

Hib : *Haemophilus influenzae* de type b

HPV : Human Papilloma Virus

Onape : Observatoire national de la petite enfance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ROR : Rougeole Oreillons Rubéole

SEP : Sclérose en plaques