

VACCINATION

SOMMAIRE

Édito p.1 **Points clés** p.1 Éléments de contexte p.2 Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, *Haemophilus influenzae* de type b (Hib), Coqueluche, Hépatite B p.3 Pneumocoque p.5 Rougeole, oreillons, rubéole p.7 Infections invasives à méningocoque C p.10 Papillomavirus humain p.13 Grippe et vaccination grippe en pharmacie d'officine p.14 Enquête de couverture vaccinale chez les soignants en établissements de soins et Ehpad, France, 2019 p.15 Impact d'une consultation spécifique sur la couverture vaccinale de personnes immunodéprimées au CHRU de Nancy p.16 Sources des données, bibliographie p.17

ÉDITO

Si l'élève « France » devait présenter sa copie vaccination au maître de la classe, celui-ci noterait dans les commentaires « peut mieux faire ». Faut-il rappeler qu'après l'assainissement de l'eau, aucune autre découverte hormis la vaccination n'a permis de réduire autant la mortalité et la morbidité liées aux maladies infectieuses. La vaccination est l'un des grands succès de la médecine au XXe siècle...l'a-t-on déjà si vite oublié ! Il faut parfois réexpliquer que la vaccination confère non seulement une protection à titre individuelle mais encore, lorsque la couverture vaccinale est élevée, une immunité collective qui permet de protéger ceux qui ne peuvent pas être vaccinés (en raison de l'âge ou d'une contre-indication).

Mesure exemplaire et courageuse de notre Ministre de la santé, d'avoir élargi l'obligation vaccinale pour protéger nos enfants contre 11 maladies qui tuent, avec un calendrier vaccinal simple (4 vaccins en 6 rendez-vous entre 0 et 2 ans). Cette mesure a déjà montré une amélioration des couvertures vaccinales et surtout dans les zones où ces couvertures vaccinales étaient faibles jusqu'à présent.

Les exemples sont nombreux : la rougeole, la maladie virale la plus contagieuse. Deux doses de vaccin trivalent ROR sont requises pour toutes les personnes nées depuis 1980. Une couverture vaccinale à 95% permet d'obtenir une immunité collective pour protéger les nourrissons de moins d'un an, les personnes immunodéprimées ou celles qui ont une contre-indication, qui ne peuvent être vaccinés. Nous aurions alors pu éviter les 5 décès ces deux dernières années et combien d'autres séquelles et complications. Combien d'adolescent(e)s, combien d'étudiant(e)s, combien d'adultes ne sont pas à jour des vaccins : les objectifs de couverture vaccinale pour les vaccins dTcaP, ROR, méningocoque C, HPV, Hépatite B ne sont de loin pas atteints pour ces groupes. Et que dire des patients immunodéprimés, aspléniques, candidats à une greffe d'organe... qui devraient bénéficier de consultations spécialisées.

Nous devons, professionnels de santé, protéger nos patients des maladies en les vaccinant quand cela est possible. Pour nous y aider, nous avons : d'excellents sites Internet comme vaccination-info-service.fr, le carnet de vaccination électronique sur le site MesVaccins.net, des sociétés savantes et académiques qui militent en faveur de la vaccination (exemple récent du vaccin HPV pour les garçons), des réponses plus rapides et structurées contre les fake-news... Alors prenons nos responsabilités et vaccinons !

La meilleure protection, c'est la vaccination !

Dr Christophe Hommel,

Médecin responsable du centre de vaccinations internationales et du centre antirabique, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

POINTS CLÉS

- **Le recours à la vaccination augmente chez les nourrissons nés depuis le 1er janvier 2018** auxquels s'applique l'extension de l'obligation vaccinale. Pour quantifier l'impact de l'obligation vaccinale, les couvertures vaccinales à 7 mois des nourrissons nés entre janvier et mai 2018 ont été comparées 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. En région Grand Est les gains sont de :
 - + 36 points de couverture vaccinale de la première dose du vaccin contre le méningocoque C (couverture vaccinale en 2018 : 73,9% ; 2017 : 37,9%) ;
 - + 4,4 points pour l'utilisation du vaccin hexavalent incluant le vaccin contre l'hépatite B pour les nourrissons vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (pourcentage d'utilisation en 2018 : 98,8% ; 2017 : 94,4%) ;
 - + 1,8 points pour la couverture vaccinale de la première dose du vaccin contre le pneumocoque (couverture vaccinale en 2018 : 99,5% ; celle de 2017 : 97,7%).
- **Les couvertures vaccinales augmentent aussi chez les enfants nés avant l'entrée en application de la loi**
 - + 1,3 points pour la couverture de la première dose du vaccin ROR chez les enfants ayant eu 12 mois en 2018 (87,6%) en comparaison avec celle de ceux ayant eu 12 mois en 2017 (86,3%) ;
 - + 3,0 points pour la couverture vaccinale de la première dose du vaccin HPV chez les jeunes filles de 15 ans nées en 2003 (35,6%) en comparaison avec celle des jeunes filles nées l'année antérieure (32,6%).
- **L'augmentation de la couverture vaccinale pour la première dose de vaccin contre le méningocoque C à l'âge de 5 mois** a très vraisemblablement contribué à la diminution très marquée de l'incidence des infections invasives dues à ce germe, chez les nourrissons âgés de moins d'un an.

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La vaccination représente un enjeu majeur de santé publique et demeure le moyen de prévention le plus efficace et le plus sûr pour se protéger contre de nombreuses maladies infectieuses. Bien que la couverture vaccinale augmente, elle reste encore très insuffisante contre la rougeole, les infections invasives à méningocoque C et le papillomavirus. Elle ne permet ainsi pas d'atteindre les seuils d'immunité collective nécessaire pour protéger l'ensemble de la population et réduire voire éliminer certaines infections. Ces couvertures vaccinales insuffisantes peuvent entraîner la survenue de cas graves liés à ces infections ou encore la survenue d'épidémies de grande ampleur comme ce fut le cas en 2018 avec l'épidémie de rougeole en France ([bilan épidémiologique rougeole](#)).

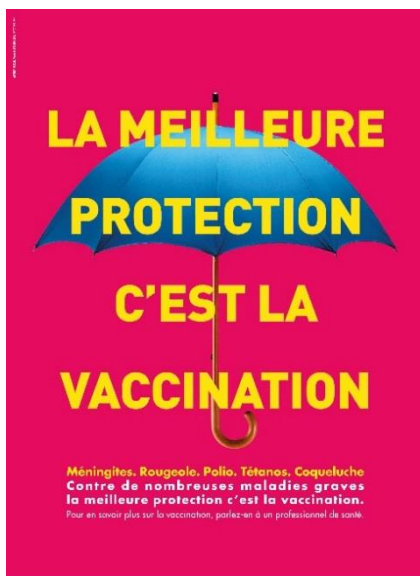
La nécessité d'enrayer ces maladies infectieuses a incité les pouvoirs publics à faire de l'amélioration de la couverture vaccinale une priorité de santé publique et à étendre l'obligation vaccinale chez les enfants de moins de 2 ans. Cette extension de l'obligation vaccinale a été promulguée par la loi du 30 décembre 2017 ([loi n°2017-1836](#)) et mise en place à partir du 1^{er} juin 2018 pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018. Désormais, 11 vaccins sont obligatoires chez les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2018 : diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus influenzae* de type b, hépatite B, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole, méningocoque C.

Un peu plus d'un an après l'extension de l'obligation vaccinale, Santé publique France en fournit les premiers indicateurs d'impact.

Un bulletin de santé publique national a également été publié par Santé publique France et présente :

- Les couvertures vaccinales nationales issues des certificats de santé du 24^{ème} mois (CS24) et des données de remboursement des vaccins par l'assurance maladie (SNDS-DCIR)
- Les résultats d'une enquête de perception sur la vaccination et les obligations vaccinales des parents d'enfants de moins de 2 ans : L'obligation vaccinale est bien acceptée par les parents puisque deux tiers d'entre eux (67%) déclarent y être favorables, et les perceptions et opinions des jeunes parents sur la vaccination et ses bénéfices progressent positivement.
- Les résultats d'une enquête auprès des médecins généralistes sur leurs perceptions des vaccinations et des vaccinations obligatoires : Plus de 99% des médecins généralistes sont favorables à la vaccination et l'élargissement des obligations vaccinales est perçu comme une mesure positive par les trois quarts des médecins généralistes (75%).
- Les résultats d'une enquête menée auprès des pédiatres sur leur perception de la vaccination et de l'impact de la nouvelle loi d'extension des obligations vaccinales sur leur pratique : L'adhésion à la vaccination des pédiatres reste très forte (99%).

Pour en savoir plus : [Bulletin de santé publique national](#)



Le Ministère des Solidarités et de la Santé et Santé publique France lancent pour la première fois à l'occasion de la Semaine européenne de la vaccination, une grande campagne de promotion de la vaccination pour renforcer la confiance et contribuer à l'augmentation des couvertures vaccinales.

Cette campagne sera diffusée à partir du 21 avril :

- Dans les médias nationaux, régionaux et sur le web au travers d'un « spot télé » de promotion de la vaccination, d'annonces sur le web et les réseaux sociaux et dans la presse ;
- Dans les lieux de santé via une affichette et dans la presse professionnelle ;
- En région pendant la Semaine européenne de la vaccination avec des stands d'information et de prévention, dits « Village info vaccination » animés par les équipes des ARS et leurs partenaires. En région Grand Est, ces stands se tiennent :
 - le **mercredi 24 avril 2019** sur la Place Charles III à Nancy de 10H à 18H en partenariat avec la **Ville de Nancy**
 - le **vendredi 26 avril 2019** au Palais des Congrès de Reims (Forum 65+) de 13H30 à 18H en partenariat avec la **Ville de Reims**



Le nouveau calendrier des vaccinations pour l'année 2019 est disponible sur le site de référence sur la vaccination de Santé publique France : [vaccination-info-service.fr](#). Ce nouveau calendrier comporte peu de changements par rapport au calendrier vaccinal de 2018. Il intègre toutefois des précisions notamment sur l'extension des compétences vaccinales relatives à la vaccination antigrippale pour les infirmiers et les pharmaciens dès la prochaine saison grippale, et la levée de l'obligation de vaccination contre la tuberculose de différentes catégories de professionnels (professions à caractère sanitaire et social, personnels des établissements accueillants des enfants, dans les hôpitaux mais aussi les centres de santé, etc.)

Diphtérie, tétanos, poliomyélite – Coqueluche – *Haemophilus influenzae* de type b – Hépatite B

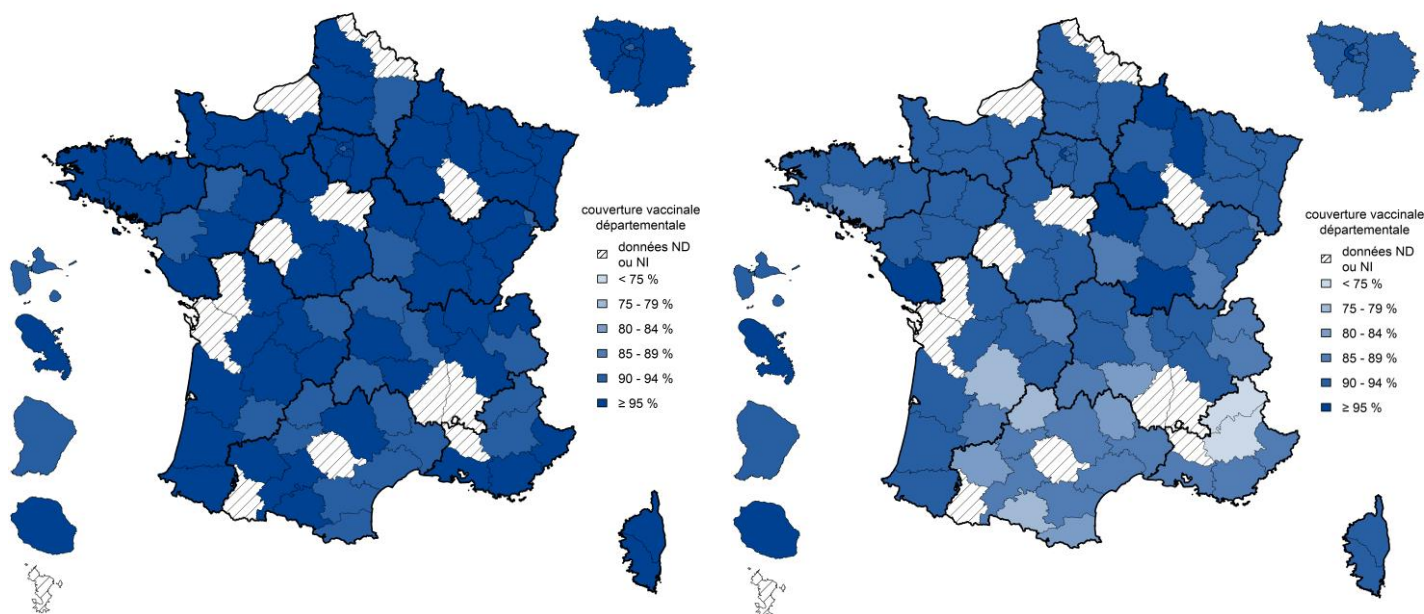
• Couvertures vaccinales « 3 doses » en 2017

En 2017, l'obligation vaccinale chez les enfants, ne s'appliquant jusqu'alors qu'au vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP) (enfants nés en 2015), avait permis d'atteindre une couverture vaccinale (CV) proche ou supérieure aux objectifs de la loi de Santé publique (95 %) pour ce vaccin. Les CV contre la coqueluche et *Haemophilus influenzae* de type b dont les valences ne peuvent être administrées qu'au sein de combinaisons vaccinales incluant les vaccins DTP avaient également progressé.

En 2017, les CV « diphtérie-tétanos-poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus Influenzae* de type b (Hib) 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois étaient supérieures ou égales à 95 % dans tous les départements du Grand Est excepté dans les Vosges pour la valence *Haemophilus influenzae* (CV=94,7%). Les CV hépatite B chez les enfants de 24 mois variaient entre 90,9% (Haut-Rhin) et 96% (Ardennes) dans les départements pour lesquels des données étaient disponibles.

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

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



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

ND : non disponible

NI : non interprétable

Couvertures vaccinales (%) départementales « diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus influenzae* de type b et hépatite B 3 doses » à l'âge de 24 mois, Grand Est et France, 2017 (enfants nés en 2015).

	DTP	Coqueluche	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	Hépatite B
	Rappel	Rappel	Rappel	3 doses
08-Ardennes	97,9	97,9	97,8	96,0
10-Aube	97,7	97,2	96,9	95,3
51-Marne	96,5	96,2	96,2	94,5
52-Haute-Marne	ND	ND	ND	ND
54-Meurthe-et-Moselle	97,4	97,0	96,8	93,9
55-Meuse	97,7	97,4	97,2	95,3
57-Moselle	96,7	96,4	96,2	93,7
67-Bas-Rhin	96,2	96,0	95,8	91,7
68-Haut-Rhin	96,3	95,8	95,1	90,9
88-Vosges	95,5	95,2	94,7	92,0
Grand Est	96,8	96,4	96,1	93,2
France entière	96,3	96,0	95,4	91,3

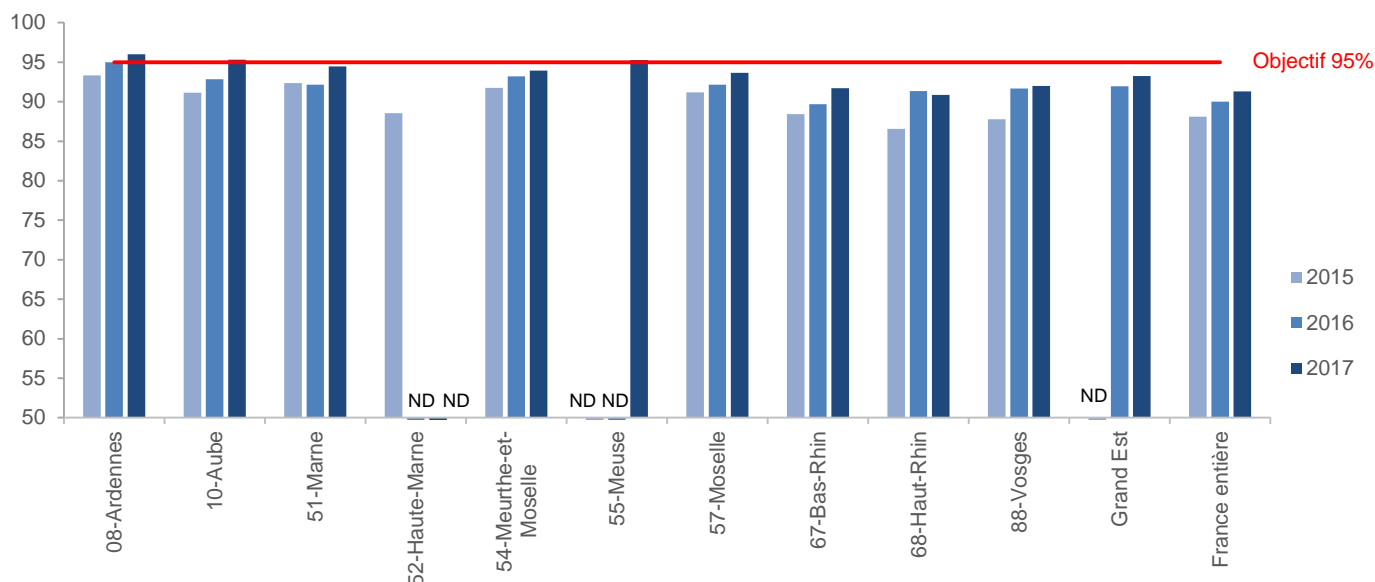
Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France ;

ND: non disponible

• Evolution de la couverture vaccinale « hépatite B 3 doses » à 24 mois entre 2015 et 2017

En région Grand Est, les couvertures vaccinales départementales « hépatite B 3 doses » ont progressé dans tous les départements pour lesquels les données étaient disponibles, sauf pour le département du Haut-Rhin. Cependant, elles atteignaient l'objectif de 95% uniquement dans les départements des Ardennes, de l'Aube et de la Meuse.

Evolution des couvertures vaccinales (%) départementales « hépatite B 3 doses » à l'âge de 24 mois, 2015 à 2017, Grand Est et France



Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France
ND : non disponible

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

En région Grand Est, 98,8% des nourrissons nés entre le 1er janvier 2018 et le 31 mai 2018 (cohorte 2018) ont reçu leur première vaccination en utilisant les vaccins hexavalents incluant l'hépatite B parmi ceux ayant été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, contre 94,4% pour ceux nés entre 1er janvier et le 31 mai 2017 (cohorte 2017). Le gain de couverture par département variait de 1,3 points (Ardennes) à 7,4 points (Haut-Rhin). Le gain était particulièrement significatif dans les départements dans lesquels la proportion de vaccination par le vaccin hexavalent était parmi les plus faibles pour la cohorte 2017 (Haut-Rhin et Bas-Rhin). Dans la mesure où environ 1% des nourrissons échappent à toute vaccination, la couverture vaccinale contre l'hépatite B prenant en compte cette donnée peut être estimée proche de 98% (99% d'enfants vaccinés x 98,6% d'enfants ayant bénéficié d'un vaccin hexavalent).

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

Proportion de vaccinations par le vaccin hexavalent incluant l'hépatite B parmi les nourrissons vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite pour au moins une dose chez le nourrisson de 7 mois, Grand Est et France, cohortes 2017 et 2018, au 31 décembre 2018, France.

	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Gain (points)
08-Ardennes	98,0	99,4	+ 1,3
10-Aube	94,8	97,6	+ 2,8
51-Marne	96,5	99,5	+ 3,0
52-Haute-Marne	93,6	98,2	+ 4,7
54-Meurthe-et-Moselle	96,0	99,4	+ 3,4
55-Meuse	95,5	98,7	+ 3,1
57-Moselle	94,6	98,7	+ 4,2
67-Bas-Rhin	92,8	98,7	+ 5,9
68-Haut-Rhin	90,9	98,3	+ 7,4
88-Vosges	95,8	98,5	+ 2,8
Grand Est	94,4	98,8	+ 4,4
France entière	93,1	98,6	+ 5,5

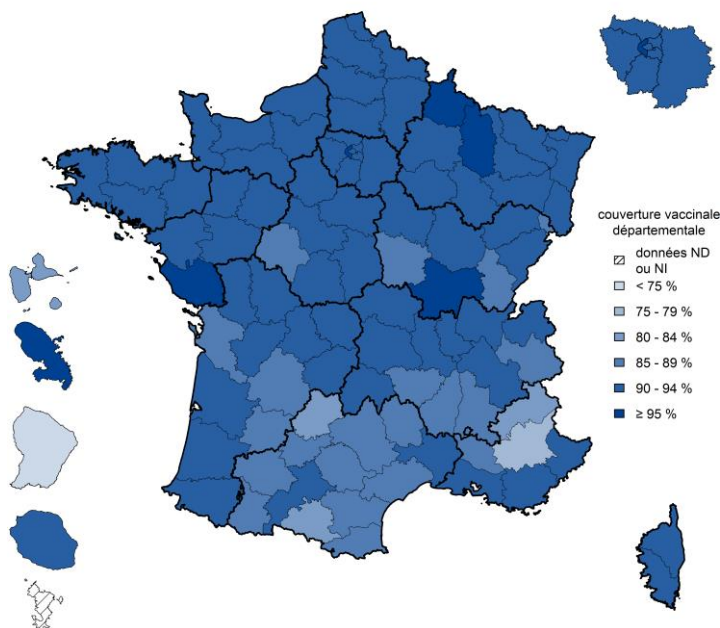
Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour mars 2019

Pneumocoque

• Couvertures vaccinales « pneumocoque 3 doses » en 2017

En 2017, la couverture vaccinale « pneumocoque 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois variait de 90,4% (Haut-Rhin) à 95,8% (Ardennes). L'objectif des 95 % de couverture vaccinale était atteint pour deux des 10 départements de la région Grand Est (Meuse et Ardennes).

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



Sources : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France et pour les données non disponibles pour les CS24 estimées à partir du SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/18

Couvertures vaccinales (%) départementales « pneumocoque 3 doses », à l'âge de 24 mois, Grand Est et France, 2017 (nés en 2015)

Pneumocoque	
	3 doses
08-Ardennes	95,8
10-Aube	94,6
51-Marne	93,9
52-Haute-Marne	90,9*
54-Meurthe-et-Moselle	94,0
55-Meuse	95,1
57-Moselle	94,0
67-Bas-Rhin	92,3
68-Haut-Rhin	90,4
88-Vosges	91,2
Grand Est	93,1
France entière	92,2

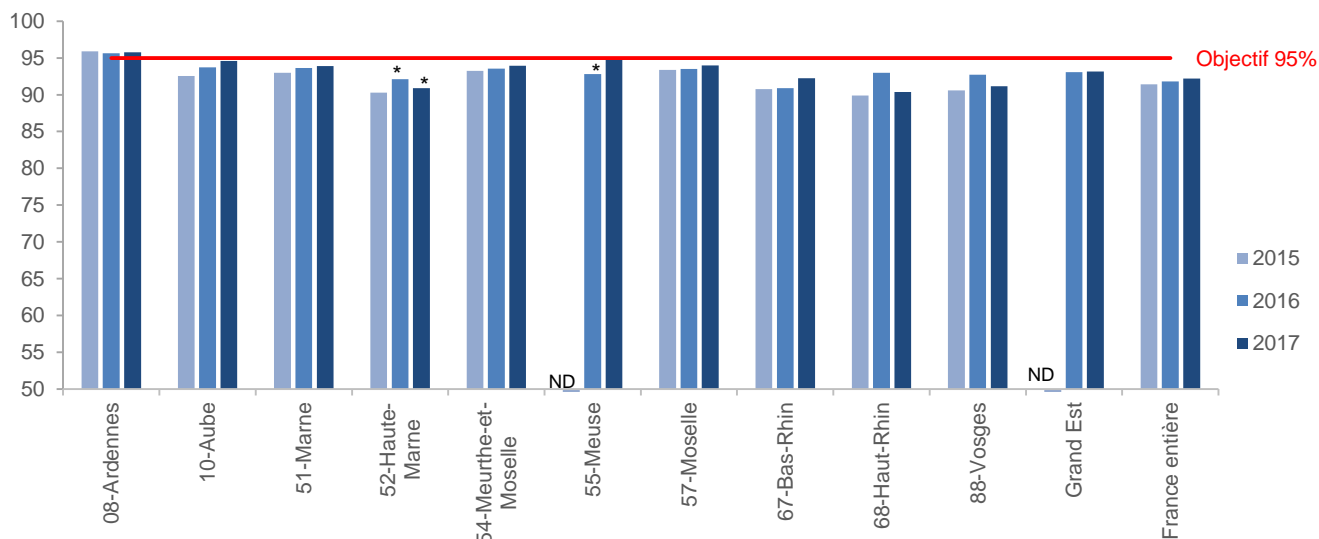
Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France

* Données non disponibles pour les CS24 et estimées à partir du SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/18

• Évolution des couvertures vaccinales « pneumocoque 3 doses » entre 2015 et 2017

L'évolution des couvertures vaccinales entre 2015 et 2017 « pneumocoque 3 doses » n'était pas homogène selon les départements dans la région Grand Est. En effet, la CV était stable dans les Ardennes, en baisse en 2017 dans les départements de la Haute-Marne, du Haut-Rhin et des Vosges. Elle était en augmentation pour les 6 autres départements.

Evolution des couvertures vaccinales (%) départementales « pneumocoque 3 doses » à l'âge de 24 mois, Grand Est et France, 2015 à 2017



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

* Données non disponibles pour les CS24 estimées à partir du SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

ND : non disponible

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

En région Grand Est, chez les nourrissons nés entre le 1er janvier 2018 et le 31 mai 2018 (cohorte 2018), la couverture vaccinale contre le pneumocoque (1 dose) était de 99,5%, contre 97,7% pour ceux nés entre le 1er janvier 2017 et le 31 mai 2017 (cohorte 2017). Il était ainsi observé une augmentation de 1,8 points.

Cette augmentation variait entre les départements de 0,2 points (Ardennes) à 4,8 points (Haut-Rhin). Le gain de couverture était particulièrement significatif dans le département du Haut-Rhin où les CV étaient les plus basses. Ces augmentations sont à mettre en lien avec les obligations vaccinales étendues à la vaccination contre le pneumocoque pour les nourrissons nés à compter du 1er janvier 2018.

Couvertures vaccinales (%) départementales «pneumocoque au moins 1 dose » à l'âge de 7 mois, Grand Est et France, cohortes 2017 et 2018, au 31 décembre 2018.

	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Gain de couverture
08-Ardennes	99,2	99,4	+0,2
10-Aube	99,0	100,0	+1,0
51-Marne	99,2	99,8	+0,7
52-Haute-Marne	98,6	100,0	+1,4
54-Meurthe-et-Moselle	98,9	99,8	+0,9
55-Meuse	98,4	99,3	+1,0
57-Moselle	98,1	99,5	+1,4
67-Bas-Rhin	97,1	98,9	+1,8
68-Haut-Rhin	94,3	99,1	+4,8
88-Vosges	98,4	98,9	+0,5
Grand Est	97,7	99,5	+1,8
France entière	98,0	99,4	+1,4

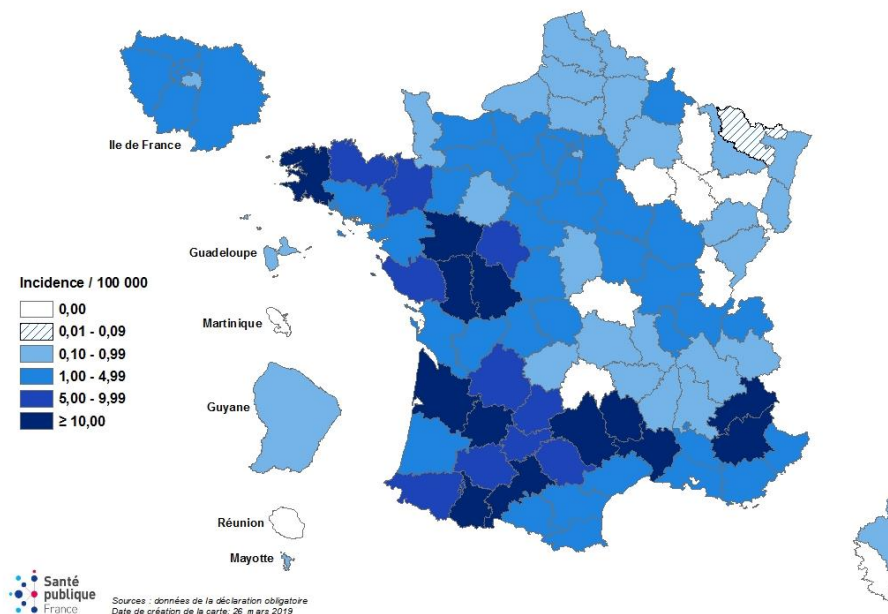
Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour mars 2019

Rougeole, oreillons, rubéole

• Situation épidémiologique de la rougeole en France et en région Grand Est

La France, comme l'ensemble des pays de la région européenne de l'OMS, est engagée dans une stratégie d'élimination de la rougeole, objectif fixé initialement pour 2010. Il est nécessaire qu'au moins 95 % des enfants soient immunisés pour éliminer la rougeole. En l'absence de CV suffisante, le virus continue de circuler en France. Au cours de l'année 2018, 2 913 cas de rougeole ont été notifiés aux agences régionales de santé, dont trois décès.

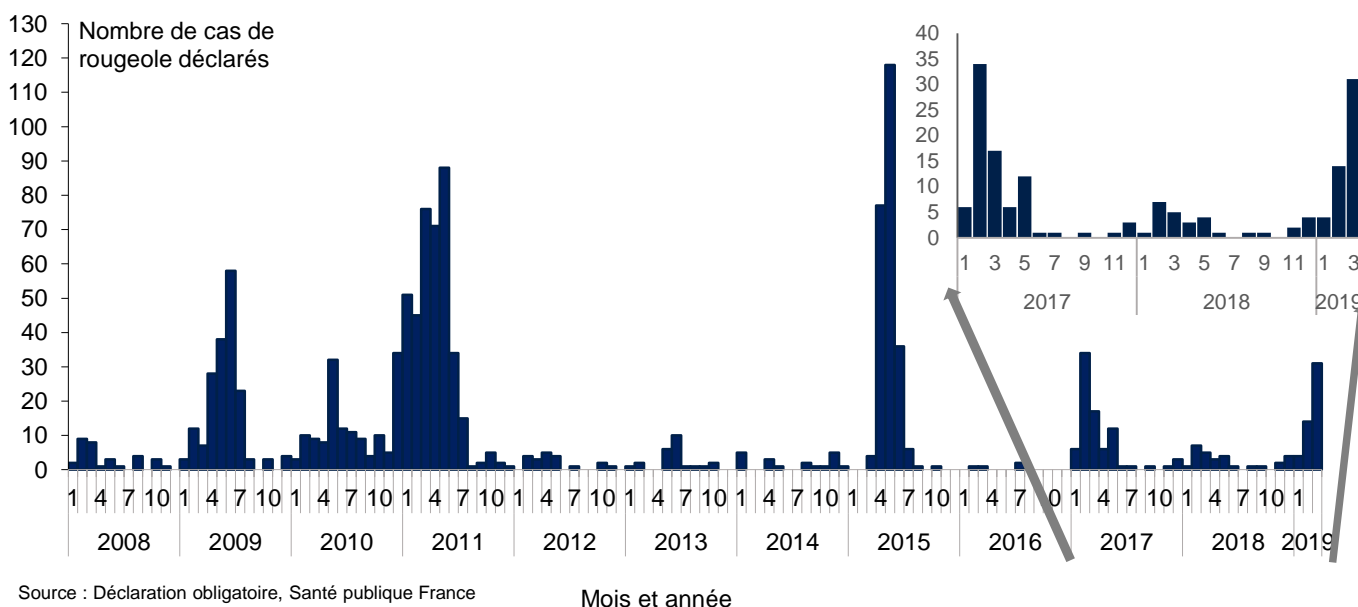
Taux de notification des cas de rougeole et nombre de cas déclarés par département de résidence en 2018, France



• Focus régional (données arrêtées au 05/04/2019)

Au total, entre le 1^{er} janvier 2008 et le 5 avril 2019, 1 219 cas de rougeole ont été notifiés en région Grand Est. Plusieurs pics épidémiques ont été observés sur cette période : en 2009-2011, suivant la même tendance que celle observée au niveau national, en 2015 du fait d'une épidémie dans le Haut-Rhin (230 cas) et en 2017 (épidémie en Moselle et cas groupés dans le Bas-Rhin). Après une baisse de circulation en 2018 (29 cas notifiés), on observe depuis le 1^{er} janvier 2019 une circulation active du virus puisque 49 cas ont été notifiés entre le 1^{er} janvier et le 5 avril 2019. Les départements les plus touchés sont la Moselle, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin.

Nombre de cas déclarés de rougeole depuis janvier 2008, Grand Est

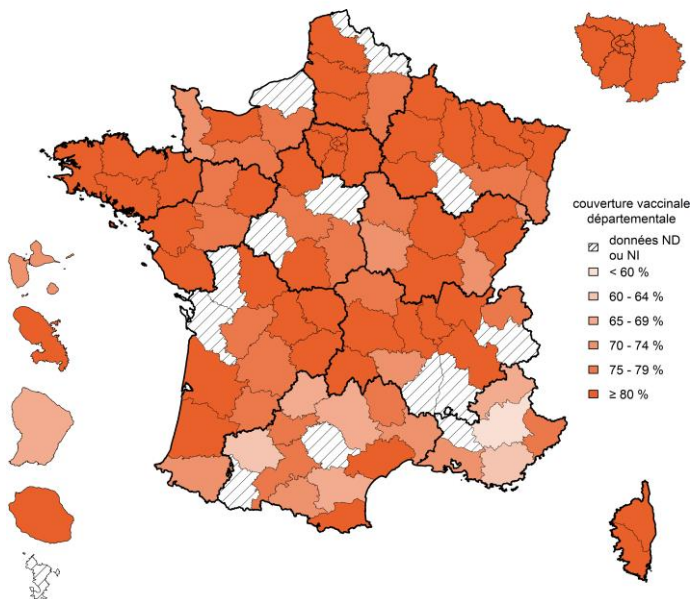


• Couvertures vaccinales « rougeole, oreillons et rubéole 1 et 2 doses » en 2017

En 2017, les CV « rougeole, oreillons, rubéole » chez les enfants âgés de 24 mois étaient inférieures à 95% pour la 1^{ère} et la 2^{ème} dose dans l'ensemble des départements de la région pour lesquels des données sont disponibles, à l'exception du département des Ardennes pour la 1^{ère} dose. Ces faibles couvertures favorisent le risque de survenue d'épidémie.

La CV « rougeole, oreillons, rubéole 1 dose » était de 90,5% dans la région Grand Est et était supérieure à la moyenne nationale (89,6%). Cette CV variait entre 86,5% (Vosges) et 95,6% (Ardennes). La CV « 2 doses » variait de 77,2% (Vosges) à 88,2% (Ardennes) dans les départements pour lesquels des données sont disponibles.

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons rubéole 2 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2017 (nés en 2015)



Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois.
 Traitement Santé publique France
 ND : non disponible
 NI : non interprétable

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons, rubéole 1 dose et 2 doses » à l'âge de 24 mois, Grand Est et France, 2017 (nés en 2015)

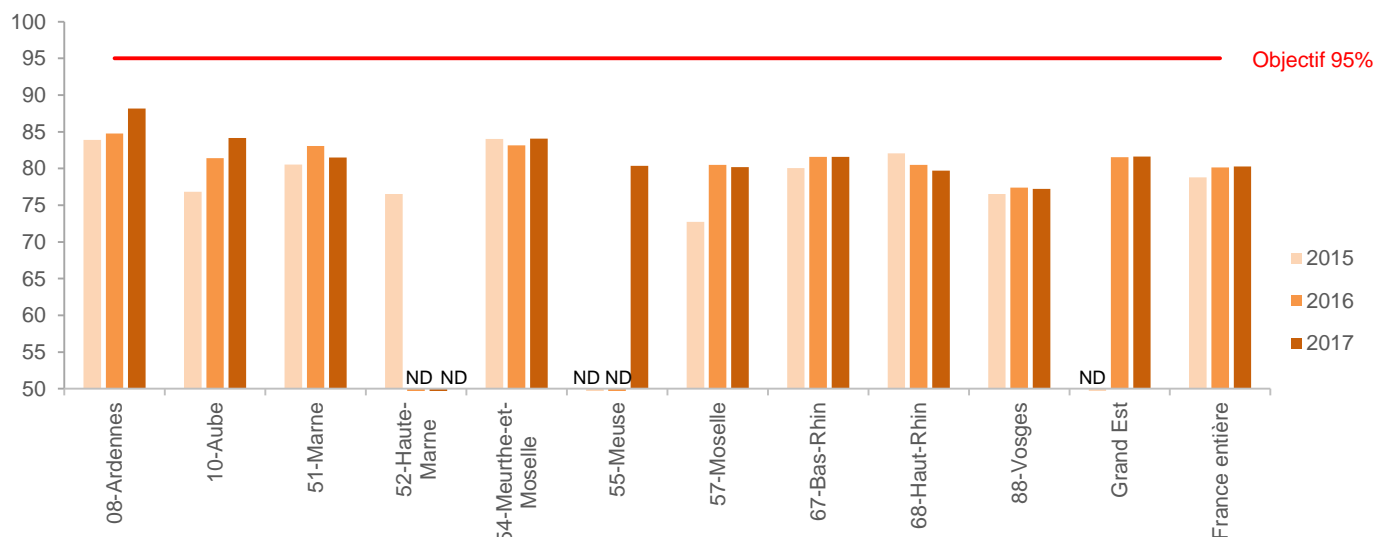
	Rougeole-Oreillons-Rubéole	
	1 dose	2 doses
08-Ardennes	95,6	88,2
10-Aube	93,3	84,2
51-Marne	87,5	81,5
52-Haute-Marne	91,6*	ND
54-Meurthe-et-Moselle	91,6	84,1
55-Meuse	91,7	80,4
57-Moselle	91,2	80,2
67-Bas-Rhin	89,2	81,6
68-Haut-Rhin	89,5	79,7
88-Vosges	86,5	77,2
Grand Est	90,5	81,7
France entière	89,6	80,3

Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois.
 Traitement Santé publique France ;
 * Données non disponibles pour les CS24 estimées à partir du SNDS-DCIR.
 Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/17
 ND: non disponible

• Évolution de la couverture vaccinale « rougeole, oreillons et rubéole 2 doses » entre 2015 et 2017

La CV « rougeole, oreillons, rubéole 2 doses » chez les enfants âgés de 24 mois a diminué dans le Haut-Rhin. Elle a baissé également, en 2017, dans la Marne. Elle était stable dans les Vosges et en Meurthe-et-Moselle et a augmenté dans les Ardennes, l'Aube et la Moselle entre 2015 et 2017. Elles étaient toutes largement inférieures aux objectifs de 95 %.

Évolution des couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons rubéole 2 doses », à l'âge de 24 mois, 2015-2017, Grand Est et France,



Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France ; SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France
 ND: non disponible

• Impact de l'extension de l'obligation vaccinale – Vaccin Rougeole-oreillons-rubéole

La première dose de vaccin ROR étant recommandée à l'âge de 12 mois, il n'est pas encore possible de mesurer l'impact de l'obligation vaccinale pour cette vaccination chez les enfants nés en 2018. Il est cependant possible de comparer les couvertures vaccinales des enfants ayant eu 12 mois en 2018 (appelés ici « cohorte 2018 ») avec celles des enfants ayant eu 12 mois en 2017 (nés en 2016, appelés ici « cohorte 2017 »).

En région Grand Est, chez les enfants de la cohorte 2018, la couverture vaccinale ROR (1 dose) était de 87,6% contre 86,3% pour ceux de la cohorte 2017, soit un gain de couverture de 1,3 points.

Cette augmentation variait de 3,8 points (Haute-Marne) à 0,6 point (Meurthe-et-Moselle). Les départements où la CV était la plus basse pour les enfants de la cohorte 2017 présentaient les gains les plus importants. A noter une légère baisse de CV enregistrée dans le département de la Marne (-0,5 point), ce département ayant par ailleurs une des CV les plus élevées de la région.

Ces gains de couverture ne peuvent être attribués directement à l'obligation vaccinale mais peuvent être liés à la communication faite autour de cette obligation et de la vaccination en général, dans un contexte de circulation du virus en France métropolitaine.

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons, rubéole au moins 1 dose » à l'âge de 12 mois, Grand Est et France, cohortes 2017 et 2018, au 31 décembre 2018.

	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Gain de couverture
08-Ardennes	86,7	88,3	+1,6
10-Aube	85,9	87,1	+1,2
51-Marne	89,3	88,8	-0,5
52-Haute-Marne	84,0	87,8	+3,8
54-Meurthe-et-Moselle	89,5	90,1	+0,6
55-Meuse	85,3	88,2	+2,9
57-Moselle	87,2	88,5	+1,3
67-Bas-Rhin	85,0	86,5	+1,5
68-Haut-Rhin	82,1	83,8	+1,8
88-Vosges	87,2	88,8	+1,6
Grand Est	86,3	87,6	+1,3
France entière	85,0	87,2	+2,2

Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour mars 2019

Infections invasives à méningocoque C

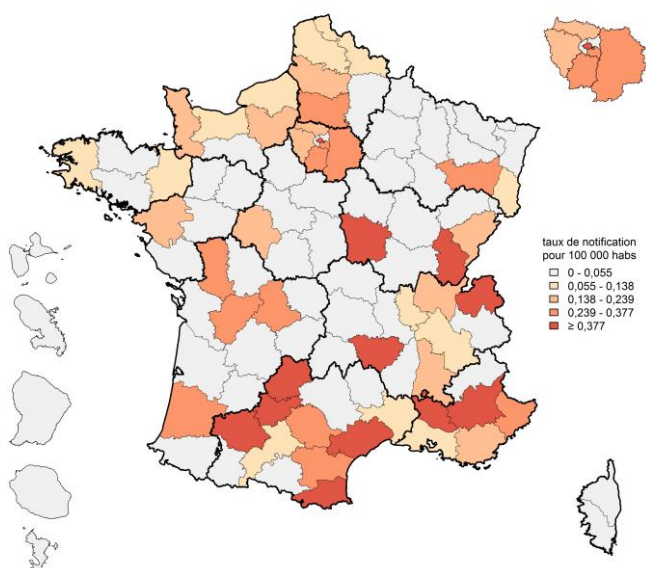
• Situation épidémiologique des infections invasives à méningocoque C en France et en région Grand Est

France

En 2018, 93 cas d'infections invasives à méningocoque C (IIM C) sont survenus en France, soit un taux de notification de 0,14 pour 100 000 habitants. Ce taux était en diminution par rapport à 2017 (-38%). La tendance à l'augmentation des IIM C observée depuis 2011 semble donc s'arrêter avec une diminution marquée en 2018.

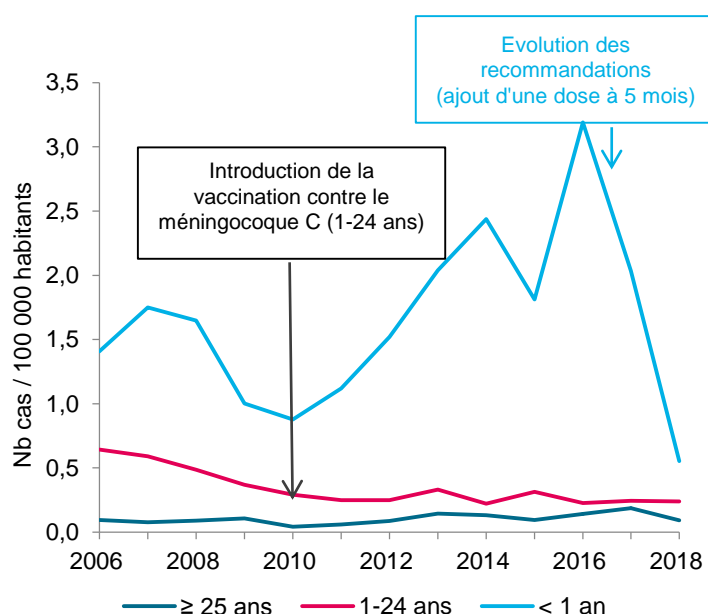
Chez les nourrissons âgés de moins de un an, après une augmentation de l'incidence des IIM C entre 2011 et 2016, le nombre de cas a nettement diminué en 2017 et 2018. En 2018, quatre cas sont survenus contre 17 cas annuels en moyenne au cours de la période 2010-2016. Les quatre cas ont concerné des nourrissons non vaccinés dont deux étaient âgés de moins de 3 mois et étaient trop jeunes pour être vaccinés. Entre 2011 et 2018, le nombre de cas chez les 1-24 ans est resté globalement stable. La grande majorité de ces cas auraient pu être évités par la vaccination. Chez les adultes, après deux années successives d'augmentation (2016 et 2017), on observe une diminution du nombre de cas en 2018.

Taux de notification des IIM C par département de résidence des cas, France, 2018 (après standardisation sur l'âge)



Source : Déclaration Obligatoire – Santé publique France

Evolution du taux de notification des IIM C par classe d'âge, France, 2006-2018



Grand Est

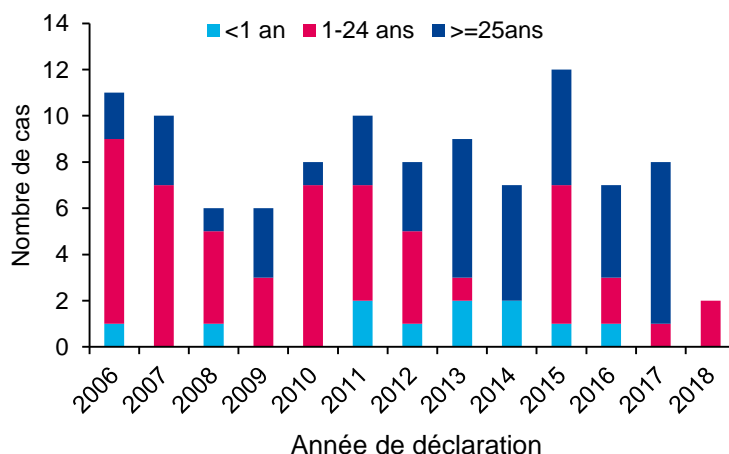
Entre 2011 et 2018, un total de 63 cas ont été notifiés dont 19 (30%) parmi des personnes directement ciblées par les recommandations vaccinales de 2010 (soit des personnes âgées de 1 à 24 ans). En 2018, 2 cas ont été notifiés, aucun cas n'est survenu chez les enfants de moins de 1 an, les 2 cas étaient cependant évitables par la vaccination.

Nombre de cas déclarés d'IIM C par département, Grand Est, 2016-2018

	2016	2017	2018
08-Ardennes	1	0	0
10-Aube	1	0	0
51-Marne	0	3	0
52-Haute-Marne	0	1	0
54-Meurthe-et-Moselle	1	1	0
55-Meuse	0	0	0
57-Moselle	2	2	0
67-Bas-Rhin	1	0	0
68-Haut-Rhin	1	0	1
88-Vosges	0	1	1
Grand Est	7	8	2

Source : Déclaration obligatoire – Santé publique France

Evolution du nombre de cas déclarés d'IIM C par classe d'âge, Grand Est, 2006-2018

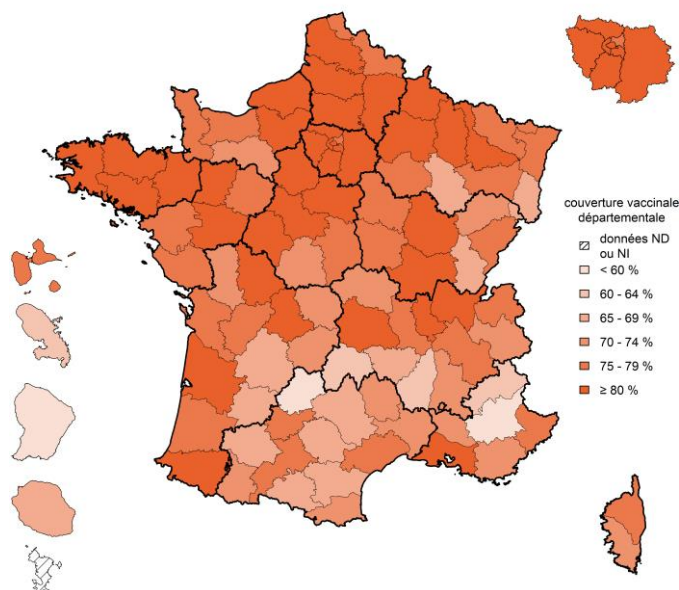


• Couverture vaccinale méningocoque C en 2018 chez le nourrisson

Depuis 2017, la vaccination des nourrissons contre le méningocoque C comprend une 1^{ère} dose à l'âge de 5 mois suivie d'un rappel à 12 mois. La dose à l'âge de 5 mois, devenue obligatoire en 2018, a vocation à être transitoire, le temps d'atteindre une immunité de groupe suffisante dans la population pour protéger les nourrissons, particulièrement vulnérables (sans avoir besoin de les vacciner).

En 2018, la CV régionale contre le méningocoque C atteignait 78,4% à 2 ans soit légèrement en dessous de la moyenne nationale (78,6%). En région Grand Est, des disparités territoriales étaient observées avec des CV variant de 68,4% dans la Haute-Marne à 84,3% en Meurthe-et-Moselle. Entre 2017 et 2018, les couvertures ont progressé dans tous les départements et de façon importante dans les Vosges, le Haut-Rhin et la Meuse.

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



Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C » à l'âge de 2 ans, Grand Est, 2017 et 2018

	Méningocoque C	
	2017	2018
08-Ardennes	75,7	81,0
10-Aube	74,0	79,9
51-Marne	78,6	84,2
52-Haute-Marne	63,4	68,4
54-Meurthe-et-Moselle	82,6	84,3
55-Meuse	72,8	80,4
57-Moselle	72,9	78,5
67-Bas-Rhin	72,6	78,9
68-Haut-Rhin	61,3	68,7
88-Vosges	68,3	75,0
Grand Est	72,8	78,4
France entière	72,6	78,6

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

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

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

En région Grand Est, le gain de couverture vaccinale chez les nourrissons de 7 mois de la cohorte 2018 comparé à ceux de la cohorte 2017 a été de 36,0 points. Le gain de couverture vaccinale par département variait de 25,4 points (Meurthe-et-Moselle) à 50,2 points (Haute-Marne). Les départements où la CV était la plus basse présentaient les gains les plus importants (Haute-Marne, Meuse, Moselle et Vosges).

Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C 1 dose » à l'âge de 7 mois, Grand Est et France, cohortes 2017 et 2018, au 31 décembre 2018.

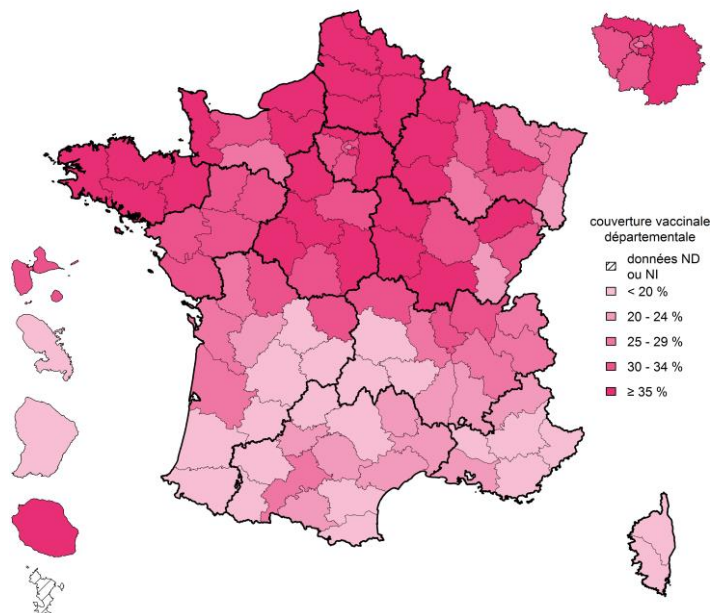
	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Gain de couverture
08-Ardennes	38,6	80,3	+41,7
10-Aube	42,3	71,4	+29,1
51-Marne	46,2	78,3	+32,1
52-Haute-Marne	14,1	64,3	+50,2
54-Meurthe-et-Moselle	57,2	82,6	+25,4
55-Meuse	21,1	67,1	+45,9
57-Moselle	30,7	73,9	+43,3
67-Bas-Rhin	46,4	77,2	+30,8
68-Haut-Rhin	19,4	59,5	+40,1
88-Vosges	31,4	74,8	+43,3
Grand Est	37,9	73,9	+36,0
France entière	39,3	75,7	+36,4

Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour mars 2019

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

En 2018, les CV régionales « méningocoque C » atteignaient 75,5 % chez les 2-4 ans, 71,2 % chez les 5-9 ans, 45,2 % chez les 10-14 ans et 32,8 % chez les 15-19 ans. Ces valeurs étaient proches du niveau national pour toutes les classes d'âge. Ces CV sont insuffisantes pour atteindre le seuil d'immunité collective nécessaire à la protection des plus jeunes. D'importantes disparités départementales étaient observées avec le Haut-Rhin présentant les CV les plus basses.

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



Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C » par tranche d'âge de 2 à 19 ans, Grand Est et France, 2018

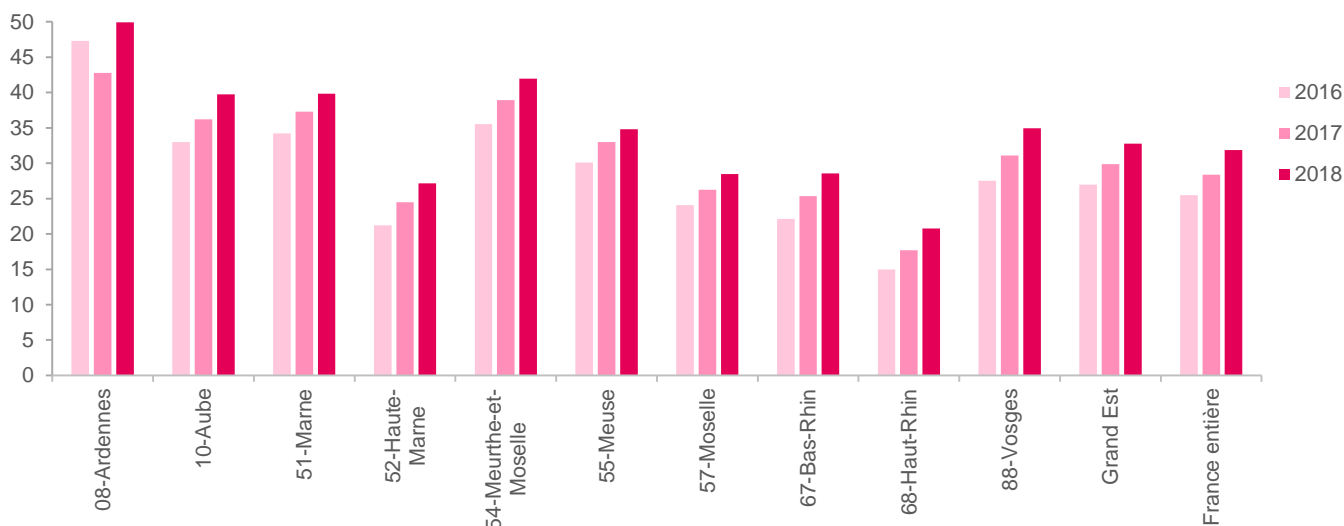
	Méningocoque C			
	2-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans
08-Ardennes	81,3	81,4	62,9	49,9
10-Aube	79,1	75,2	51,1	39,7
51-Marne	83,5	79,2	52,1	39,8
52-Haute-Marne	71,3	67,1	38,5	27,2
54-Meurthe-et-Moselle	82,9	79,9	49,5	42,0
55-Meuse	78,8	74,3	51,0	34,8
57-Moselle	76,6	73,3	39,9	28,5
67-Bas-Rhin	71,6	69,0	44,9	28,6
68-Haut-Rhin	64,1	53,2	33,7	20,8
88-Vosges	74,6	70,3	48,1	34,9
Grand Est	75,5	71,2	45,2	32,8
France entière	75,7	70,3	45,8	31,9

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

• Evolution de la couverture vaccinale « méningocoque C » chez les 15-19 ans entre 2016 et 2018

La CV « méningocoque C » chez les 15-19 ans a progressé entre 2016 et 2018. Cette progression était observée dans l'ensemble des départements de la région. Néanmoins, les objectifs de couverture vaccinale de 95 % ne sont pas atteints.

Evolution des couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C » à 15-19 ans, Grand Est et France, entre 2016 et 2018



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

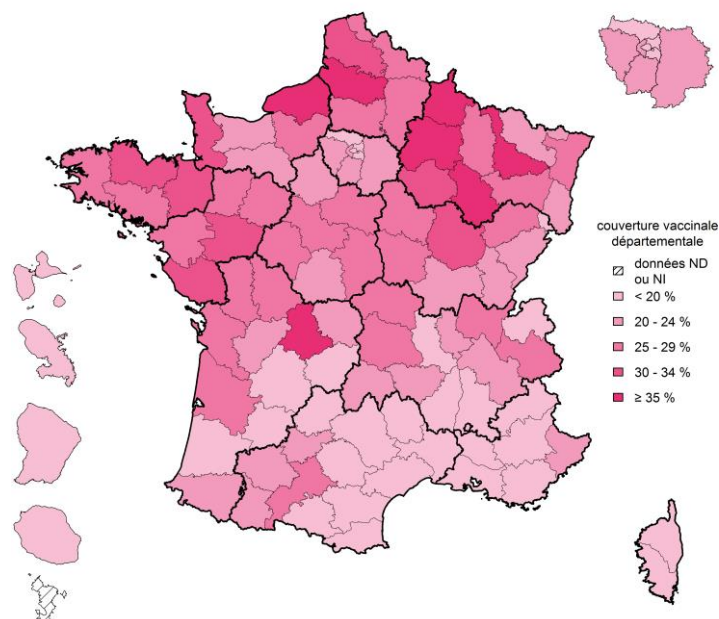
Papillomavirus humain

• Couvertures vaccinales contre les papillomavirus humains des adolescentes âgées de 15 et 16 ans, cohorte de naissance 2003 et 2002

En région Grand Est, comme au niveau national, les couvertures vaccinales contre les papillomavirus humains chez les adolescentes étaient très insuffisantes. À l'âge de 15 ans (adolescentes nées en 2003), 35,6% des adolescentes avaient initié cette vaccination dans la région, contre 29,4% en France. Cette CV variait également selon les départements de 26,0% (Haut-Rhin) à 47,6% (Meurthe-et-Moselle). À l'âge de 16 ans (adolescentes nées en 2002), seules 29,1% des adolescentes ont reçu un schéma complet à 2 doses de vaccination contre 23,7% au niveau national. Cette CV variait entre 20,9% (Haut-Rhin) et 39,6% (Meurthe-et-Moselle).

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

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



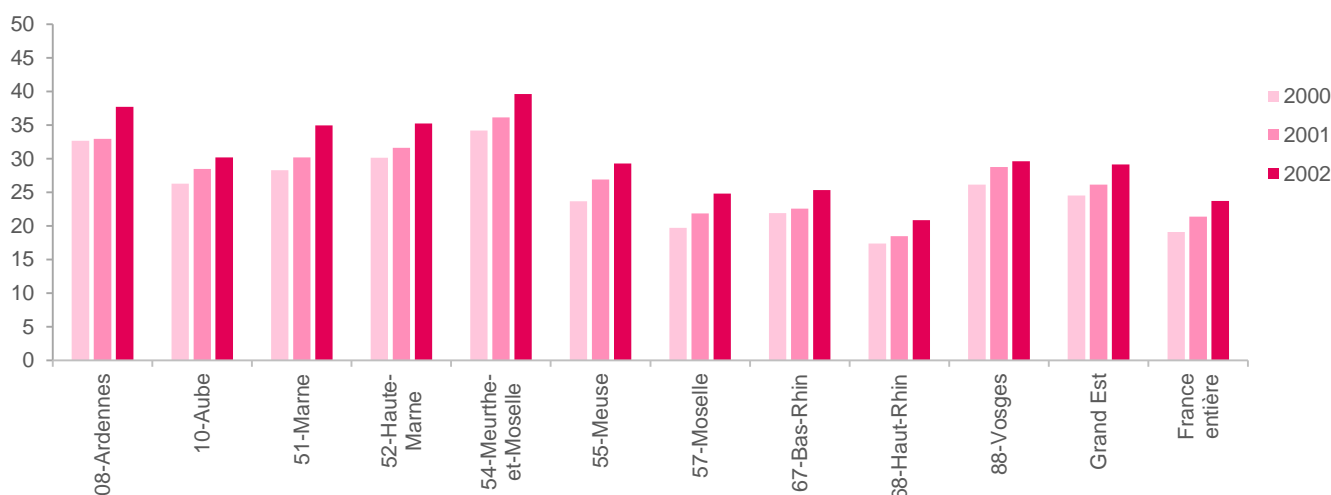
	Papillomavirus	
	Nées en 2003	Nées en 2002
	1 dose	2 doses
08-Ardennes	41,7	37,7
10-Aube	34,7	30,2
51-Marne	42,2	35,0
52-Haute-Marne	41,3	35,2
54-Meurthe-et-Moselle	47,6	39,6
55-Meuse	37,8	29,3
57-Moselle	31,2	24,8
67-Bas-Rhin	32,0	25,3
68-Haut-Rhin	26,0	20,9
88-Vosges	38,9	29,6
Grand Est	35,6	29,1
France entière	29,4	23,7

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

• Évolution de la couverture vaccinale contre les papillomavirus humains « schéma complet 2 doses à 16 ans » par cohorte de naissance (cohorte de naissance de 2000 à 2002)

La CV contre les papillomavirus humains « schéma complet à 2 doses » à 16 ans a progressé entre 2016 et 2018 dans l'ensemble des départements de la région. Néanmoins, les objectifs de couverture vaccinale de 95% étaient loin d'être atteints.

Evolution des couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains « schéma complet 2 doses à 16 ans », Grand Est et France, cohorte de naissance de 2000 à 2002.



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

Grippe

• Couverture vaccinale lors de la saison 2017-2018 et 2018-2019

Dans la région Grand Est, la couverture vaccinale grippe dans l'ensemble de la population à risque est de 48,7% et était supérieure à la moyenne en France métropolitaine (47,2%). La CV variait entre 42,5% et 53,3% selon les départements de la région. Chez les personnes de 65 ans et plus, la CV grippe était de 52,9% tandis qu'elle était de 32,4% chez les moins de 65 ans ciblés par les recommandations. Bien que les couvertures vaccinales aient augmenté pour chacune des populations cibles, elle reste largement inférieure à l'objectif de 75% de couverture pour les personnes à risque.

Couvertures vaccinales (%) départementales « grippe » par groupe d'âge de la population à risque ciblée par la vaccination, saisons 2017-2018 et 2018-2019

	Moins de 65 ans		65 ans et plus		Total population à risque	
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019
08-Ardennes	35,3	35,6	56,7	57,3	51,6	52,2
10-Aube	30,8	31,0	50,8	52,0	47,3	48,3
51-Marne	34,3	34,4	54,9	56,0	50,7	51,6
52-Haute-Marne	32,8	32,9	50,9	51,9	47,8	48,6
54-Meurthe-et-Moselle	35,3	35,8	56,8	57,9	52,4	53,3
55-Meuse	33,4	33,7	51,8	53,1	48,3	49,5
57-Moselle	31,5	32,2	52,9	54,2	47,9	49,1
67-Bas-Rhin	30,2	30,6	50,2	51,1	45,9	46,7
68-Haut-Rhin	27,1	27,4	45,3	46,3	41,7	42,5
88-Vosges	35,4	35,7	50,9	52,0	48,2	49,2
Grand Est	32,0	32,4	51,9	52,9	47,8	48,7
France métropolitaine	29,2	29,5	50	51,5	46	47,2

Source : SNDS - DCIR - tous régimes - traitement Santé publique France

EXPÉRIMENTATION DE LA VACCINATION GRIPPE EN OFFICINE 2017-2020

En 2017, deux régions françaises, Nouvelle Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes, ont participé à une expérimentation relative à la vaccination contre la grippe saisonnière par les pharmaciens d'officine. La population cible de cette expérimentation était limitée uniquement aux adultes (hors femmes enceintes) non primo-vaccinants sans contre-indication (immunodéprimés, troubles de la coagulation, antécédents allergiques).

Lors de la campagne 2018-2019, l'expérimentation de la vaccination antigrippale en officine s'est étendue à deux nouvelles régions, Hauts-de-France et Occitanie. La population cible a été élargie à l'ensemble des personnes majeures ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure. Cette expérimentation s'est réalisée sur la base du volontariat dans les régions retenues. La participation des pharmaciens d'officines candidats a nécessité l'autorisation de l'ARS. Elle a pris fin le 1^{er} mars 2019.

Lors de la prochaine saison 2019-2020, la vaccination fera partie des missions pouvant être exercées par les pharmaciens d'officine sur l'ensemble du territoire. Les pharmaciens pourront alors effectuer les vaccinations dont la liste doit être fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé après avis de la Haute Autorité de santé.

ENQUÊTE DE COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES SOIGNANTS EN ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET EHPAD EN FRANCE, 2019

Contexte : En France, les soignants font l'objet de recommandations vaccinales particulières qui visent d'une part à les protéger des maladies transmissibles auxquelles ils sont exposés et d'autre part à réduire la transmission d'agents à leurs patients, notamment les plus fragiles. On peut distinguer les maladies faisant l'objet d'une obligation vaccinale (diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B) et celles faisant l'objet d'une recommandation vaccinale (coqueluche, varicelle, grippe saisonnière et rougeole).

Les données nationales de couverture vaccinale chez les professionnels de santé en établissements de santé et en Ehpad sont anciennes (2008-2009) [1] [2]. Elles montraient des couvertures vaccinales insuffisantes pour les vaccinations recommandées. L'obligation vaccinale des professionnels de santé fait actuellement l'objet d'une évaluation, la Direction générale de la santé (DGS) ayant saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) pour évaluer le passage à l'obligation vaccinale pour les professionnels de santé des vaccinations actuellement recommandées.

Études : Deux études sont actuellement menées par Santé publique France en collaboration avec le CPIas Nouvelle Aquitaine dans le cadre de la Mission nationale de soutien aux actions de prévention des infections associées aux soins (MATIS).

Elles ont pour objectifs d'estimer la couverture vaccinale antigrippale des professionnels des établissements de santé et des Ehpads au niveau national et régional ainsi que par catégories professionnelles au niveau national (médecins, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes dans les établissements de santé et autres professionnels dans les Ehpads) ainsi que de décrire la couverture vaccinale antigrippale en fonction des caractéristiques des établissements et des actions de promotion de la vaccination. L'étude menée dans les établissements de santé a également pour objectifs d'estimer les couvertures vaccinales contre la rougeole, la varicelle et la coqueluche, d'étudier les principaux déterminants de non vaccination contre la grippe, les mesures susceptibles d'influencer un acte vaccinal contre la grippe et d'étudier le positionnement des professionnels de santé vis-à-vis de l'obligation vaccinale pour les professionnels de santé.

Plus de 200 établissements de santé et 1 200 Ehpads seront sollicités en France métropolitaine et dans les DOM pour participer à ces études qui seront conduites entre le mois de mai 2019 et début juillet 2019.

Communication : les premiers résultats portant sur la couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé de ces établissements seront communiqués avant le lancement de la prochaine saison grippale, soit en octobre 2019.

IMPACT D'UNE CONSULTATION SPÉCIALISÉE EN INFECTIOLOGIE SUR LE TAUX DE COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE INTESTINALE OU D'UN CANCER DIGESTIF

Dr Sitte, Pr Bronowicki, Dr Peyrin Biroulet, Dr Lopez Département de gastro-entérologie et unité NGERE, Inserm, CHU Nancy, Université de Lorraine, Vandoeuvre les Nancy.

Contexte: Les patients atteints d'une néoplasie digestive (ND) et de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) nécessitent des traitements médicamenteux lourds, qui associés à l'évolution chronique de leur pathologie, conduisent à l'immunodépression. Il existe de ce fait un risque majoré d'infection invasive à pneumocoque et d'infection grippale et la morbidité et la mortalité associés sont augmentés. Bien que les vaccinations contre ces infections soient unanimement recommandées par les sociétés savantes internationales, les taux de couverture vaccinale restent très faibles chez ces patients. La réponse sérologique suite à la vaccination peut être satisfaisante en cours de traitement mais nécessite des schémas vaccinaux particuliers. Dans cette étude, nous avons évalué l'impact d'une consultation spécialisée en infectiologie sur les taux de couverture vaccinale anti-pneumocoque et anti-grippale ainsi que les connaissances et perceptions de ces patients vis-à-vis des vaccins.

Matériel et méthodes: entre novembre 2016 et avril 2017, tous les patients atteints d'une MICI ou d'une ND suivis à hôpital de jour d'hépto-gastro-entérologie du CHRU de Nancy se sont vus proposer l'inclusion dans un programme en 3 phases :

- Phase 1: administration d'un auto-questionnaire concernant leur statut vaccinal, leurs connaissances et leurs freins à propos des vaccins ;
- Phase 2: consultation dédiée aux vaccins en infectiologie, pour évoquer l'éventuelle mise à jour des vaccinations ;
- Phase 3: administration d'un second questionnaire évaluant l'évolution de leurs connaissances et les éventuelles mises à jour vaccinales reçues.

Résultats: 366 patients ont été inclus (ND = 99, MICI = 267), dont 46% de femmes. L'âge médian était de 48,5 ans. Le taux de couverture vaccinale était de 34,7 % pour la grippe, de 14,5 % pour le pneumocoque, et de 9,3% pour les deux. De plus, 41% des patients signalaient n'avoir eu aucune information à propos de la vaccination dans le cadre de leur maladie. Les principales raisons évoquées en cas de défaut vaccinal étaient la peur des effets secondaires (43%), la peur d'une aggravation de la maladie à cause des vaccins (27 %) ou des doutes suite à des informations relayées par les médias. Un peu plus de 62% des patients non à jour étaient intéressés par la consultation spécialisée (n = 207). Parmi les patients non à jour et non intéressés (n=124), plus de 15% préféraient en parler avec leur médecin traitant. Au final, 102 patients ont bénéficié de la consultation spécialisée et 105 n'ont pas pu s'y rendre (principalement pour des raisons logistiques). En cas de consultation, 90% (n=89) ont reçu une mise à jour vaccinale et parmi eux, 98% ont reçu une vaccination anti-pneumococcique et 7,9% des patients ont reçu une mise à jour anti-grippale. Au total, sur les 102 patients s'étant rendus à la consultation, 85,3% ont été mis à jour contre le pneumocoque et 40,4% ont reçu une mise à jour Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP). Un peu plus de 41% ont changé de perception vis-à-vis de la vaccination et 92% recommanderaient cette consultation à d'autres patients.

Conclusion: Les taux de couverture vaccinale pour cette population étaient faibles. Les raisons évoquées par les patients de leurs réticences étaient principalement un manque d'information et de nombreux à priori. Grâce à une consultation dédiée aux vaccinations en infectiologie, le taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque est passé de 14,5% à 85,3 % chez les patients atteints de CD ou de MICI. Seuls 7,9% des patients vu en Consultation dédiée ont reçu une mise à jour anti-grippale, mais il convient de noter que la majorité des consultations ont eu lieu hors période hivernale. La consultation a permis également d'améliorer la couverture vaccinale d'autres valences telles que le DTP, obligatoires selon les recommandations françaises. Ces constatations soulignent la nécessité d'un examen formel et structuré de l'état de la vaccination au moment du diagnostic de MICI ou d'une ND ou lors de l'initiation de traitements immunosuppresseurs. La mise en place d'une consultation dédiée permet de résoudre la question de la responsabilité vaccinale entre les professionnels de santé. Cette approche pourrait être appliquée à tous les patients immunodéprimés, sous couvert de la mise en place de moyens logistiques adaptés permettant de répondre à la demande.

En savoir plus : Sitte J, Frentiu E, Baumann C, et al. Vaccination for influenza and pneumococcus in patients with gastrointestinal cancer or inflammatory bowel disease: A prospective cohort study of methods for improving coverage. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019;49:84–90.

Freins évoqués à la vaccination avant consultation spécialisée en infectiologie. Impact d'une CS sur les taux de CV, CHRU Nancy, Nov. 2016- Avril 2017 (n=366).

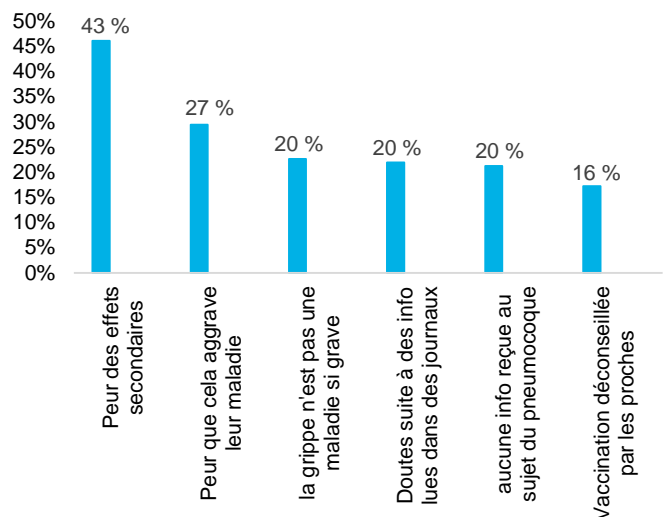
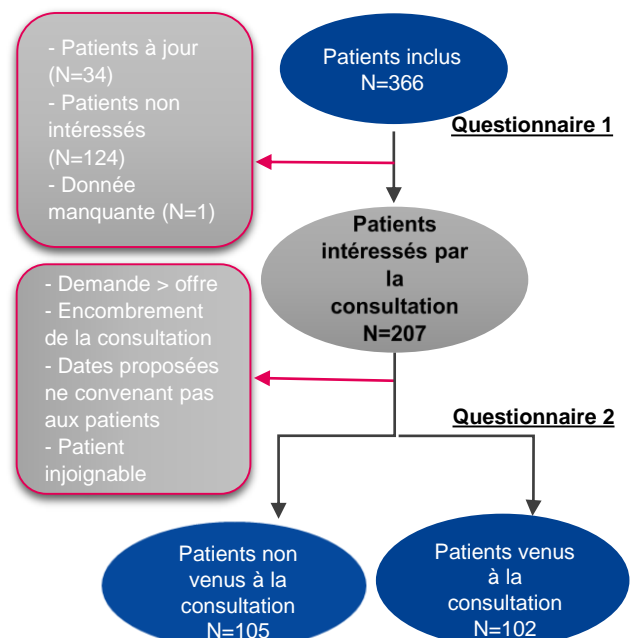


Diagramme d'inclusion des patients. Impact d'une CS sur les taux de CV, CHRU Nancy, Nov. 2016- Avril 2017 (n=366).



SOURCE DES DONNÉES

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

1/ Les certificats de santé du 24^e mois : ils sont le principal outil d'évaluation de la couverture vaccinale chez l'enfant de 2 ans. Ces certificats sont établis par les médecins généralistes ou les pédiatres lors de l'examen médical obligatoire de l'enfant à 24 mois et sont envoyés au service de la protection maternelle et infantile (PMI) qui transmet, après saisie, un fichier individuel anonymisé à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Après un apurement et un redressement des données, l'analyse de la CV est réalisée par Santé publique France. Les dernières données valides disponibles, présentées dans ce bulletin, sont issues de l'exploitation des certificats de santé du 24^{ème} mois (CS24) de l'année 2017 et concernent les enfants nés en 2015 ayant eu 24 mois en 2017.

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

A noter ! Lorsque les estimations de couvertures vaccinales pour le ROR 1 dose et le pneumocoque 1 à 24 mois à partir des certificats de santé du 24^e mois étaient non interprétables ou non disponibles en 2017, ces dernières ont été remplacées par une estimation à partir du DCIR-SNDS.

Les données régionales ne sont pas présentées lorsque les départements sans donnée disponible représentent 20 % ou plus de la population des enfants de 2 ans. Par ailleurs, les taux de retour des CS24 sont présentés sur le site de la [Drees](#). Cette correction s'applique également aux estimations réalisées à partir de DCIR/SNDS, essentiellement pour les départements pour lesquels la proportion de nourrissons bénéficiant de vaccins gratuits achetés par le Conseil Départemental est significative et entraîne un biais dans l'estimation.

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

BIBLIOGRAPHIE

[1] Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, Abiteboul D. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. Bull Epidemiol Hebd 2011; 35-36 :371-6. ;

[2] Vaux S, Noël D, Fonteneau L, Guthmann JP, Lévy-Bruhl D. Influenza vaccination coverage of healthcare workers and residents and their determinants in nursing homes in France, a nationwide survey. BMC Public Health 2010; 10: 159. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20338028>

- [Les sources de données de couvertures vaccinales, Santé publique France](#)
- [Point épidémiologique national sur la rougeole](#)
- [Dossier Santé publique France, surveillance des maladies à prévention vaccinale](#)

REMERCIEMENTS

La Santé publique France Grand Est tient à remercier les membres des conseils départementaux travaillant activement à la remontée des données des certificats de santé, et tous les acteurs qui contribuent à la vaccination et qui impulsent la politique vaccinale dans la région

Comité de rédaction

Sophie Raguét, Pascaline Loury, Gaëlle Gault, Lauriane Ramalli, Nathalie Nicolay, Sophie Vaux, Laure Fonteneau, Guillaume Heuzé, Bertrand Gagnière, Christine Saura, Anne-Sophie Barret, Denise Antona, Daniel Levy-Bruhl.

Dr Hommel, responsable du centre de vaccinations internationales et du centre antirabique, CHRU Strasbourg

Dr Sitte, service d'hépatogastro-entérologie, CHRU Nancy

Contact : Santé publique France Grand Est, GrandEst@santepubliquefrance.fr