Le point sur

HPV et méningocoques ACWY

Santé publique France

Date de publication : 27 novembre 2026

ÉDITION NATIONALE

Bilan de la campagne de vaccination contre les papillomavirus humains et les méningocoques ACWY menée au cours de l'année scolaire 2025-2026

Points clés

- **Le nombre de vaccinations réalisées dans les collèges** et dans les établissements médico-sociaux (EMS) au cours de la campagne 2025-2026 a été estimé à 83 123 pour la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) (dont 64 114 pour la 1re dose) et à 65 362 pour la vaccination contre les méningocoques (Men) ACWY.
- Chez les enfants nés en 2013 majoritairement concernés par la campagne 2025-2026, une **augmentation de 13 points de la couverture vaccinale (CV) HPV au moins une dose** a été observée chez les filles comme chez les garçons entre le début et la fin de l'année scolaire. Pour la vaccination contre **MenACWY, cette augmentation était de 17 points** chez les filles et de 16 points chez les garçons.
- **À la fin de l'année scolaire,** les CV de ces enfants étaient estimées :
  - à 53 % chez les filles et à 45 % chez les garçons pour la vaccination HPV au moins une dose,
  - à 33 % pour la vaccination Men ACWY.
- Les CV HPV et MenACWY étaient les plus élevées en Bretagne et Normandie, avec des valeurs plus élevées en France hexagonale que dans les DROM. Les gains de CV au cours de la campagne au collège **variaient selon les régions**, ce qui pourrait en partie s'expliquer par une participation variable des établissements à la campagne.
- Les gains de CV observés au cours de la campagne au collège montraient **peu de différence selon le niveau de défavorisation sociale**. Si la campagne au collège n'a pas permis de réduire les inégalités sociales, elle ne les a toutefois pas creusées.
- Il est ainsi nécessaire de poursuivre les efforts d'adaptation de la mise en œuvre de la campagne, que ce soit au niveau de la participation de tous les établissements et la promotion auprès des familles. La collaboration entre les professionnels de santé (scolaires et locaux), les équipes éducatives et d'autres acteurs locaux sont des pistes possibles, avec des actions de promotion spécifiques à destination des familles défavorisées.

Introduction

En France, la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) est recommandée pour les jeunes filles depuis 2007 et pour les jeunes garçons depuis 2021. Elle cible les adolescents de 11 à 14 ans avec un schéma à 2 doses. Suite à l'augmentation des cas d'infections invasives à méningocoque observée lors de la saison 2024-2025, la vaccination par une dose de vaccin méningococcique tétravalent ACWY (MenACWY) est désormais recommandée chez tous les adolescents de 11 à 14 ans, quel que soit leur statut vaccinal antérieur vis-à-vis du méningocoque C [1].

Une première campagne nationale de vaccination HPV a été menée dans les collèges au cours de l'année scolaire 2023-2024 [2]. Cette campagne a été renouvelée en 2024-2025 [3] et élargie en 2025-2026, pour inclure la vaccination MenACWY. Ces campagnes, déployées dans les collèges publics et privés volontaires ont d'abord ciblé les élèves de 5e (filles et garçons). Deux passages des équipes mobiles de vaccination étaient organisés, le premier pour administrer la 1re dose, le second pour la 2de, en respectant un délai minimal de 5 mois entre les deux injections. En 2025-2026, une seule séance de vaccination a été mise en place au cours de l'année scolaire. Les vaccinations HPV et MenACWY ont ainsi été proposées à tous les élèves entrant en classe de 5e (nés le plus souvent en 2013) et aux élèves de 4e (nés le plus souvent en 2012) dans les régions qui l'ont souhaité. Selon l'organisation retenue pour l'administration de la 2de dose de vaccin contre les infections à HPV, les élèves ayant déjà reçu une 1re dose en ville, ont pu se faire vacciner au collège pour la 2de dose en respectant un délai maximal de 13 mois entre les deux doses.

Depuis 2024-2025, les vaccinations sont également proposées aux jeunes de 11 à 14 ans accueillis en internat ou en externat dans un établissement médico-social (EMS).

Méthode

En routine, les couvertures vaccinales (CV) contre les infections à HPV et à méningocoques ACWY sont estimées à partir de la base du Datamart de consommation inter-régimes (DCIR) du Système national des données de santé (SNDS). Cette base de données, gérée par la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) intègre les remboursements d'actes de soins, y compris les délivrances de vaccins en pharmacie, de la quasi-totalité des régimes d'assurance maladie.

Dans l'objectif d'établir un bilan de la campagne de vaccination menée dans les collèges au cours de l'année scolaire 2025-2026, les CV ont été estimées au 30/09/2025 (données SNDS-DCIR), avant la mise en place de la campagne, et au 30/06/2026, à son terme.

Pour estimer les CV, l'ensemble des enfants vaccinés ont été pris en compte, que la vaccination ait eu lieu au collège, en EMS ou en ville. Il a été considéré que la campagne de vaccination au collège et la communication qui l'a accompagnée, ont pu encourager les vaccinations en ville, comme lors de la première campagne. Certains parents ont pu ainsi préférer faire vacciner leurs enfants par un professionnel de proximité plutôt que par le dispositif au collège [4].

Nombre de vaccinations contre les infections à HPV et à MenACWY au collège

Les vaccinations réalisées dans les collèges et dans les EMS ont été comptabilisées grâce aux données de remboursement des vaccins par l'assurance maladie aux centres de vaccination. Ces données sont accessibles via le portail du SNDS.

Dans 11 régions hexagonales ainsi qu'en Guadeloupe et à La Réunion, les centres de vaccination en charge des collèges et des EMS ont utilisé le même logiciel, « Colibri », pour enregistrer les doses administrées et assurer le suivi de la campagne. Les données agrégées issues de Colibri, c'est-à-dire le nombre de vaccins par semaine, par région et selon le rang de la dose, ont été considérées comme les plus exhaustives, au moment de l'étude, dans les régions concernées. Elles ont été utilisées comme référence pour évaluer la complétude des données de remboursement des vaccinations réalisées au collège et en EMS et enregistrées dans le SNDS.

Les données issues du logiciel Colibri étant agrégées, elles ne pouvaient être appariées au SNDS-DCIR. Par ailleurs, elles n'étaient pas disponibles dans l'ensemble des régions. Pour ces raisons, elles n'ont pas été utilisées pour estimer la CV.

Etant donné que certaines vaccinations ne sont pas remboursées ou le sont avec retard, les données du SNDS-DCIR sous-estiment très probablement le nombre de vaccinations effectuées au collège, la CV et la part des vaccinations réalisées au collège. Les données extraites du logiciel Colibri, indiquent un nombre supérieur de 10 000 vaccinations (soit 8 %) à celui estimé à partir des données du SNDS pour les 13 régions où est utilisé Colibri. Cette sous-estimation probable est particulièrement importante à La Réunion (282) et en Corse (108 %) (Tableau 1).

Tableau 1. Nombre de vaccinations (quel que soit le rang de la dose) réalisées dans les collèges par région des collèges d'après le SNDS et d'après le logiciel Colibri, 2025-2026, France

Régions	Nombre de vaccinations d'après le SNDS	Nombre de vaccinations d'après Colibri	Différences	
			Nombre	%
Auvergne-Rhône-Alpes	19 817	23 396	3 579	18
Bourgogne-Franche-Comté	5 534	5 312	-222	-4
Bretagne	11 514	11 611	97	1
Centre-Val de Loire	6047			
Corse	174	362	188	108
Grand Est	6 482	6 708	226	3
Hauts-de-France	9 019	8 986	-33	0
Île-de-France	37 195	38 736	1541	4
Normandie	10286			
Nouvelle-Aquitaine	17 090	17 751	661	4
Occitanie	8 114	9 642	1528	19
Pays de la Loire	9 364	9 245	-119	-1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 368	7 833	1465	23
Guadeloupe	358	224	-134	-37
Guyane	85			
La Réunion	465	1774	1309	282
Martinique	498			
Saint Martin	43			
France entière	**148 453**			
Régions qui utilisent Colibri	**131494**	**141 580**	**1086**	**8**

Couvertures vaccinales des enfants nés en 2012 et 2013 en France

Comme pour la précédente campagne, les données de vaccination au collège et en EMS 2025-26 ont pu être appariées avec les données du SNDS-DCIR pour les enfants affiliés au Régime Général. Ainsi, il a été possible d'attribuer pour chaque enfant, les vaccinations réalisées dans les collèges ou en EMS ainsi que les vaccins délivrés en ville (données SNDS-DCIR). Cela n'est pour le moment pas réalisable pour les enfants affiliés à d'autres régimes d'assurance maladie. Cet appariement a permis de déterminer, pour chaque enfant, le nombre de doses de vaccin reçues au collège ou en EMS et le nombre de doses de vaccins délivrées en ville, ainsi que leurs dates respectives.

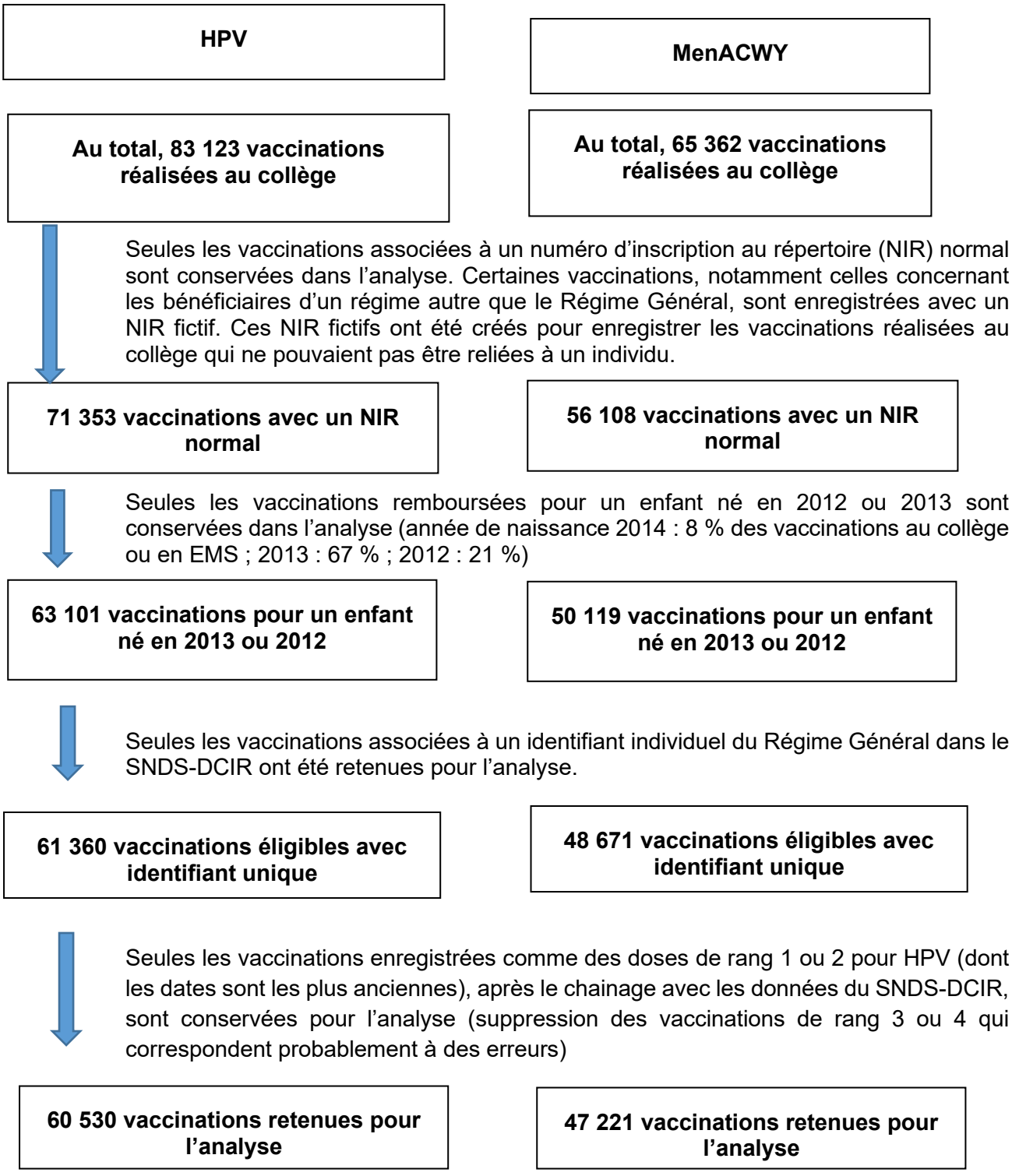
Contrairement aux campagnes précédentes, la campagne 2025-2026 n'a pas ciblé uniquement les enfants scolarisés en classe de 5e (nés majoritairement en 2013), mais aussi certains élèves de 4e (nés principalement en 2012). Les CV ont donc été estimées pour deux cohortes de naissance, 2012 et 2013.

Pour estimer la CV, le dénominateur correspond au nombre d'enfants bénéficiaires du Régime Général de l'assurance maladie et nés en 2013 ou en 2012. Le numérateur correspond au nombre d'enfants nés en 2013 ou en 2012, bénéficiaires du Régime Général de l'assurance maladie, qui ont été vaccinés au collège, en EMS ou en ville. L'ensemble de ces données est issu du SNDS. A noter que pour cette campagne une seule séance de vaccination a été organisée. Les élèves de 5e n'ont pu recevoir qu'une seule dose de vaccin contre HPV au collège. Il est donc attendu que la CV pour la 2e dose chez ces élèves n'évolue que peu entre le début et la fin de la campagne mais progresse en 2026-2027. A l'inverse deux passages avaient été organisés pour les élèves de 5e en 2023-2024. Les élèves de 4e en 2025-2026 (nés principalement en 2012) ont donc pour la plupart déjà eu une proposition de vaccination au collège pour les deux doses de vaccins contre HPV.

Le SNDS-DCIR ne permet pas d'identifier directement les enfants de 5e et 4e ciblés par la campagne. Les élèves de 5e étant majoritairement nés en 2013 et les élèves de 4e étant majoritairement nés en 2012, la CV a été estimée uniquement pour les enfants affiliés au Régime Général nés ces années-là. En conséquence, des vaccinations réalisées au collège ou en EMS chez des enfants nés une autre année n'entrent pas dans les CV présentées (Figure 1).

Les CV contre les infections à HPV au moins une dose et contre les méningocoques ACWY ont ensuite été estimées par quintile de l'indice de défavorisation sociale (Fdep), actualisé en 2020 [5]. Pour des raisons techniques, l'analyse des CV selon le Fdep n'a pu être réalisée que parmi les bénéficiaires consommant (la population dite « consommante »), c'est-à-dire les enfants bénéficiaires du régime général ayant bénéficié d'un remboursement pour au moins une consommation de soins en 2024. Il est à noter que les CV calculées parmi les bénéficiaires consommant sont plus élevées que celles obtenues en incluant également les bénéficiaires non consommant. Afin d'étudier l'effet de la campagne selon le quintile de l'indice de défavorisation sociale, nous avons estimé pour chaque quintile de l'indice la CV avant la campagne, le gain de CV absolu (en points de pourcentage) entre le début et la fin de la campagne, puis le gain de CV relatif, c'est à dire le gain de CV par rapport à la CV estimée avant la campagne.

Figure 1. Étapes de sélection des vaccinations réalisées au collège pour l'estimation de la CV, 2025-2026, France



Pour l'estimation de CV chez les enfants nés en 2013 ou 2012 et affiliés au Régime Général, un total de 60 530 vaccinations HPV (1re et 2de doses) a été pris en compte, représentant 73 % des doses administrées au collège. Par ailleurs, 47 221 vaccinations méningocoques ACWY ont été incluses, représentant 72 % des doses administrées au collège. De plus, 1 221 239 vaccins anti-HPV et 409 690 vaccins MenACWY délivrés en ville jusqu'au 30/06/2026 ont également été pris en compte. Les mêmes filtres (NIR normal, naissance en 2012 ou 2013, vaccin lié à un identifiant individuel, dose de rang 1 ou 2) ont été appliqués aux vaccins délivrés en ville et au dénominateur issu du référentiel des bénéficiaires du SNDS-DCIR.

Résultats

Nombre de vaccinations HPV et MenACWY au collège ou en EMS

Au total 83 134 vaccinations HPV ont été effectuées au collège ou dans les EMS lors de la campagne 2025-2026, dont 29 828 administrées aux filles pour une première dose et 9 285 secondes doses administrées aux filles, 34 286 premières doses, 9 732 deuxièmes doses administrées aux garçons. Le sexe de l'enfant était inconnu pour 3 vaccinations. Concernant le vaccin MenACWY, 65 362 vaccinations ont été réalisées dans les collèges et EMS. Les nombres de 1res doses HPV et de MenACWY administrées étaient similaires (64 114 et 65 357), suggérant un recours simultané aux deux vaccins.

Couvertures vaccinales et part des vaccinations effectuées au collège ou en EMS des enfants nés en 2013 et 2012 et bénéficiaires du régime général

Pour les enfants nés en 2013, à l'issue de la campagne (au 30/06/2026), la CV HPV pour au moins une dose était estimée à 53 % chez les filles et à 45 % chez les garçons. La CV deux doses était estimée à 33 % chez les filles et à 26 % chez les garçons. La CV MenACWY à une dose était de 33 % chez les filles et de 32 % chez les garçons (33 % pour l'ensemble des enfants).

En comparaison, avant la campagne (au 30/09/2025), la CV HPV au moins une dose était estimée à 40 % chez les filles nées en 2013 et à 32 % chez les garçons nés cette même année. La CV deux doses était estimée à 21 % chez les filles et 16 % chez les garçons. La CV une dose du vaccin MenACWY était de 16 % chez les filles et chez les garçons.

Entre le début et la fin de la campagne pour les enfants nés en 2013, les augmentations suivantes ont été observées :

- pour la CV HPV au moins une dose, de 13 points chez les filles et chez les garçons
- pour la CV HPV deux doses [1], de 12 points chez les filles et de 10 points chez les garçons.
- pour la CV MenACWY une dose, de 17 points chez les filles et de 16 points chez les garçons.

[1] Les élèves n'ont pu recevoir qu'une seule dose de vaccin HPV au collège au cours de cette campagne. Cependant, celle-ci pouvait correspondre à une 2de dose au collège s'ils avaient déjà reçu une 1re en ville. Ainsi, pour ces enfants nés en 2013, la part des 2des vaccinations réalisées au collège, bien que faible, était de 3 % chez les filles et 4% chez les garçons.

La **part des 1res vaccinations** HPV réalisées au collège ou en EMS au cours de l'année scolaire 2025-2026 était plus faible chez les filles (8 %) que chez les garçons (11 %).

Pour le vaccin MenACWY, la part des vaccinations réalisée au collège était de 15 %, quel que soit le sexe (Tableau 2).

Tableau 2. Couverture vaccinale (%) contre les infections à HPV et à méningocoques ACWY des enfants nés en 2013 (majoritairement scolarisés en classe de 5e) selon le sexe, au 30/09/2025 (avant la campagne) et au 30/06/2026 (à l'issue de la campagne), ainsi que la part des vaccinations faites au collège, 2025-2026, France

	HPV Filles		HPV Garçons		Méningocoques ACWY Filles	Méningocoques ACWY Garçons
	Au moins 1 dose	2 doses	Au moins 1 dose	2 doses	1 dose	1 dose
CV au 30/09/2025 (%)	40	21	32	16	16	16
CV au 30/06/2026 (%)	**53**	**33**	**45**	**26**	**33**	**32**
Augmentation (points)	**13**	**12**	**13**	**10**	**17**	**16**
Part des vaccinations administrées pendant la campagne 2025-2026 et au collège (%)	8	3	11	4	15	15
Part des vaccinations administrées au collège pendant les deux dernières campagnes (2024-2026) (%)	10	3	12	4		

Pour les enfants nés en 2012, à l'issue de la campagne (au 30/06/2026), la CV était estimée à 60 % pour au moins une dose et à 45 % pour deux doses chez les filles, et à 50 % et à 36 % respectivement chez les garçons. La CV MenACWY était de 26 % pour les filles et pour les garçons.

En comparaison, avant la campagne au 30/09/2025, la CV HPV pour au moins une dose était estimée à 55 % chez les filles nées en 2012 et à 44 % chez les garçons nés cette même année. La CV pour deux doses était estimée à 37 % chez les filles et 28 % chez les garçons. La CV pour une dose du vaccin MenACWY était de 14 % pour les filles et pour les garçons.

Entre le début et la fin de la campagne pour les enfants nés en 2012, les augmentations suivantes ont été observées :

- pour la CV HPV au moins une dose, de 5 points chez les filles et 6 points chez les garçons ;
- pour la CV HPV deux doses, de 8 points chez les filles et chez les garçons ;
- pour la CV MenACWY une dose, de 12 points chez les filles et chez les garçons.

La part des 2e doses HPV réalisées au collège au ou en EMS au cours de l'année scolaire 2025-2026 était de 3 % pour les filles et 4 % pour les garçons. Les enfants nés en 2012 avaient pour la plupart déjà été ciblés lors de la campagne précédente pour la 1re dose. Ainsi, la part des vaccinations réalisées globalement au cours des deux dernières campagnes (2024-2025 et 2025-2026) était de 12 % pour les 1res doses et de 15 % pour les 2des.

Pour la vaccination MenACWY, proposée pour la première fois, la part des doses administrées lors de la campagne était de 4 % pour les filles et 5 % pour les garçons (Tableau 3).

Tableau 3. Couverture vaccinale (%) HPV et MenACWY des enfants nés en 2012 (majoritairement scolarisés en classe de 4e) selon le sexe, au 30/09/2025 (avant la campagne) et au 30/06/2026 (à l'issue de la campagne), et part des vaccinations administrées au collège, 2025-2026, France

	HPV filles		HPV Garçons		Méningocoques ACWY Filles	Méningocoques ACWY Garçons
	Au moins 1 dose	2 doses	Au moins 1 dose	2 doses	1 dose	1 dose
CV au 30/09/2025 (%)	55	37	44	28	14	14
CV au 30/06/2026 (%)	**60**	**45**	**50**	**36**	**26**	**26**
Augmentation (points)	**+5**	**+8**	**+6**	**+8**	**+12**	**+12**
Part des vaccinations administrées pendant la campagne 2025-2026 et au collège (%)	1	3	2	4	4	5
Part des vaccinations administrées au collège pendant les deux dernières campagnes (2024-2026) (%)	12	12	15	15		

Au niveau régional, la CV HPV pour au moins une dose au 30/06/2026 était plus faible dans les DROM (de 27 % à 32 % chez les filles et 19 % à 24 % chez les garçons) qu'en France hexagonale (54 % chez les filles et 46 % chez les garçons) (Tableaux 4 et 5). En France hexagonale, elle était la plus faible en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Corse et en Ile-de-France (≤ 46 % chez les filles et ≤ 38 % chez les garçons) et la plus élevée en Bretagne et en Normandie (≥ 70 % chez les filles et ≥ 63 % chez les garçons). Des différences similaires étaient visibles pour la CV à deux doses

Tableau 4. Couverture vaccinale (%) HPV au moins une dose et deux doses par région de résidence chez les filles nées en 2013, au 30/09/2025 (avant la campagne), au 30/06/2026 (à l'issue de la campagne), France

Régions	Au moins 1 dose			2 doses		
	30/09/2025 (%)	30/06/2026 (%)	Différence (points)	30/09/2025 (%)	30/06/2026 (%)	Différence (points)
Auvergne-Rhône-Alpes	42	53	11	22	35	13
Bourgogne-Franche-Comté	40	55	15	22	35	13
Bretagne	52	71	19	29	46	17
Centre-Val de Loire	41	56	14	23	35	12
Corse	30	43	13	13	25	11
Grand Est	42	54	13	23	36	13
Hauts-de-France	48	61	13	27	40	13
Île-de-France	31	46	15	15	25	10
Normandie	54	70	16	31	48	17
Nouvelle-Aquitaine	42	59	17	23	36	13
Occitanie	38	50	12	19	31	12
Pays de la Loire	52	67	14	30	46	16
Provence-Alpes-Côte d'Azur	30	43	13	15	24	9
Total France hexagonale	**40**	**54**	**14**	**22**	**34**	**13**
Guadeloupe	22	32	10	9	16	7
Guyane	20	27	7	6	10	5
La Réunion	19	28	9	8	14	6
Martinique	21	27	7	7	14	7
France entière	**40**	**53**	**13**	**21**	**33**	**12**

Tableau 5. Couverture vaccinale (%) HPV au moins une dose et deux doses par région de résidence chez les garçons nés en 2013, au 30/09/2025 (avant la campagne), au 30/06/2026 (à l'issue de la campagne), France

Régions	30/09/2025 (%)	30/06/2026 (%)	Différence (points)	30/09/2025 (%)	30/06/2026 (%)	Différence (points)
Auvergne-Rhône-Alpes	34	44	10	17	27	11
Bourgogne-Franche-Comté	31	45	13	16	26	10
Bretagne	44	63	19	24	38	14
Centre-Val de Loire	33	47	14	17	27	10
Corse	20	30	10	9	15	6
Grand Est	34	46	12	18	28	10
Hauts-de-France	39	51	12	21	31	11
Île-de-France	25	38	13	11	20	8
Normandie	46	62	16	25	39	14
Nouvelle-Aquitaine	34	51	17	18	29	11
Occitanie	30	42	11	15	24	10
Pays de la Loire	45	60	15	25	39	14
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23	33	11	11	18	7
Total France hexagonale	**33**	**46**	**13**	**17**	**27**	**10**
Guadeloupe	16	24	9	6	11	5
Guyane	17	23	6	5	8	4
La Réunion	13	20	7	5	9	4
Martinique	13	19	6	5	8	4
France entière	**32**	**45**	**13**	**16**	**26**	**10**

Pour la vaccination MenACWY, la CV une dose au 30/06/2026 était plus faible dans les DROM (8 % à 15 %) qu'en France Hexagonale (33 %). En France hexagonale elle était particulièrement faible en Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie (≤ 27 %) et la plus élevée en Bretagne (51 %) (tableau 6).

Tableau 6. CV (%) MenACWY une dose par région de résidence chez les enfants nés en 2013, au 30/09/2025 (avant la campagne), au 30/06/2026 (à l'issue de la campagne), France

Régions	Au moins 1 dose		
	30/09/2025 (%)	30/06/2026 (%)	Différence (points)
Auvergne-Rhône-Alpes	16	30	14
Bourgogne-Franche-Comté	14	30	16
Bretagne	23	51	27
Centre-Val de Loire	16	33	18
Corse	10	19	9
Grand Est	15	31	16
Hauts-de-France	20	36	17
Île-de-France	15	32	17
Normandie	21	43	23
Nouvelle-Aquitaine	17	36	19
Occitanie	14	27	13
Pays de la Loire	18	40	22
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13	24	12
Total France hexagonale	**16**	**33**	**17**
Guadeloupe	4	11	7
Guyane	4	8	5
La Réunion	6	15	9
Martinique	4	10	6
France entière	**16**	**33**	**17**

À l'exception de la Guadeloupe, la proportion de vaccinations HPV (1re dose) et MenACWY réalisées dans les collèges était plus faible dans les DROM (allant de 0 % à 8 %) qu'en France hexagonale (12 %). En France hexagonale, cette proportion était plus élevée en Bretagne et en Ile de France (18 %). La vaccination MenACWY était plus souvent réalisée au collège (15 %) que la vaccination HPV (10 %) (Tableau 7).

Tableau 7. Proportion des vaccinations HPV (1re dose) et MenACWY réalisées au collège ou en EMS, chez les enfants vaccinés nés en 2013 et affiliés au Régime général (%) selon la région de résidence, France, 2025-2026

Régions	Part des vaccinations au collège (%)		
	1ère dose HPV	Men ACWY	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	5	7	6
Bourgogne-Franche-Comté	9	12	10
Bretagne	14	23	18
Centre-Val de Loire	12	16	14
Corse	6	10	7
Grand Est	7	10	8
Hauts-de-France	6	8	7
Île-de-France	16	22	18
Normandie	11	20	15
Nouvelle-Aquitaine	14	19	16
Occitanie	5	8	6
Pays de la Loire	8	16	11
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9	12	10
Total France hexagonale	**10**	**15**	**12**
Guadeloupe	9	24	13
Guyane	0	0	0
La Réunion	4	7	6
Martinique	5	15	8
France entière	**10**	**15**	**12**

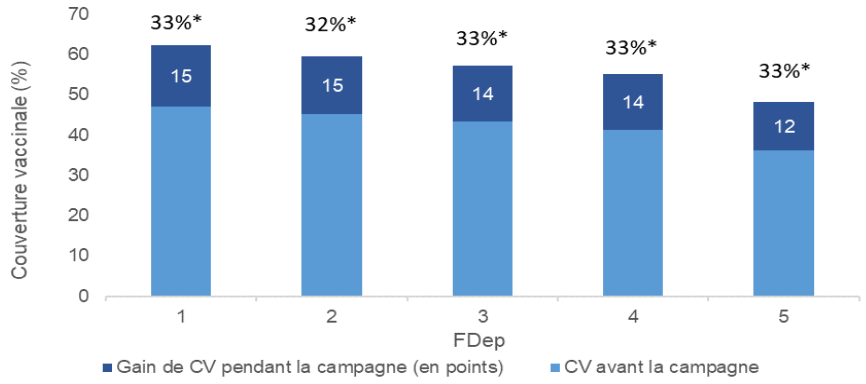
Vaccination lors de l'année scolaire 2025-2026 en fonction de l'indice de défavorisation sociale

Les CV contre les HPV avant la campagne étaient plus élevées dans les quintiles les moins socialement défavorisés par rapport aux quintiles les plus défavorisés. Le gain absolu de CV au cours de l'année scolaire 2025-26 était plus faible dans le quintile le plus défavorisé (Figures 2a et 2b). Il était de 15 points pour le 1er quintile et de 11 ou 12 points pour le 5e quintile, selon le sexe. Néanmoins, le gain relatif en CV était comparable dans tous les quintiles (environ + 32 % chez les filles ; +37 % chez les garçons).

Pour la vaccination MenACWY, le gain absolu de CV au cours de l'année scolaire était également d'autant plus faible que l'environnement était socialement défavorisé. Il était de 21 points pour le 1er quintile et de 16 points pour le 5e quintile. En revanche, le gain relatif était plus important dans les quintiles les plus défavorisés. Il était de +95 % pour le 1er quintile et respectivement de +136 % et +133 % pour le 4e et le 5e quintile (Figure 2c).

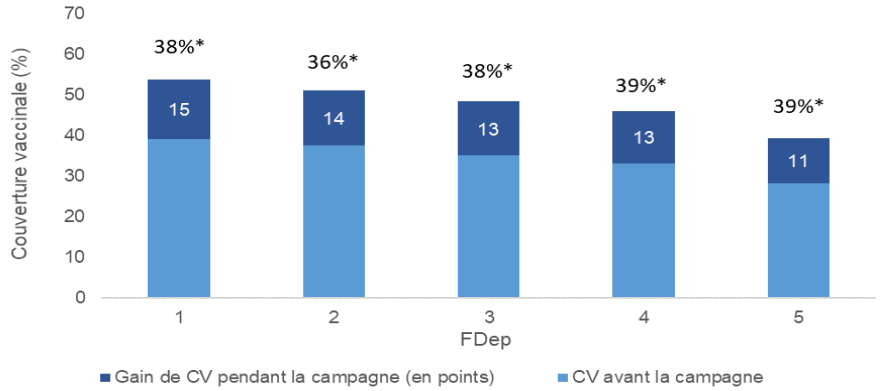
Figures 2. CV HPV des enfants nés en 2013, selon les quintiles d'indice de défavorisation sociale (Fdep), 2025-2026, France (analyse restreinte aux bénéficiaires consommant)

Figure 2a. CV contre les infections à HPV des filles



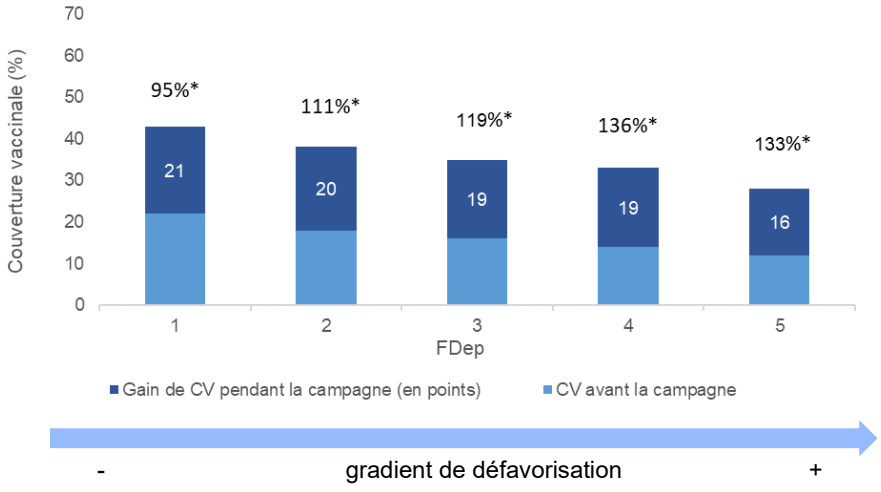
* Gain de CV relatif (%)

Figure 2b. CV contre les infections à HPV des garçons



* Gain de CV relatif (%)

Figure 2c. CV contre les méningocoques ACWY



* Gain de CV relatif (%)

Discussion

En 2025-2026, la CV au moins une dose contre les infections à HPV a augmenté de 13 points entre le début et la fin de la campagne en milieu scolaire, chez les filles et les garçons nés en 2013, sans différence marquée selon le sexe ou la défavorisation sociale. La CV contre les méningocoques ACWY a progressé de 17 points chez les filles et de 16 points chez les garçons, avec un gain de CV relatif plus prononcé en milieu plus défavorisé. A l'issue de la campagne, la CV HPV pour au moins une dose de la cohorte de naissance de 2013, s'élevait à 53 % chez les filles et à 45 % chez les garçons. La CV reste ainsi stable par rapport à celle observée à l'issue de la campagne précédente : 54 % chez les filles et 43 % chez les garçons nés en 2012.

La CV HPV à l'issue de la campagne 2025-2026 reste en-dessous de l'objectif de 80 % fixé à l'horizon 2030, conformément à la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. En France, la CV HPV à 15 ans est globalement en dessous de la moyenne des Etats Membres de l'Union Européenne (70 % pour au moins une dose en 2025 chez les filles et 58 % chez les garçons). Cependant, la dynamique observée laisse présager que, grâce aux campagnes dans les collèges et aux dispositifs de communication associés, la France pourrait atteindre la moyenne européenne d'ici que les enfants ciblés aient 15 ans. Toutefois, des efforts additionnels restent nécessaires pour atteindre les CV les plus élevées, obtenues dans certains pays européens comme le Portugal ou la Suède (>90 %).

La part des vaccinations réalisées au collège est nettement plus faible pour la 2de dose HPV chez les enfants nés en 2013, ce qui s'explique par le fait que la campagne 2025-2026 ne prévoyait qu'un seul passage des équipes de vaccination. Il est prévu que la seconde dose soit administrée lors de la prochaine campagne en 2026-2027. Compte tenu de ces changements de modalités d'organisation de la campagne, la CV 2 doses pour la cohorte 2013 augmentera probablement à l'issue de la prochaine campagne.

Si la majorité (67 % des vaccinations) des enfants ayant bénéficié de la campagne étaient nés en 2013 (scolarisés en classe de 5^{e}), 21 % des vaccinations ont été administrées à des enfants nés en 2012. Ces doses ont continué à faire augmenter la CV au moins une dose (+5 points pour les filles et 6 pour les garçons). Cela illustre que l'organisation annuelle de campagnes, et le dispositif de communication qui les entoure, permettent un effet de rattrapage, en mobilisant les familles d'enfants déjà ciblés mais non vaccinés par les précédentes campagnes au collège.

Concernant la vaccination MenACWY, à l'issue de la campagne et deux ans après la mise en place de la recommandation, la CV s'élevait à 33 % chez les filles et à 32 % chez les garçons. A titre de comparaison, la CV contre le méningocoque C chez les 10-14 ans en France n'a dépassé les 30 % qu'en 2014, soit 4 ans après la recommandation de rattrapage dans cette classe d'âge.

La part des vaccinations MenACWY réalisées au collège (15 %) était plus élevée que celle de la vaccination HPV (10 % pour la 1re dose). Cette différence s'explique probablement par le fait que la vaccination MenACWY, nouvellement recommandée depuis 2024, en remplacement de la vaccination contre le méningocoque C), ait encore été peu proposée par des professionnels de santé en ville.

Globalement, les couvertures vaccinales HPV et MenACWY à l'âge d'environ 13 ans restant en-dessous des objectifs, les efforts de promotion vaccinale ne peuvent se limiter aux campagnes en milieu scolaire, mais doivent continuer tout au long de l'adolescence et jusqu'au début de la vie d'adulte. L'implication de tout professionnel de santé (scolaire et locaux) et possiblement d'acteurs locaux en contact avec les enfants – est nécessaire.

Le nombre de 1res doses de vaccination HPV administrées au collège a diminué en 2025-2026 par rapport à 2024-2025 (-14 %) et par rapport à 2023-2024 (-40 %). La baisse du nombre de vaccinations HPV au collège ne peut pas s'expliquer par la démographie (baisse des naissances de 1 % entre 2012 et 2013). D'autres facteurs peuvent être évoqués, comme un dispositif de communication moins important ou un engagement plus hétérogène des établissements. Néanmoins, compte tenu des CV en progression, un recours accru aux professionnels de santé en ville, suite à la sensibilisation par le collège, pourrait être l'explication principale de la diminution des

doses HPV administrées en collège. L'impact positif de la campagne en milieu scolaire sur la vaccination en ville a déjà été suggéré par l'enquête Vaxicol [4].

Par ailleurs, le volume total de vaccinations réalisées au collège (HPV et MenACWY) a augmenté en 2025-2026 par rapport à la campagne précédente de 2024-2025 (148 485 vs 116 141 doses), suggérant que l'ouverture de la campagne à d'autres vaccins pourrait augmenter l'efficience du dispositif. Un élargissement à d'autres vaccinations pourrait être étudié, pour renforcer le rattrapage vaccinal chez les adolescents, comme le ROR (2e et 3^{e} dose si indiquée) ou le rappel DTP.

Au niveau régional, quel que soit le vaccin (HPV ou méningocoques ACWY) et le rang de la dose, la CV était plus faible dans les DROM qu'en France hexagonale, où elle présentait également des différences marquées. Ces différences peuvent s'expliquer par des variations régionales dans la participation des collèges, pourtant obligatoire. En 2024-2025, le taux de participation variait de 52 % en Guadeloupe à 100 % en Bretagne [6]. A noter qu'en Bretagne la CV HPV pour au moins une dose chez les filles nées en 2013 dépasse les 70 % et la CV méningocoques ACWY dépasse les 50 %.

Les CV contre les HPV ont augmenté au cours de la campagne avec un gain relatif de +32 % dans tous les quintiles de l'indice de défavorisation. Si la campagne n'a pas creusé les inégalités d'accès à cette vaccination, elle n'a pas permis de les réduire. En revanche pour la vaccination MenACWY, l'augmentation relative était plus marquée dans les milieux les plus défavorisés, réduisant ainsi l'écart des couvertures entre le 1er et 5^{e} quintile de 10 à 5 points. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette différence : une plus faible fréquence de proposition du vaccin MenACWY par les professionnels en ville aux familles des milieux défavorisés, ou par une meilleure acceptabilité de cette vaccination parmi ces mêmes familles. Globalement, ces résultats rappellent que la communication et l'organisation des campagnes vaccinales en milieu scolaire doivent, le plus possible, tenir compte des attentes des familles plus défavorisées.

Cette analyse présente des limites. Comme observé en comparant le nombre de doses dans le SNDS avec celui issu des données extraites du logiciel Colibri, la CV et la part des vaccinations réalisées au collège sont probablement sous-estimées, notamment dans certaines régions comme la Corse et à la Réunion.

De même, les estimations de CV ne reflètent pas l'impact de la totalité de la campagne 2025-2026, car elles ne prennent pas en compte les enfants nés une autre année mais vaccinés durant la campagne, ni ceux affiliés à un autre régime d'assurance maladie que le régime général.

Conclusion

Ce bilan de la troisième campagne vaccinale, menée au cours de l'année scolaire 2025-2026, suggère que ce dispositif continue à dynamiser la vaccination HPV, et maintenant MenACWY, y compris en ville. Comme documenté ailleurs, les campagnes en milieu scolaire sensibilisent les professionnels de santé, les enfants et leurs familles à la vaccination, tout en y facilitant l'accès, sans creuser les inégalités sociales.

Néanmoins, afin d'augmenter le nombre de vaccinations réalisées au collège et de réduire les inégalités territoriales et sociales, il semble nécessaire de **poursuivre les efforts d'adaptation des dispositifs des campagnes de vaccination**, que ce soit en matière de **participation de tous les établissements** ou de promotion adaptée auprès des familles. La **collaboration** entre les professionnels de santé (scolaires et locaux), les équipes éducatives et d'autres acteurs locaux, ainsi que des **actions de promotion spécifiques** à destination des familles défavorisées, constituent des pistes à explorer. L'élargissement à d'autres vaccins recommandés à cette tranche d'âge pourra être étudié.

Les campagnes font partie d'une politique vaccinale qui a permis de renforcer, au cours d'une dizaine d'années, la protection vaccinale des jeunes cohortes contre les infections HPV et les cancers associés. Il reste cependant nécessaire de maintenir ces efforts pour atteindre les couvertures de 80 % ciblée.

Références

|1] Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2025. Décembre 2025

[2] Bilan de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) menée au collège dans les classes de 5e au cours de l'année scolaire 2023-2024 en France

[3] Bilan de la deuxième campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) menée au collège dans les classes de 5e au cours de l'année scolaire 2024-2025 en France

[4] O. Nassany, D. Lévy-Bruhl, S. Randriamampianina,Enquête Vaccicol - Evaluation de la perception et des pratiques des parents concernant la vaccination HPV au collège,Médecine et Maladies Infectieuses Formation,Volume 4, Issue 2, Supplement,2025

[5] https://odisse.santepubliquefrance.fr/explore/assets/indice-de-defavorisation-sociale-fdep-par-commune/

[6] La politique de vaccination depuis 2018, rapport de la Cour des comptes, Septembre 2026

Auteur

Laure Fonteneau[1]

Contributeurs

Sophie Vaux[1], Laura Zanetti[1]

Validation

Judith Mueller[1], Harold Noël

[1] Santé publique France, Direction des Maladies Infectieuses

Pour nous citer : Bilan de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain et les méningocoques ACWY menée au collège au cours de l'année scolaire 2025-2026 en France. Édition nationale. Le point sur. Saint-Maurice : Santé publique France, 15 p., novembre 2026

Directeur de publication : Étienne Pot, Directeur général

Date de publication : 27 novembre 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr