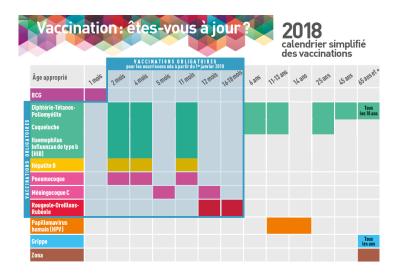




# Bulletin de veille sanitaire — N° 4 / Février 2018 - Maladies à prévention vaccinale en Occitanie. Données de 2015 et 2016



Page 2

Les principales sources de données de couverture vaccinale

Les couvertures vaccinales contre la Diphtérie, le Tétanos, la Poliomyélite

Les couvertures vaccinales contre la coqueluche et Haemophilus influenzae b

Page 7

Les couvertures vaccinales contre le pneumocoque

Les couvertures vaccinales contre l'hépatite B

Page 9 |

Les couvertures vaccinales ROR

Page 10

Les couvertures vaccinales contre le méningocoque C

Les couvertures vaccinales contre le papillomavirus

Page 12

Les données de couverture vaccinale de l'enquête Infiscol

Opinions et pratiques vaccinales - Données du Baromètre Santé en

# | Editorial |

Le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 s'articulait autour de cing axes :

- simplifier le calendrier vaccinal et l'accès aux données du carnet de vaccination.
- faciliter l'accès à la vaccination en s'appuyant sur les Agences régionales de santé,
- inciter à la vaccination, améliorer le suivi et l'évaluation de la politique vaccinale,
- conforter le continuum recherche fondamentale publiquetransformation industrielle sur les vaccins et favoriser la recherche en sciences humaines [1].

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a confié à Santé publique France la mission d'évaluer la politique vaccinale [2].

Le calendrier vaccinal a été simplifié en 2013 pour une meilleure compréhension et une meilleure adhésion des populations.

Alors que l'obligation vaccinale pour lutter contre 11 maladies à prévention vaccinale s'appliquera en 2018 pour tous les enfants nés à partir du 1er janvier 2018 [3], ce Bulletin de Veille Sanitaire, incluant les données de l'ORS, permet de présenter la synthèse des données de couverture vaccinale dont on dispose en Occitanie.

Même si les données de CV sont satisfaisantes pour les vaccinations diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche, les couvertures vaccinales contre le ROR, l'hépatite B, le méningocoque C et le papillomavirus sont très inférieures aux couvertures vaccinales cibles avec une disparité départementale importante.

Afin de tenir compte de la défiance des français vis-à-vis de la vaccination et pour permettre une meilleur connaissance, le site d'information sur les vaccinations pour le grand public http:// www.vaccination-info-service.fr/ permet d'avoir une source d'information fiable. Ceci est un premier pas vers une discussion entre le grand public et les professionnels de santé dans l'objectif d'éviter les controverses. En effet, les vaccins ne soignent pas mais protègent une population d'un potentiel danger, dont la méconnaissance est grande.

Il est important de souligner qu'une amélioration de la couverture vaccinale est nécessaire dans le but de prévenir les maladies, se protéger et protéger les autres.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et vous remercions pour votre implication.

Dr Anne Guinard.

référent vaccination pour Santé publique France en Occitanie.

[1] Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012- 2017. Ministère des affaires sociales et de la santé www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/

programme national d amelioration de la politique vaccinale 2012-2017 2 pdf [2] Journal officiel de République Française n°185 du 11 aout 2004 texte n°4. Loi n°2004-806 du 9 aout 2004 relative à la politique de santé publique

[3] http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserversa-sante/vaccination/vaccins-obligatoires/article/11-vaccinsobligatoires-en-2018

# | Points clés |

- Des maladies à prévention vaccinale toujours présentes en France comme le montre la reprise de l'épidémie de rougeole en 2017.
- Une amélioration des couvertures vaccinales (CV) au cours des dernières années en France comme en Occitanie, notamment pour l'hépatite B.
- Mais des couvertures vaccinales très insuffisantes pour le ROR et l'IIM C en Occitanie, pour éviter la diffusion de certaines pathologies, et des disparités interdépartementales.
- Une obligation vaccinale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour améliorer la CV : L'extension à 11 vaccins représente 10 injections (avec des vaccins combinés) pour les enfants, étalées sur 2 ans au regard du calendrier vaccinal. Plus de 70% des enfants recevaient déjà ces 10 injections au cours de leur 2 premières années de vie.
- De l'importance de la promotion de la vaccination en 2018 auprès des professionnels impliqués dans la vaccination et auprès des parents de jeunes enfants : mise en place de sites pour être informés: www.vaccination-info-service.fr
- Les données de l'enquête Infiscol, analysées par l'Observatoire Régional de la Santé Midi--Pyrénées, montrent un rattrapage des taux de couverture vaccinale pour les élèves en grande section de maternelle et en classe de sixième.

Tableau1 : Tableau de synthèse des vaccins et des sources de données présentées dans le BVS

	Certificats de santé du 24	errie •	
	mois (CS24)	Enquête Infiscol	Assurance Maladie
Diphtérie, tétanos, poliomyélite	X	Χ	
Coqueluche	Χ	Χ	
Haemophilus influenzae b	X	Χ	
Pneumocoque	X	Χ	
Hépatite B	Χ	Χ	
ROR	Χ	Χ	
Méningocoque C			Χ
Papillomavirus			Χ

# Les principales sources de données de couverture vaccinale en Occitanie

Anne Guinard 1,

Chez l'enfant et l'adolescent, l'estimation de la couverture vaccinale se fait en routine à partir de deux sources spécifiques à ces classes d'âge : les certificats de santé du 24 eme mois (CS24) et les enquêtes du « cycle triennal en milieu scolaire (enfants âgés de 6, 11 et 15 ans) ». Les données de l'assurance maladie (AM) permettent également de faire des estimations de couverture vaccinale pour des vaccins non inclus dans les CS24 tels que le vaccin contre le méningocoque C. En Occitanie, se rajoutent les données de l'ORS et du rectorat : l'enquête annuelle Infiscol (cf article page 12).

Chez l'adulte, il n'existe pas de recueil de données en routine à l'exception des données concernant la vaccination grippe chez les personnes fragiles avec bon de vaccination. Il existe parfois des enquêtes ponctuelles en population déclinée à l'échelon régional, telle que l'enquête baromètre santé déclinée en 2016 (cf article page 13).

# 1. Les certificats de santé du 24<sup>ème</sup> mois (CS24)

Les certificats de santé jouent un rôle important de surveillance sanitaire et sociale puisqu'ils permettent de produire tous les ans des données statistiques et épidémiologiques aux niveaux national et départemental.

Les CS24 sont remplis par les médecins lors du bilan du 24 eme mois et renvoyés aux services de protection maternelle et infantile (PMI) des conseils départementaux. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) collecte l'ensemble des fichiers départementaux envoyés par les PMI, les fusionnent. En collaboration avec Santé publique France, pour la partie sur les vaccinations, des travaux d'apurement et de pondération sont réalisés afin de constituer les bases nationales annuelles. Les variables relatives aux vaccinations des enfants ont fait l'objet d'analyses a posteriori et de traitements spécifiques par Santé publique France. Lorsqu'un taux de couverture vaccinale d'un département apparaissait incohérent ou insuffisamment renseigné (plus de 30 % de valeurs manquantes), il a été jugé préférable de ne pas traiter la ou les variables correspondantes.

Une des limites de ces certificats de santé est l'absence de réactivité aux changements vaccinaux. Les modifications du calendrier vaccinal ne sont toujours pas prises en compte sur les CS24, soit parce que les CS24 reçus correspondent à l'ancienne version et que les cases spécifiques n'existent pas (nouveau vaccin ou modification dans les doses), soit parce que les logiciels informatiques des Conseils départementaux n'ont pas pu être adaptés pour extraire les données au niveau départemental. Une autre limite est le taux de retour des certificats de santé insuffisant (<50 %), et très variable d'un département à un autre.

Les données présentées sont celles des CS24 de 2013 à 2015.

# 2. Les données de l'assurance maladie (Le Sniir-AM)

Le système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (Sniir-AM) est une base de données nationale qui regroupe l'ensemble des données de soins remboursés tous régimes confondus.

## 2.1 Le DCIR

Avec un recul historique de 10 ans, tous régimes confondus, avec un recul historique de 10 ans, la base de données de consommation inter-régime (DCIR), mise à disposition de Santé publique France, est exhaustive, individuelle et anonyme. Les données annuelles de remboursement de vaccins permettent d'analyser et de suivre les tendances des couvertures vaccinales.

Un des avantages de ces bases de données est de pouvoir étudier les tendances en tenant compte des classes d'âge et donc de savoir si le calendrier vaccinal est suivi dans cette population. Une analyse à l'échelon départemental est également possible.

Une des limites de ces bases de données est le mode de remboursement des vaccins dans les PMI. En effet, certains vaccins effectués en PMI se sont pas comptabilisés dans le DCIR car délivrés gratuitement ou avec une convention globale avec l'assurance maladie. D'autre part, en 2016, toutes les données ne pouvaient être calculés pour l'ensemble des vaccinations au niveau départemental.

# 2.2 L'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB)

L'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) est un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie tirés au sort aléatoirement au 1/97ème et pour lesquels les données de remboursement de soins sont conservées pendant une durée de 20 ans. Il concerne les bénéficiaires du régime général, de la MSA et du RSI. Il permet de suivre l'évolution des actes de vaccination et les couvertures au niveau national. Les données ne sont représentatives qu'à l'échelon national et des estimations peuvent être produites uniquement à l'échelle des nouvelles régions.

## Références :

- Site de Santé publique France: <a href="http://invs.santepubliquefrance.fr/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/Maladies-a-prevention-vaccinale/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/Maladies-a-prevention-vaccinale/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/Maladies-a-prevention-vaccinale/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/">http://invs.santepubliquefrance.fr/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/">http://invs.santepubliques/</a>
  <a href="Dossiers-thematiques/">http://invs.sant
- DREES. Le troisième certificat de santé de l'enfant [certificat au 24ème mois (CS24)] - 2012
   http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-sources et methodes-48.pdf
- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. Ministère des affaires sociales et de la santé. Mars 2016 www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier\_vaccinal\_2015.pdf
- Site de l'ORSMIP :

https://orsmip.org/sante-eleves-midi-pyrenees-infiscol/ https://orsmip.org/attitudes-comportements-de-sante-occitaniebarometre-sante-2016-occitanie/

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Santé publique France, Cire Occitanie

# Les couvertures vaccinales contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP) en Occitanie |

# 1. Contexte et enjeux de la vaccination

La diphtérie est une maladie due à une bactérie (Corynebacterium diphtheriae). Très contagieuse, elle se transmet de personne à personne par la toux et les éternuements. Lorsque la toxine sécrétée par la bactérie diffuse dans le sang, elle peut entraîner des complications graves (atteinte du cœur et du système nerveux).

La diphtérie est une maladie à déclaration obligatoire en France.

Depuis 2002, seuls des cas importés à *C. diphtheriae* ont été déclarés. La surveillance de la diphtérie s'est étendue aux infections dues aux *C. ulcerans* porteurs du gène codant la toxine diphtérique (tox+) depuis 2003. Entre 2003 et 2014, 33 infections dues à *C. ulcerans* ont été identifiées.

En région Occitanie, entre 0 à 2 cas de diphtérie sont déclarés chaque année.

Jusque dans les années 1930, la **diphtérie** était responsable d'une mortalité élevée chez les enfants (plusieurs milliers de cas par an). En France, grâce à la vaccination systématique depuis 1945, la maladie a très fortement diminué. La vaccination généralisée contre la diphtérie a permis une disparition des cas autochtones de *C. diphtheriae* dans les pays de l'Europe de l'Ouest. La maladie reste un problème majeur de santé publique dans certaines régions du monde (ex-URSS, sous-continent indien, Asie du Sud-Est, Afrique...), sources de cas importés pour les autres pays. A Mayotte, devenu le 101<sup>e</sup> département français en 2011, 8 isolements de *C. diphtheriae tox+* ont été notifiés aux autorités de santé depuis 2011.

Grâce à une couverture vaccinale très élevée chez l'enfant, l'angine diphtérique a disparu en France.

Le **tétanos** est une maladie aiguë grave, souvent mortelle encore présente partout dans le monde.

Cette maladie entraîne une hospitalisation prolongée en service de réanimation, pouvant s'accompagner de séquelles et dont la létalité est élevée (28%).

Le tétanos est une maladie à déclaration obligatoire en France.

En France, entre 2005 et 2016, 108 cas de tétanos ont été déclarés, tous chez des personnes dont la vaccination n'était pas à jour.

En région Occitanie, entre 0 à 2 cas de tétanos sont déclarés par année.

Le tétanos n'est pas une maladie transmissible de personne à personne, elle est non immunisante. Pour prévenir cette maladie, un vaccin très efficace existe depuis plus de 70 ans.

La **poliomyélite** est une maladie due à l'un des trois poliovirus existants, principalement présents dans les selles des personnes infectées. La transmission se fait par l'ingestion d'aliments, d'eau ou de boissons contaminés par les selles d'une personne porteuse du virus. La transmission peut également se faire à partir des virus présents dans la gorge des individus infectés.

La poliomyélite est une maladie à déclaration obligatoire en France. Le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé en 1995, tous deux concernant des adultes.

La poliomyélite devrait être la deuxième maladie éradiquée grâce à la vaccination, mais quelques rares foyers épidémiques persistent dans le monde. Depuis 1988, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fixé un objectif d'éradication de la poliomyélite.

Depuis l'introduction de la vaccination contre la poliomyélite dans le calendrier vaccinal français (1958 pour le vaccin inactivé de Salk Lépine et 1962 pour le vaccin oral de Sabin) et son caractère obligatoire en juillet 1964, le nombre de cas a rapidement diminué. Une extrême vigilance est nécessaire vis-à-vis d'une possible réintroduction de poliovirus, en raison de la persistance des foyers endémiques dans le monde.

# 2. Evolution des couvertures vaccinales à partir des CS24 en Occitanie

La couverture vaccinale DTP chez les enfants à l'âge de 2 ans est élevée pour la primovaccination et stable depuis 2013 (tableau 2).

Concernant le rappel DTP, la CV atteint l'objectif de 95 % dans la plupart des départements d'Occitanie à l'exception de l'Ariège et du Lot. On note une amélioration du taux de couverture vaccinale concernant le rappel au fil des ans.

Tableau 2 : Evolution de la couverture vaccinale DTP (primovaccination et rappel) à l'âge de 24 mois, de 2013 à 2015

		2013		2014*		2015**		
		Primovaccination	Rappel	Primovaccination	Rappel	Primovaccination	Rappel	
9	Ariège	97,5	86,7	96,7	76,8	98,0	91,8	
11	Aude	99,3	91,1	98,0	78,5	96,9	94,7	
12	Aveyron	ND	ND	98,0	79,9	98,0	96,6	
30	Gard	98,6	ND	98,7	81,2	98,6	96,5	
31	Haute-Garonne	99,3	88,9	99,0	78,4	99,7	97,5	
32	Gers	98,7	69,8	96,7	54,6	98,7	NI	
34	Hérault	99,2	92,9	98,7	81,3	99,4	96,8	
46	Lot	97,8	84,5	96,8	76,7	98,3	94,2	
48	Lozère	98,3	93,5	97,8	80,8	97,6	96,4	
65	Hautes-Pyrénées	98,5	96,2	98,7	83,7	99,3	97,1	
66	Pyrénées-Orientales	96,3	83,7	97,4	77,8	ND	ND	
81	Tarn	ND	ND	ND	74,3	NI	NI	
82	Tarn-et-Garonne	98,3	91,2	97,8	80,4	98,8	96,5	
	Total National	98,5	91,1	98,4		98,9	96,7	

ND: non disponibles NI: non interprétable

(Source: DREES, Remontées des services de Protection Maternelle et Infantile – certificats de santé du 24 em mois – Traitement Santé Publique France)

<sup>\*</sup> Jusqu'en 2014, la primovaccination correspond à 3 doses de vaccin et le rappel à 4 doses. \*\* A partir de 2015, la primovaccination correspond à 2 doses de vaccin et le rappel à 3 doses. En 2014, les données pour le rappel ne sont pas présentées en raison de la transition entre les deux calendriers vaccinaux.

# Les couvertures vaccinales contre la coqueluche en Occitanie

# 1. Contexte et enjeux de la vaccination

l'arbre respiratoire inférieur mais d'évolution longue et hautement contagieuse. Elle se transmet de personne à personne, en particulier par les gouttelettes de salive émises lors de la toux. Deux bactéries du genre Comité de Santé Publique. des Bordetella sont responsables des syndromes coquelucheux chez l'homme : Bordetella pertussis et Bordetella parapertussis.

La maladie n'est pas immunisante : il est possible d'attraper plusieurs 2. Evolution des couvertures vaccinales à partir fois la coqueluche, d'où l'utilité de faire, au cours de la vie, les rappels des CS24 en Occitanie recommandés dans le calendrier des vaccinations et de maintenir élevée la couverture vaccinale

Depuis l'introduction du vaccin en 1966, le nombre de cas de coqueluche a très fortement diminué. Cependant, de 1996 à 2015, environ 2000 cas de coqueluche sont survenus chez des bébés de moins de 3 mois en France, dont 18% ont été admis en service de réanimation. La coqueluche reste une des premières causes de décès par infection bactérienne chez le nourrisson de moins de 3 mois. Les bébés sont le

plus souvent contaminés par un adulte : il s'agit de l'un des parents dans environ 50% des cas.

La coqueluche est une infection bactérienne peu ou pas fébrile de Ces résultats soulignent l'importance de la stratégie de cocooning (rappels coquelucheux pour toute personne en contact avec des nourrissons de moins de 6 mois) recommandée depuis 2014 par le Haut

La couverture vaccinale contre la coqueluche chez les enfants à l'âge de 2 ans est élevée pour la primovaccination et stable plusieurs années (tableau 3).

Concernant le rappel coqueluche, la CV atteint l'objectif de 95 % dans la plupart des départements d'Occitanie à l'exception de l'Ariège et du Lot. On note une amélioration du taux de couverture vaccinale concernant le rappel au fil des ans.

# Les couvertures vaccinales contre l'Haemophilus influenzae b (Hib) en Occitanie

# 1. Contexte et enjeux de la vaccination

Les infections invasives (méningites et bactériémies) d'origine bactérienne sont une des principales causes de morbidité sévère et de mortalité chez l'adulte et chez l'enfant. La contamination se fait par l'intermédiaire des gouttelettes de salive des personnes infectées.

Les méningites à Haemophilus influenzae b peuvent être mortelles ou laisser des séguelles graves (surdité, cécité) dans environ 15% des cas. malgré un traitement antibiotique réalisé en milieu hospitalier. Environ 95% de ces infections invasives surviennent avant l'âge de 5 ans.

L'incidence des infections invasives à Haemophilus influenzae b, estimée à partir du réseau de laboratoires Epibac, a augmenté de 0,95 en La couverture vaccinale Hib chez les enfants à l'âge de 2 ans est 2010 à 1,27 cas / 100 000 en 2011 puis est restée stable autour de cette valeur jusqu'en 2015. En 2015 par rapport à 2014, a été observée une légère augmentation de l'incidence des infections invasives à Haemophilus influenzae b.

Ces cas de méningites sont survenus chez des enfants dont le schéma vaccinal n'était pas complet et soulignent l'importance de renforcer la couverture vaccinale, notamment le rappel à 11 mois.

Avant l'introduction du vaccin en 1992 dans le calendrier vaccinal, la bactérie Haemophilus influenzae b était responsable de 500 à 600 méningites par an chez le jeune enfant. La vaccination permet de protéger l'enfant et de diminuer la circulation de la bactérie.

# 2. Evolution des couvertures vaccinales à partir des CS24 en Occitanie

élevée pour la primovaccination et stable depuis plusieurs années (tableau 4).

Concernant le rappel Hib, la CV atteint l'objectif de 95 % dans la plupart des départements d'Occitanie à l'exception de 4 départements : l'Ariège, l'Aude, le Lot et le Tarn. On note une amélioration du taux de couverture vaccinale concernant le rappel au fil des ans

## Références :

- http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale
- http://www.vaccination-info-service.fr/
- Plan Stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, OMS. http://www.who.int/publications/list/poliostrategy-2013/fr/
- Antona D, Guérin N. Eradication de la poliomyélite : où en est-on en 2010 ? Bull épidémiol hebd 2010 ;48 : 489-493. http://www.invs.sante.fr/beh/2010/48/BEH 48.pd
- Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination de rappel contre la poliomyélite pour certains voyageurs dans le contexte actuel d'urgence sanitaire décrétée par l'OMS. 8 juillet 2014 www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=446
- HCSP: Stratégie vaccinale contre la coqueluche chez l'adulte www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=410

Tableau 3 : Evolution de la couverture vaccinale coqueluche (primovaccination et rappel) à l'âge de 24 mois, de 2013 à 2015

		2013		2014*		2015**	
		Primovaccination	Rappel	Primovaccination	Rappel	Primovaccination	Rappel
9	Ariège	96,8	85,8	96,1	76,8	97,7	91,3
11	Aude	98,6	91,0	97,7	78,5	96,9	94,6
12	Aveyron	ND	ND	97,5	79,9	97,9	96,3
30	Gard	98,2	ND	98,3	81,2	98,3	96,1
31	Haute-Garonne	98,9	87,9	98,8	78,4	99,4	97,1
32	Gers	98,5	68,8	96,2	54,6	98,5	NI
34	Hérault	98,9	92,3	98,1	81,3	99,1	96,2
46	Lot	97,2	83,6	95,9	76,7	98,2	93,8
48	Lozère	98,3	93,0	97,5	80,8	97,4	95,9
65	Hautes-Pyrénées	98,1	95,7	98,5	83,7	99,2	96,8
66	Pyrénées-Orientales	95,8	79,9	95,7	77,8	ND	ND
81	Tarn	97,5	86,8	96,7	74,3	97,4	94,5
82	Tarn-et-Garonne	97,7	90,7	97,3	80,4	97,0	94,6
	Total National	98,3	90,3	98,0		98,6	96,3

ND: non disponibles NI: non interprétable

(Source: DREES, Remontées des services de Protection Maternelle et Infantile – certificats de santé du 24<sup>ème</sup> mois– Traitement Santé Publique France)

Tableau 4 : Evolution de la couverture vaccinale Hib (primovaccination et rappel) à l'âge de 24 mois, de 2013 à 2015

		2013		2014*	•	2015*	2015**		
		Primovaccination	Rappel	Primovaccination	Rappel	Primovaccination	Rappel		
9	Ariège	95,2	84,5	93,9	74,5	95,7	89,1		
11	Aude	97,9	88,6	96,3	76,6	95,5	92,7		
12	Aveyron	ND	ND	95,5	77,3	96,6	95,0		
30	Gard	97,4	ND	97,2	80,1	97,0	94,9		
31	Haute-Garonne	98,0	84,4	98,0	76,8	98,6	96,1		
32	Gers	97,7	67,4	94,7	53,6	98,0	NI		
34	Hérault	97,9	90,8	97,0	80,4	98,1	95,2		
46	Lot	94,9	80,1	93,6	74,4	95,0	91,5		
48	Lozère	98,3	92,1	95,1	78,2	96,1	94,6		
65	Hautes-Pyrénées	96,7	94,5	97,7	83,6	97,5	95,4		
66	Pyrénées-Orientales	93,5	76,3	95,0	73,6	ND	ND		
81	Tarn	96,3	85,7	95,4	73,2	95,1	92,6		
82	Tarn-et-Garonne	96,9	89,5	96,9	79,3	98,3	96,1		
	Total National	97,5	88,4	97,3		98,0	95,7		

ND: non disponibles NI: non interprétable

(Source: DREES, Remontées des services de Protection Maternelle et Infantile – certificats de santé du 24<sup>eme</sup> mois– Traitement Santé Publique France)

<sup>\*</sup> Jusqu'en 2014, la primovaccination correspond à 3 doses de vaccin et le rappel à 4 doses. \*\* A partir de 2015, la primovaccination correspond à 2 doses de vaccin et le rappel à 3 doses. En 2014, les données pour le rappel ne sont pas présentées en raison de la transition entre les deux calendriers vaccinaux.

<sup>\*</sup> Jusqu'en 2014, la primovaccination correspond à 3 doses de vaccin et le rappel à 4 doses. \*\* A partir de 2015, la primovaccination correspond à 2 doses de vaccin et le rappel à 3 doses. En 2014, les données pour le rappel ne sont pas présentées en raison de la transition entre les deux calendriers vaccinaux.

# | Les couvertures vaccinales contre le pneumocoque en Occitanie |

# 1. Contexte et enjeux de la vaccination

Le pneumocoque (*streptococcus pneumoniae*) est une bactérie responsable d'infections fréquentes telles que des otites, des sinusites, des pneumonies et aussi des septicémies ou des méningites (infections de l'enveloppe du cerveau). Ces infections touchent plus souvent les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques ou qui suivent un traitement qui diminue leurs défenses contre les infections. Le pneumocoque est la première cause de méningite chez l'enfant comme chez l'adulte. Les séquelles des méningites à pneumocoque (surdité, handicap) sont fréquentes (dans près de 30% cas), même après un traitement par des médicaments antibiotiques en milieu hospitalier. La létalité de la méningite est d'environ 10%.

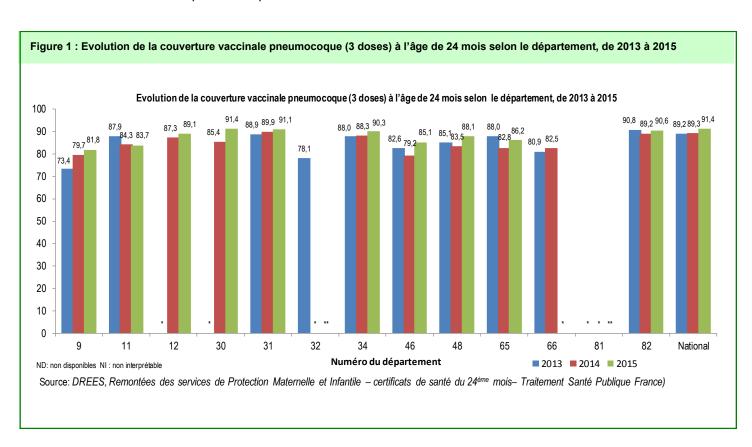
Au début des années 2000, avant la vaccination des nourrissons, chaque année, le pneumocoque était responsable en France de plus de 130 000 pneumonies, de plus de 6 000 septicémies et d'environ 700 méningites.

Depuis l'introduction en 2003 du vaccin 7-valent par le vaccin 13-valent en 2010, les données de surveillance des infections invasives à pneumocoques montrent une

diminution importante de ces infections chez les jeunes enfants (diminution de 30 % de l'incidence). Cette diminution est également observée chez l'adulte grâce à l'immunité de groupe induite par la couverture vaccinale élevée chez l'enfant et la diminution du portage.

# 2. Evolution des couvertures vaccinales à partir des CS24 en Occitanie

La couverture vaccinale pneumocoque (3 doses) chez les enfants à l'âge de 2 ans est en-dessous de l'objectif de 95 % pour l'ensemble des départements de la région Occitanie. Elle est particulièrement basse pour 2 départements : l'Ariège et l'Aude (figure 1).



## Références:

- http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale
- http://www.vaccination-info-service.fr/

# | Les couvertures vaccinales contre l'hépatite B en Occitanie |

# 1. Contexte et enjeux de la vaccination

L'hépatite B est une maladie infectieuse du foie potentiellement grave en raison d'un passage à la chronicité dans 2 à 10% des cas avec des risques d'évolution vers une cirrhose et un cancer du foie. L'infection initiale par le virus de l'hépatite B (VHB) est le plus souvent asymptomatique mais peut évoluer, dans environ 0,1 % à 1 % des formes aiguës, vers une hépatite fulminante (forme grave et mortelle de la maladie en l'absence de greffe du foie).

En France, on estime que près de 280 000 personnes sont porteuses d'une hépatite B chronique et que, chaque année, près de 1 500 décès sont liés à l'hépatite B.

Dans le monde, on estime que 350 millions de personnes sont porteuses d'une hépatite B chronique. En Afrique subsaharienne et dans l'est de l'Asie, 5 à 10 % de la population adulte sont chroniquement infectés.

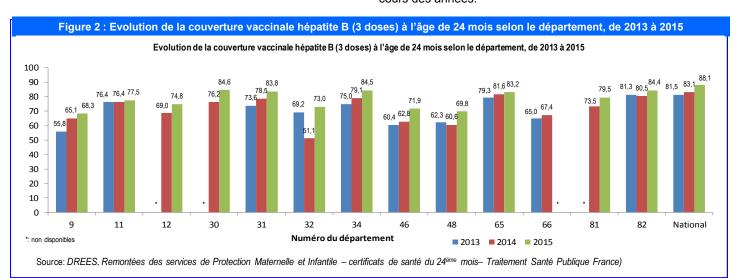
L'efficacité du vaccin à réduire le nombre de cas d'hépatite B et ses complications, en particulier les cancers du foie, a été démontrée dans les pays touchés par la maladie, où le nombre de cas a très nettement diminué.

Depuis 2008, l'introduction du vaccin HBV dans le vaccin hexavalent a permis d'augmenter la couverture vaccinale.

La vaccination des nourrissons, des adolescents non vaccinés dans l'enfance et des adultes à risque devrait permettre de faire disparaitre cette infection grave.

# 2. Evolution des couvertures vaccinales à partir des CS24 en Occitanie

La couverture vaccinale hépatite B (3 doses) chez les enfants à l'âge de 2 ans est basse pour tous les départements de la région et très inférieure à l'objectif de 95% (tableau 5). Cependant on note une augmentation de la couverture vaccinale au cours des années.



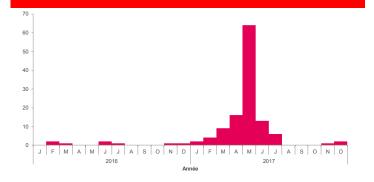
## Références

- http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale
- http://www.vaccination-info-service.fr/

# Focus sur l'épidémie de rougole en Occitanie en 2017

En Occitanie, du 1er janvier au 30 décembre 2017, 117 cas de rougeole ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire (DO) à la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) de l'ARS Occitanie et ont été validés par Santé publique France. A titre de comparaison, 8 cas ont été signalés l'an dernier pour l'ensemble de l'année 2016 dont seulement 1 cas confirmé (figure 1). Parmi ces 117 cas, 27 cas sont des cas cliniques, 57 des cas con-

Figure 3: Courbe épidémique du nombre de cas de rougeole déclarés en Occitanie, 2016-2017. Source : Déclaration obligatoire - SpFrance



firmés et 33 des cas épidémiologiques. Le pic épidémique a eu lieu en mai avec 64 cas.

En 2017, la région Occitanie est la première région touchée, avec un taux d'incidence de 2,01 cas / 100 000 habitants, suivie de la région Grand Est.

De janvier à décembre 2017, la répartition par département des DO de rougeole montre que deux départements ont été principalement concernés et représentaient 85% des cas de rougeole de la région : la Haute-Garonne avec 65 cas (4,8 cas / 100 000 habitants) et les Pyrénées-Orientales avec 35 cas (7,4 cas / 100 000 habitants).

Ces 2 départements ont fait l'objet de cas groupés en crèches et établissements scolaires qui ont été investigués par l'ARS.

L'âge des cas en Occitanie variait de moins de 1 an à 42 ans (âge médian = 13 ans). On note une différence de l'âge des cas selon les départements les plus touchés. En Haute-Garonne, l'âge médian était de 10,5 ans et variait de moins de 1 an à 41 ans. Dans les Pyrénées-Orientales, l'âge médian était de 16 ans et variait de 1 à 42 ans.

Parmi les cas de rougeole survenus en 2017 en Occitanie, 17 cas ont été hospitalisés (soit 16%), les hospitalisations touchant principalement les moins de 5 ans et les plus de 30 ans.

En termes de gravité, 9% des cas avec DO présentaient des complications, soit 9 cas, parmi lesquels 3 pneumopathies sont survenues, dont une chez un enfant de 4 mois non vaccinés.

# | Les couvertures vaccinales ROR en Occitanie |

# 1. Contexte et enjeux de la vaccination

La **rougeole** est une infection virale (*morbilivirus*) hautement contagieuse. La transmission se fait essentiellement par voie aérienne. Le virus se transmet soit directement auprès d'un malade soit parfois indirectement en raison de la persistance du virus dans l'air ou sur une surface contaminée par des sécrétions naso-pharyngées. Le réservoir est strictement humain. Une personne contaminée par la rougeole peut infecter entre 15 et 20 personnes. Des complications dues au virus même ou à des surinfections peuvent survenir : laryngite, otite, pneumonie et, plus grave, encéphalite pouvant entraîner la mort ou de possibles séquelles. Les hospitalisations pour complications sont plus fréquentes chez les nourrissons de moins d'1 an, les adolescents et les jeunes adultes.

La France est engagée dans la stratégie d'élimination de la rougeole fixée par l'OMS.

La rougeole est redevenue une maladie à déclaration obligatoire en 2005.

En France, depuis 1986, la vaccination généralisée contre les oreillons est recommandée dans le calendrier vaccinal du nourrisson

En 1980, avant que la vaccination ne se généralise, on estimait à 2,6 millions par an le nombre de décès dus à la rougeole dans le monde.

En raison d'une couverture vaccinale insuffisante, une importante épidémie de rougeole a atteint plus de 24 000 personnes entre 2008 et 2012 (dont près de 4000 cas en Occitanie). Près de 1 500 cas ont présenté une pneumopathie grave, 34 une complication neurologique (31 encéphalites, 1 myélite, 2 Guillain-Barré) et 10 sont décédés.

En région Occitanie, sur la période 2013-2015, 53 cas de rougeole ont été déclarés (années avec faible circulation vi-

rale).

De janvier à décembre 2017, une recrudescence des cas de rougeole a été notée en Occitanie avec 117 cas de rougeole déclarés (cf focus rougeole page 8). Cette épidémie a été l'occasion de refaire une sensibilisation sur l'importance de la vaccination auprès des professionnels de santé et des collectivités.

L'épidémiologie actuelle de la rougeole montre que la France est toujours endémique vis-à-vis de l'infection et n'est pas à l'abri d'une nouvelle épidémie d'ampleur importante alors que la rougeole est une maladie que l'on peut espérer faire disparaître complètement grâce à la vaccination.

Les **oreillons** sont une infection virale aiguë à *paramyxovirus*. Le réservoir est strictement humain. La maladie est le plus souvent bénigne, mais elle peut s'accompagner de complications, dont certaines peuvent nécessiter une hospitalisation.

La **rubéole** est une infection virale aiguë contagieuse due au virus de la rubéole (famille des *Togavirus*). La rubéole est une maladie généralement bénigne mais l'infection pendant les premiers mois de grossesse peut être responsable de morts fœtales ou de rubéoles congénitales malformatives (l'œil, l'appareil auditif, l'appareil circulatoire, le système nerveux central sont les organes électivement atteints).

# 2. Evolution des couvertures vaccinales à partir des CS24 en Occitanie

La couverture vaccinale ROR chez les enfants à l'âge de 2 ans est basse pour tous les départements de la région et très inférieure à l'objectif de 95% (tableau 5). Comprise entre 80 % et 90 % pour la première dose de ROR, elle est vraiment basse mais en légère augmentation pour la  $2^{\rm ème}$  dose.

Tableau 5 : Evolution de la couverture vaccinale ROR (1 et 2 doses) à l'âge de 24 mois, de 2013 à 2015

		2013		20	)14	20	15
		1 dose	2 doses	1 dose	2 doses	1 dose	2 doses
9	Ariège	82,6	59,0	85,5	65,5	84,4	63,7
11	Aude	88,1	66,2	87,7	69,3	85,3	66,9
12	Aveyron	ND	ND	86,1	62,0	85,3	66,2
30	Gard	ND	ND	89,4	74,5	92,1	76,4
31	Haute-Garonne	ND	70,8	93,1	75,8	91,4	78,0
32	Gers	ND	ND	75,5	56,2	79,1	62,0
34	Hérault	90,7	76,2	88,8	77,8	91,2	80,6
46	Lot	80,8	59,9	80,0	69,5	79,2	68,7
48	Lozère	87,0	68,5	88,9	75,3	90,0	78,8
65	Hautes-Pyrénées	83,1	69,0	84,8	69,8	82,8	73,3
66	Pyrénées-Orientales	89,4	73,8	87,3	74,5	ND	ND
81	Tarn	ND	ND	ND	ND	NI	NI
82	Tarn-et-Garonne	91,2	74,9	90,4	76,9	89,5	77,0
	Total National	90,3	74,5	90,6	76,8	90,5	78,8

ND: non disponibles NI: non interprétable

(Source: DREES, Remontées des services de Protection Maternelle et Infantile – certificats de santé du 24<sup>ème</sup> mois– Traitement Santé Publique France)

## Références

- http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites
- 🏿 Élimination de la rougeole et de la rubéole et prévention de la rubéole congénitale. Plan stratégique pour la région européenne de l'OMS 2005- 2010

# | Les couvertures vaccinales contre le méningocoque C en Occitanie |

# 1. Contexte et enjeux de la vaccination

Le méningocoque (Neisseria meningitidis) est une bactérie exclusivement humaine. Les infections invasives à méningocoque (IIM) se manifestent sous forme de méningite (inflammation des membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière) ou de méningococcémie (septicémie due au méningocoque), plus rarement d'arthrite ou de péricardite septique. La forme la plus sévère, reflétant le syndrome septique, est le purpura fulminans. Au cours des vingt dernières années, l'incidence annuelle des IIM en France se situe entre 1 et 2 cas pour 100 000 habitants. Ces infections affectent surtout des sujets jeunes et la majorité des cas survient de manière sporadique.

En France, les infections graves à méningocoque touchent environ 600 personnes par an (deux tiers de méningites, un tiers de septicémies). Les personnes les plus touchées sont les nourrissons de moins d'1 an, les enfants d'1 à 4 ans et les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans.

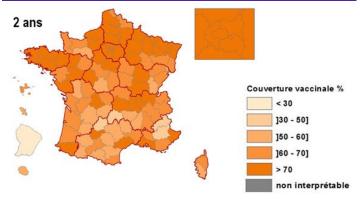
En région Occitanie, sur la période 2013-2015,134 IIM dont 31 IIM dues au type C ont été signalés.

La vaccination contre le méningocoque C est introduite dans le calendrier vaccinal depuis 2010 pour les personnes âgées de 1 à 24 ans.

# 2. Evolution des couvertures vaccinales à partir des données de l'assurance maladie en Occitanie

La couverture vaccinale contre le méningocoque C chez les enfants à l'âge de 2 ans est basse pour tous les départements de la région et très inférieure à l'objectif de 95% (figure 4 et tableau 6). Seuls 3 départements de la région (la Haute-Garonne, l'Hérault, et le Tarn et Garonne) sont proches des 70 %, avoisinant le taux du niveau national. On note également que la CV baisse avec l'âge, ce qui souligne l'insuffisance de la stratégie de rattrapage (tableau 6). Du fait de cette couverture vaccinale trop basse, ne permettant pas l'acquisition d'une immunité de groupe, une dose de vaccin à 5 mois a été ajoutée en 2017 dans le calendrier vaccinal.

Figure 4 : Carte départementale de la couverture vaccinale méningocoque C chez les enfants de 2 ans, 2016



Source : SNIIRAM-DCIR, Santé publique France

	Tableau 6 : Couverture vaccinale méningocoque C par département et par classe d'âge (%), données au 31 décembre 2016											
Classe d'âge 24 mois			24 mois	2	2-4 ans	5-9 ans 10-14 ans			10-14 ans	15-19 ans		
Départer	nent	n %		n	n %		n %		n %		%	
9	Ariège	1195	55,6	4298	49,9	7743	44,1	7933	27,8	7912	16	
11	Aude	3141	57,1	11463	57,2	20229	51,4	20485	22,5	19847	12,6	
12	Aveyron	2069	51,7	7904	47	13913	34,7	14353	17	13815	10,1	
30	Gard	7389	62,3	25395	62,1	44146	51,3	44521	27,4	43141	17,7	
31	Haute- Garonne	14617	69,3	48370	66,3	79731	56,2	74507	31,5	72156	19,2	
32	Gers	1424	51,8	5232	50,4	9351	44,9	9943	20,9	9899	12,6	
34	Hérault	11249	70,7	39167	66,6	66300	58,7	64741	28,9	62895	17,5	
46	Lot	1095	45,8	4378	40,9	7885	32,7	8426	16,1	8422	9,2	
48	Lozère	568	59,3	2064	53	3725	42	3872	23,1	3787	16,6	
65	Hautes- Pyrénées	1705	56,6	6406	58,5	11027	44,6	11634	19,2	11835	5,85 <b>*</b>	
66	Pyrénées- Orientales	4337	63,5	15113	62,1	25873	51,7	26278	22,8	25524	15,4	
81	Tarn	3299	55,2	12302	53,1	21521	46,9	21688	26,9	20948	16,1	
82	Tarn-et- Garonne	2556	70,2	9201	64,8	16228	51,9	16169	29	14809	17,2	
	Occitanie	54644	64,3	188127	61,4	327672	51,9	324550	26,7	314990	16,2	
	National**	704671	70,9 [68,8 - 72,0]	2362488	71,7 [71,1 -72,4]	4056878	62,7 [62,2-63,2]	4005283	35,7 [35,5 -36,3]	3827692	25,5 [25,0 - 26,0]	

<sup>\*</sup>Concernant le vaccin méningocoque C, une campagne de vaccination avait eu lieu dans les Hautes Pyrénées en 2002. Les vaccins administrés durant cette campagne n'ont pas été enregistrés dans le DCIR et la couverture vaccinale pour ce département est donc largement sous-estimée dans les classes d 'âge concernées par cette campagne.

(Source: SNIIRAM - Traitement Santé Publique France)

# Références :

- http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale
- http://www.vaccination-info-service.fr/

<sup>\*\*</sup>Source EGB national

# | Les couvertures vaccinales contre le HPV en Occitanie |

# 1. Contexte et enjeux de la vaccination

L'infection à papillomavirus (HPV) est une des 3 principales infections sexuellement transmissibles (IST) qui concerne la population générale et la première des IST virales.

Parmi la centaine de génotypes de papillomavirus, une quinzaine d'HPV (HPV dits « à haut risque oncogène ») sont associés à des cancers. Les principaux cancers liés à des infections persistantes d'HPV oncogènes sont le cancer du col de l'utérus mais également celui du vagin, de la vulve, du canal anal et certains cancers de la sphère ORL.

En France comme dans beaucoup d'autres pays, les génotypes HPV 16 et 18 sont les HPV oncogènes les plus fréquemment impliqués dans le cancer du col de l'utérus (environ 70%). Les HPV 6 et 11 sont responsables de la grande majorité des condylomes ou verrues génitales.

Le cancer du col de l'utérus est le 11 ème cancer, par ordre de fréquence, chez la femme en France métropolitaine. En France pour l'année 2012, l'incidence du cancer du col de l'utérus est estimée à 3 028 cas avec un pic d'incidence peu après l'âge de 40 ans, et le nombre de décès est estimé à 1 102 ; la mortalité présente un pic à 50 ans, augmentant avec l'âge notamment après 70 ans.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervicoutérin permet la détection des lésions précancéreuses avant leur transformation en cancer invasif et leur traitement avant la cancérisation. La vaccination, introduite en France depuis 2008, est efficace contre l'infection par les génotypes impliqués dans 70% des cancers du col de l'utérus (HPV16 et 18). La vaccination des jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus, de la vulve et du vagin est recommandée entre 11 et 14 ans. Un rattrapage est proposé aux femmes âgées de 15 à 19 ans.

# 2. Données de couvertures vaccinales à partir des données de l'assurance maladie en Occitanie

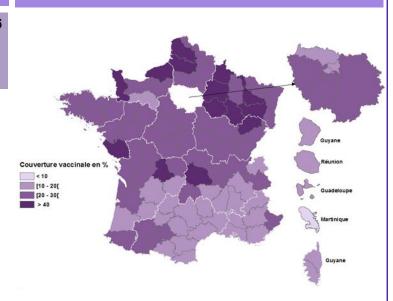
Les données de l'EGB montrent que la vaccination des jeunes filles par le vaccin HPV est très insuffisante, puisque 24,4% des jeunes filles âgées de 15 ans en 2016 avaient initié cette vaccination et que seulement 19,1% des jeunes filles âgées de 16 ans en 2016 avaient reçu le schéma complet (2 doses). La comparaison avec les données passées montre une légère hausse de la couverture pour 1 dose à 15 ans, de 20,4 % en 2015 à 24,4% en 2016, reflet de l'arrivée à l'âge de 15 ans des premières cohortes de jeunes filles concernées par le calendrier de vaccination à 2 doses et l'élargissement de l'âge de la recommandation à 11-14 ans. La région Occitanie fait partie des 4 régions dont le taux de CV est inférieur à 20% pour les 1ère et 2ème doses (tableau 7 et figure 5).

Tableau 7 : Couverture vaccinale HPV 1 et 2 doses par département par année de naissance (%), données au 31 décembre 2016

					oses à 16
	A / L	an			ns
	Année de naissance	200	01	20	000
Dép	partement	n	%	n	%
9	Ariège	786	14,9	826	14,3
11	Aude	2049	12,2	2113	10,9
12	Aveyron	1422	14,1	1415	15,1
30	Gard	4564	17,0	4536	14,9
31	Haute-Garonne	7165	24,6	7388	20,0
32	Gers	1061	22,2	1053	17,1
34	Hérault	6569	18,7	6536	15,3
46	Lot	922	14,3	873	11,8
48	Lozère	357	15,4	396	10,1
65	Hautes-Pyrénées	1222	21,2	1193	20,6
66	Pyrénées-Orientales	2708	13,9	2717	10,1
81	Tarn	2195	16,0	2273	15,0
82	Tarn-et-Garonne	1603	17,8	1592	13,9
	Occitanie	32623	18,5	32911	15,6
	National	24,4 [23,	0 -25,8]	19,1 [17	7,7 - 20,4]

(Source: SNIIRAM – Traitement Santé Publique France)

Figure 5 : Carte départementale de la couverture vaccinale HPV « 1 dose » à 15 ans, données au 31 décembre 2016



Source : SNIIRAM-DCIR, Santé publique France

# Références :

- http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale
- http://www.vaccination-info-service.fr/

Heard I, Tondeur L, Arowas L, Falguières M, Demazoin MC. Distribution des papillomavirus humains (HPV) dans des frottis effectués dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. Bull Epidémiol Hebd. 2014;(13-14- 15):241-8. <a href="http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014">http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014</a> 13-14-15 5.html

Adeline Beaumont <sup>1</sup>, <sup>1</sup> ORSMIP

# 1. Présentation du dispositif

Le dispositif Infiscol a pour vocation l'analyse des données de santé recueillies auprès des élèves de grande section de maternelle (GSM) et de sixième (6°), au cours des bilans infirmiers annuels réalisés dans l'académie de Toulouse. Mis en place depuis 2012-2013, ce projet est conduit et coordonné par le service infirmier du Rectorat et l'Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées.

Basé sur la participation volontaire des infirmiers et infirmières scolaires, près de 30 600 élèves de GSM et 27 700 de 6<sup>e</sup> ont été intégrés au dispositif lors de l'année scolaire 2016-2017, soit plus d'un tiers des élèves de l'académie.

Lors de ces entretiens infirmiers, la couverture vaccinale des élèves a été renseignée à partir des informations présentes sur le carnet de santé.

## 2. La couverture vaccinale ROR

En 2016-2017, les couvertures vaccinales ROR des élèves de GSM et de 6<sup>e</sup> sont estimées à respectivement 89 % et 90 % dans l'académie de Toulouse, en progression depuis 2013-2014 (+3 points en GSM et +4 points en 6<sup>e</sup>).

Des disparités départementales s'observent toutefois au sein de l'académie. On note que l'Ariège et le Lot présentent des taux de vaccination plus faibles dans les deux classes, ainsi que le Tarn pour les GSM uniquement.

Une analyse des facteurs pouvant expliquer l'absence de vaccination ROR a par ailleurs été réalisée à partir des autres données Infiscol disponibles. Il a ainsi été mis en évidence l'existence d'un gradient social, avec une absence de vaccination plus marquée chez les élèves scolarisés dans les zones les plus socialement défavorisées<sup>1</sup>. Les niveaux de vaccination sont également significativement plus faibles dans les zones rurales.

# 3. Les autres couvertures vaccinales et évolutions

Les évolutions des couvertures vaccinales sont marquées par la révision des recommandations, le développement des vaccins combinés, mais également les représentations des patients et postures des médecins vis-à-vis des vaccins.

Du fait de son caractère obligatoire, la vaccination DTP reste élevée et stable avec 98% des élèves de GSM et 96% des 6<sup>e</sup> vaccinés en 2016-2017 dans l'académie de Toulouse.

Chez les élèves de GSM et de 6<sup>e</sup>, les vaccinations contre l'*Hae-mophilus influenzae b* (77 % en GSM et 75 % en 6<sup>e</sup>) et la co-queluche (88 % en GSM et 81 % en 6<sup>e</sup>) ont connu une forte augmentation ces 5 dernières années, mais tendent à se stabiliser en 2016-2017.

La vaccination anti-pneumococcique a également nettement augmenté pour les élèves de  $6^{\rm e}$ , atteignant 58 % en 2016-2017. Elle s'est par ailleurs stabilisée à 82 % en GSM.

Bien que la couverture vaccinale contre l'hépatite B reste insuffisante pour les élèves de 6<sup>e</sup> (37 %) et de GSM (68 %), celle-ci a fortement progressé en GSM ces 4 dernières années.

De même, le taux de couverture vaccinale pour le méningocoque s'est nettement amélioré chez les GSM, et est en hausse pour les 6<sup>e</sup>, malgré un ralentissement de cette croissance. Il reste toutefois faible avec 55 % des GSM vaccinés et 37 % des 6<sup>e</sup>.

Enfin, l'analyse des courbes d'évolution montre l'impact de l'arrêt de la vaccination obligatoire du BCG en 2007 puisque la couverture vaccinale n'est plus que de 20 % chez les élèves de GSM en 2016-2017.

<sup>1</sup> Zones définies à partir de l'indice écologique de défavorisation (French EDI) calculé à l'échelle des IRIS, estimant la pauvreté subjective et objective des individus.

-Haemo, influenza b

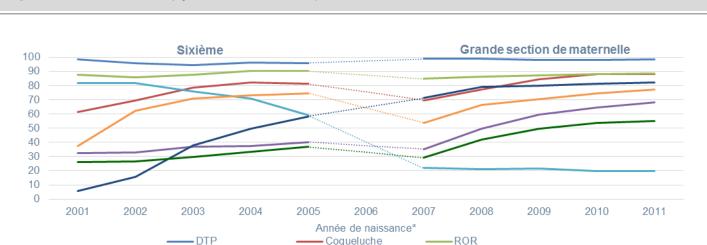


Figure 3 : Couverture vaccinale (à jour de leurs vaccinations) des élèves de GSM et de 6e dans l'académie de Toulouse en 2016-2017

Méningocoque

Les informations sur les enfants nés en 2006 ne sont pas encore connues, les segments en pointillés sont fictifs et contribuent uniquement à faciliter la lecture.

-BCG

Source: Infiscol 2016-2017, ORSMIP

Référence : https://orsmip.org/sante-eleves-midi-pyrenees-infiscol

- Hépatite B

- Pneumocoque

<sup>\*</sup> Année de naissance extrapolée suivant l'année de scolarisation (ex : les élèves scolarisés en GSM en 2012/2013 sont regroupés dans l'année de naissance de 2007)

Inca RUIZ 1. <sup>1</sup> CREAI-ORS Languedoc-Roussillon

## Contexte

Le Baromètre santé est une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de la population française âgée de 15 à 75 ans. Il est réalisé tous les 5 ans par Santé publique France. En 2016, grâce au soutien financier de l'ARS Occitanie, la région a bénéficié d'une extension régionale permettant pour la première fois d'objectiver les comportements, attitudes et perceptions des habitants de la région Occitanie en matière de santé.

En Occitanie, 2 521 personnes âgées entre 15 et 75 ans ont répondu à cette enquête constituant la huitième campagne de ce dispositif.

L'ORSMIP et le CREAI-ORS LR ont été chargés de cette analyse. Ces données régionales sont publiées sous forme de fiches thématiques dont une est consacrée aux opinions et pratiques vaccinales en Occitanie. Les principaux résultats de cette thématique sont présentés ci-après (la fiche complète est disponible sur le site de l'ORS MIP ou du CREAI-ORS LR).



# Opinions sur les vaccinations

En Occitanie, 72,4 % des habitants âgés de 15 à 75 ans se déclarent favorables à la vaccination en général quel que soit le genre. Les moins de 25 ans sont, en proportion, plus nombreux que leurs ainés (les 25 ans et plus) à y être favorables (84,5 % vs 70,2 %). Cette opinion favorable est moins marquée, en proportion, en région par rapport à ce qui est observé dans le reste de la France.

Moins de la moitié des habitants de la région Occitanie (43,7 %) se disent défavorables à au moins une vaccination dont 7.6 % à toutes les vaccinations. Les vaccins contre la grippe et l'hépatite B sont ceux qui suscitent le plus de réticence, dans des proportions de même ampleur (autour de 35,4 %).



# Les leviers facilitants la vaccination

Les habitants de la région Occitanie ont cité comme facteurs qui faciliteraient leur vaccination le fait de recevoir par courrier ou SMS des rappels (70,1 %) ou de pouvoir se vacciner au moment de la consultation chez leur médecin si ce dernier disposait du vaccin (68,1 %).

# Les pratiques vaccinales

Chez les 15-75 ans, en Occitanie, près des deux tiers des habitants (62,5 %) déclarent être à jour « avec certitude » de leur vaccination DTP, et de façon plus marquée que dans le reste de la France. La vaccination contre l'hépatite B apparaît moins bien suivie : comme dans le reste de la France, un peu moins de la moitié des habitants d'Occitanie (45,1 %) déclarent être vaccinés contre l'hépatite B.

Chez les 15-35 ans, huit habitants sur dix (82,8 %) déclarent « être à jour » dans leur vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), comme dans le reste de la France.

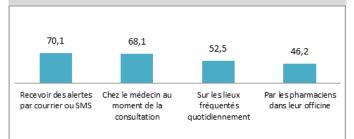
Chez les 65-75 ans, quatre habitants sur dix se sont faits vacciner contre la grippe lors de l'hiver 2015-2016, comme dans le reste de la France. Les deux premières raisons avancées par les personnes n'ayant pas fait le vaccin contre la grippe sont, le fait de ne jamais attraper la grippe ou de penser que le vaccin est inefficace.

Chez les femmes de moins de 26 ans ayant déclaré avoir entendu parler de la vaccination HPV contre les papillomavirus ou du vaccin contre les virus responsables du cancer du col de l'utérus, plus d'un tiers a affirmé être vaccinée contre les papillomavirus.

## **Discussion**

Comme dans de nombreuses enquêtes nationales, un écart est observé entre l'opinion et la pratique vaccinale, tout particulièrement pour la grippe et l'hépatite B, suscitant toujours des réticences importantes. Le niveau de connaissance et de confiance accordée à l'égard de la vaccination contre certaines maladies contribue fortement à se vacciner. Aujourd'hui, les pouvoirs publics réinvestissent le développement d'une communication grand public, doublé d'un dispositif d'information des professionnels visant à réinscrire dans l'actualité la vaccination comme une solution efficace incontournable pour préserver la santé de tous.

Figure 1 : Leviers qui faciliteraient « tout à fait ou plutôt » le fait de se faire vacciner plus facilement (en %)



Source: Baromètre santé Occitanie, 2016 - Santé Publique France. Exploitation: CREAI-ORS LR - ORS MIP

Tableau 1 : Etre à jour dans sa vaccination (en %)

Age de la population	Vaccination contre:	* *	Ť	
45.75	DTP <sup>1</sup>	62,5 %	61,2 %	63,7 %
15-75 ans	Hépatite B	45,1 %	44,9 %	51,2 %*
15-35 ans	ROR <sup>2</sup>	82,8 %	76,4 %	88,9 %*
65-75 ans	Grippe	43,8 %	50,7 %	37,6 %*
Moins de 26 ans	Papilloma- virus	nc	nc	36,4 %

<sup>1</sup> Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite

\*: p<0,05

<sup>2</sup> Rougeole – Oreillons – Rubéole Source : Baromètre santé Occitanie, 2016 - Santé Publique France -

nc : non concerné

Exploitation: CREAI-ORS LR - ORS MIP

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <a href="http://www.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire">http://www.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire</a>

Nous remercions tous les partenaires pour leur participation et le temps consacré à ces travaux. Merci à Vanina Bousquet pour sa relecture attentive.

Si vous désirez recevoir par mail les prochains Bulletins de Veille Sanitaire, merci de vous inscrire sur : www.santepubliquefrance.fr



Cellule d'intervention en région Occitanie c/o Agence régionale de santé ARS Occitanie 10 chemin du raisin — 31050 Toulouse cedex Mel : ARS-OC-DSP-CIRE@ars.sante.fr www.santepubliquefrance.fr

# En partenariat avec :





Santé Publique France met à la disposition des professionnels de santé (médecins généralistes, médecins PMI, pédiatres, sages-femmes, infirmiers) des documents pédagogiques pour répondre aux questions des parents et qui sont également destinés au grand public:

www.vaccination-info-service.fr



Directeur de la publication : François Bourdillon — Rédacteur en chef : Damien Mouly Rédaction : Anne Guinard

Diffusion : Cire Occitanie C/o ARS Occitanie 10 chemin du raisin 31050 Toulouse cedex

Tél.: 05 34 30 25 25 Mail:ARS-OC-DSP-CIRE@ars.sante.fr