

VACCINATION

SOMMAIRE

Édito [p.1](#) **Points clés** [p.1](#) **Contextes épidémiologiques et couvertures vaccinales** [p.2](#) **Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, *Haemophilus Influenzae* de type B (Hib), Coqueluche** [p.2](#) **Hépatite B** [p.4](#) **Pneumocoque** [p.4](#) **Rougeole, oreillons, rubéole** [p.5](#) **Infections invasives à méningocoque C** [p.7](#) **Papillomavirus humain** [p.9](#) **Sources des données, bibliographie** [p.10](#)

INTRO / ÉDITO

Ce nouveau BSP situe le niveau de couverture vaccinale des enfants de 2 ans à partir des remontées des CS24 de la Guadeloupe. Les chiffres relevés pour la région ne répondent plus au niveau fixé par la loi de santé publique du 9 août 2004. Cette situation n'est plus favorable à une immunité collective et ce d'autant plus que les échanges croissants entre la France, la Guadeloupe et les autres pays de la Caraïbe majorent le risque de recrudescence de maladies infectieuses. Pourtant la couverture vaccinale tend nettement à s'améliorer à 8 ans et à 14 ans. Selon l'étude menée par l'ORSaG entre 2015 et 2016 en classe de 3ème et en CE2, celle-ci est respectivement de 95% à 92 % pour les 2 doses de vaccins contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et de 98% pour le rappel contre la diphtérie le tétanos et la poliomyélite quel que soit l'âge. L'effort conjugué des autorités et des professionnels de santé a certes permis le rattrapage qui est observé. Et il faut le saluer. Mais peut-on s'en satisfaire? Comment parvenir à la protection individuelle de chaque jeune enfant et à une protection collective vis-à-vis des maladies infectieuses évitables par la vaccination? La réponse passe par l'atteinte d'une couverture vaccinale supérieure à 95% aux âges appropriés de la vie. Telle est l'ambition de la loi 2017-836 du 30 décembre 2017 qui fait de l'obligation vaccinale entrée en vigueur le 1er janvier 2018, le moyen d'obtenir ce taux de 95% au moins, dès le plus jeune âge. L'Agence de santé de Guadeloupe, St Martin et St Barthélemy a donc fait de la vaccination une priorité de son projet régional de santé 2ème génération.

Florelle BRADAMANTIS, Directrice du pôle de Santé Publique (PSP), Mathilde MELIN, Médecin inspecteur de santé publique, Suzy DENIN infirmière de santé publique chargée de programme - Agence de santé de Guadeloupe, St Martin et St Barthélemy

La nouvelle loi sur l'obligation vaccinale contre 11 maladies s'applique pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018. Aux 3 vaccins obligatoires précédemment (diphtérie, tétanos, poliomyélite) s'ajoutent ceux contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), l'*Haemophilus influenzae* de type B, l'hépatite B, le pneumocoque et le méningocoque C. Ces derniers ne sont pas nouveaux et sont recommandés depuis longtemps au calendrier vaccinal. La vaccination contre ces 11 maladies sera vérifiée à partir du 1er juin 2018 et conditionnera l'entrée des jeunes enfants en collectivités : crèches, halte garderies, assistants maternels et familiaux, et plus tard écoles ou encore colonies de vacances. En pratique, 10 injections suffisent pour effectuer l'ensemble des primovaccinations et rappels obligatoires contre ces 11 maladies. Elles peuvent s'effectuer en 6 rendez-vous, rappels compris, entre la naissance de l'enfant et ses 18 mois. Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, seul le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) continuera à être vérifié pour l'admission en collectivité. L'ARS Martinique met en place une campagne de communication afin d'informer, au mieux, la population sur ce nouveau dispositif. Les martiniquais seront sensibilisés via une campagne télévisée, radio et cinéma, ainsi que sur les réseaux sociaux. Des brochures d'information seront disponibles chez les professionnels de santé. Des actions terrains de sensibilisation des professionnels de la petite enfance seront menées par les services de santé. Des séances d'information, de vaccination et de vérification des carnets de vaccination à destination du grand public seront mises en place tout au long de cette semaine de la vaccination. Face à la recrudescence de maladies qui avaient pratiquement disparues telles que la rougeole ou la coqueluche, dont les séquelles peuvent être lourdes voire mortelles, le Ministère des solidarités et de la santé fait donc de l'amélioration de la couverture vaccinale une priorité de santé publique pour la France.

Fabienne LO RE, Médecin inspecteur de santé publique et Marie-Françoise EMONIDE, Directrice de la Santé Publique, Agence régionale de santé de la Martinique

POINTS CLÉS

- Dans un contexte de réémergence de la rougeole en France métropolitaine et dans la région des Amériques, la couverture vaccinale «rougeole, oreillons, rubéole « 2 doses » en 2016, chez les enfants âgés de 24 mois aux Antilles, était insuffisante pour prévenir la survenue d'une épidémie.
- En 2016, la couverture vaccinale du « rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus Influenzae* de type B (Hib) » et la couverture vaccinale de l'« hépatite B 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois était supérieure à 90% avec un dépassement de l'objectif de 95% pour la Martinique.
- En 2016, la couverture vaccinale « pneumocoque 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois était supérieure en Martinique à l'objectif de 95%. Pour la même année, elle a régressé en Guadeloupe pour atteindre 83%.
- Entre 2015 et 2017, la couverture vaccinale contre le méningocoque C a continué de progresser aux Antilles. La couverture vaccinale contre le HPV reste très faible dans les populations cibles.

CONTEXTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET COUVERTURES VACCINALES

DTP, Coqueluche, *Haemophilus Influenzae* de type B (Hib)

• Contexte épidémiologique

Diphtérie : la généralisation de la vaccination à partir de 1945 avec une couverture vaccinale très élevée a permis de faire disparaître la maladie en France. Entre 1989 et 2017, un total de 21 cas de diphtérie ont été déclarés en France chez des personnes revenant de zones d'endémie (Asie du sud-est, Afrique). Aucun cas secondaire à ces importations ne s'est produit. Durant la même période à Mayotte, 11 cas de diphtérie ont été rapportés.

Tétanos : la couverture vaccinale très élevée des nourrissons a fait disparaître le tétanos de l'enfant en France. Les cas qui subsistent concernent presque exclusivement des personnes âgées non à jour de leur rappel. Le tétanos étant transmis par l'environnement, il n'existe pas d'immunité de groupe. Toute personne non vaccinée est donc à risque de contracter la maladie.

Poliomyélite : depuis l'introduction de la vaccination contre la poliomyélite dans le calendrier vaccinal français en 1958 et surtout son caractère obligatoire en juillet 1964, le nombre de cas a rapidement diminué, grâce à une couverture vaccinale très élevée chez le nourrisson. La maladie est éliminée en France. Le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé à 1995.

Coqueluche : la couverture contre la coqueluche a augmenté très rapidement, dès que cette vaccination a été intégrée dans le vaccin comportant les vaccinations obligatoires en 1966. Le nombre de cas de coqueluche a très fortement diminué depuis cette date. Cependant, la bactérie continue de circuler dans la population, car la vaccination, tout comme la maladie, ne protège pas à vie contre l'infection. Les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés sont à risque d'être contaminés par leur entourage proche, en particulier si celui-ci n'est pas vacciné. En 2017, une recrudescence de cas de coqueluche a été observée dans quelques régions à partir de juin 2017.

***Haemophilus Influenzae* de type B (Hib)** : l'introduction de la vaccination en routine contre *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) en 1992 a fait chuter l'incidence des infections invasives à Hib chez les jeunes enfants qui étaient les plus affectés par ces formes graves. Entre 2012 et 2016, le CNR *Haemophilus influenzae* a rapporté chaque année 3 à 4 cas d'infections invasives à Hib chez des enfants âgés de moins de 5 ans. La quasi-totalité des cas concernait des enfants non ou incomplètement vaccinés ou trop jeunes pour avoir reçu un schéma vaccinal complet, ou des enfants présentant un déficit immunitaire. La survenue de ces cas montre que la bactérie continue à circuler à bas bruit dans la population et qu'il existe un risque pour les enfants non ou incomplètement vaccinés

• Couvertures vaccinales

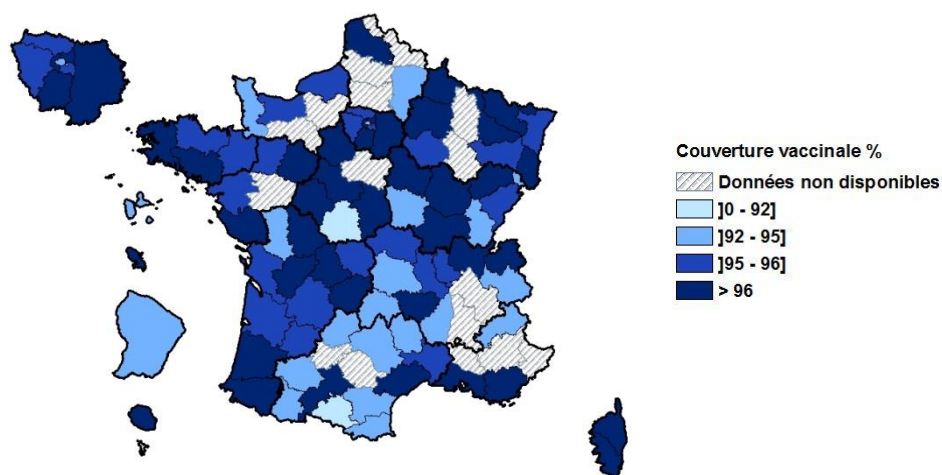
En 2016, la couverture vaccinale (CV) du « rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus Influenzae* de type B (Hib) » chez les enfants âgés de 24 mois atteignait 93% en Guadeloupe. Elle était supérieure à 95 % en Martinique.

Couvertures vaccinales (%) départementales « rappel diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus Influenzae* de type b » à l'âge de 24 mois, Guadeloupe et Martinique, 2015-2016

	DTP		Coqueluche		<i>Haemophilus Influenzae</i> de type b	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	(nés en 2013)	(nés en 2014)	(nés en 2013)	(nés en 2014)	(nés en 2015)	(nés en 2014)
	Rappel	Rappel	Rappel	Rappel	Rappel	Rappel
Guadeloupe	94,9	93,3	94,6	93,2	94,7	92,9
Martinique	96,1	97	95,7	96,7	95,6	96,6
France entière	96,7	96,1	96,3	95,8	95,7	95,1

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

Couvertures vaccinales (%) départementales « rappel diphtérie, tétanos, poliomyélite » à l'âge de 24 mois, France, 2016



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

Hépatite B

• Contexte épidémiologique

Plusieurs éléments justifient la vaccination contre l'hépatite B du nourrisson alors que le risque d'infection est négligeable durant les premières années de vie. Les niveaux très élevés de couverture vaccinale du nourrisson permettent d'envisager à terme l'élimination de l'hépatite B. Le vaccin est en effet très efficace chez le nourrisson et la durée de protection conférée est suffisante pour protéger un sujet vacciné en tant que nourrisson lors de l'exposition au risque même plusieurs décennies plus tard. Le vaccin est très bien toléré et aucun signal concernant des éventuels effets secondaires graves n'a jamais émergé dans cette tranche d'âge. Enfin, l'association de ce vaccin au sein des combinaisons vaccinales hexavalentes permet de protéger les nourrissons sans nécessiter d'injections additionnelles, alors qu'au moins 2 doses sont nécessaires pour vacciner à l'adolescence.

• Couvertures vaccinales

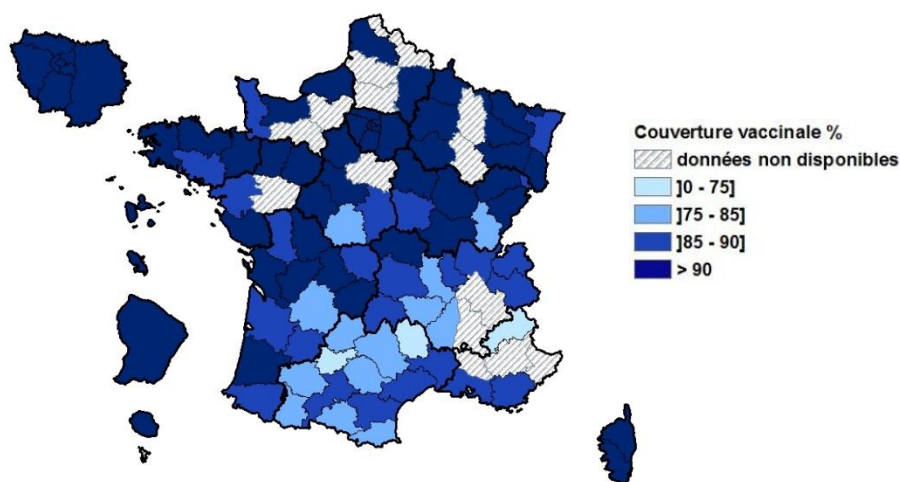
En 2016, la CV « hépatite B 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois était de 91% en Guadeloupe et de 97% en Martinique. Depuis 2014, la tendance est à l'augmentation de la CV en Martinique. A la fois en Guadeloupe et en Martinique, la CV « hépatite B 3 doses » est supérieure à la CV nationale.

Couvertures vaccinales (%) départementales « hépatite B 3 doses » à l'âge de 24 mois, Guadeloupe et Martinique, 2014-2016

	2014	2015	2016
	(nés en 2012)	(nés en 2013)	(nés en 2014)
	3 doses	3 doses	3 doses
Guadeloupe	88,2	92,2	90,9
Martinique	90,4	94,2	96,6
France entière	83,1	88,1	90,0

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

Couvertures vaccinales (%) départementales « hépatite B 3 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2016



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

Pneumocoque

• Contexte épidémiologique

Au début des années 2000, avant la vaccination des enfants, plus d'une centaine de méningites à pneumocoque survenaient chaque année chez le nourrisson. Environ 10 % des cas en décédaient et plus de 20 % en gardaient des séquelles. La couverture vaccinale proche de 95% a permis de pratiquement faire disparaître les cas liés aux sérotypes inclus dans le vaccin. Mais la couverture vaccinale doit continuer à progresser afin d'éliminer la circulation des sérotypes vaccinaux et ainsi, diminuer le risque résiduel d'infection sévère chez l'enfant et également protéger par effet indirect les personnes âgées.

• Couvertures vaccinales

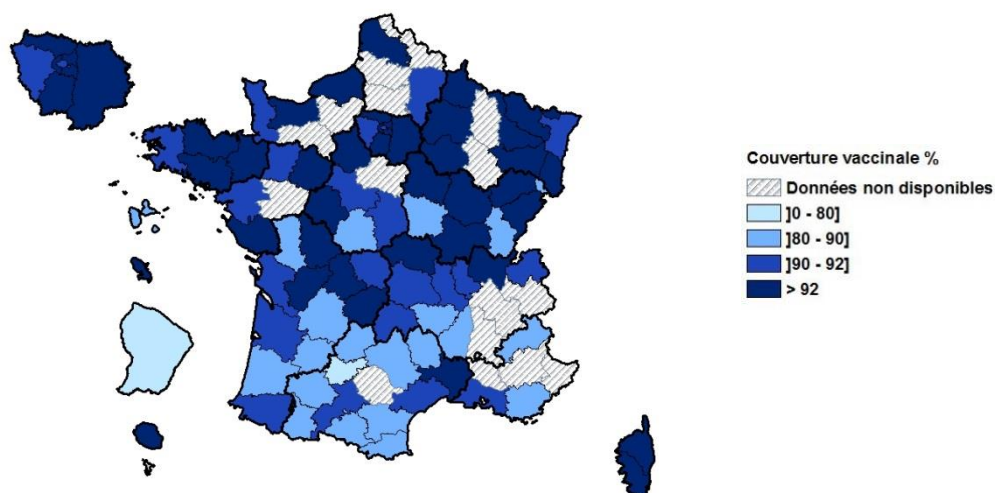
En 2016, la CV « pneumocoque 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois était de 83% en Guadeloupe et de 96% en Martinique. La CV a progressé en Martinique entre 2014 et 2016, en dépit d'une baisse en 2015. En Guadeloupe, après une nette progression de près de 10 points entre 2014 et 2015, la CV a régressé en 2016 pour atteindre le niveau de 2014. Cette CV est à interpréter avec une grande prudence en raison de l'existence de fluctuations importantes possiblement liées à la qualité de la source de données.

Couvertures vaccinales (%) départementales « pneumocoque 3 doses » à l'âge de 24 mois, Guadeloupe et Martinique, 2014-2016

	2014 (nés en 2012)	2015 (nés en 2013)	2016 (nés en 2014)
	Rappel	Rappel	Rappel
Guadeloupe	81,3	92,3	82,6
Martinique	89,6	85,8	96,3
France entière	89,3	91,4	91,8

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

Couvertures vaccinales (%) départementales « pneumocoque 3 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2016



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

Rougeole, oreillons, rubéole

• Contexte épidémiologique

Rubéole : depuis 1985, la promotion de la vaccination en France a entraîné une baisse très importante du nombre d'infections en cours de grossesse avec un risque d'interruption de grossesse et de naissance d'enfants porteurs de malformation. Toutefois, depuis 2010, entre 5 et 10 infections rubéoleuses survenant durant la grossesse sont encore recensées chaque année.

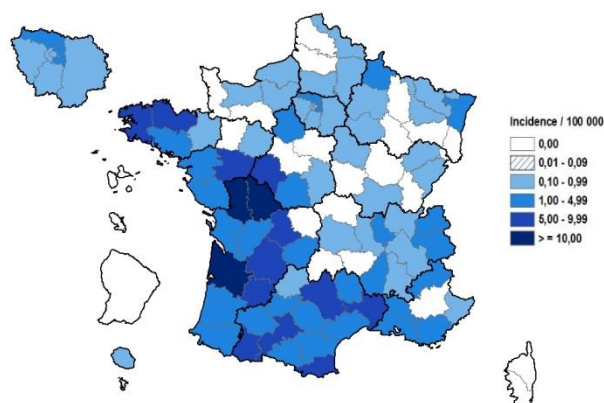
Oreillons : les niveaux de couverture vaccinale ont entraîné une très forte réduction du nombre de cas. Actuellement, la maladie a pratiquement disparu chez l'enfant. Cependant, même après 2 doses, la protection peut finir par disparaître, expliquant la survenue très occasionnelle de cas chez des jeunes adultes vaccinés dans l'enfance. Dans ce cas, la maladie est pratiquement toujours bénigne et les complications exceptionnelles.

• Focus Rougeole

France

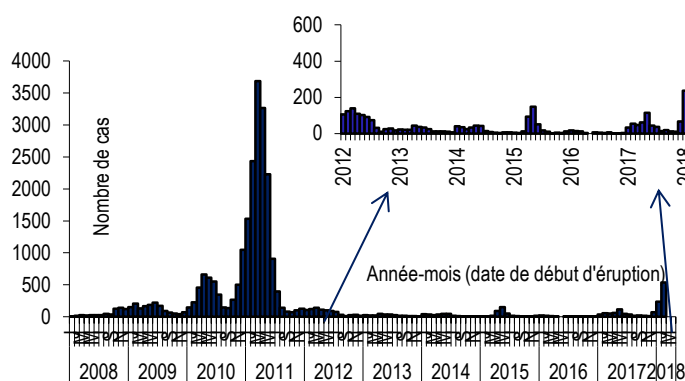
La France, comme l'ensemble des pays de la région européenne de l'OMS, est engagée dans une stratégie d'élimination de la rougeole, objectif fixé initialement pour 2010. Il est nécessaire qu'au moins 95 % des enfants soient immunisés pour éliminer la rougeole. En l'absence de CV suffisante, le virus continue de circuler en France et, au cours du premier trimestre 2018, plus de 1000 cas de rougeole ont été notifiés aux Agences régionales de santé, dont un décès.

Taux de notification des cas de rougeole et nombre de cas déclarés par département de résidence entre le 01 avril 2017 et le 31 mars 2018, France



Source : Déclaration obligatoire, Santé publique France

Nombre de cas déclarés de rougeole entre janvier 2008 et mars 2018, France



Source : Déclaration obligatoire, Santé publique France

Antilles

Aux Antilles, des signalements pour suspicion de rougeole ont récemment été rapportés. A ce stade des investigations, aucun cas suspect n'a été confirmé biologiquement, ce qui amène à considérer que les derniers cas de rougeole confirmés et importés essentiellement dans cette région datent de 2011, période à laquelle l'épidémie massive de rougeole touchait la France métropolitaine.

La région de la Caraïbe et plus largement celle des Amériques à laquelle appartiennent les Antilles a été déclarée indemne de rougeole en Septembre 2016. Cette démarche globale de certification de l'élimination de la rougeole par un comité dédié s'est faite sous l'égide de l'Organisation Pan Américaine de la Santé (OPS, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques). Les Antilles connaissent d'intenses échanges de populations avec la France Métropolitaine, mais également avec leur environnement régional. Dans ce contexte, il convient d'accorder une vigilance particulière à l'évolution de la situation épidémiologique de la rougeole dans la région des Amériques afin d'alerter les autorités sanitaires régionales en cas de recrudescence des cas de rougeole dans la zone.

Depuis septembre 2016, la situation épidémiologique a évolué puisque plusieurs pays de la région des Amériques rapportent des cas confirmés de rougeole. Selon les données rapportées par le dernier bulletin épidémiologique de l'OPS consacré à la rougeole dans la région, entre le 1^{er} janvier et le 8 avril 2018, 11 pays déclarent des cas confirmés importés ou autochtones de rougeole: Antigua et Barbude (1 cas), Argentine (1 cas), Brésil (46 cas), Canada (4 cas), Colombie (5 cas), Equateur (1 cas), Etats-Unis d'Amérique (41 cas), Guatemala (1 cas), Mexique (4 cas), Pérou (2 cas) et Venezuela (279 cas). L'introduction de cas importés et la mise en place de chaînes de transmission suggèrent une résurgence de la maladie. Il est à craindre, au regard des couvertures vaccinales suboptimales aux Antilles françaises (CV de moins de 80% pour la 2^e dose de ROR) une réintroduction de la rougeole au sein de ces territoires.

• Couvertures vaccinales

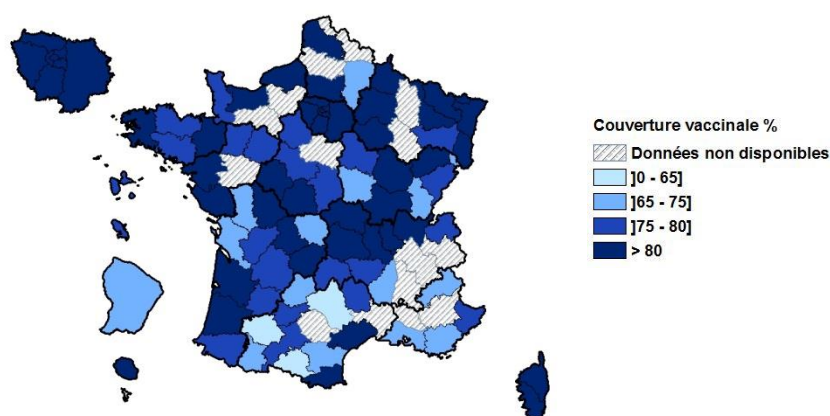
En 2016, la CV rougeole, oreillons, rubéole « 1 dose » chez les enfants âgés de 24 mois était de 86% en Guadeloupe et de 93% en Martinique. La CV « 2 doses » était de 80% en Guadeloupe et de 77% en Martinique. Depuis 2014, elle évolue peu aussi bien en Martinique qu'en Guadeloupe. **Ces valeurs sont insuffisantes pour prévenir tout risque épidémique.**

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons, rubéole » à l'âge de 24 mois, Guadeloupe et Martinique, 2014-2016

	2014		2015		2016	
	(nés en 2012)		(nés en 2013)		(nés en 2014)	
	1 dose (CS24)	2 doses (CS24)	1 dose (CS24)	2 doses (CS24)	1 dose (CS24)	2 doses (CS24)
Guadeloupe	88,8	75,5	88,3	80,5	86,0	79,7
Martinique	91,9	78,2	92,4	76,5	92,9	77,0
France entière	91	77	90	79	90	79

Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France ; SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons rubéole 2 doses », France, 2016



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

Infections invasives à méningocoque C

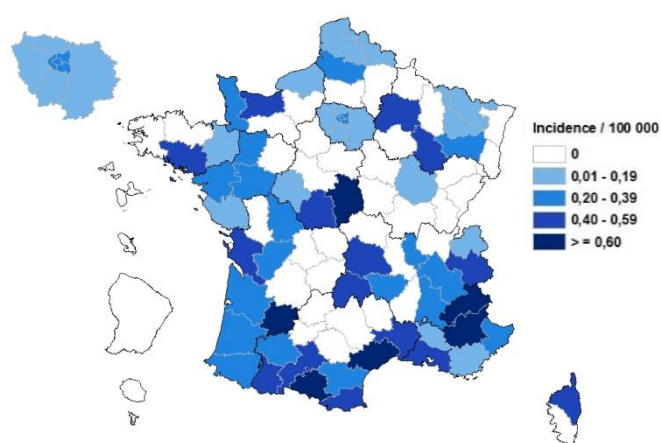
• Contexte épidémiologique

France

En 2017, 149 cas d'infections invasives à méningocoque C (IIM C) sont survenus en France, soit un taux de notification de 0,22 pour 100 000 habitants. Ce taux était en augmentation par rapport à 2016 (+11 %) et la tendance à l'augmentation de l'incidence des IIM C observée depuis 2010 se poursuit. Le taux était le plus élevé chez les nourrissons de moins de un an.

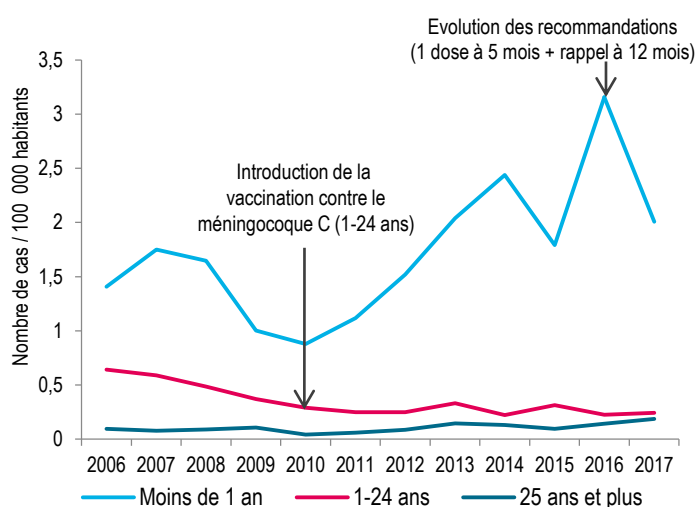
Entre 2011 et 2017, 342 cas d'IIM C à l'origine de 32 décès ont été déclarés chez des personnes ciblées par la vaccination mais non vaccinées. Ces décès auraient pu être évités. De même une très grande partie des 506 cas et 75 décès survenus chez des personnes de moins de 1 an ou plus de 25 ans aurait pu être évitée si la couverture vaccinale des 1-24 ans avait été suffisamment élevée pour induire une immunité de groupe.

Taux de notification des IIM C par département de résidence des cas, 2017 (après standardisation sur l'âge)



Source : Déclaration Obligatoire – Santé publique France

Evolution du taux de notification des IIM C par classe d'âge, 2006-2017



Source : Déclaration obligatoire - Santé publique France

Antilles

Entre 2006 et 2017, un seul cas d'IIM de type C a été déclaré aux Antilles. Il s'agit d'un cas survenu en Martinique en 2006.

Aucun cas d'IIM C n'a été recensé en Guadeloupe pour la même période.

• Couvertures vaccinales

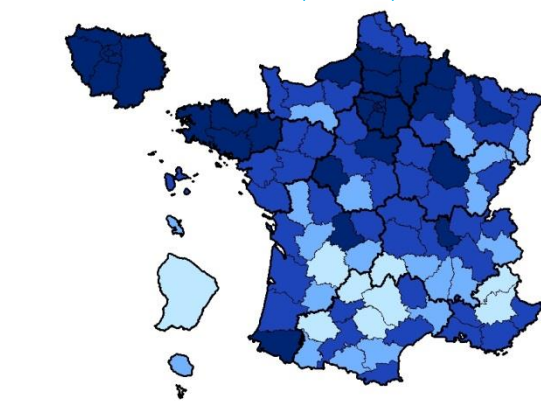
Entre 2015 et 2017, les CV contre le méningocoque C ont augmenté dans toutes les tranches d'âge. Cependant, elles restent peu élevées aux âges les plus jeunes. En Guadeloupe, les CV régionales atteignaient 70% à 2 ans, 71% chez les 2-4 ans, 66% chez les 5-9 ans, 42% chez les 10-14 ans et 27% chez les 15-19 ans. En Martinique, les CV régionales atteignaient 61% à 2 ans, 63% chez les 2-4 ans, 52% chez les 5-9 ans, 27% chez les 10-14 ans et 16% chez les 15-19 ans. **Ces valeurs sont insuffisantes pour garantir l'immunité de groupe nécessaire à la protection des plus jeunes.**

Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C » par tranche d'âge, 5 mois* – 19 ans, Guadeloupe et Martinique, 2015-2017

	5 mois*			2 ans			2 à 4 ans			5 à 9 ans			10 à 14 ans			15 à 19 ans		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Guadeloupe	16,6	60,9	69,1	70,4	55,0	68,7	71,0	44,6	60,1	65,9	23,0	36,0	41,9	14,8	22,1	26,8		
Martinique	13,2	58,8	58,3	61,2	49,4	58,8	63,2	33,9	43,2	51,8	14,0	21,8	27,0	10,2	13,1	15,5		
France entière	39,2	68,2	70,0	72,6	66,1	68,1	72,3	52,3	58,3	65,4	31,4	34,8	39,6	22,5	25,1	28,4		

Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/17 - * Données disponibles chez les enfants nés entre janvier et mai 2017

Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C » chez les enfants de 2 ans, France, 2017

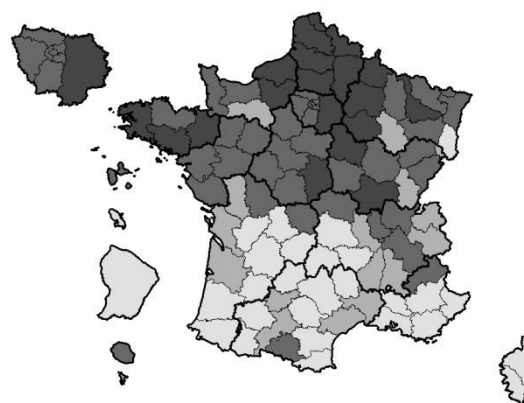


Couverture vaccinale %

- Données non disponibles
-]0 - 55]
-]55 - 65]
-]65 - 75]
- > 75

Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C » chez les enfants de 15 à 19 ans, France, 2017



Couverture vaccinale %

- Données non disponibles
-]0 - 20]
-]20 - 25]
-]25 - 35]
- > 35

Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

Les couvertures sont insuffisantes, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes, ne permettant pas d'obtenir une immunité de groupe suffisante pour protéger les personnes non vaccinées.

Les recommandations actuelles incluent la vaccination systématique des nourrissons âgés de 5 mois avec un rappel à 12 mois et un rattrapage pour les personnes âgées de 1 à 24 ans.

La recommandation d'une dose de vaccin à 5 mois est transitoire le temps d'atteindre une immunité de groupe suffisante permettant la protection des personnes non vaccinées.

Papillomavirus humain

• Contexte épidémiologique

En France, en 2017, l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus étaient estimées à 2840 cas incidents et 1080 décès par an, malgré les actions de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses chez les femmes âgées de 25 à 65 ans. De nombreux pays ayant introduit la vaccination contre les papillomavirus (HPV) ont montré son efficacité en population pour prévenir les infections à HPV et les lésions précancéreuses. En France, la couverture vaccinale des jeunes filles reste très insuffisante depuis plusieurs années (26 % pour 1 dose et 21 % pour 2 doses). L'augmentation de la couverture vaccinale est essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux infections à HPV en France.

• Couvertures vaccinales

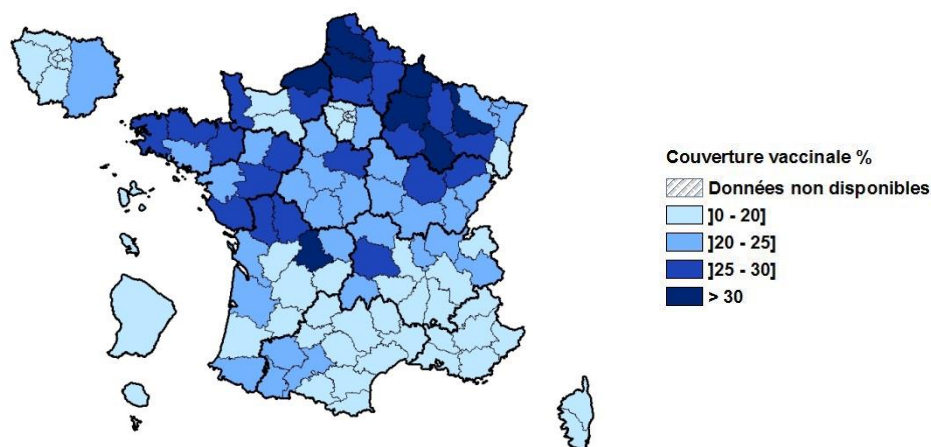
Quelle que soit la cohorte de naissance, les CV sont faibles avec environ une adolescente sur 10 ou une adolescente sur 15 selon le territoire qui a complété le schéma vaccinal.

Couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains « schéma complet* à 16 ans », selon l'année de naissance, Guadeloupe et Martinique, cohortes 1999-2001

	nées en 1999	nées en 2000	nées en 2001
Guadeloupe	5,6	10,8	12,1
Martinique	5,1	7,9	6,3
France entière	14,0	19,0	21,4

* Schéma à 3 doses ou simplifié à 2 doses selon l'année de naissance - Source : SNDS-DCIR,. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

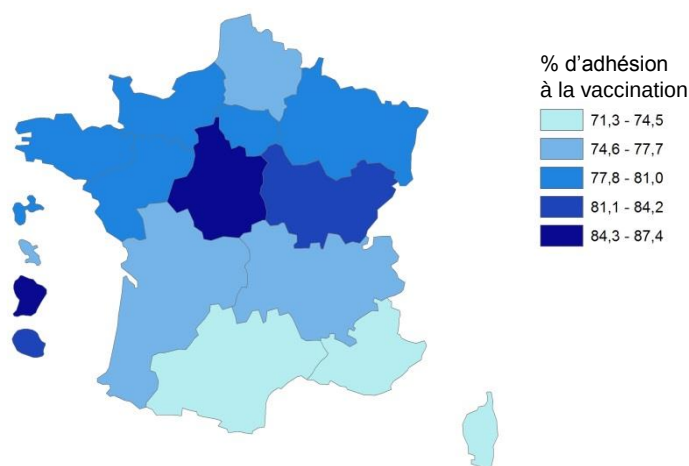
Couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains « schéma complet à 2 doses à 16 ans », France, cohorte 2001



Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

BAROMÈTRE SANTÉ VACCINATION

Proportion de personnes favorables à la vaccination en général selon la région



Sources : Baromètre santé 2017 – Baromètre santé DOM 2014

Le Baromètre santé 2017 a permis d'observer une très légère augmentation de l'adhésion à la vaccination par rapport à 2016 : 77,7 % des personnes âgées de 18 à 75 ans interrogées déclaraient être favorables à la vaccination en général (75,1 % l'année précédente).

Cette adhésion, qui retrouve le niveau observé en 2014, présente des variations régionales assez marquées, les personnes résidant dans le sud de la France se déclarant plus défavorables que les autres.

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 : dans ce bulletin sont présentées les données de couvertures vaccinales issues de l'exploitation des données de vaccination des certificats de santé du 24^e mois (CS24) de l'année 2016 (enfants nés en 2014 ayant eu 24 mois en 2016)

2) Datamart de Consommation Inter Régimes (DCIR) – Système national des données de santé (SNDS) regroupent les données individuelles de remboursement de vaccins issues du DCIR. Les données de couvertures vaccinales sont calculées sur la base de proportion de bénéficiaires ayant un remboursement de vaccin.

BIBLIOGRAPHIE

- Epidemiological update. Measles. 6 April 2018. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=44328&lang=en
- Note méthodologique sur les sources de couvertures vaccinales: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Sources-de-donnees>
- Epidémie de rougeole en France : la vaccination est la seule protection : <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Augmentation-du-nombre-de-cas-de-rougeole-en-France-la-vaccination-est-la-seule-protection>
- Point épidémiologique national sur la rougeole: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Bulletin-epidemiologique-rougeole.-Donnees-de-surveillance-au-3-avril-2018>
- Point épidémiologique national sur les IIM : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-invasives-a-meningocoques/Donnees-epidemiologiques>
- Vaux S., Pioche C., Brouard C., Pillonel J., Bousquet V., Fonteneau L., Brisacier A.-C., Gautier A., Lydie N., Lot F. Surveillance des hépatites B et C. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. 28 p.
- Baromètre santé: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/index.asp>
- Dossier Santé publique France, surveillance des maladies à prévention vaccinal: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale>
- Levy Bruhl D. L'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale en 2017. Médecine 2017;13(3) :103-9

REMERCIEMENTS

La Cire Antilles tient à remercier les membres du Conseil Départemental de Guadeloupe et de la Collectivité Territoriale de Martinique travaillant activement à la remontée des données des certificats de santé permettant l'estimation des couvertures vaccinales.

Contact : Santé publique France, Cire Antilles, cire-antilles@santepubliquefrance.fr