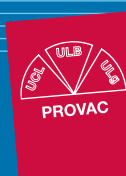


ÉVOLUTION DE 2008 À 2013 DES COUVERTURES VACCINALES DES ENFANTS ET JEUNES EN ÂGE SCOLAIRE EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



SEPTEMBRE 2014

1

INTRODUCTION

1

2

ORGANISATION DE LA
VACCINATION DES
ENFANTS ET DES JEUNES EN
ÂGE SCOLAIRE, EN FÉDÉRATION
WALLONIE- BRUXELLES (FWB)

4

3

COUVERTURES VACCINALES
DES ENFANTS ET DES JEUNES
EN ÂGE SCOLAIRE EN FWB

8

4

CONCLUSION

28

5

RÉFÉRENCES

30

6

INDEX DES FIGURES

31

INTRODUCTION

1|1 LA VACCINATION

Les maladies infectieuses représentaient jusqu'au XIXème siècle la principale cause de décès. Les grands progrès que les pays industrialisés ont connus ont fait drastiquement diminuer la mortalité et la morbidité qui leur étaient associées, notamment par l'amélioration des conditions d'hygiène, les progrès médicaux, la vaccination. Néanmoins, cette mortalité reste toujours d'actualité dans les pays pauvres. S'il est un domaine qui a connu une évolution importante ces 100 dernières années, c'est bien celui de la vaccination. En effet, celle-ci a permis d'une part l'éradication de la variole et d'autre part le recul marqué de nombreuses maladies comme la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la coqueluche, la diphtérie, le tétanos. Cette évolution est due à de nombreux facteurs. Pour n'en citer que quelques uns : une meilleure connaissance épidémiologique des pathologies, le développement de nouveaux vaccins et une meilleure connaissance de leur efficacité ainsi que de leurs effets secondaires, le développement d'une immunité de groupe, la mise en place de programmes de vaccination ayant recours à une expertise pluridisciplinaire.

La vaccination ne peut être réduite au seul fait d'administrer un vaccin à un individu. Elle a bien sûr un objectif de protection individuelle du patient mais aussi un objectif de protection collective au sein d'une population. En effet, en atteignant des niveaux de protection élevés, il est possible de rompre la chaîne de circulation interhumaine de l'agent infectieux. Il est ainsi possible de protéger les personnes qui ne peuvent se faire vacciner et, à terme de permettre l'élimination de la maladie. C'est l'objectif que s'est fixé l'OMS Europe pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole

congénitale vers 2015. Pour ce faire, il est primordial d'atteindre des couvertures vaccinales élevées (ex : 95 % pour la rougeole). À noter également que la poliomyélite a pratiquement été éliminée de la surface de la terre mais reste encore présente au sein de certaines populations. De plus, la quasi disparition de certaines pathologies font qu'elles ne sont plus connues du grand public, ni elles ni leurs conséquences parfois dramatiques (paralyses, handicap, décès). Seule persiste alors la notion d'effets secondaires de la vaccination qui n'est plus analysée en balance avec la gravité de la maladie. La prévention contre les maladies infectieuses évitables par la vaccination est loin d'être gagnée et nécessite une vigilance accrue de la part des autorités qui pilotent les programmes de vaccination.

Citons quelques exemples :

- En 1994, avec la récession de son programme de vaccination, la Russie a enregistré 5000 décès causés par la diphtérie.
- En 2011, environ 580 cas de rougeole ont été enregistrés en Belgique contre 98 en 2008. La France enregistrerait la même année également une recrudescence des cas (environ 15.000) dont 6 décès, contre 40 cas en 2007.
- Fin 2012, l'OMS annonçait que la poliomyélite était éliminée pratiquement partout sur terre sauf dans quelques pays : Nigéria, Tchad, Afghanistan et Pakistan. Les risques de réimportation à partir de ces foyers restent d'actualité, surtout suite aux grands mouvements de population (conflit armé, famines). Récemment en 2013, de nouveaux cas ont été rapportés en Syrie.

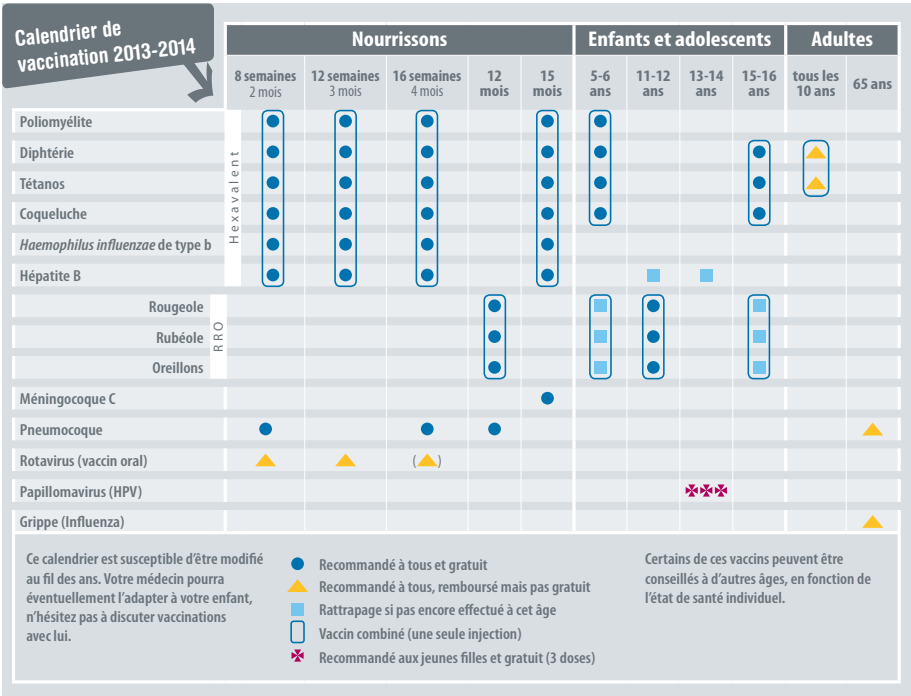
1|2 LE SEUIL CRITIQUE D'IMMUNITÉ COLLECTIVE

L'établissement des couvertures vaccinales permet de comparer les taux mesurés avec celui du seuil critique d'immunité collective à atteindre pour voir disparaître le potentiel épidémique d'une maladie. Si les taux critiques sont atteints, la circulation du pathogène sera interrompue dans une population (maladie à réservoir inter humain comme la rougeole). Ces seuils de couverture varient en fonction du pathogène : 80-93 % pour la poliomyélite, 80-85 % pour la diphtérie, 92-95 % pour la coqueluche et la rougeole, 90-92 % pour les oreillons, 87 % pour le méningocoque C et la rubéole. Ces seuils permettent de déterminer les objectifs à atteindre pour un programme de vaccination.

1|3 LE CALENDRIER VACCINAL 2013-2014 DES ENFANTS EN ÂGE SCOLAIRE

Le schéma de vaccination a fortement évolué au cours des dernières décennies.

Les recommandations visent aujourd’hui à protéger le plus grand nombre possible des enfants en âge scolaire (de 6 ans à 18 ans) contre dix maladies que sont la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l’hépatite B, ainsi que les maladies provoquées par le méningocoque du groupe C et le Papillomavirus humain pour les jeunes filles.



Entre 1999 et 2013, les évolutions des vaccinations recommandées en âge scolaire portent sur : l'introduction de la vaccination contre l'hépatite B en 3 doses en 1999, et en 2 doses à partir de 2011, le rappel de la vaccination antioquelucheuse à l'adolescence en 2009 et l'introduction de la vaccination contre le papillomavirus humain pour les jeunes filles en 3 doses, en 2011, et en 2 doses, à partir de septembre 2014.

ORGANISATION DE LA VACCINATION DES ENFANTS ET DES JEUNES EN ÂGE SCOLAIRE, EN FÉDÉRATION WALLONIE- BRUXELLES (FWB)

2|1 LE PROGRAMME DE VACCINATION

La prévention des maladies infectieuses est généralement inscrite comme une priorité nationale. Dans ce cadre et comme décrit dans son dernier plan quinquennal, la FWB s'engage à assurer la promotion et l'organisation de la vaccination, la prévention du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles et la lutte contre la tuberculose. La promotion de la vaccination est mise en place à travers un programme qui a pour finalité la réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies infectieuses par la vaccination. Il repose sur les recommandations scientifiques du Conseil Supérieur de la Santé (CSS). Ces recommandations sont confrontées à différents éléments de contexte (faisabilité, données socio-économiques) et aux possibilités d'implantation via les vaccinateurs. Le programme s'appuie sur des démarches intersectorielles et transversales pour tenir compte de tous les intervenants en la matière et toucher tous les publics cibles en évitant l'instauration d'inégalités sociales de santé. Cette organisation se fait à travers les deux structures préventives dont la FWB dispose : la PSE (Promotion de la santé à l'école) pour les enfants en âge scolaire ainsi que l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) pour les enfants de 0-6 ans et avec la médecine privée (pédiatres et médecins traitants). La FWB met gratuitement les vaccins nécessaires à disposition des vaccinateurs institutionnels et privés en fonction de niveaux scolaires ou d'âges précis.

2|2 L'ASSOCIATION INTERUNIVERSITAIRE PROVAC

Provac est une association interuniversitaire (ULB/ULg/UCL) qui pilote le programme depuis de nombreuses années. Elle actualise chaque année les objectifs opérationnels du programme à travers une synthèse qui reprend les actions à mener en vue du développement du programme de vaccination. Les objectifs de celui-ci sont d'atteindre des couvertures vaccinales élevées, de réduire les inégalités d'accès aux vaccins, de développer des stratégies multiples, de promouvoir une culture de la vaccination, de créer une banque de données vaccinales. Provac travaille en concertation avec la Cellule Vaccination de la Direction générale de la Santé de la FWB et le Comité de Concertation Intersectoriel de Vaccination (CCIV). Ce dernier est composé de représentants de plusieurs structures : la Direction générale de la Santé, le cabinet de la Ministre de la Santé en FWB, la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), l'ONE, la PSE, le Groupement belge des Pédiatres de langue française, le Service Communautaire Question santé, le Conseil Supérieur de la Santé, l'Institut de Santé publique, les Mutuelles et Provac.

2|3 LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE

La vaccination en milieu scolaire est régie par le décret du 20/12/2001 organisant la Promotion de la Santé à l'École (PSE) dans l'enseignement obligatoire. Elle est devenue depuis 2001 une mission à part entière pour les équipes PSE. En effet, une des 4 missions de la PSE consiste dans «le suivi médical des élèves qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination».

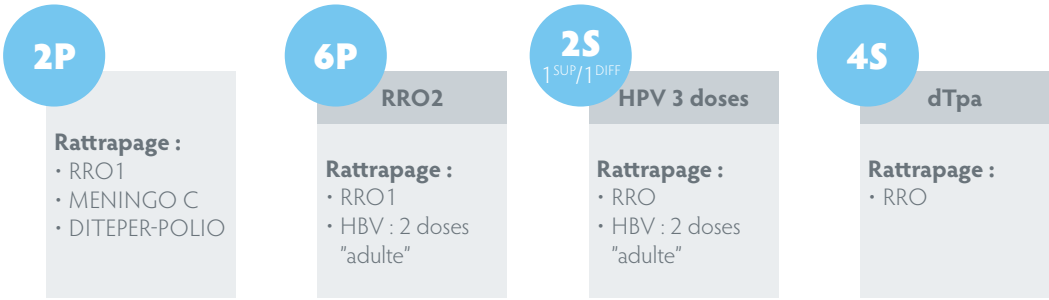
Concrètement la mission vaccinale en milieu scolaire signifie donc des «rendez-vous vaccinaux» en rapport avec les différents bilans de santé en PSE.

Quels sont-ils ?

- **En 1ère maternelle** ou élèves de 3-4 ans et en **3e maternelle** ou élèves de 5-6 ans : établir le statut vaccinal des enfants sur base des documents vaccinaux produits par les parents.

- **En 2e primaire ^{2P}** ou élèves de 7-8 ans : proposer d'effectuer le rappel Poliomyélite-Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire si non fait, les vaccinations de rattrapage pour la 1ère dose de RRO et contre le méningocoque C.
- **En 6e primaire ^{6P}** ou élèves de 11-12 ans : proposer la deuxième dose du vaccin RRO et le rattrapage de la vaccination hépatite B.
- **En 2e secondaire, 1ère différenciée et 1ère supplémentaire ^{2S}** ou élèves de 13-14 ans : proposer la vaccination papillomavirus humain aux jeunes filles, le rattrapage de la vaccination hépatite B et RRO aux filles et aux garçons.
- **En 4e secondaire ^{4S}** ou élèves de 15-16 ans : proposer la vaccination Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire ainsi que le rattrapage RRO.
- **Pour l'enseignement spécialisé :** proposer les différentes vaccinations aux âges prévus dans le calendrier vaccinal.

Pour qu'une offre standardisée d'**information** à la vaccination soit faite à chaque enfant et à ses parents en FWB, il est essentiel que la PSE soit particulièrement proactive, car elle est la seule structure à être en contact avec tous les enfants en âge scolaire. Pour ce faire, Provac réalise et met à jour une série d'outils tant pour les publics cibles que pour les professionnels, comme différents dépliants, affiches, brochures, guide méthodologique, fiches, autorisations vaccinales...



2|4 LES VACCINATEURS PRIVÉS

Les parents ont toujours le choix du vaccinateur. De ce fait, une partie de la population en âge scolaire est vaccinée par les vaccinateurs privés qui sont les pédiatres et les médecins traitants. Si en PSE le programme s'adresse à des enfants dans un niveau scolaire, pour les autres vaccinateurs, c'est l'âge de l'enfant qui est pris en compte selon le calendrier vaccinal.

Actuellement, il est fondamental de rappeler que pour atteindre des couvertures vaccinales suffisantes la contribution de tous les vaccinateurs est nécessaire.

2|5 LA MESURE DES COUVERTURES VACCINALES

Le pilotage d'un programme de vaccination a besoin de différents indicateurs permettant de vérifier l'adéquation entre les objectifs et les résultats, et ce, pour faire les ajustements nécessaires, si possible rapidement.

Un de ces indicateurs est la mesure régulière des couvertures vaccinales. Celles-ci mesurent le pourcentage de sujets vaccinés au sein du public cible. C'est un indicateur valide et fiable mais dont il convient néanmoins de mettre en évidence les éventuels biais liés à la méthode de récolte. Ce point sera développé ultérieurement. La vaccination concerne tous les âges de la vie : nourrissons, enfants et adolescents, adultes et personnes âgées. Il y a donc lieu d'effectuer des récoltes de données à ces différents âges. Les enquêtes de couvertures vaccinales chez les nourrissons sont réalisées auprès d'un échantillon de jeunes enfants résidant en FWB. Chez les enfants en âge scolaire, des enquêtes sont réalisées annuellement en collaboration avec la PSE pour certains niveaux scolaires. Provac réalise ces enquêtes.

La présente brochure est exclusivement consacrée aux couvertures vaccinales des enfants en âge scolaire et à leur évolution.

COUVERTURES VACCINALES DES ENFANTS ET DES JEUNES EN ÂGE SCOLAIRE EN FWB

3|1 OBJECTIFS

Il convient de retenir plusieurs objectifs généraux :

- Établir les couvertures vaccinales dans l'année scolaire ou l'âge concerné en FWB par enquête auprès des services/centres.
- Permettre d'orienter la prise de décisions et les actions du programme de vaccinations en fonction des résultats.
- Recueillir les informations utiles à l'amélioration de la pratique vaccinale de chaque vaccinateur.
- Vérifier l'évolution de la vaccination contre la rougeole en raison de l'objectif d'élimination de la rougeole en Europe (objectif de l'OMS pour 2015).

3|2 MÉTHODOLOGIE

Pour la réalisation de ces enquêtes, c'est au départ des données vaccinales transmises par les parents et présentes dans les dossiers médicaux PSE des élèves que se fait la collecte. Elles sont récoltées en fin d'année scolaire, en juin, en fonction du niveau scolaire et de l'âge de passage en bilan de santé (2e primaire ou 7-8 ans, 6e primaire ou 11-12 ans, 2e secondaire ou 13-14 ans et 4e secondaire ou 15-16 ans). Chaque année, un niveau scolaire est choisi. Vu les caractéristiques de l'enseignement spécialisé, ce type d'enseignement n'est pas inclus dans les enquêtes.

La méthode d'échantillonnage retenue est celle d'un échantillon stratifié aléatoire simple parmi l'ensemble des classes d'un même niveau scolaire. Cet échantillon est proportionnel à la taille de la population présente dans les différentes provinces et à Bruxelles.

Il existe deux limites à cette méthode : d'une part, la perte d'informations vaccinales au fil du temps et des changements d'écoles ; d'autre part, la difficulté pour la PSE d'obtenir au cours d'une même année scolaire, les dates des vaccinations réalisées par les autres vaccinateurs. Il convient d'en tenir compte à la lecture des résultats. Pour diminuer ce dernier biais de récolte, il est demandé aux services/centres de réaliser en juin une démarche active pour tenter de collecter ces données vaccinales émanant des vaccinateurs non scolaires (par exemple : couverture vaccinale pour la deuxième dose de RRO en 6e primaire ou à 11-12 ans et couverture vaccinale papillomavirus en 2e secondaire ou à 13-14 ans).

3|3 ÉVOLUTION ET COUVERTURES VACCINALES DES ENFANTS DE 7-8 ANS SCOLARISÉS EN 2^e PRIMAIRE

La PSE est ici en mesure de récolter des données à l'âge de 7-8 ans concernant le rappel Diphtérie, Tétanos, Coqueluche acellulaire et Polio injectable (vaccin effectué vers 5-6 ans) ; le rattrapage de la première dose de RRO (vaccin effectué à 12 mois) et le rattrapage du vaccin contre le méningocoque C (vaccin effectué avant 2 ans). Ces données reprennent celles de tous les vaccinateurs (pédiatre, médecin de l'ONE, médecin traitant, et médecin scolaire) et permettent aussi de quantifier le rattrapage effectué par la médecine scolaire en 2e primaire.

3.3.1 ÉVOLUTION DES COUVERTURES VACCINALES EN 2^e PRIMAIRE ENTRE 2004 ET 2012

La figure 1 reprend l'évolution entre 2004 et 2012 des couvertures vaccinales Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire-Polio injectable, RRO dose 1 et méningocoque C. C'est en effet après 2001, année qui a vu le jour du nouveau décret PSE que la mesure des couvertures vaccinales s'est calquée sur les nouvelles fréquences des bilans de santé.



Figure 1 Évolution des couvertures vaccinales en 2e primaire en FWB entre 2004 et 2012

Entre 2004 et 2012, la couverture vaccinale du rappel Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire-Polio injectable passe de 69,1 % à 78,7 % et augmente donc de presque 10 %.

La couverture vaccinale du RRO1 passe de 80,8 % à 84,5 % et celle du méningocoque C de 74,9 % à 77,9 %, augmentant toutes deux d'environ 3,5 %.

3.3.2 COUVERTURE VACCINALE DU RAPPEL **DIPHTÉRIE, TÉTANOS, COQUELUCHE ACELLULAIRE ET POLIO INJECTABLE DE 5-6 ANS** EN 2012

Ce rappel est administré vers 5-6 ans au moyen du vaccin combiné tétravalent DTPa-IPV depuis 2001.



Figure 2 Couverture vaccinale des élèves de 2e primaire en 2011-2012 en FWB pour le vaccin de rappel de 5-6 ans (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche acellulaire et Polio injectable)

Pour la vaccination de rappel à 5-6 ans la dernière couverture mesurée en 2012 chez des enfants de 7-8 ans est de **78,7 %** (69,1 % des vaccins sont réalisés principalement par les médecins traitants et les pédiatres et 9,6 % par le médecin scolaire, en rattrapage lors du bilan de santé en 2e primaire). L'action de la médecine scolaire fait augmenter la couverture vaccinale de 9,6 %.

3.3.3 COUVERTURE VACCINALE POUR LE MÉNINGOCOQUE C EN 2012

La vaccination contre le méningocoque C a été introduite dans le calendrier vaccinal de la Communauté française à partir de 2001-2002 et était recommandée à l'âge de 12 mois. Pour les enfants de plus d'un an, les adolescents et les jeunes adultes, une seule dose suffit. Une campagne de vaccination contre le méningocoque C s'est déroulée de mars à juin 2002 pour les enfants nés de janvier 1997 à décembre 2000. La PSE a vacciné les enfants de 3e maternelle et de 2e primaire de septembre 2002 à décembre 2002. Depuis 2007, ce vaccin est recommandé à 15 mois. La PSE peut administrer ce vaccin jusqu'en 2e primaire, âge auquel la FWB accepte de distribuer le vaccin gratuitement.



Figure 3 Couverture vaccinale des élèves de 2e primaire en 2011-2012 en FWB pour le vaccin contre le méningocoque C

77,9 % des enfants sont correctement vaccinés. L'action de la médecine scolaire en rattrapage fait augmenter la couverture vaccinale de 1,3 %.

3.3.4 COUVERTURE VACCINALE DE LA PREMIÈRE DOSE DU VACCIN ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS (RRO1) EN 2012

La vaccination systématique par le vaccin trivalent a été introduite en Belgique en 1985 pour la première dose (RRO1).

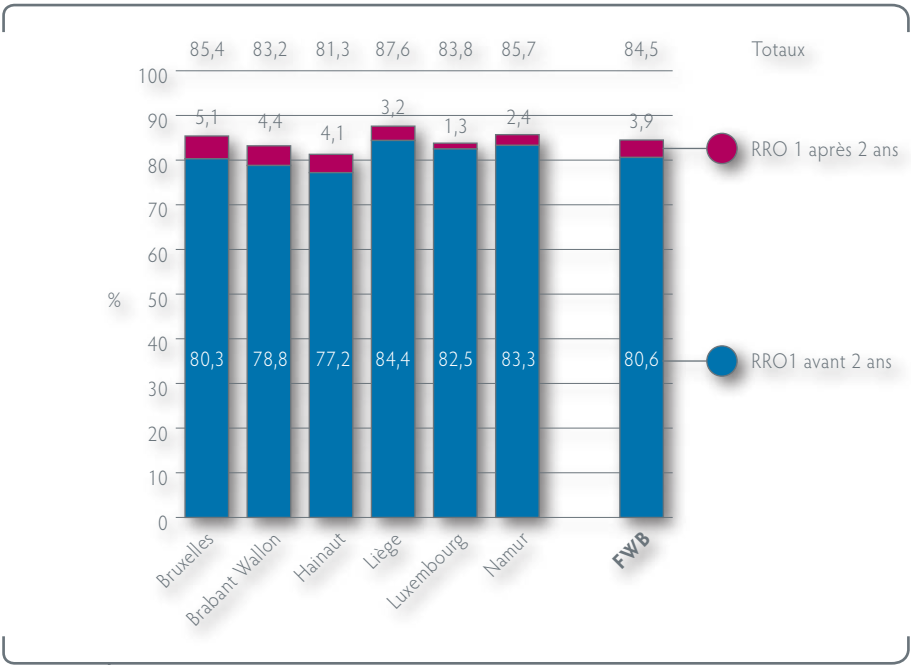


Figure 4 Couverture vaccinale des élèves de 2e primaire en 2011-2012 en FWB pour la première dose du vaccin rougeole-rubéole-oreillons

Vers 7 ans, **84,5 %** des enfants ont reçu une dose du vaccin RRO. L'action de l'ensemble des vaccinateurs en rattrapage rougeole-rubéole-oreillons après 2 ans fait augmenter la couverture vaccinale de 4 %.

3|4 ÉVOLUTION DES COUVERTURES VACCINALES DES ENFANTS DE 11-12 ANS DE 6^e PRIMAIRE

La PSE est en mesure de récolter des données concernant l'hépatite B et la deuxième dose du RRO, en 6^e primaire, soit à l'âge de 11-12 ans. Il convient de nuancer les résultats obtenus. En effet, cette récolte de données a lieu en fin de 6^e primaire et le retour des vaccins effectués dans l'année par les vaccinateurs privés n'est pas connu. Ceci est surtout vrai pour l'hépatite B et donc cette couverture est probablement sous évaluée. Concernant la deuxième dose de RRO, une démarche complémentaire a été réalisée par la PSE en vue d'obtenir les informations concernant les vaccinations réalisées par les autres vaccinateurs. Ces démarches ont permis de montrer une augmentation de la couverture RRO de 6 à 7 % lors des 3 dernières enquêtes.

3.4.1 ÉVOLUTION DES COUVERTURES VACCINALES EN 6^e PRIMAIRE ENTRE 1996 ET 2009

La figure 5 reprend l'évolution des couvertures vaccinales pour l'hépatite B et pour la deuxième dose du RRO, depuis 1996 jusqu'à 2009.

En 12 ans, pour ces deux vaccinations, l'évolution est remarquable, entre la première mesure de couverture vaccinale, durant l'année scolaire 1996-1997 et la dernière en 2008-2009.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B passe de 1,5 % à 74,7 %, soit une augmentation de 73 %. Quant à la couverture vaccinale du RRO2, elle passe de 23,2 % à 75,5 %, ce qui représente une augmentation de 52 %.

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette figure en ce qui concerne le vaccin contre l'**hépatite B**, pour la cohorte des préadolescents de 11-12 ans. Jusqu'en 1999, il n'y a pas de recommandation de vaccination universelle, pas de programme structuré de vaccination, pas de structure préventive qui vaccine, pas de gratuité du vaccin mais juste un remboursement par l'INAMI. Dans ces conditions, la couverture vaccinale mesurée pour l'hépatite B n'excède pas 7 %. En 1999, le programme de vaccination pour l'hépatite B est initié. Il comporte d'une part, la

disponibilité d'un vaccin gratuit pour une cohorte d'enfants de 11-12 ans et d'autre part, un soutien financier spécifique pour la structure préventive de la médecine scolaire. Dans ces conditions, la couverture vaccinale pour l'hépatite B est montée à un peu plus de 40 %. À partir de 2001, avec l'entrée en vigueur du décret PSE incluant la mission vaccinale, la couverture vaccinale pour l'hépatite B a fait un bond de plus de 30 %, arrivant alors à 75 %.

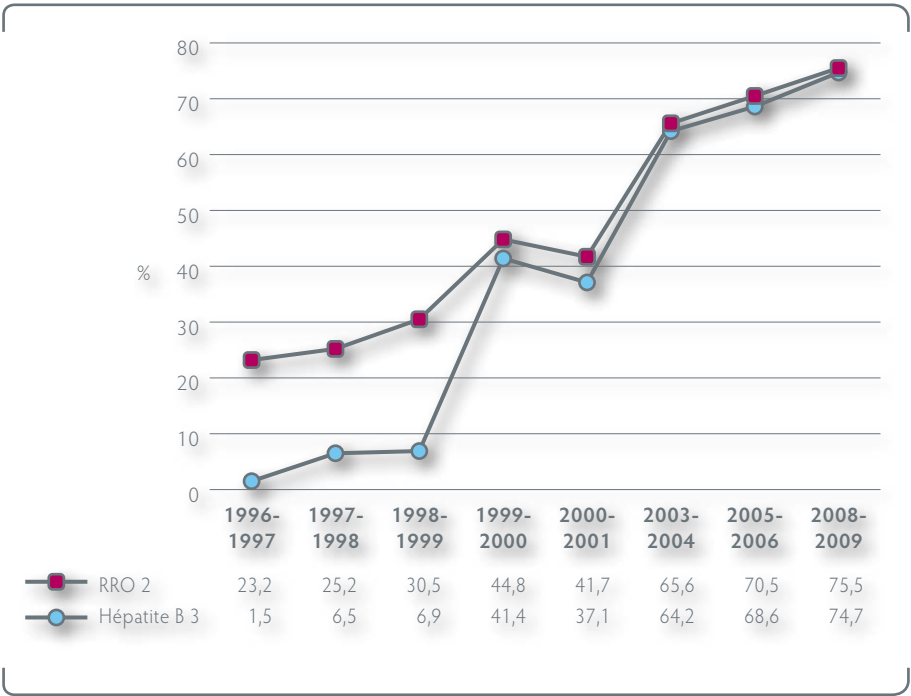


Figure 5 Évolution des couvertures vaccinales des élèves de 6e primaire en FWB entre 1996 et 2009

Concernant **la deuxième dose du vaccin RRO**, l'introduction du décret PSE a renforcé l'action vaccinale de cette structure préventive permettant d'atteindre une couverture vaccinale de 75 % en 2009.

3.4.2 COUVERTURE VACCINALE POUR LE VACCIN L'HÉPATITE B EN 2009

En Belgique, la version junior du vaccin contre l'hépatite B est remboursée depuis 1996. En 1999, le vaccin contre l'hépatite B est introduit dans le circuit de distribution gratuite. Depuis 1999, la FWB recommande la vaccination systématique de deux cohortes d'enfants, les nourrissons et les préadolescents (11-12 ans). Depuis 2004, le vaccin hexavalent est recommandé pour la vaccination des nourrissons (DTPa-IPV-VHB-Hib). La vaccination est réalisée en âge scolaire avec le vaccin junior en 3 doses (0, 1, 6 mois d'intervalle). Depuis septembre 2011, le vaccin en dosage adulte est disponible dans le circuit et peut être administré suivant un schéma en 2 doses à 6 mois d'intervalle jusqu'à 15 ans révolus au lieu des 3 doses avec la version junior. À partir de 2014-2015, il s'agira pour les enfants en âge scolaire d'une vaccination de rattrapage puisque la cohorte des nourrissons aura rejoint celle des préadolescents. Cette vaccination ne nécessite pas de rappel.

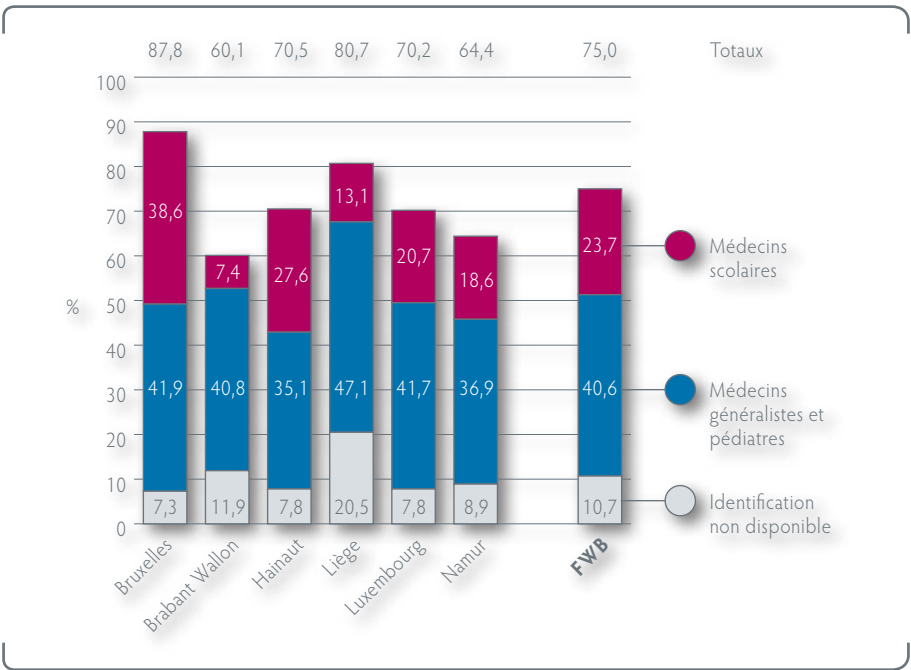


Figure 6 Couverture vaccinale des élèves de 6e primaire en 2008-2009 en FWB pour la 3e dose du vaccin hépatite B

Pour l'ensemble de la FWB, la couverture vaccinale pour l'hépatite B est de 75 % pour la dernière cohorte d'enfant n'ayant pas reçu le vaccin dans le cadre du programme de vaccinations des nourrissons, c'est à dire nés avant l'introduction du vaccin dans le circuit de distribution gratuit. Il est à noter d'importantes différences entre provinces.

3.4.3 COUVERTURE VACCINALE POUR LA DEUXIÈME DOSE DU VACCIN ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS (RRO2) EN 2009

La vaccination systématique par le vaccin trivalent a été introduite en Belgique en 1985 pour la première dose (RRO1) et en 1996 pour la seconde dose (RRO2).

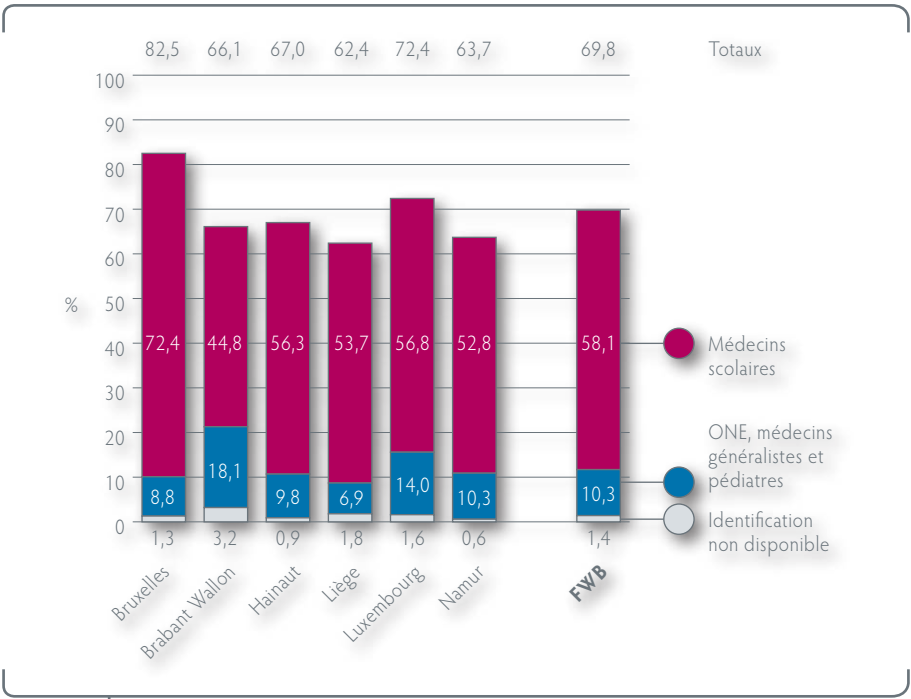


Figure 7 Couverture vaccinale des élèves de 6e primaire en 2008-2009 en FWB pour le vaccin contre la rougeole-rubéole-oreillons 2e dose avant démarche active par type de vaccinateurs

La couverture vaccinale pour le RRO dose 2 est, avant démarche active de la part de la PSE, de 69,8 %. La médecine scolaire joue un rôle moteur dans la réalisation de cette vaccination lors du bilan de santé en 6^e primaire. Néanmoins, il faut dire qu'à ce stade, la PSE ne possède pas les dates des vaccins effectués par les autres vaccinateurs. La figure suivante montre les chiffres obtenus après cette démarche. Il est indispensable, pour atteindre une couverture vaccinale de 95 % pour cette deuxième dose, de renforcer l'offre de vaccination lors de chaque contact ultérieur avec l'enfant, quelque soit le vaccinateur concerné.

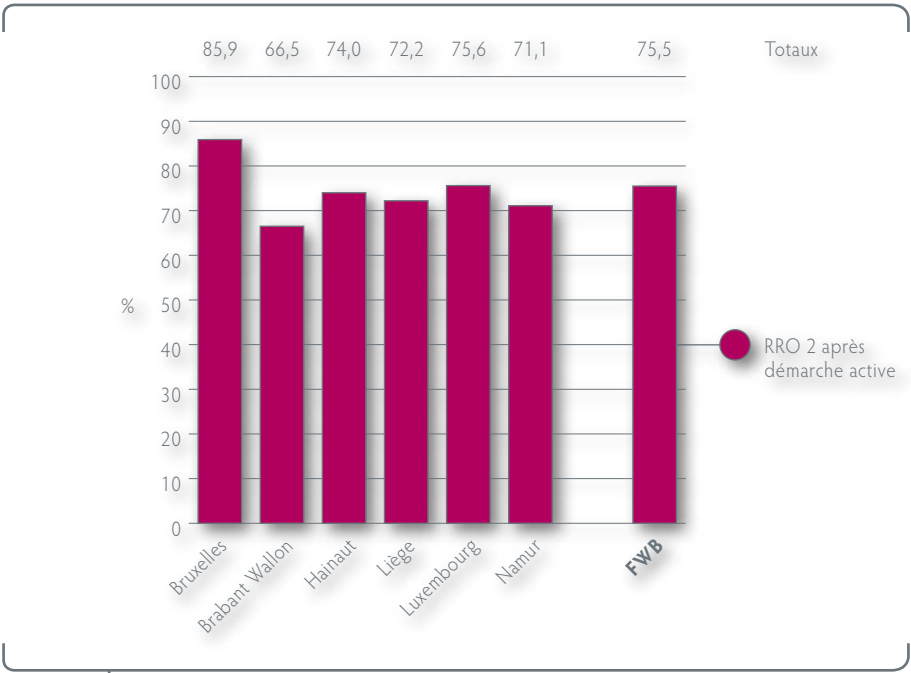


Figure 8 Couverture vaccinale des élèves de 6^e primaire en 2008-2009 en FWB pour le vaccin contre la rougeole-rubéole-oreillons 2^e dose après démarche active

La couverture vaccinale pour le RRO dose 2 est de 75,5 %, après avoir récolté une partie des dates des vaccins effectués par les autres vaccinateurs. Cette récolte permet d'augmenter la couverture vaccinale de presque 6 %.

3|5 COUVERTURES VACCINALES EN 2^e SECONDAIRE EN 2013

Une seule enquête de couverture vaccinale a été menée dans ce niveau scolaire en 2012-2013 pour mesurer l'impact de l'introduction, dans le calendrier vaccinal de la FWB, de la vaccination contre le papillomavirus des jeunes filles de 2^e secondaire. Pour rappel, alors qu'une recommandation de vaccination pour les jeunes filles de 12-13 ans avait été émise par le CSS en 2007, ce n'est qu'en septembre 2011 que le vaccin Cervarix® a été introduit dans le circuit de distribution des vaccins de la FWB.

La couverture vaccinale porte sur la vaccination contre le papillomavirus chez les jeunes filles de 2^e secondaire en FWB, deux ans après l'introduction de celle-ci dans le programme de la FWB et par le vaccinateur institutionnel qu'est la PSE.

Une démarche active de recherche des données vaccinales absentes des dossiers en juin, a été demandée à chaque service/centre, afin de mieux documenter les vaccinations réalisées par les vaccinateurs autres que les médecins scolaires. Ainsi donc, dans un deuxième temps, pour les jeunes filles au sujet desquelles les centres et les services ne disposaient pas de données vaccinales concernant HPV, il a été demandé de compléter ces renseignements par une démarche active auprès des parents ou du médecin traitant. Le choix de la démarche (téléphone, courrier, mail...) était laissé à leur propre initiative.

Les taux de couvertures vaccinales obtenus avant et après cette démarche sont présentés ci-dessous.

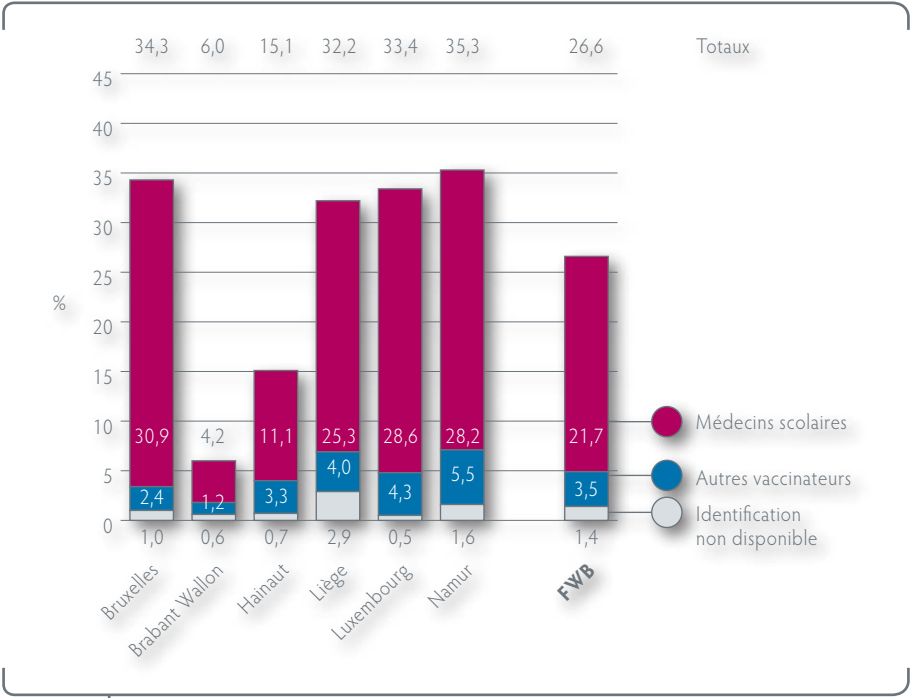


Figure 9 Couverture vaccinale des jeunes filles de 2e secondaire en 2012-2013 en FWB pour la 3e dose du vaccin contre le papillomavirus par région/province avant démarche active

La couverture vaccinale d'une vaccination complète pour le papillomavirus (3 doses) calculée sur base des informations disponibles en juin dans les dossiers médicaux des services/centres est de 26,6 % pour les jeunes filles de 2e secondaire en 2012-2013.

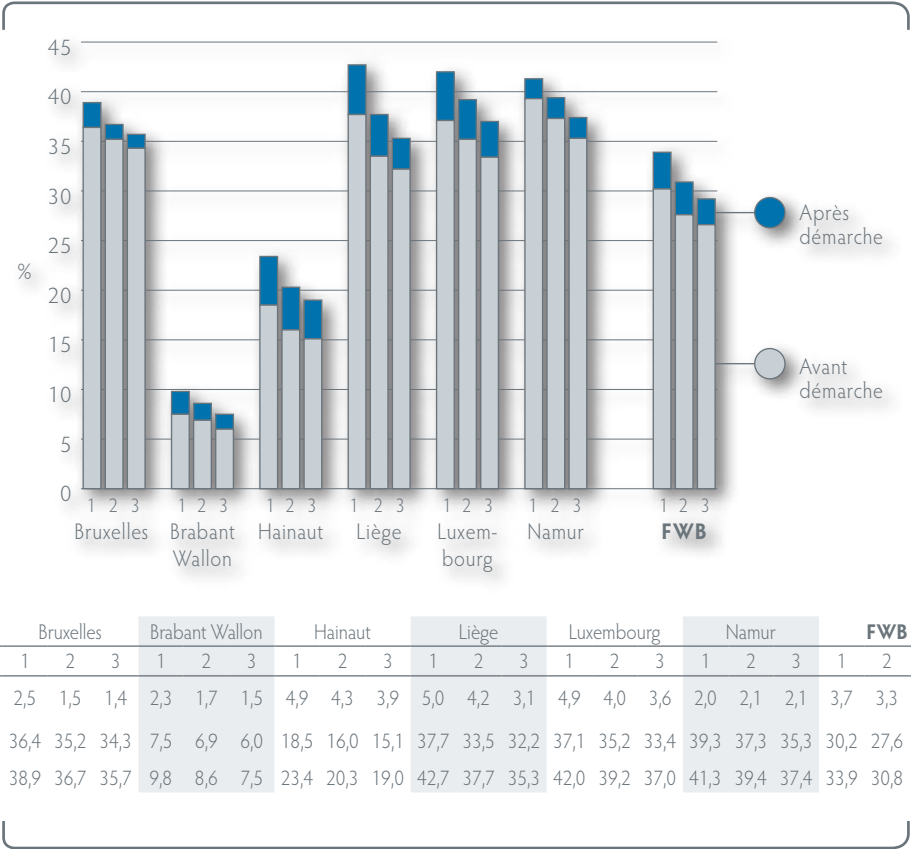


Figure 10 Couverture vaccinale des jeunes filles de 2e secondaire en 2012-2013 en FWB pour le vaccin contre le papillomavirus par région/ province avant et après démarche

Avant démarche active, les couvertures vaccinales entre la 1ère et la 3e dose montrent une perte de 3,6 %.

Après démarche active de la part des services ou des centres pour une recherche d'information, 33,9 % des jeunes filles de 2e secondaire en 2012-2013 en FWB ont entamé la vaccination contre le papillomavirus, soit un gain de couverture attribuable

aux autres vaccinateurs de 3,7 % par rapport aux données déjà présentes dans les dossiers, avant démarche active et 29,2 % l'ont terminée, soit un gain de couverture attribuable aux autres vaccinateurs de 2,6 %.

La perte de couverture vaccinale entre la 1^{ère} et la 3^e dose sur base des données collectées après démarche active est de 4,7 %. Cette même tendance est constatée dans toutes les provinces et à Bruxelles.

3|6 COUVERTURES VACCINALES EN 4^e SECONDAIRE EN 2011

Une seule enquête a été réalisée par Provac dans ce niveau scolaire, en 2011. Dans cette enquête, outre la comparaison par province et région, une comparaison a été également effectuée en fonction de la répartition des élèves par type d'enseignement (général, technique de transition, technique de qualification et professionnel). Pour l'enseignement technique et l'enseignement professionnel, la ventilation par type de section n'est pas disponible.

La PSE est en mesure de récolter des données à l'âge de 15-16 ans concernant le rappel diphtérie-tétanos et le rappel diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire. Il convient de nuancer les résultats obtenus. En effet, cette récolte de données a lieu en fin de 4^e secondaire et le retour des vaccins effectués par les vaccinateurs privés n'est pas connu. Il est donc probable que cette couverture vaccinale soit sous évaluée et le rôle de chaque vaccinateur également.

3.6.1 COUVERTURE VACCINALE POUR LE RAPPEL DIPHTÉRIE, TÉTANOS, COQUELUCHE ACELLULAIRE EN 2011

En septembre 2009, un rappel coqueluche acellulaire a été joint au rappel diphtérie-tétanos dans le calendrier vaccinal de la FWB déjà prévu chez les adolescents. La 1^{ère} cohorte vaccinée était celle des élèves de 4^e secondaire en 2009-2010.



Figure 11 Couverture vaccinale des élèves de 4e secondaire en 2010-2011 en FWB pour le vaccin Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire par région/province

Pour la vaccination de rappel à 15-16 ans, **46,6 %** des élèves de 4e secondaire ont reçu le rappel diphtérie, tétanos, coqueluche acellulaire et **7 %** de plus ont reçu le rappel diphtérie, tétanos et donc la couverture vaccinale des élèves de 4e secondaire pour le rappel à 15-16 ans diphtérie, tétanos s'élève à **54,1 %**.



Figure 12 Couverture vaccinale des élèves de 4e secondaire en 2010-2011 en FWB pour le vaccin Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire vers 15-16 ans par type d'enseignement

La couverture vaccinale pour l'enseignement général est de 50,2 %, pour l'enseignement de technique de transition de 48,8 %, pour l'enseignement de technique de qualification de 45,7 %, et enfin, pour l'enseignement professionnel de 38,7 %.

Une différence significative a été mesurée entre l'enseignement général et l'enseignement professionnel. Les élèves de l'enseignement professionnel sont moins bien vaccinés.

À noter encore que la PSE réalise indépendamment du type d'enseignement une couverture vaccinale de 30 %.

3|7 DISCUSSION MÉTHODOLOGIQUE DES RÉSULTATS DE COUVERTURES VACCINALES DES ENFANTS / JEUNES EN ÂGE SCOLAIRE

Un des indicateurs permettant de piloter le programme de vaccination en FWB est la mesure des couvertures vaccinales. Les **données vaccinales** des enfants et des jeunes sont récoltées au départ des dossiers médicaux des équipes de la PSE (services PSE et centres PMS de la FWB). Elles sont collectées lors de chaque bilan de santé, par anamnèse auprès des parents. Il est relativement aisé de les collecter en maternelle via le carnet de l'enfant qui est bien complété et encore en possession des parents, ce qui n'est plus nécessairement le cas à des âges ultérieurs. Plusieurs difficultés rencontrées poussent à discuter et nuancer les résultats obtenus dans les enquêtes :

1. Absence de données vaccinales

Une grande partie des élèves primo-arrivants ne possèdent aucune date de vaccination à l'entrée sur notre territoire. Cela constitue un premier niveau de données manquantes car elles sont inconnues et le resteront.

2. Perte de données liée à la multiplicité des documents vaccinaux

L'enfant au cours de sa vie va posséder de multiples documents vaccinaux en fonction du médecin vaccinateur qui lui administre les vaccins ou les rappels (pédiatre, médecins de l'ONE, médecin traitant, médecin scolaire) et de l'âge recommandé pour la vaccination. Toutes les vaccinations de la petite enfance se trouvent dans le carnet de l'enfant, mais ensuite, les dates sont reprises dans de nombreux documents éparés en fonction du professionnel qui va vacciner l'enfant. Dans le rapport Provac de 2011-2012 établi pour des élèves de 2^e primaire, la couverture vaccinale des enfants de 7-8 ans (nés en 2003-2004) pour la première dose de RRO est de 84,5 % et celle des nourrissons la plus proche (celle de 2006) est proche de 89 %. Cela montre bien qu'à ce stade la perte est encore peu importante.

3. Manque de transmission entre services/centres des dossiers médicaux des élèves qui changent d'école

Lors du passage de maternelle en primaire, certains élèves changent d'école. Bien que le dossier PSE de l'élève doive être transmis au service ou centre dont sa nouvelle école dépendra, cela n'est pas toujours le cas. Dans cette situation, une perte de données sera constatée. C'est encore plus flagrant lors du passage de l'enseignement primaire vers le secondaire. Plus l'enfant avance en âge et plus ses données vaccinales complètes sont difficiles à obtenir par la PSE (documents perdus, volés, parents séparés, incendie,...). Cela représente un dernier niveau de données inconnues et/ou perdues.

4. Manque de transmission entre vaccinateurs des données vaccinales

La transmission des données vaccinales entre vaccinateurs se fait essentiellement par le biais des documents vaccinaux remis aux parents et est donc assez aléatoire. Dès fin 2013, la mise en place d'e-vax, nouveau système de commande de vaccins pour tous les vaccinateurs en FWB devrait permettre progressivement de limiter ces difficultés grâce à l'enregistrement centralisé des données vaccinales. Si la plupart des vaccinateurs s'inscrivent dans l'utilisation du nouveau système, cela permettra à terme une accessibilité plus grande et plus fiable aux données vaccinales et évitera de revacciner des enfants déjà en ordre.

Si la rigueur scientifique est la norme pour établir les couvertures vaccinales, il convient d'attirer l'attention du lecteur sur le fait que **les résultats** obtenus sont probablement **sous estimés** pour certaines couvertures. Lorsque des données vaccinales sont récoltées en fin d'année scolaire pour des vaccinations qui ont lieu durant cette année là, les services et les centres ne possèdent pas encore dans les dossiers médicaux les dates des vaccins effectués par les autres médecins vaccinateurs. Provac a parfois fait réaliser des enquêtes complémentaires par la PSE en juin pour essayer de récolter ces données manquantes et de diminuer ce biais de récolte (ce qui a été présenté ici pour RRO dose 2 en 6e primaire et HPV en 2e secondaire). Il convient donc de lire les résultats pour les couvertures vaccinales hépatite B établies en 6e primaire et diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire en 4e secondaire comme étant minimaux. Par contre, la couverture établie en 2e primaire

(enfants de 7-8 ans) colle plus précisément à la réalité avec des données venant de tous les vaccinateurs puisque les vaccins administrés le sont vers 5-6 ans et la récolte effectuée vers 7-8 ans (vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire-polio). De même, lorsque des résultats sont présentés par type de vaccinateurs, les résultats provenant des vaccinateurs privés peuvent être sous estimés. Il convient encore de nuancer le propos car le retour des données venant des vaccinateurs privés reste quand même aléatoire et dépend de la transmission par les parents. Certains services et centres ne recevront jamais ou très partiellement certaines dates en retour dans les anamnèses médicales renvoyées par les parents de l'enfant.

En l'absence de **données sociodémographiques** des élèves au travers des renseignements fournis par la PSE, les résultats des couvertures vaccinales ne peuvent être analysés en fonction de ces déterminants. Ceci constitue une limite importante à l'analyse de ces différentes enquêtes. Pour s'assurer que le programme de vaccination des enfants en âge scolaire est capable de limiter les inégalités sociales de santé, d'autres investigations plus fines seraient nécessaires.

Il existe une réelle **hétérogénéité** au sein des services et des centres pour remplir toutes les missions décrétales, notamment la mission vaccinale. Cela se retrouve dans les résultats de la couverture vaccinale établie en 2e secondaire pour HPV, à travers les résultats mesurés entre les différentes provinces.

CONCLUSION

Vacciner est bien plus que le simple fait d'administrer «une piqûre». Vacciner recouvre une dimension de protection individuelle **et** de groupe. C'est un droit pour les enfants en âge scolaire comme pour les tout petits et les adultes.

Il est donc important de mettre en place un programme de vaccination structuré avec des stratégies adaptées en plus de la simple gratuité du vaccin pour augmenter de manière significative les taux de couvertures vaccinales et protéger les individus ainsi qu'atteindre les seuils critiques d'immunité collective. Les stratégies utilisées par le programme doivent, en plus, viser à la non instauration d'inégalités sociales de santé.

Force est de constater que même si l'évolution des couvertures vaccinales des enfants en âge scolaire est en augmentation constante, elles n'atteignent pas ces seuils pour la plupart d'entre elles, même si les chiffres avancés sont probablement légèrement sous-estimés : couverture vaccinale pour la poliomyélite, le tétanos, la diphtérie et la coqueluche de 78,7 % à 5-6 ans en 2012, celle du méningocoque C de 77,9 % à 5-6 ans en 2012, celle de la deuxième dose de RRO de 75,5 % à 11-12 ans en 2009, celle du vaccin HPV à 13-14 ans de 29,2 % pour 3 doses en 2012-2013 et celle de la coqueluche de 46,6 % pour les 15-16 ans en 2011. Preuve en est encore donnée par les dernières épidémies de rougeole en 2011 (595 cas recensés en Belgique) et celles d'oreillons (1187 cas entre le 1/9/12 et le 12/7/13 en Wallonie). Un effort tout particulier doit être fait par rapport à la vaccination de la deuxième dose de RRO pour atteindre 95 % de couverture et pouvoir atteindre l'objectif européen d'élimination de la rougeole vers 2015.

En raison de la liberté du choix du vaccinateur laissée aux parents et de l'hétérogénéité de pratique vaccinale dans les SPSE/CPMS-CF, les taux de vaccinations recommandées dans un niveau scolaire n'atteignent pas les objectifs fixés par le programme. De plus, mesurées en fin d'année scolaire, les couvertures ne peuvent mettre en évidence l'apport de la médecine privée à cet âge.

Les résultats de couvertures vaccinales montrent donc que le programme de vaccination doit, pour atteindre les objectifs qu'il se fixe, renforcer la participation de l'ensemble des vaccinateurs institutionnels et privés.

RÉFÉRENCES

- Vermeeren A., Goffin F. *Enquête de couvertures vaccinales des élèves de 2e secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2012-2013*. Rapport Provac-UCL 2013.
- Vermeeren A., Goffin F. *Enquête de couvertures vaccinales des élèves de 2e primaire en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2011-2012*. Rapport Provac-UCL 2012.
- Vermeeren A., Goffin F. *Enquête de couvertures vaccinales des élèves de 4e secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2010-2011*. Rapport Provac-UCL 2011.
- Vermeeren A., Goffin F. *Enquête de couvertures vaccinales des élèves de 6e primaire en Communauté française de Belgique en 2008-2009*. Rapport Provac-UCL 2009.
- Levie K., Goffin F. *Enquête de couvertures vaccinales des élèves de 2e primaire en Communauté française de Belgique en 2006-2007*. Rapport Provac-UCL 2007.
- Levie K., Goffin F. *Enquête de couvertures vaccinales des élèves de 6e primaire en Communauté française de Belgique en 2005-2006*. Rapport Provac-UCL 2006.

INDEX DES FIGURES

Figure ①	Évolution des couvertures vaccinales en 2e primaire en FWB entre 2004 et 2012	10
Figure ②	Couverture vaccinale des élèves de 2e primaire en 2011-2012 en FWB pour le vaccin de rappel de 5-6 ans (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche acellulaire et Polio injectable)	11
Figure ③	Couverture vaccinale des élèves de 2e primaire en 2011-2012 en FWB pour le vaccin contre le méningocoque c	12
Figure ④	Couverture vaccinale des élèves de 2e primaire en 2011-2012 en FWB pour la première dose du vaccin rougeole-rubéole-oreillons	13
Figure ⑤	Évolution des couvertures vaccinales des élèves de 6e primaire en FWB entre 1996 et 2009	15
Figure ⑥	Couverture vaccinale des élèves de 6e primaire en 2008-2009 en FWB pour la troisième dose du vaccin hépatite B	16
Figure ⑦	Couverture vaccinale des élèves de 6e primaire en 2008-2009 en FWB pour le vaccin contre la rougeole-rubéole-oreillons 2e dose avant démarche active par type de vaccinateurs	17
Figure ⑧	Couverture vaccinale des élèves de 6e primaire en 2008-2009 en FWB pour le vaccin contre la rougeole-rubéole-oreillons 2e dose après démarche active	18

Figure 9	Couverture vaccinale des jeunes filles de 2e secondaire en 2012-2013 en FWB pour la 3e dose du vaccin contre le papillomavirus par région/province avant démarche active	20
Figure 10	Couverture vaccinale des jeunes filles de 2e secondaire en 2012-2013 en FWB pour le vaccin contre le papillomavirus par région/province avant et après démarche	21
Figure 11	Couverture vaccinale des élèves de 4e secondaire en 2010-2011 en FWB pour le vaccin Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire par région/province	23
Figure 12	Couverture vaccinale des élèves de 4e secondaire en 2010-2011 en FWB pour le vaccin Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire vers 15-16 ans par type d'enseignement	24

Comité de rédaction :

- Dr. A. Vermeeren, Provac, Centre de santé de la faculté de médecine de l'Université Catholique de Louvain
- M. C. Miermans, Provac, Université de Liège, service STES-APES
- Dr. B. Swennen, Provac, Université libre de Bruxelles, École de santé publique

Réalisation : PROVAC

Mise en page : N. da Costa Maya, CDCS asbl

Éditeur responsable : Dr S. Carabin, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles

Dépôt légal : D/2014/10.134/11

Veillez citer ce document de la façon suivante :

Vermeeren A., Miermans M.C., Swennen B. *Évolution de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles*, Provac, Bruxelles 2014.

