

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.3, Tuberculose p.4, Pneumocoque p.4, Rougeole, oreillons, rubéole p.5, Papillomavirus humain p.6, Infections invasives à méningocoque C p.7, **Sources des données** p.9, **Bibliographie** p.9

INTRO / ÉDITO

Dr François LACAPERE, *Médecin Inspecteur de Santé publique, Référent vaccination, ARS Guyane*

Pr Félix DJOSSOU, *Chef de Service de maladies infectieuses et tropicales, Centre hospitalier de Cayenne*

La semaine européenne de la vaccination qui aura lieu cette année du 23 au 29 avril 2018, est un temps fort de communication et d'action en direction du public et des professionnels de santé pour mieux faire connaître les enjeux de la vaccination.

En Guyane, en dépit de nombreux efforts, les couvertures vaccinales sont, dans l'ensemble, en deçà des niveaux garantissant une « immunité communautaire » permettant d'éviter l'écllosion et la diffusion d'épidémies de maladies évitables par la vaccination. Elles sont par ailleurs variables d'une commune à l'autre et fluctuent d'un moment à l'autre.

L'analyse des déterminants de cette situation permet de citer, entre autres, les éléments ci-après :

1. l'extension du territoire, la dispersion de la population et les insuffisances des voies et moyens de transport créent de réels défis logistiques. Ces facteurs se conjuguent et gênent l'accessibilité géographique des services de vaccination ;
2. la coordination de l'offre de service entre diverses institutions (Centres de Protection Maternelle et Infantile de la Collectivité Territoriale de Guyane, Centres délocalisés de Prévention et de Soins du Centre Hospitalier de Cayenne, Centres de Prévention santé de la Croix Rouge, médecins libéraux) est insuffisante et rend inopérante la nécessaire mutualisation des activités et des moyens pour conjurer les risques d'impasses de couverture vaccinale ;
3. l'opportunité de rattrapage représentée par les contrôles du calendrier de vaccination effectués par les services de santé scolaire à certains âges clefs du primaire et du secondaire peut être optimisée ;
4. pour certains vaccins présents dans le calendrier vaccinal, tel que le vaccin contre le pneumocoque et contre le papillomavirus humain, une « barrière économique » est à déplorer. En effet, la prévalence de la précarité est élevée et, pour la population précaire qui ne bénéficie pas d'une couverture santé complète, le reste à charge de ces vaccins est prohibitif. Or les services publics, qui seraient seuls à même d'assurer une offre gratuite universelle de ces vaccins, ne le font pas, faute de ressources ad hoc. La conséquence du non accès à ces vaccins est d'autant plus grande que l'incidence de leurs maladies cibles – pneumonie et cancer du col utérin – est très élevée, tout spécialement dans les populations qui ont le moins accès.

Il est heureux de constater que les attitudes négatives de la population à l'encontre des vaccins et de la vaccination ne semblent pas représenter en Guyane un obstacle notable à l'atteinte de couvertures vaccinales élevées.

La recommandation du ministère de la Santé, à compter du 1^{er} janvier 2018, d'élargir l'obligation vaccinale à huit vaccins supplémentaires (passant donc à onze au total) chez les bébés de moins de 2 ans est une opportunité que doit saisir le Comité de pilotage vaccination (COPIV vaccination) de la Guyane pour la définition et la mise en œuvre de sa politique vaccinale tenant compte des contraintes logistiques, de la proportion importante de la population en situation précaire et de la nécessaire coordination de l'offre de service entre les diverses institutions impliquées dans la vaccination en Guyane.

POINTS CLÉS

- Le taux de remontée des certificats de santé du 24^{ème} mois (CS24) dont sont issues les données de couverture vaccinale présentées ci-après, reste faible en Guyane (19% en 2014, 15% en 2015, donnée en attente pour 2016) et inférieur à celui du niveau national (27% en 2016).
- D'une manière générale, les couvertures vaccinales sont insuffisantes en Guyane, excepté pour les valences « DTP, coqueluche et *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) » et hépatite B.
- Compte-tenu du contexte actuel de recrudescence de la rougeole dans l'hexagone et de survenue de cas confirmés dans la région des Amériques jusqu'alors considérée comme indemne de rougeole, une attention particulière doit être portée sur le risque d'introduction de la cette maladie en Guyane et d'installation de chaînes de transmission sur le territoire, d'autant que la couverture vaccinale du « ROR » y est insuffisante.
- La Guyane est la région française ayant la proportion la plus élevée d'opinion favorable à la vaccination.

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

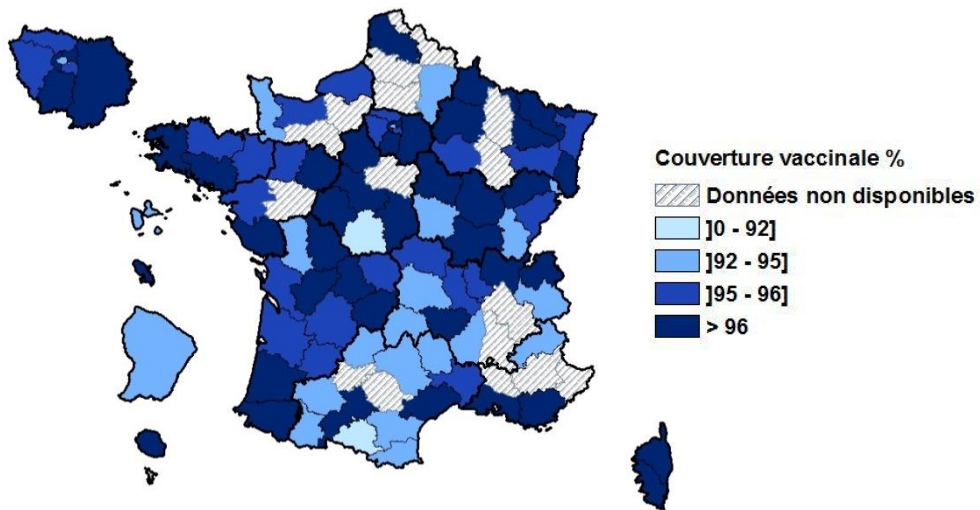
Bien que relativement élevées, les couvertures vaccinales (CV) du « rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus Influenzae* de type B (Hib) » chez les enfants âgés de 24 mois, sont en diminution en Guyane par rapport à 2015 et demeurent inférieures à celles du niveau national.

Couvertures vaccinales (%) « rappel diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus Influenzae* de type B » à l'âge de 24 mois, Guyane, 2015-2016

	DTP		Coqueluche		<i>Haemophilus Influenzae</i> de type b	
	2015 (nés en 2013)	2016 (nés en 2014)	2015 (nés en 2013)	2016 (nés en 2014)	2015 (nés en 2013)	2016 (nés en 2014)
	Rappel	Rappel	Rappel	Rappel	Rappel	Rappel
Guyane	95,1	92,9	94,7	92,2	94,3	92,6
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
ND: non disponible

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

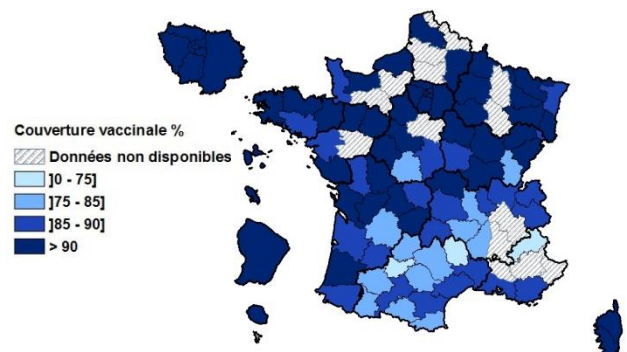
En 2016, la CV « hépatite B 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois est de 90,3% en Guyane. Bien qu'en légère diminution par rapport à 2015, cette proportion figure parmi les plus élevées du territoire national.

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

	2014 (nés en 2012)	2015 (nés en 2013)	2016 (nés en 2014)
	3 doses	3 doses	3 doses
Guyane	89,9	92,8	90,3
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

Tuberculose

• Contexte épidémiologique

La France, où la morbidité et la mortalité dues à la tuberculose ont considérablement baissé, est considérée comme un pays de faible endémie pour la tuberculose. En 2015, 4 741 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en France, dont 3 422 cas avec une localisation pulmonaire, soit respectivement des taux de déclaration de 7,1 et 5,1 cas pour 100 000 habitants. Les taux de déclaration de la maladie les plus élevés sont observés à Mayotte, en Guyane et en Ile-de-France avec respectivement 26, 18 et 15 cas pour 100 000 habitants.

La vaccination BCG de l'enfant constitue l'un des moyens de prévention contre la maladie.

• Couverture vaccinale

La couverture vaccinale BCG en Guyane est constante entre 2014 et 2016, atteignant environ 85%. En 2018, l'Agence régionale de santé (ARS) a demandé aux établissements de santé que tous les nouveau-nés soient vaccinés avant leur sortie de la maternité, sauf contre-indication médicale. Par ailleurs, une campagne de rattrapage vaccinal du BCG est envisagée cette année.

Couvertures vaccinales (%) BCG à l'âge de 9 et 24 mois, Guyane, 2014-2016

	2014 (nés en 2012)	2015 (nés en 2013)	2016 (nés en 2014)
	CS24	CS24	CS24
Guyane	85,2	85,3	85,1

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. Néanmoins 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.

• Couverture vaccinale

En 2016, la CV « pneumocoque 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois est insuffisante en Guyane, atteignant 41,5%.

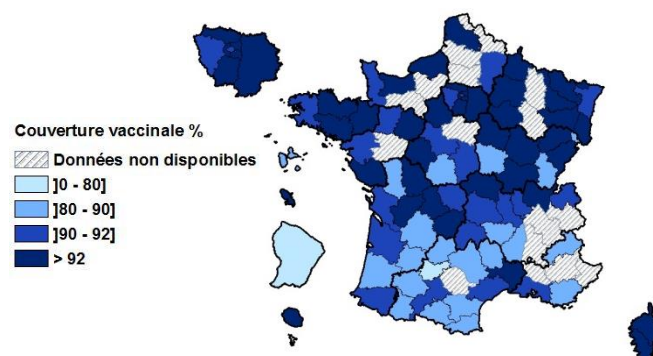
Couvertures vaccinales (%) départementales « pneumocoque 3 doses » à l'âge de 24 mois, Guyane, 2014-2016

	2014 (nés en 2012)	2015 (nés en 2013)	2016 (nés en 2014)
	3 doses	3 doses	3 doses
Guyane	ND	ND	41,5
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.

ND: non disponible

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.

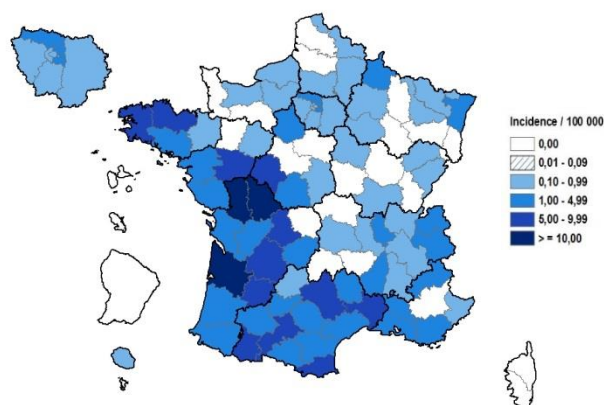
Oreillons : les niveaux de couverture vaccinale ont entraîné une très forte réduction du nombre de cas. Actuellement, la maladie a pratiquement disparu chez l'enfant. Cependant, même après 2 doses, la protection peut finir par disparaître, expliquant la survenue très occasionnelle de cas chez des jeunes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

• Focus Rougeole

France

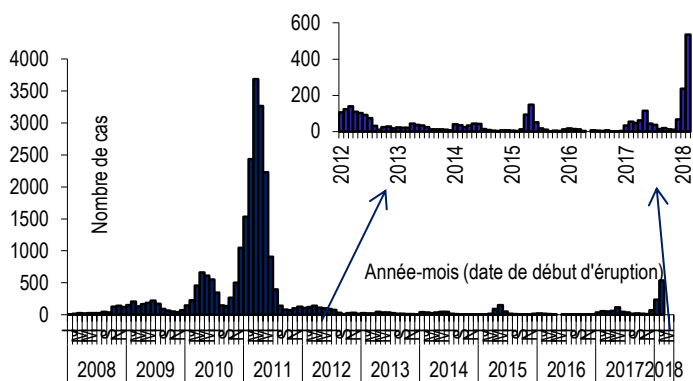
La France, comme l'ensemble des pays de la région européenne de l'OMS, est engagée dans une stratégie d'élimination de la rougeole, objectif fixé initialement pour 2010. Il est nécessaire qu'au moins 95% des enfants soient immunisés pour éliminer la rougeole. En l'absence de CV suffisante, le virus continue 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 déclarés par département de résidence entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018, France



Source : Déclaration obligatoire, Santé publique France

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



Source : Déclaration obligatoire, Santé publique France

Guyane

Le dernier cas confirmé de rougeole recensé en Guyane date de 2010 et était secondaire à un cas importé de l'hexagone qui faisait déjà face à une épidémie massive à l'époque.

La région des Amériques à laquelle appartient la Guyane 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 (bureau régional de l'OMS pour les Amériques).

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 consacré à la rougeole dans la région, entre le 1^{er} janvier et le 6 avril 2018, 11 pays déclarent des cas confirmés importés ou autochtones de rougeole : Antigua et Barbuda (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.

La Guyane connaît d'intenses échanges de populations avec l'hexagone mais également avec son environnement régional. En 2016, la couverture vaccinale en Guyane est suboptimale, égale à 74,3% à 2 doses, laissant craindre une réintroduction de la rougeole au sein de ce territoire.

Dans ce contexte, il convient d'accorder une vigilance particulière de la part des cliniciens au contrôle vaccinal mais également au signalement sans délai de tout cas suspect à l'ARS afin que soient immédiatement mises en place les mesures de contrôle visant à éviter toute nouvelle chaîne de transmission.

• Couvertures vaccinales

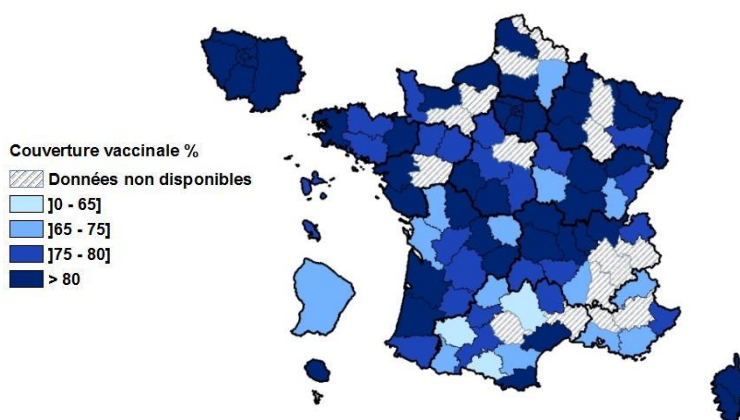
Les CV rougeole, oreillons, rubéole « 1 dose » et « 2 doses » chez les enfants âgés de 24 mois étaient en faible progression sur les 3 dernières années en Guyane, toutefois ces valeurs sont insuffisantes pour prévenir tout risque épidémique. Par ailleurs, elles demeurent inférieures à celles observées au niveau national.

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons, rubéole » à l'âge de 24 mois, Guyane, 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)
Guyane	83,2	69,3	88,6	70,4	90,0	74,3
France entière	90,6	76,8	90,5	78,8	90,3	80,1

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

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

En Guyane, quelle que soit la cohorte de naissance, les CV sont très faibles, comprises entre 5 et 13%.

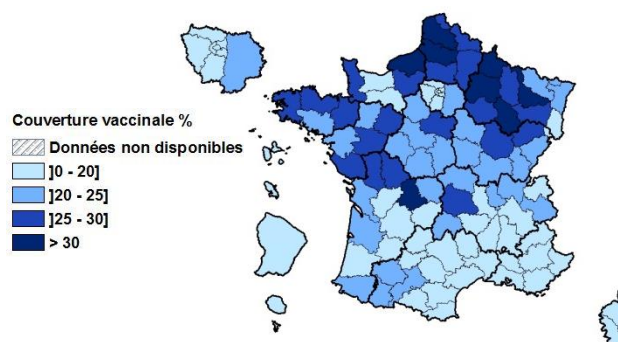
Couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains « schéma complet* à 16 ans », selon l'année de naissance, Guyane, cohortes 1999-2001

	nés en 1999	nés en 2000	nés en 2001
Guyane	4,8**	12,5	12,1
France entière	13,2	19,5	21,4

* Schéma à 3 doses ou simplifié à 2 doses selon l'année de naissance
 **En raison de la mauvaise qualité du codage, certains bénéficiaires des DOM n'ont pu être reliés à leur département de résidence, ces résultats ont donc été calculés sur un échantillon et sont considéré pour le moment comme provisoire.

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

Infections invasives à méningocoque C

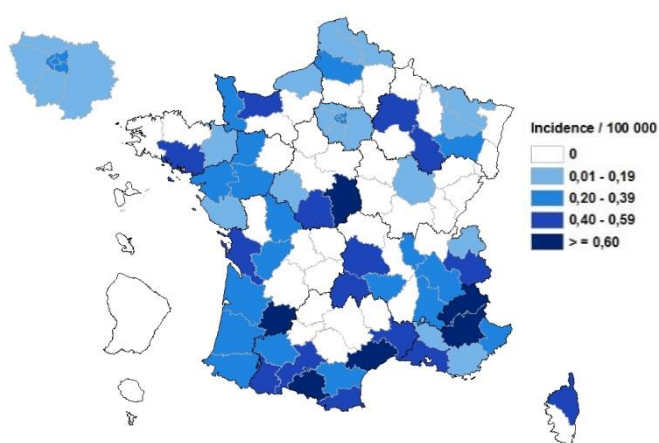
• Contexte épidémiologique

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.

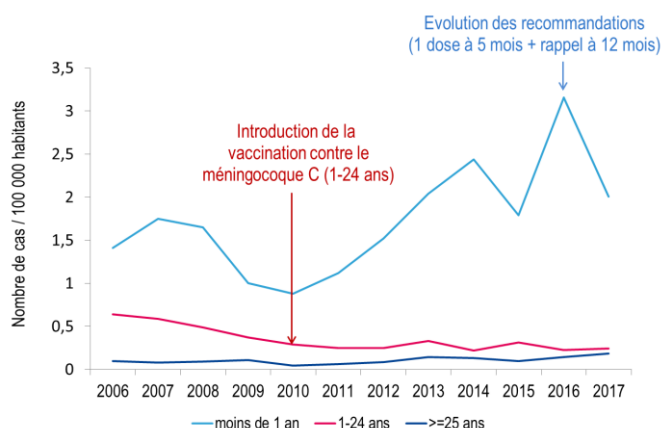
Entre 2011 et 2017, 342 cas d'IIM C à l'origine de 32 décès ont été déclarés chez des personnes ciblées par la vaccination mais non vaccinées. Ces décès auraient pu être évités. De même, une très grande partie des 506 cas et 75 décès survenus chez des personnes de moins de 1 an ou plus de 25 ans aurait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

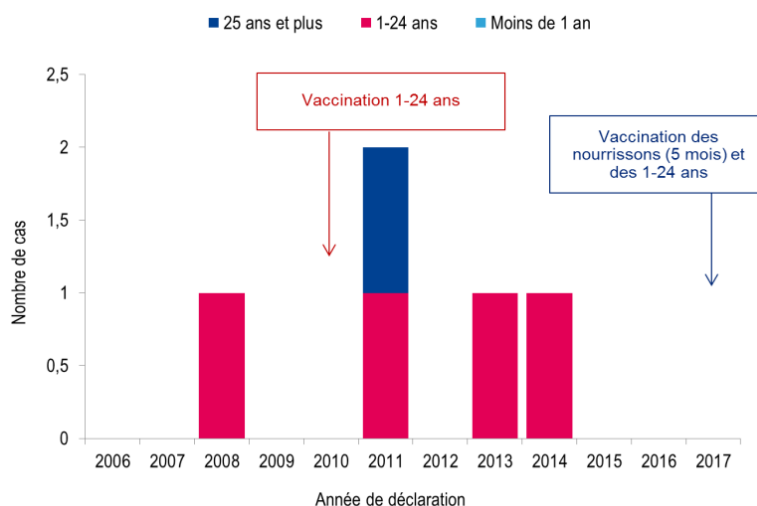


Source : SNDS/DCIR – Traitement Santé publique France

Guyane

En Guyane, seuls 5 cas d'IIM C ont été déclarés entre 2006 et 2016, avec au plus 2 cas notifiés en 2011.

Evolution du nombre de cas déclarés d'IIM C par classe d'âge, Guyane, 2006-2017



Source : Déclaration obligatoire – Santé publique France

• Couvertures vaccinales

Entre 2015 et 2017, les CV contre le méningocoque C ont augmenté dans toutes les tranches d'âge. Cependant les CV restent peu élevées. En 2017, les CV en Guyane atteignaient 27% à 2 ans, 31% chez les 2-4 ans, 26% chez les 5-9 ans, 20% chez les 10-14 ans et 14% chez les 15-19 ans. Ces valeurs sont insuffisantes pour garantir l'immunité de groupe nécessaire à la protection des plus jeunes.

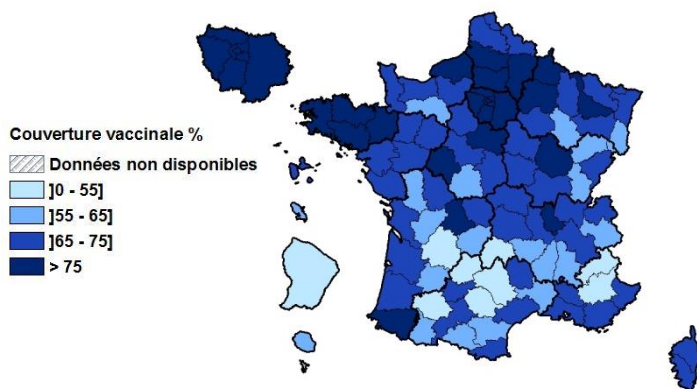
Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C » par tranche d'âge, 5 mois* – 19 ans, Guyane, 2015-2017

	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	
Guyane	4,8	13,3	22,6	27,3	10,9	23,3	30,5	11,8	20,7	25,7	10,2	16,6	20,0	11,6	11,8	14,1
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

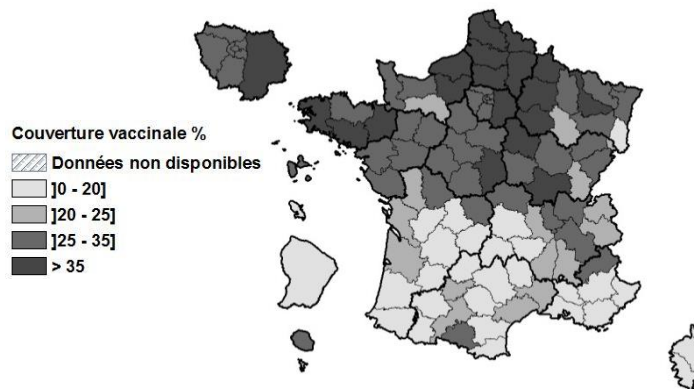
* Données disponibles chez les enfants nés entre janvier et mai 2017

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



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

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



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

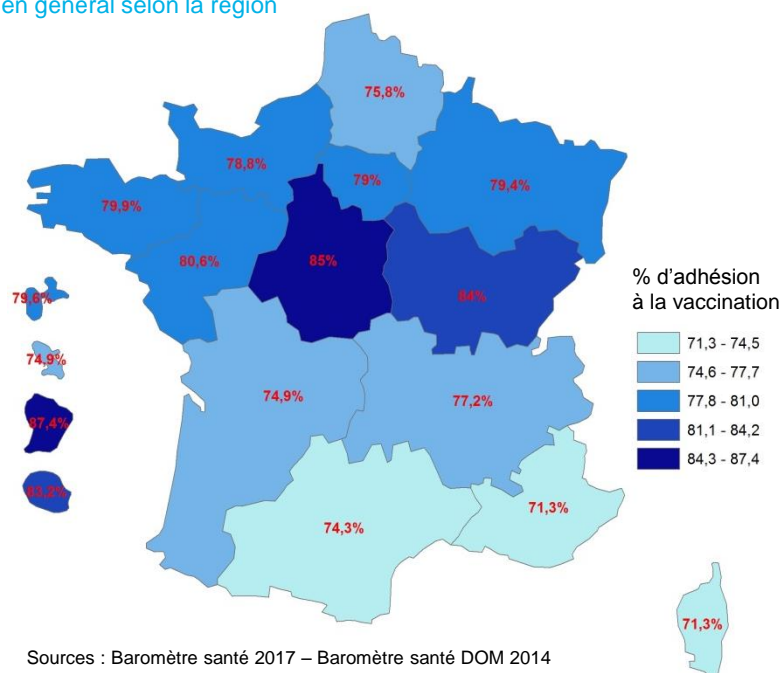
Les couvertures sont insuffisantes, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes, ne permettant pas d'obtenir une immunité de groupe suffisante pour protéger les personnes non vaccinées.

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.

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 déclarent 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. La Guyane est la région où celle-ci est la plus élevée avec 87,4% de personnes favorables à la vaccination en général.

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^{ème} 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

- Semaine de la vaccination : <http://www.semaine-vaccination.fr>
- Guthmann JP, Aït Belghiti F, Lévy-Bruhl D. Épidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(7):116-26
- Epidemiological update WHO/PAHO. Measle. 6 avril 2018 update : 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 C : <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 vaccinale : <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 Guyane tient à remercier les membres de la Collectivité Territoriale de Guyane travaillant activement à la remontée des données des certificats de santé.

Contact : Santé publique France, Cire Guyane : dire-guyane@santepubliquefrance.fr