

Page 2 | Rougeole - bilan des déclarations obligatoires en 2015 |

Page 3-4 | Infection invasive à méningocoque - bilan des déclarations obligatoires en 2015 |

Page 5 | Hépatite B aiguë - bilan des déclarations obligatoires en 2015 |

Page 6 | Tétanos, Diphtérie, Polio - bilan des déclarations obligatoires en 2015 |

Pages 7-8 | Couverture vaccinale chez les enfants en 2014 |

Les infections à prévention vaccinale sont à déclaration obligatoire et doivent être signalées sans délai à l'Agence régionale de santé (ARS). Le signalement permet de mettre en œuvre des mesures pour prévenir l'apparition de cas secondaires parmi les contacts proches du patient.

A qui signaler une maladie à déclaration obligatoire ?

A l'ARS Nouvelle-Aquitaine :
Tél : 0809 400 004
Fax : 05 67 76 70 12

| Editorial |

Si des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années pour la santé des populations concernant les maladies infectieuses à prévention vaccinale, l'abord épidémiologique des maladies à prévention vaccinale est complexe dans un pays comme le nôtre où les programmes vaccinaux sont implantés depuis plusieurs décennies. En effet, l'efficacité du programme et la maîtrise des maladies à prévention vaccinale font disparaître de la conscience collective leurs conséquences dramatiques sur la santé. La nécessité de se faire vacciner n'est plus prégnante dans la population et on assiste à une défiance à l'encontre de la vaccination liée en partie à la peur d'effets nocifs des vaccins. On constate ainsi depuis quelques années une stagnation voire une diminution de la couverture vaccinale (grippe, HPV). Or, la négligence voire le rejet de la vaccination par une partie de la population, tout comme les échanges internationaux de pays dont la couverture vaccinale est insuffisante peuvent favoriser la résurgence de ces infections. La surveillance épidémiologique de ces maladies est un pilier essentiel du suivi de la politique vaccinale, que ce soit par le dispositif de maladies obligatoires ou par l'évaluation de la couverture vaccinale. Ce bulletin de veille sanitaire est consacré à la surveillance des maladies à déclaration obligatoire à prévention vaccinale (rougeole, infections invasives à méningocoque, hépatite B aiguë, tétanos, diphtérie et polio) dans la région Nou-

velle Aquitaine en 2015 et présente la couverture vaccinale des enfants de 2 ans en 2014. Ce BVS est aussi l'occasion de rappeler que l'amélioration de la couverture vaccinale reste un enjeu majeur de lutte contre ces maladies et d'évoquer la concertation citoyenne de la vaccination, qui a eu lieu récemment. Celle-ci a proposé la simplification du parcours vaccinal par un carnet de vaccination électronique, l'élargissement temporaire de l'obligation vaccinale chez les enfants, l'extension de la vaccination HPV aux garçons. Les vaccinations contre la grippe, la coqueluche et la varicelle restent fortement recommandées et celle contre la rougeole obligatoire pour les professionnels de santé.

Stéphanie Vandentorren, responsable de la CIRE Nouvelle-Aquitaine

Rougeole - définition de cas pour le signalement

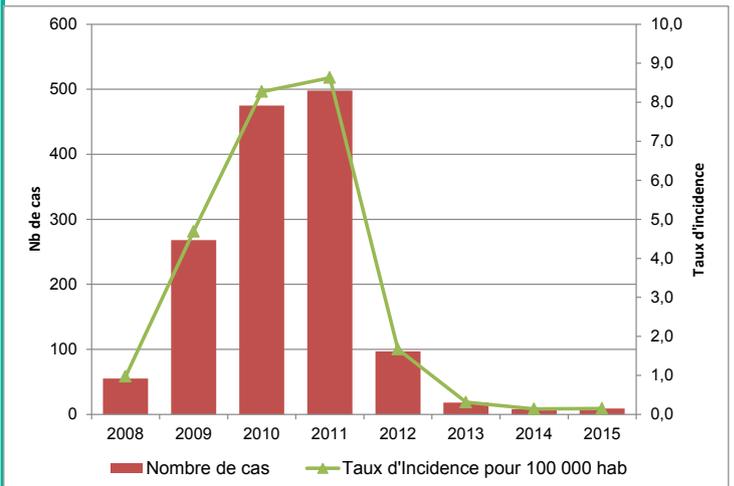
Critères cliniques

Association d'une fièvre $\geq 38,5$ °C, d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.

Critères biologiques

- détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole, ou
- séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence, ou
- détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire, ou
- culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

Figure 1. Nombre et taux d'incidence des cas de rougeole déclarés



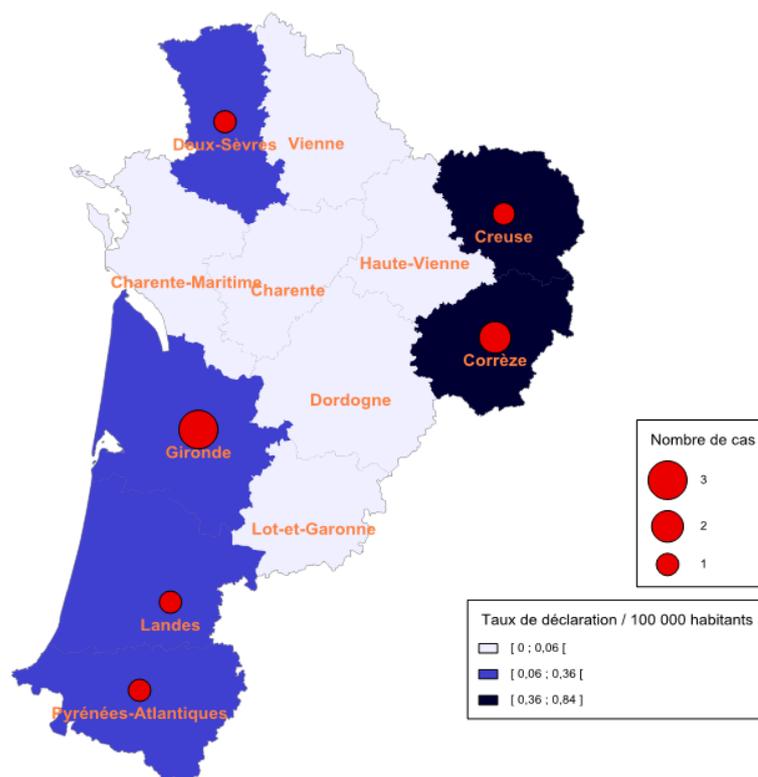
- En 2015, 9 cas de rougeole ont été déclarés dans la région Nouvelle-Aquitaine, un nombre stable par rapport à 2014 (8 cas). Le taux d'incidence des cas déclarés est de 0,15 cas pour 100 000 habitants. Depuis l'année 2012 qui a marqué la fin de la dernière épidémie nationale, les cas déclarés de rougeole n'ont pas donné lieu à une épidémie de grande ampleur dans la région et le taux annuel d'incidence est inférieur à 1 depuis trois années consécutives (figure 1).
- En 2015, les 9 cas déclarés de rougeole sont survenus dans 6 des 12 départements de la région, 3 cas en Gironde, 2 cas en Corrèze et 1 cas dans chacun des départements suivants: Creuse, Deux-Sèvres, Landes, Pyrénées-Atlantiques (figure 2).
- Les deux départements avec les taux d'incidence de cas décl-

rés de rougeole pour 100 000 habitants les plus élevés sont la Corrèze (0,8 / 100 000 hab) et la Creuse (0,8 /100 000). Les autres départements ont un taux d'incidence des cas déclarés variant de 0 à 0,3 / 100 000 habitants.

- Parmi les 9 cas déclarés en 2015, 7 étaient du sexe masculin. Tous les cas avaient moins de 50 ans: 2 chez les < 5 ans, 3 chez les 5-14 ans, 2 chez les 15-24 ans et 2 chez les 25-49 ans. Trois des 9 patients ont été hospitalisés, 1 a eu des complications et aucun n'est décédé. Cinq des 8 cas pour lesquels le statut vaccinal était connu n'avaient pas été vaccinés. Parmi les 3 cas vaccinés, un cas n'avait reçu qu'une seule dose de vaccin.

Figure 2.

Taux d'incidence et nombre de cas déclarés de rougeole par département de résidence en Nouvelle Aquitaine en 2015



Infection invasive à méningocoque - définition de cas

Au moins l'un des quatre critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, L.C.S., liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal) OU à partir d'une lésion cutanée purpurique
2. Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR
3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,.
4. Présence d'un purpura fulminans (*purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome*).

- En 2015, **30 cas** d'infection invasive au méningocoque (IIM) ont été déclarés parmi les résidents de la région Nouvelle-Aquitaine. Ce nombre est stable par rapport à l'année 2014 mais reste inférieur au nombre des déclarations pour les années antérieures (figure 1).
- Le taux d'incidence standardisé pour la région est de **0,55 cas d'IIM pour 100 000 habitants** en 2015. Aucune situation épidémique ou hyperendémique n'a été identifiée au cours de 2015 dans la région.
- Des cas d'IIM sont survenus dans 11 des 12 départements de la région (aucun cas déclaré dans la Vienne). La Gironde est le département avec le nombre le plus élevé de cas d'IIM déclarés (7 cas). Avec un taux d'incidence standardisé (sexe et âge quinquennal) de 2,5 cas pour 100 000 habitants (2 cas), la Creuse se hisse au 1er rang des départements en France. La Corrèze et la Charente se placent également en haut du classement des départements avec des taux d'incidence standardisés proche de 0,94 et 0,91 pour 100 000 habitants, respectivement (Tableau 1).

Figure 1. Nombre de cas d'IIM déclarés par année en région Nouvelle-Aquitaine, 2006-2015

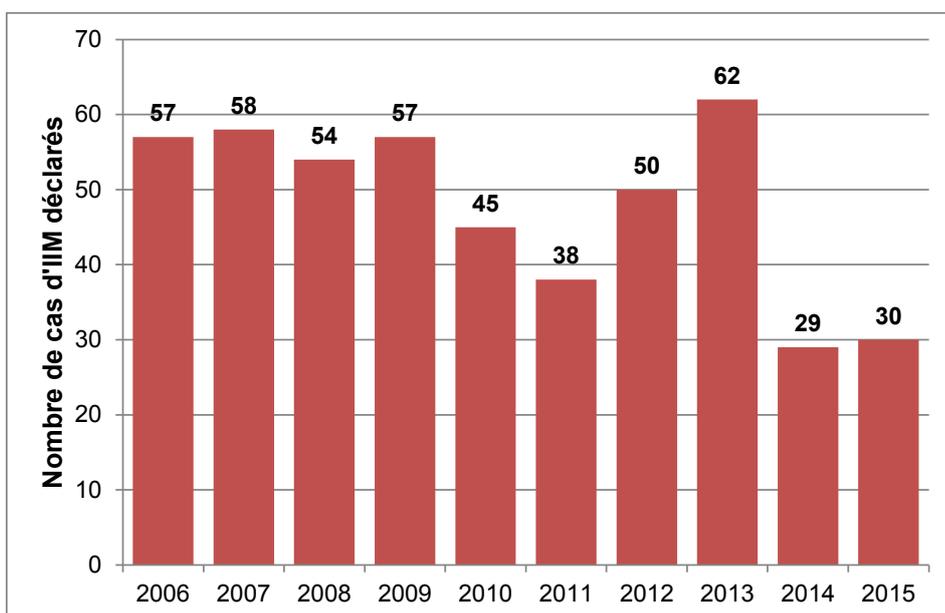


Tableau 1. Nombre de cas d'IIM déclarés par département de résidence et taux d'incidence, région Nouvelle-Aquitaine, 2015

Département	Nombre total de cas	Taux d'incidence brut	Rang départ. d'incidence brute	Taux d'incidence standardisée	Rang départ. d'incidence standardisée
Charente	3	0,84	29	0,91	27
Charente-Maritime	4	0,63	49	0,63	39
Corrèze	2	0,83	30	0,94	23
Creuse	2	1,67	4	2,5	1
Dordogne	2	0,48	68	0,61	54
Gironde	7	0,46	70	0,48	67
Landes	2	0,5	67	0,58	60
Lot-et-Garonne	1	0,3	83	0,33	82
Pyrénées-Atlantiques	3	0,45	72	0,43	73
Deux-Sèvres	3	0,8	33	0,87	30
Vienne	0	0	89	0	89
Haute-Vienne	1	0,27	86	0,26	86

Figure 2 Evolution du nombre d'IIM déclarés par séro groupe en région Nouvelle-Aquitaine, 2003-2015

- L'évolution temporelle des sérogroupe B, suivie du séro groupe Y et C dont l'occurrence s'est réduite depuis 2009 par rapport à la période 2003-2008 (figure 2). En 2015, parmi les 30 cas d'IIM déclarés, 14 (47%) était du séro groupe B, 8 (27%) du séro groupe C, 6 (20%) du séro groupe Y et 1 (3%) du séro groupe W. Le séro groupe C était retrouvé dans 7 des 11 départements où ont été déclarés des cas d'IIM (tableau 2).
- Toutes les classes d'âge ont été affectées (tableau 3). Les moins de 25 ans enregistrent le plus grand nombre de cas d'IIM: 22 cas soit 75% de tous les cas déclarés en 2015. Un seul cas (3%) a été déclaré chez les adultes de 25 à 49 ans.
- La létalité est élevée à 27% avec 8 décès rapportés chez les patients atteints d'IIM. La létalité était la plus élevée (57%) chez les adultes de 50 ans et plus (tableau 3).
- Six des 8 cas d'IIM de séro groupe c sont survenus chez les moins de 25 ans. Tous les sérogroupe principaux (B,C, Y, W) ont été identifiés parmi les cas survenus chez les 50 ans et plus. (Tableau 3)

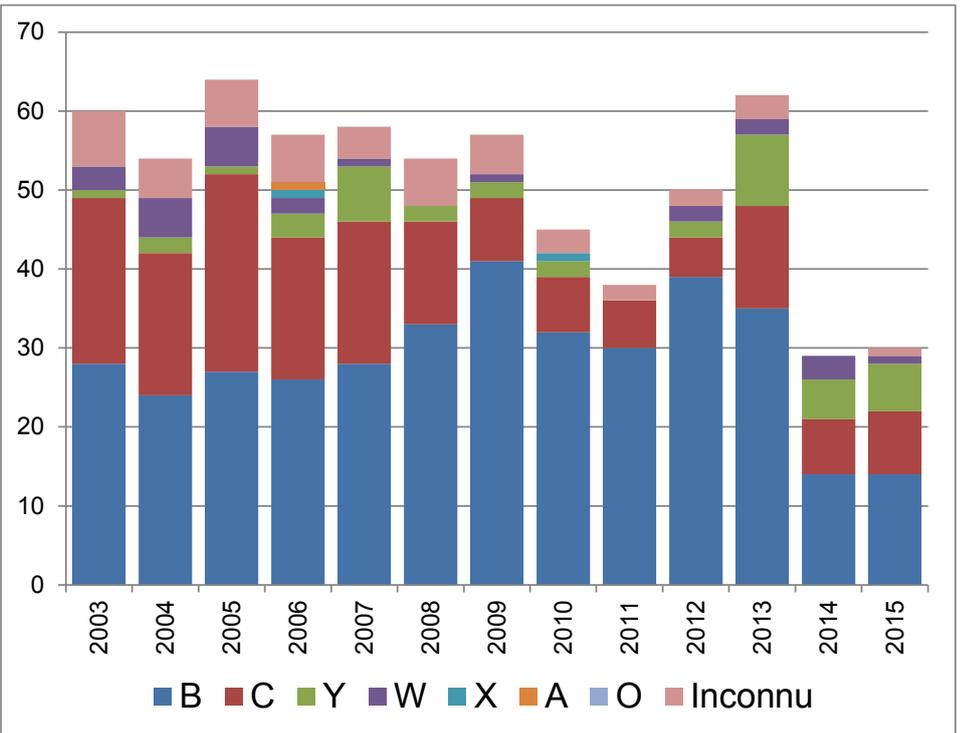


Tableau 2. Fréquence des sérogroupe des cas d'IIM déclarés par département, région Nouvelle-Aquitaine, 2015

Département	Nb, sérogrp B	T.Inc stand, sérogrp B	Nb, sérogrp C	T.Inc stand, sérogrp C	Nb, sérogrp Y	T.Inc stand, sérogrp Y	Nb, sérogrp W	T.Inc stand, sérogrp W
Charente	1	0,34	2	0,57	0	0,00	0	0,00
Charente-Maritime	2	0,38	1	0,19	1	0,12	0	0,00
Corrèze	0	0,00	1	0,55	0	0,00	1	0,40
Creuse	0	0,00	1	1,24	0	0,00	0	0,00
Dordogne	0	0,00	1	0,33	1	0,28	0	0,00
Gironde	4	0,28	1	0,06	2	0,14	0	0,00
Landes	2	0,56	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Lot-et-Garonne	1	0,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Pyrénées-Atlantiques	3	0,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Deux-Sèvres	1	0,30	1	0,27	1	0,30	0	0,00
Vienne	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Haute-Vienne	0	0,00	0	0,00	1	0,26	0	0,00
région Nouvelle-Aquitaine	14	0,26	8	0,15	6	0,1	1	0,02

Tableau 3. Caractéristiques cas d'IIM déclarés par classe d'âge, région Nouvelle-Aquitaine, 2015

Classe d'âge	Nb de cas (N, %)	Taux d'incidence pour 100 000	Nb de Purpura fulminans	Nb de décès	Létalité (%)	Sérogrp B	Sérogrp C	Sérogrp Y	Sérogrp p W
<1 ans	5 (17%)	0,0000876	2	1	20%	3 (21%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0
1-4 ans	7 (23%)	0,0000281	4	1	14%	4 (29%)	2 (25%)	1 (17%)	0
5-14 ans	4 (13%)	0,00000598	2	0	0%	3 (21%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0
15-24 ans	6 (20%)	0,0000183	2	2	33%	1 (7%)	2 (25%)	3 (50%)	0
25-49 ans	1 (3%)	0,000000479	0	0	0%	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0
50 ans et plus	7 (23%)	0,00000283	0	4	57%	3 (21%)	1 (12,5%)	2 (33%)	1 (100%)
Total	30 (100%)			8	27%				

| Hépatite B aiguë -2015 |

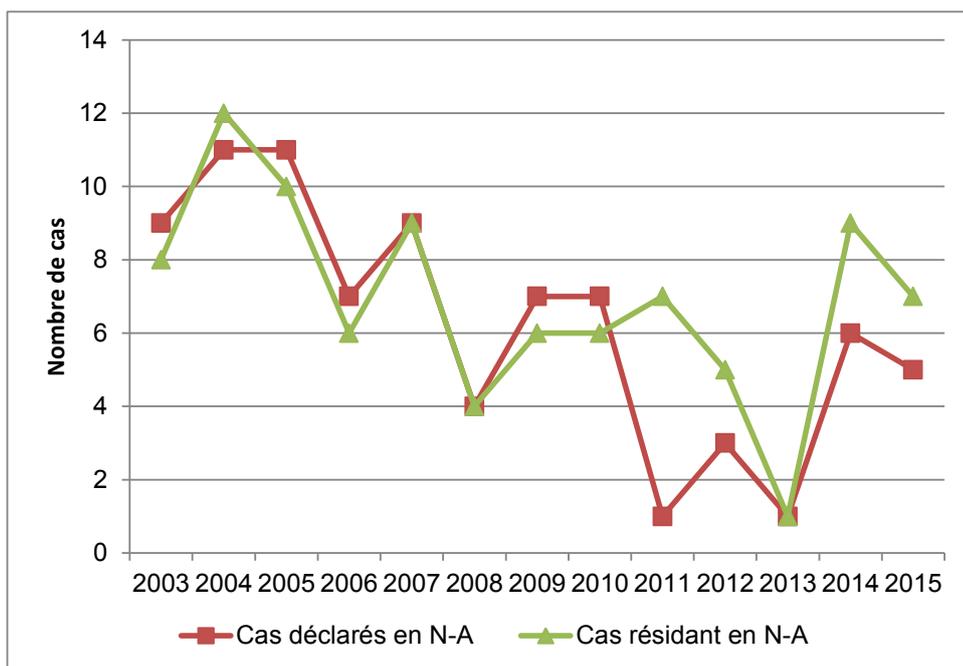
En 2015, 7 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés parmi les résidents de la région Nouvelle-Aquitaine, un nombre stable par rapport à la moyenne annuelle de cas depuis 2003 (7 cas/an en moyenne) (Figure 1). En 2015, seuls 5 des 12 départements ont déclaré au moins 1 cas d'hépatite B aiguë: Charente, Charente-Maritime, Dordogne, Deux-Sèvres et Vienne. Sur la période 2003-2015, le nombre total de cas d'hépatite B aiguë déclarés variait de 1 (Lot-et-Garonne) à 18 (Vienne) selon les départements (Figure 2).

En raison de la faible exhaustivité de la DO de l'hépatite B aiguë, l'estimation de l'incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique est réalisée à partir des enquêtes triennales LaboHep, réalisées auprès d'échantillons aléatoires de laboratoires de biologie médicale publics et privés. La dernière enquête a estimé à 291 le nombre de cas d'hépatite aiguë B diagnostiqués en 2013, soit 0,44 cas pour 100 000 habitants en France. Il n'y a pas d'estimation à l'échelle régionale.

Les hépatites B aiguës déclarées en 2015 en N-A sont survenues en majorité chez des hommes, le sex ratio H/ F étant égal à 2,5. L'âge médian est de 35 ans.

Le statut vaccinal vis-à-vis du VHB des personnes présentant une hépatite aiguë est disponible pour 6 des 7 personnes. Aucune n'était vaccinée.

Figure 1. Nombre de cas d'hépatite B aiguë déclarés par année en région Nouvelle-Aquitaine, 2003-2015

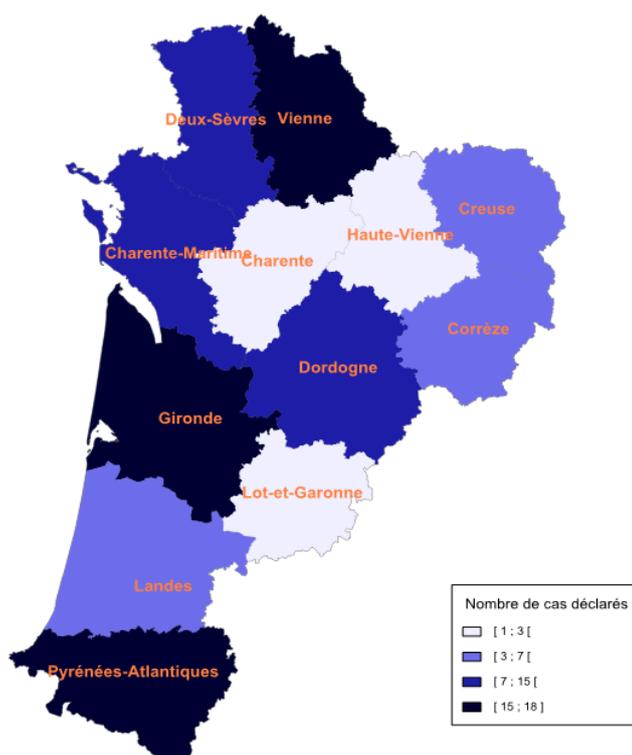


Trois des 7 cas déclarés ont été hospitalisés. Aucun cas n'a présenté une hépatite fulminante. L'évolution finale des cas n'était pas renseignée.

Les expositions potentiellement à risque de transmission du virus de l'hépatite B (VHB),

survenues dans les six mois qui précèdent le diagnostic chez les 35 cas déclarés entre 2010 et 2015, sont principalement des expositions sexuelles (34 %) et un séjour en zone d'endémie VHB (11 %).

Figure 2. Nombre de cas déclarés d'hépatite B aiguë par département de résidence en Nouvelle-Aquitaine de 2003 à 2015



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

| Tétanos - 2015 |

Tétanos - définition de cas

Cas confirmé : diagnostic clinique de tétanos généralisé

En 2015, parmi les 12 cas de tétanos déclarés en France (métropole et territoires ultra-marins) aucun n'a été déclaré dans la région.

Néanmoins, des cas sporadiques sont déclarés chaque année depuis 1993, avec une baisse observée ces dernières années (figure).

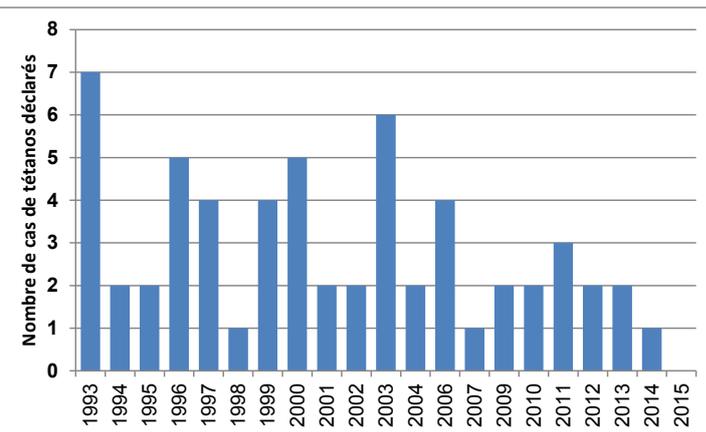
Les quatre départements où des cas de tétanos ont été déclarés les cinq dernières années (2010-2014) sont: la Charente (2), la Charente-Maritime (2), les Deux-Sèvres (3) et la Creuse (3).

Parmi les 59 cas de tétanos déclarés sur la période 1993-2014, la majorité était du sexe féminin (85%). L'âge médian était 82 ans.

L'évolution clinique a laissé des séquelles chez 15% des cas. 20% des patients sont décédés.

Les modes de contamination rapportés étaient les suivants: blessure (81%), plaie chronique (15%), piqûre (2%) et autre (2%).

Figure 1. Nombre de cas de tétanos déclarés par année en région Nouvelle-Aquitaine, 1993-2015



La vaccination antitétanique était incomplète pour 42% des cas, complète pour 7% des cas et le statut vaccinal était inconnu pour 51% des cas.

| Diphtérie -2015 |

En 2015, parmi les 22 cas de diphtérie déclarés en France, 2 ont été déclarés en région Nouvelle-Aquitaine (9%): un cas dans le département de la Haute-Vienne et un dans le département des Pyrénées-Atlantiques.

Diphtérie - définition de cas à signaler

- Toute suspicion de diphtérie ORL avec fausses membranes,
- Toute diphtérie cutanée avec fausses membranes ET présence de corynebactéries du complexe *diphtheriae* (*C. diphtheriae*, *C. ulcersans*, *C. pseudotuberculosis*),
- Toute diphtérie avec présence de corynebactéries du complexe *diphtheriae* porteuses du gène *tox* (*tox+*).

à noter : demander la recherche du gène codant la toxine en urgence au Centre national de référence des Corynebactéries toxogènes.

| Polio |

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. Le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé en 1995, tous deux concernant des adultes, et le dernier isolement de poliovirus sauvage chez un sujet n'ayant pas voyagé récemment remonte aussi à 1989. 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.

Polio - définition de cas

cas confirmé : au moins l'un des deux critères suivants :
- poliomyélite aiguë quelle que soit la forme clinique confirmée biologiquement (isolement du virus par culture ; PCR ; sérologie...) ou
- isolement d'un poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale, même en l'absence de signe clinique

à noter : envoyer systématiquement des prélèvements au CNR des entérovirus pour la différenciation des souches et pour la déclaration internationale du cas à l'OMS.

| Couverture vaccinale chez les enfants à 2 ans | Vaccination Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, Rougeole-Oreillons-Rubéole, Méningocoque C

Sources de données

- Les certificats de santé (CS) du 24^{ème} mois sont le principal outil d'évaluation de la couverture vaccinale (CV) chez l'enfant à l'âge de 2 ans. Ils sont établis par les médecins généralistes et pédiatres (libéraux ou publics) lors de l'examen médical obligatoire de l'enfant à 24 mois. Pour chaque vaccin recommandé à l'âge de 2 ans, ces certificats de santé permettent de disposer de données fiables de CV à l'échelle départementale, régionale et nationale, excepté pour le vaccin méningocoque C recommandé chez les nourrissons de 12 à 24 mois depuis 2010 en raison du délai de l'évolution des CS. Ces certificats sont adressés au service de la protection maternelle et infantile (PMI) du conseil général qui transmet, après saisie, un fichier individuel anonymisé à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pour apurer et redresser ces données. Les dernières données disponibles datent de 2014.
- Pour la vaccination méningocoque C, les données issues de la base de données de consommation inter-régime (DCIR) du système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (Sniir-AM) regroupant l'ensemble des bénéficiaires des principaux régimes ont été exploitées par Santé publique France afin d'évaluer la CV de la population à des niveaux infranationaux. Les dernières estimations de CV contre le méningocoque C disponibles datent de 2015 pour les enfants âgés de 24 mois, et ne prennent pas en compte les enfants considérés comme suivis en PMI.

Dans ce BVS « Bilan MDO : Maladies à prévention vaccinale », les dernières données disponibles de CV chez les enfants à 2 ans pour les maladies suivantes sont présentées : la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) et les infections invasives à méningocoque C.

Vaccination Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

Le vaccin DTP est le seul vaccin obligatoire en France chez l'enfant, avec (depuis le calendrier vaccinal 2013) un schéma de primo-vaccination chez le nourrisson comprenant 2 doses à 2 et 4 mois et un rappel à 11 mois.

La CV DTP (3 doses) chez l'enfant à 2 ans est supérieure à 97% dans les douze départements de la région. Cette CV varie de 97,3% dans la Creuse à 99,3% en Charente. Elle est stable par rapport à 2013 dans la quasi-totalité des départements, exceptés dans le Lot-et-Garonne où la CV est passée de 96,1% en 2013 à 98% en 2014, et dans les Pyrénées-Atlantiques où elle a baissé passant de 99% en 2013 à 97,6% en 2014 (tableau 1).

Tableau 1. Couverture vaccinale (%) DTP à l'âge de 2 ans par niveau géographique, départements de la région Nouvelle-Aquitaine et France, 2012 à 2014

(source : Drees, remontées des services de PMI-Certificats de santé du 24ème mois, Traitement Santé publique France)

Niveau géographique	Vaccination DTP				
	2012		2013		2014
	3 doses	rappel	3 doses	rappel	3 doses
16- Charente	99,4	88,1	99,3	88,1	99,3
17- Charente-Maritime	98,3	91,7	98,0	90,8	97,7
19- Corrèze	99,4	88,7	97,2	88,4	97,7
23- Creuse	97,1	86,2	97,5	85,4	97,3
24- Dordogne	98,3	87,9	98,4	88,8	97,6
33- Gironde	98,5	91,5	98,6	91,1	97,9
40- Landes	99,5	92,2	99,1	91,4	99,2
47- Lot-et-Garonne	97,4	84,6	96,1	82,3	98,0
64- Pyrénées-Atlantiques	98,5	89,9	99,0	90,5	97,6
79- Deux-Sèvres	99,3	89,0	98,9	88,8	98,5
86- Vienne	98,5	88,6	98,4	87,7	97,8
87- Haute-Vienne	98,8	91,5	99,1	91,7	98,3
Région Nouvelle-Aquitaine	-	-	-	-	98,0
France	98,7	91,7	98,5	91,1	98,4

*En raison du changement de recommandations vaccinales en 2013 nous ne présenterons pas les données pour le rappel diphtérie, tétanos, poliomyélite en 2014.

Vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole

Parmi les douze départements de la région, la cible de 95% de couverture vaccinale pour la 1^{ère} dose de ROR a été atteinte uniquement dans le département de la Charente (97,3%). Dans les autres départements, cette CV varie entre 86,1% dans la Vienne et 93% dans les Landes. Par rapport à 2013, cette CV est en baisse dans quatre départements de la région (Dordogne, Deux-Sèvres, Vienne et Haute-Vienne).

La couverture ROR 2 doses est en progression dans l'ensemble des départements de la région, avec la plus forte augmentation constatée dans les départements de Charente-Maritime, Creuse, Gironde et Pyrénées-Atlantiques entre 2014 et 2013 (tableau 2).

Tableau 2. Couverture vaccinale (%) ROR à l'âge de 2 ans par niveau géographique, départements de la région Nouvelle-Aquitaine et France, 2012 à 2014

(source : Drees, remontées des services de PMI-Certificats de santé du 24^{ème} mois, Traitement Santé publique France)

Niveau géographique	Vaccination ROR					
	2012		2013		2014	
	1 dose	2 doses	1 dose	2 doses	1 dose	2 doses
16- Charente	97,2	63,6	97,6	69,0	97,3	73,3
17- Charente-Maritime	87,1	68,4	89,2	67,2	90,1	73,9
19- Corrèze	85,3	60,1	93,0	72,5	92,2	74,0
23- Creuse	90,9	56,6	90,5	64,9	90,5	71,5
24- Dordogne	ND	65,0	89,2	68,8	88,1	70,3
33- Gironde	88,5	67,7	89,9	71,5	91,5	77,2
40- Landes	92,1	69,1	92,9	75,7	93,0	78,4
47- Lot-et-Garonne	84,7	58,2	84,6	64,3	89,7	65,3
64- Pyrénées-Atlantiques	86,0	68,3	88,1	70,5	90,3	75,8
79- Deux-Sèvres	89,5	63,4	90,9	65,7	88,8	68,1
86- Vienne	89,1	69,8	89,2	72,2	86,1	73,0
87- Haute-Vienne	89,9	70,1	91,7	72,4	89,6	75,6
Région Nouvelle-Aquitaine	-	-	-	-	90,6	74,2
France	90,5	72,0	90,3	74,5	90,6	76,8

Vaccination Méningocoque C

Le vaccin contre le méningocoque C est recommandé chez tous les nourrissons à l'âge de 12 mois, avec une mise à jour jusqu'à l'âge de 24 ans dans l'attente d'une couverture vaccinale suffisante permettant la mise en place d'une immunité de groupe.

Depuis 2010, année de la mise en œuvre de la recommandation vaccinale contre le méningocoque C, la couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois progresse. En 2015, cette CV chez les enfants de 24 mois est estimée à 64,5% dans la région Nouvelle-Aquitaine, et varie selon les départements de 49,5% en Dordogne à 75,9% en Haute-Vienne (tableau 3).

Tableau 3. Couverture vaccinale (%) méningocoque C chez les enfants de 12-23 mois ou 24 mois et par niveau géographique, départements de la région Nouvelle-Aquitaine et France, 2015

(source : Sniir-AM - Dcir, Traitement Santé publique France)

Niveau géographique	Vaccination Méningocoque C		
	2013	2014	2015
	12-23 mois	12-23 mois	24 mois
16- Charente	32,1	47,8	60,2
17- Charente-Maritime	37,9	48,9	62,9
19- Corrèze	16,1	44,7	54,9
23- Creuse	22,8	34,4	51,7
24- Dordogne	29,3	37,3	49,5
33- Gironde	43,6	55,6	68,2
40- Landes	45,5	53,5	67,8
47- Lot-et-Garonne	26,7	40,9	54,1
64- Pyrénées-Atlantiques	50,2	59,7	73,4
79- Deux-Sèvres	30,2	40,4	54,3
86- Vienne	37,2	52,9	65,6
87- Haute-Vienne	47,1	62,9	75,9
Région Nouvelle-Aquitaine	38,8	51,4	64,5

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur général de Santé publique France

Rédacteur en chef : Stéphanie Vandentorren, Responsable de la Cire Nouvelle-Aquitaine

Retrouvez-nous sur :
www.santepubliquefrance.fr

Cire Aquitaine Limousin Poitou-Charentes

Site Bordeaux :
103 bis rue de Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux cedex

Tel. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95

Site Poitiers :
4 rue Micheline Ostermeyer - 86021 Poitiers cedex
Tel. : 05 49 42 31 87—fax : 05 49 42 31 54

ars-na-cire@ars.sante.fr

