



# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXXI, NUMÉRO 4 ► AOÛT 2009

- 1 Vaccination contre la grippe saisonnière au Guyana
- 1 Campagne pour éliminer la rubéole et renforcer l'élimination de la rougeole en Haïti
- 4 Cas présumés de rubéole avec résultats de laboratoire positifs, Guatemala, 2008
- 5 Immunisation des femmes enceintes contre le tétanos et la diphtérie au Guyana
- 7 Rougeole/Rubéole/SRC: classification finale, 2008

## Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière au Guyana

### Antécédents

Le Guyana a lancé une campagne de vaccination antigrippale du 18 juin au 30 juillet 2009. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a facilité la donation de 30 000 doses de vaccin contre la grippe saisonnière. Le vaccin est arrivé au Guyana le 15 juin 2009. Ce lot comprenait 5 000 doses pédiatriques et 25 000 doses de formulation pour l'hémisphère nord. La date d'expiration était le 31 juillet 2009. La campagne de vaccination du Guyana avait pour objectifs principaux de réduire les taux de morbidité et de mortalité dus à la grippe saisonnière et de tirer des leçons pour une vaccination potentielle massive contre la grippe A(H1N1). Cet article décrit plusieurs aspects de la campagne de vaccination contre la grippe.

### Préparatifs préalables à l'arrivée du vaccin

1. **Identification des personnes à risque élevé:** après avoir examiné les directives émises par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies des États-Unis (CDC), le Guyana a décidé que les groupes suivants seront vaccinés en priorité, compte tenu de la disponibilité limitée de stocks de vaccins:
  - Personnes à risque élevé: agents de santé, enfants de 6 mois à 5 ans et tout individu souffrant de comorbidité comme des maladies pulmonaires, des maladies cardiaques et le diabète.
  - Les personnes employées pour des activités essentielles en matière de service public comme les forces armées et de police.
- Le département de santé maternelle et infantile (SMI) a établi un chiffre de population cible de 29 804 après avoir identifié les personnes à risque élevé en contactant tous les hôpitaux publics et privés, les régions, les maisons de retraite, les orphelinats, les forces armées et de police.
2. **Ressources humaines:** la directrice du département de SMI a identifié 15 étudiants de soins infirmiers en dernière année qui travailleront sous la supervision directe du personnel infirmier régulier pour épauler les activités de vaccination. Un résumé analytique a été préparé en vue de fournir une formation aux vaccinateurs, étant donné que c'était la première fois qu'une campagne de vaccination antigrippale allait se dérouler au Guyana.
3. **Documentation et collecte de données:** un nouveau registre d'immunisation de la famille a été mis au point pour une meilleure tenue des dossiers.
4. **Enregistrement des vaccins:** le département de SMI est entré en contact avec les autorités chargées de la réglementation des médicaments pour obtenir l'autorisation d'utiliser les vaccins antigrippaux au Guyana, puisque ce vaccin était utilisé pour la première fois.

5. **Capacité de la chaîne du froid:** la capacité de la chaîne du froid a été évaluée et jugée adéquate. Les nouvelles installations de stockage en chambre froide ont été utilisées pour stocker tous les vaccins.

### Mise en œuvre de la campagne

La campagne a été lancée le 18 juin 2009.

1. **Stockage et distribution:** les vaccins ont été stockés dans la chambre froide nationale située à Georgetown. Le département de SMI a élaboré un plan de distribution pour assurer la disponibilité du vaccin dans toutes les régions du Guyana. Les travailleurs régionaux de la santé ont obtenu des vaccins en lots multiples lors de visites hebdomadaires à Georgetown.



Le docteur Ramsammy, Ministre de la Santé du Guyana, reçoit le vaccin contre la grippe saisonnière lors du premier jour de la campagne.

## Campagne nationale pour éliminer la rubéole et renforcer l'élimination de la rougeole en Haïti

Haïti a introduit le vaccin monovalent antirougeoleux dans son programme régulier en 1984 avec une dose unique pour les enfants âgés de neuf mois. Entre 1990 et 2007, le taux annuel de couverture vaccinale correspondant au vaccin antirougeoleux a oscillé entre 24 et 54%, atteignant un taux plafond de 85% en 1999.

Haïti est le seul pays de la Région sans programme de vaccination antirubéoleuse. La confirmation d'un cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC) en 2004 a attiré l'attention sur la sous-estimation du problème et des calculs du taux d'incidence ont montré que les chiffres des nouveaux cas de SRC dans le pays allaient de 1,63 à 4,40 pour 100 000 naissances vivantes par an. De surcroît, une surveillance renforcée et des diagnostics de laboratoire ont permis la confirmation par le laboratoire de 11 cas de rubéole dans le pays en 2006.

Une étude de séroprévalence menée sur 503 femmes enceintes en 2002 a montré que 95% des femmes âgées de plus de 20 ans avaient acquis une immunité naturelle à l'infection par la rubéole.<sup>(1)</sup> En 2007, le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) a décidé de lancer une campagne d'immunisation utilisant le vaccin antirougeoleux-antirubéoleux (RR) et, conformément à la résolution adoptée en 2003 par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), Haïti a rejoint le reste des États membres de l'OPS dans l'adoption de l'objectif d'élimination de la rubéole et du SCR d'ici 2010. La campagne comprenait un éventail de services destinés à améliorer la santé de la population haïtienne. De surcroît, le vaccin antirubéoleux

2. **Postes avancés:** des visites en poste avancé ont été effectuées pour vacciner les groupes à risque élevé. Des agents de santé se sont rendus dans les établissements pour personnes âgées, les orphelinats, les bâtiments des forces armées, les postes de police et les hôpitaux lors de la campagne.
3. **Collaboration avec d'autres départements et institutions:** le département de SMI, conjointement avec la représentation de l'OPS/OMS au Guyana, a collaboré de manière fructueuse avec les principales institutions gouvernementales et privées, notamment les forces armées, la police, le département des services sociaux, les banques de sang et les établissements de santé privés. Une liste des établissements pour personnes âgées avait été obtenue du département des services sociaux.
4. **Contrôle et surveillance:** chaque semaine, des agents de santé régionaux ont rapporté le nombre de personnes vaccinées dans leurs régions respectives. Le département de SMI et l'équipe de l'OPS ont examiné les rapports hebdomadaires en vue de décider de la marche à suivre. Le rapport sur les événements supposément attribuables à la vaccination ou l'immunisation (ESAVI) a été mis en relief durant les premières séances d'information, de sorte que tous les événements devant être rapportés soient dûment enregistrés. Un seul événement adverse a été rapporté durant la campagne de vaccination.
5. **Description des bénéficiaires du vaccin:** d'un total de 29 253 bénéficiaires du vaccin, 4 675 (16%) étaient originaires de l'arrière-pays. La Région 4, dont la densité démographique était la plus élevée, comptait le plus grand nombre de bénéficiaires (9 668, 33%). Un autre groupe de 2 847 personnes a été vacciné dans les maisons de retraite, les orphelinats ou parmi les autres groupes à risque élevé.

Le tableau 1 comprend le nombre total de personnes

**Tableau 1. Personnes vaccinées durant les activités de vaccination, Guyana, 2009**

Lieu	Nombre de personnes vaccinées
Régions	24 293
Hôpitaux privés et forces armées	2 113
Maisons de retraite et lieux de travail	2 847
Total	29 253

vaccinées durant les activités en poste avancé dans la région de Georgetown, en sus des personnes vaccinées dans toutes les régions. Un total de 4 960 (17%) personnes a été vacciné au cours de visites en poste avancé dans les établissements de santé, les maisons de retraite, les orphelinats, les postes de police et les établissements des forces armées dans la région de Georgetown.

### Leçons apprises

Ci-après sont reproduites quelques-unes des plus importantes leçons à tirer de la campagne massive de vaccination au Guyana:

**Contrôle:** des réunions hebdomadaires de contrôle qui incluaient un examen du nombre de personnes vaccinées dans chaque région, ont aidé le département de SMI et l'OPS à recenser immédiatement les problèmes et à introduire les modifications nécessaires à la stratégie appliquée durant la campagne. Le leadership a établi des objectifs spécifiques et mesurables. Cette approche s'est révélée très utile pour assurer une mise en œuvre efficace et un contrôle hebdomadaire performants durant la campagne.

**Capacité de gestion de l'augmentation de la demande:** les étudiants en soins infirmiers et en médecine peuvent jouer un rôle vital en satisfaisant aux besoins en matière de personnel supplémentaire. Ils peuvent contribuer aux campagnes de vaccination et s'avérer utiles pour répondre aux situations d'urgence de santé publique.

**Évaluation:** l'évaluation doit faire partie du processus initial de planification. Il faut identifier les données requises pour l'évaluation et les transmettre aux agents de santé avant la mise en œuvre de la campagne.

**Concentration sur les groupes à risque élevé:** il faut élaborer et mettre en œuvre des politiques permettant de garantir la vaccination prioritaire des groupes à risque élevé. De même, une stratégie de communication bien conçue doit être développée pour minimiser malentendus et frustrations parmi les personnes à risque faible qui pourraient ne pas pouvoir être vaccinées.

### Conclusions

Globalement la campagne de vaccination anti-grippale menée au Guyana a été couronnée de succès car le pays a été en mesure d'organiser des campagnes massives de vaccination pour immuniser un large groupe de personnes durant une brève période de temps. Le département de SMI a pu gérer l'augmentation de la demande et collaborer avec les partenaires pertinents. Les leçons tirées devront grandement aider les autorités nationales à améliorer la planification et la mise en œuvre des prochaines campagnes de vaccination. ■

**Contribution du** Dr Janice Woolford, Département de Santé maternelle et infantile du Ministère de la Santé du Guyana et du Dr Shrey Desai de l'OPS/OMS Guyana.

### HAÏTI suite de la page 1

a été graduellement introduit dans le programme régulier, suite à la mise en œuvre de la campagne, à la lumière de la stratégie recommandée par l'OPS.

La campagne nationale visant à éliminer la rubéole s'est déroulée en fonction d'une stratégie de campagne par "étape". Compte tenu d'un manque de personnel de supervision et d'agents de santé communautaire, cette stratégie a été retenue par le MSPP pour assurer l'aboutissement d'interventions de vaccination de haute qualité dans un département particulier avant de passer au prochain. La campagne visait les groupes d'âge de 1 à 19 ans, soit 1 041 384 enfants de 1 à 4 ans et 3 502 836 enfants et adolescents de 5 à 19 ans (total = 4 544 220). En outre, les populations ciblées choisies pour des interventions préventives et intégrées étaient les suivantes: vaccin

oral contre la polio, 1 325 397 enfants de moins de 5 ans; vaccin contre la diphtérie et le tétanos (Td), 705 819 femmes en âge de procréer (15-49 ans); suppléments de vitamine A, 1 041 384 enfants de 1 à 4 ans; et traitement par l'albendazole, 2 970 038 enfants dans les jardins d'enfants et les écoles primaires.

La décision de lancer une campagne nationale de vaccination contre la rubéole a fait d'Haïti l'un des derniers pays de la Région à mettre en œuvre des interventions visant à éliminer la rubéole et le SRC et à maintenir l'élimination de la rougeole.

### Objectifs de la campagne

Haïti a lancé la campagne de vaccination la plus ambitieuse de son histoire, visant plus de 4,5 millions d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes âgés de 1 à 19 ans, ainsi que des femmes en âge de procréer

dans les régions urbaines, représentant 50% de la population du pays.

La campagne a eu pour principaux objectifs de renforcer les efforts d'élimination de la rougeole et de réduire le risque des importations vers le pays, ainsi que d'adopter les premières mesures d'élimination de la rubéole et du SRC.

Les objectifs secondaires, tels que décrits par le plan national pour la campagne de vaccination, étaient de renforcer l'immunisation contre la polio pour prévenir la réintroduction de la maladie ou d'un poliovirus dérivé du vaccin, de servir de catalyseur pour l'éradication du tétanos néonatal et de remédier aux carences en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans, tout en luttant contre les parasites intestinaux chez les enfants d'âge scolaire.

Plusieurs facteurs ont été retenus pour justifier la campagne, à savoir une faible couverture vaccinale contre la rougeole (57%-66% entre 2004 et 2006<sup>1</sup>) et l'accumulation de personnes susceptibles, le risque continu d'importations dues à la nature transitoire de la population haïtienne et aux visiteurs étrangers dans le pays et, enfin, un système inadéquat de surveillance des maladies d'éruption fébrile.

### Mise en œuvre de la campagne

Les efforts de collaboration entre les fonctionnaires gouvernementaux de haut niveau, les partenaires clés, les agents de santé communautaire et les organisations non gouvernementales ont joué un rôle capital pour assurer l'aboutissement de la campagne de vaccination à l'échelle du pays. Les stratégies ci-après ont été utilisées:

- obtention de l'engagement des plus hautes autorités dès le lancement de la campagne, notamment leur participation active à l'événement lançant la campagne, pour souligner que la campagne était une priorité nationale,
- mobilisation de ressources provenant de plusieurs partenaires stratégiques pour couvrir les coûts opérationnels et ceux correspondant à l'achat des fournitures,
- mise en œuvre d'une campagne pilote en vue de préparer la campagne nationale intégrée et de tirer des leçons essentielles à l'amélioration des stratégies de vaccination actuelles,
- formation approfondie des agents de santé et adaptation de la formation et du matériel d'instruction pour assurer la cohérence de la méthodologie de mise en œuvre de la campagne dans un contexte culturellement approprié et simplifié,
- réalisation d'activités de micro-planification à l'échelle locale pour garantir aux régions reculées et aux populations vulnérables l'accès aux activités de la campagne de manière organisée,
- tenue de réunions périodiques de supervision pour effectuer les ajustements nécessaires avant et durant la campagne pour assurer la réalisation de l'objectif fixé par la campagne,
- mise à disposition d'une enveloppe de services pour mettre à profit les possibilités de vaccination et atteindre plus de la moitié de la population du pays au moyen d'interventions préventives et
- recrutement de volontaires de plusieurs organisations pour remédier à la pénurie de ressources humaines.

La campagne pilote s'est déroulée de mai à juin 2007 et la cérémonie de lancement a coïncidé avec la Semaine de la Vaccination aux Amériques. La stratégie de campagne par "étape" a été mise en œuvre au cours de différentes phases, ciblant des blocs de départements (sections), en vue de couvrir le pays tout entier (Aire métropolitaine, 10 départements

1 Rapports de couverture pour le vaccin antirougeoleux chez les enfants âgés de moins d'un an.

Figure 1. Campagne nationale pour l'élimination de la rubéole: stratégie de campagne par étapes, Haïti, 2007-2008

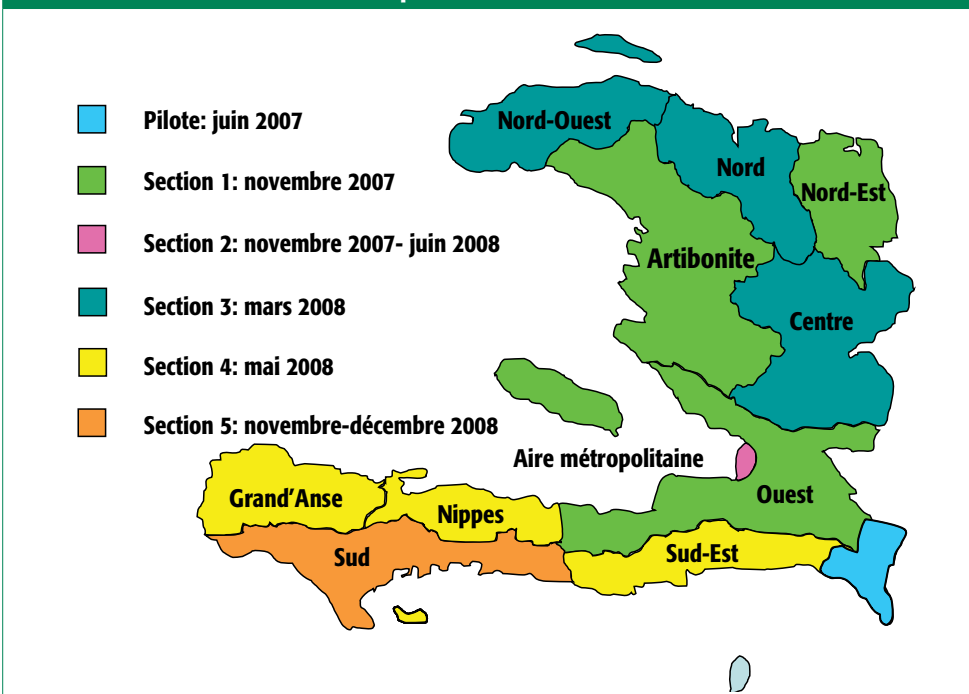
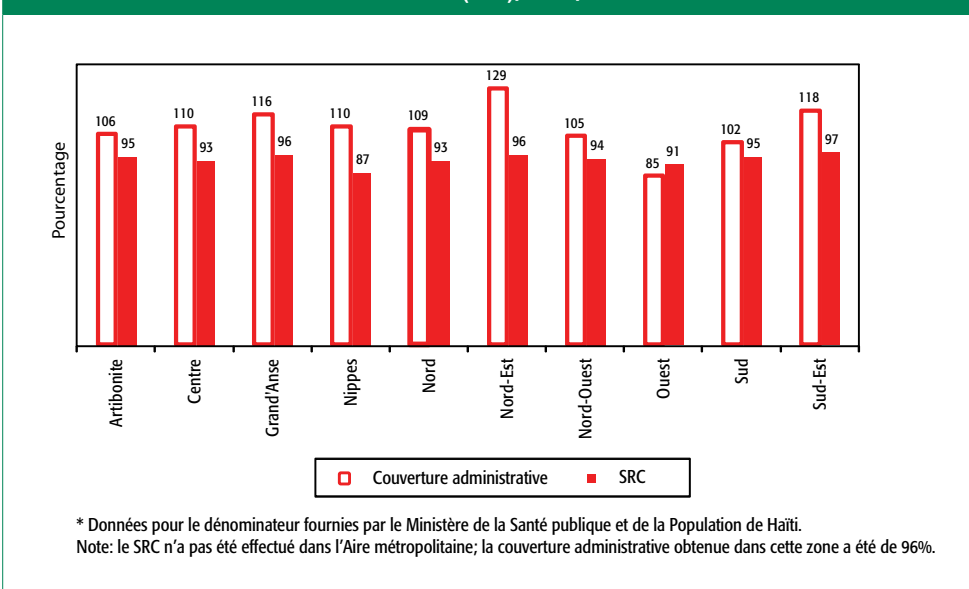


Figure 2. Couverture administrative\* et pourcentage de vaccinés selon les suivis rapides de la couverture (SRC), Haïti, 2007-2008



et 133 municipalités). Les stratégies choisies pour la fourniture de services incluaient la vaccination de populations captives (dans les écoles, les institutions, les établissements commerciaux et les établissements de santé), la vaccination dans des lieux fixes et la vaccination porte-à-porte.

Avec le slogan créole, *Ann Al Vaksinen* ("Allons nous faire vacciner"), la campagne nationale a été lancée le 5 novembre 2007 et les activités initiales de vaccination se sont focalisées sur la première section (Départements de l'Artibonite, Nord-Est et

Ouest). Plus tard ce même mois, des activités ont visé la deuxième section (Aire métropolitaine) et, en mars 2008, les activités se sont poursuivies dans la troisième section (Départements Nord-Ouest, Nord et Centre). Des activités de la campagne ont été menées dans la quatrième section (Départements de la Grand'Anse, Nippes et Sud-Est), ainsi que dans la cinquième section (Département Sud) en mai et en novembre 2008, respectivement (figure 1).

Plusieurs défis se sont présentés qui ont été surmontés lors des étapes de planification, d'exécution et



d'évaluation de la campagne, notamment les préoccupations initiales et un engagement prolongé insuffisant du MSPP sur la base de l'hypothèse que les activités de la campagne se feraient au détriment du programme ordinaire du PEV, des restrictions opérationnelles qui exigeaient des efforts constants de mobilisation de ressources, une pénurie de personnel qualifié à l'échelle nationale pour mener les activités de supervision, une population ciblée non traditionnelle qui devait être gérée au moyen d'efforts innovateurs de mobilisation sociale, ainsi que des urgences inattendues de nature sociopolitique et climatique qui se sont produites durant la campagne.

## Résultats de la campagne

La campagne pilote a pu atteindre plus de 99 000 enfants et adolescents parmi la population ciblée avec le vaccin RR dans cinq municipalités rurales et une région urbaine. La couverture a atteint 94%, comme le suggèrent les résultats du suivi rapide de la couverture (SRC). Le succès de cette campagne pilote a clairement démontré la demande en matière de vaccination et autres interventions de santé provenant d'une population cible qui n'est généralement pas bénéficiaire des services de vaccination. Elle a aussi permis au pays d'avancer sur la voie du processus d'organisation et de planification d'une campagne nationale.

La campagne par "étape" qui a pris fin en novembre 2008, une année après son lancement, n'a pas progressé aussi rapidement que prévu initialement, en raison de circonstances inattendues telles que la pénurie de nourriture et le report des activités à cause des examens de fin d'année. En dépit de ces contretemps, la campagne a atteint une couverture administrative de 103% (80% de couverture parmi la population âgée de 1 à 4 ans et 110% de couverture parmi la population âgée de 5 à 19 ans) avec le vaccin RR, en parvenant à vacciner un total de 4 676 353 personnes. La couverture par département a été de 85% (Ouest) à 129% (Nord-Est) et neuf des départements et l'Aire métropolitaine ont atteint 95% de

couverture administrative (le Département Ouest a atteint 85% de couverture). À l'échelle municipale, 77% (n=102) des municipalités ont rapporté plus de 95% de couverture et 92% (n=122) ont rapporté 80% de couverture.

Le SRC a été mis en œuvre pendant et après l'exécution de la campagne pour fournir aux agents de santé et aux superviseurs un tableau rapide du stade d'achèvement des activités de vaccination et pour assurer une couverture homogène et élevée, même dans les municipalités dont les résultats étaient très médiocres. Comme le suggère le SRC, la couverture vaccinale a atteint 93% à l'échelle nationale: 91% parmi le groupe d'âge de 1 à 4 ans et 95% parmi le groupe d'âge de 5 à 19 ans (figure 2). Les écarts entre la couverture administrative et les évaluations du SRC peuvent être expliqués par un comptage ou un rapport incomplet du nombre de doses administrés et des données périmées de recensement, ainsi que par la vaccination de personnes en dehors du groupe d'âge ciblé.

La campagne a porté fruit grâce aux efforts de collaboration fournis par environ 20 000 agents de santé (comprenant 4 400 équipes de vaccination, des superviseurs nationaux, départementaux et locaux, des chefs d'institution et des coordinateurs de campagne) et plus de 18 000 bénévoles. Les services ont été administrés dans plus de 10 000 postes de vaccination, dont plus de 5 000 étaient situées dans des régions d'accès difficile.

La couverture administrative pour les interventions préventives intégrées a été de 76% pour le vaccin oral contre la polio, de 78% pour le vaccin Td et de 53% pour le traitement à l'albendazole.

Le coût total de la campagne nationale a été de US \$9,5 million. Ce montant, comprenant une enveloppe d'interventions intégrées à la vaccination contre la rougeole et la rubéole, équivaut à \$2,00 par personne. Plus de \$6 millions du budget ont été affectés à l'acquisition de vaccins RR et le reste a couvert les coûts opérationnels. Les partenaires stratégiques, notamment l'OPS/OMS, l'UNICEF, plu-

sieurs institutions du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales, ont fourni une aide précieuse pour remédier aux déficits budgétaires.

## Considérations finales

Le succès de la campagne nationale d'élimination de la rubéole et du SRC en Haïti marque le chapitre final de la mise en œuvre des interventions visant à éliminer la rubéole dans la Région des Amériques. En vue d'en vérifier le niveau de réussite et d'obtenir une couverture élevée et homogène, la réalisation d'un sondage national de couverture a débuté en avril 2009. En plus des progrès enregistrés concernant l'élimination de la rubéole et le maintien de l'élimination de la rougeole, la campagne intégrée a encouragé la culture de la prévention en atteignant plus de la moitié de la population grâce à des services de santé préventive.

La campagne en Haïti a également renforcé la vaccination systématique par la formation du personnel aux pratiques visant la sécurité des injections, à la gestion des déchets, à la chaîne du froid et à la surveillance des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI). La campagne a aussi permis d'étudier des stratégies innovatrices de mobilisation sociale pour incorporer des groupes d'adolescents et de jeunes adultes qui se révéleront utiles lors de l'introduction de nouveaux vaccins, de recourir à des activités de micro-planification pour la vaccination en poste avancé à l'intention des populations vulnérables et de reconnaître et surmonter les menaces à la chaîne du froid pour garantir la qualité et la sécurité des prochains vaccins administrés au travers du programme systématique. ■

### Référence:

1. Desinor OY, Anselme RJP, Laender F, Saint-Louis C, Bien-Aimé JE. Seroprevalence of antibodies against rubella virus in pregnant women in Haïti. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15(3):147-50.

## Cas présumés de rubéole avec résultats positifs de laboratoire, Guatemala, 2008

En 2008, huit des 313 cas rapportés au système de surveillance de la rougeole/rubéole ont révélé la présence d'anticorps IgM de la rubéole. Ces cas ont été dépistés dans cinq régions de santé: Guatemala Central, Guatemala Nororient, Escuintla, El Quiché et Petén Sur Oriente. Une enquête approfondie a été menée pour classer ces cas, avec visite au foyer, un suivi des contacts, une analyse de la couverture vaccinale dans la zone et des recherches actives de cas dans les centres de santé et au sein de la communauté.

Cet article vise à décrire les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des cas présumés qui se sont révélés positifs aux IgM, ainsi que les activités de recherche active de cas menées, à évaluer les activités de suivi comprises dans les protocoles nationaux de gestion des cas présumés de rougeole/rubéole et leur mise en œuvre, à évaluer la sensibilité du système de surveillance pour détecter les cas présumés de rougeole et de rubéole dans les régions de santé affectées et à comparer les résultats obtenus au Laboratoire national de santé du Guatemala avec

ceux du Laboratoire de référence au Panama (*Laboratorio Conmemorativo Gorgas*).

## Méthodes

Un examen de toutes les données disponibles, notamment les entrevues au foyer, l'évaluation clinique, les résultats de laboratoire, l'analyse de la couverture vaccinale dans les régions affectées, la révision du diagnostic dans les registres cliniques à Escuintla et Petén Sur Oriente et des entrevues avec les dirigeants communautaires, les maîtres d'écoles, les employés des centres de soins pour enfants, les dirigeants d'église et les organisations non gouvernementales.

**Tableau 1: Cas présumés de rubéole saisis dans le système de surveillance épidémiologique, avec résultats de laboratoire positifs, Guatemala, 2008**

Cas	Région de santé	Âge	N° de doses de vaccin	Date de la dernière dose	Date du début de l'éruption	Date de la prise de sang et résultat des IgM				Résultat des IgM de rougeole	Résultat des IgM de rubéole	Résultat des IgM de la dengue	Diagnostic final
						Première		Seconde					
1*	Escuintla	15 ans	2	NA	3 mars 08	7 mars 08	positif			négatif	positif		varicelle
2*	Escuintla	12 ans	1	16 avril 07	25 mars 08	28 mars 08	positif	15 avril 08	positif	négatif	positif	négatif	inconnu
3*	Escuintla	9 ans	2	22 mai 00	9 juin 08	12 juin 08	positif			négatif	positif	positif	dengue
4	Guatemala Centro	1 an	1	10 juillet 08	4 septembre 08	8 septembre 08	positif			équivoque	positif		inconnu
5	Quiché	2 ans	1	2 avril 08	13 août 08	18 août 08	positif			négatif	positif		varicelle
6	Quiché	1 an	2	19 août 08	22 septembre 08	23 septembre 08	positif			négatif	positif	négatif	inconnu
7	Petén	31 ans	1	15 mars 07	21 septembre 08	20 septembre 08	positif	29 septembre 08	positif	négatif	positif	négatif	inconnu
8	Guatemala Nororientale	13 ans	1	1 août 07	17 octobre 08	28 octobre 08	positif			négatif	positif	positif	dengue

\* également avec résultats positifs aux IgM au Laboratoire Gorgas au Panama.

■ pas d'échantillon prélevé.

## Résultats

Cinq des 29 régions de santé du pays ont rapporté huit cas ayant des résultats de laboratoire positifs (IgG et IgM). Des spécimens de trois de ces huit cas ont été examinés au Laboratoire de référence au Panama et ont produit les mêmes résultats. Les caractéristiques cliniques des huit cas n'étaient pas compatibles avec la rubéole; deux cas ont montré des preuves cliniques de varicelle. Les huit sujets ont tous rapporté avoir reçu au moins un vaccin antirougeoleux/antirubéoleux; sept d'entre eux ont fourni une preuve écrite de vaccination: quatre d'entre eux avaient reçu une dose et trois en avaient reçu deux. Deux cas ont eu des résultats positifs pour les IgM de la dengue. Aucun autre cas n'a été identifié dans les communautés où les sujets vivaient et/ou ils travaillaient ou étudiaient. Lors des recherches actives de cas menées à Escuintla et Petén Sur Oriente, 24 207 diagnostics ont été examinés et 60 (0,25%) d'entre eux ont été conformes à la définition de cas. Quarante-sept de ces cas (78,3%) ont été détectés grâce au système de surveillance: 42 des 55 (76,4%) cas présumés d'Escuintla et les 5 cas de Petén Sur Oriente. Après l'enquête, tous les cas ont été écartés. Deux cas ont reçu un diagnostic de varicelle, deux ont reçu un diagnostic de dengue et le diagnostic n'a pas pu être défini dans quatre cas (tableau 1).

## Conclusions

Les derniers cas de rougeole rapportés au Guatemala remontent à 1998. Le dernier cas de rubéole

a été enregistré durant la semaine épidémiologique 30 de 2006, avant la fin de la campagne nationale de vaccination en 2006 qui visait les adolescents et les adultes. Lors de la période de post-élimination, la prise en charge de cas positifs aux IgM crée des enjeux de plus en plus importants. En 2008, six des huit cas de rubéole positifs aux IgM peuvent être considérés comme des faux positifs. Pour quatre des cas, il n'a pas été possible de déterminer le diagnostic; cependant, les données cliniques et épidémiologiques disponibles suggèrent qu'il ne s'agissait pas de cas de rubéole. Deux de ces cas avaient été récemment vaccinés mais pas dans le délai de 14 jours précédant le diagnostic. Ils ne correspondaient donc pas aux termes de la définition de réaction vaccinale. Les résultats de la recherche rétrospective de cas indiquent que la plupart des cas, mais pas tous, correspondant à la définition de cas de rubéole/rougeole ont été détectés par le système. Suite à ces expériences, le pays a formulé plusieurs recommandations visant à renforcer la surveillance de la rougeole/rubéole. Au nombre de ces recommandations figurent le suivi rapproché des indicateurs de surveillance, des recherches actives de cas périodiques, le renforcement de la collaboration entre le service d'épidémiologie et le laboratoire de santé nationale, pour garantir la disponibilité du matériel destiné au dépistage du virus, l'expédition opportune de spécimens au laboratoire de référence, la collecte d'un deuxième échantillon lorsque cela s'avère approprié et une meilleure utilisation des tests complémentaires de diagnostic, et le maintien de la collabora-

tion avec l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) aux fins de conseil technique.

## Note de la rédaction

Le Réseau de Laboratoire de Rougeole/Rubéole a tenu une réunion au Costa Rica le 23 août 2009. Le sujet des résultats sporadiques positifs aux IgM a fait l'objet d'amples discussions. Plusieurs recommandations ont été formulées et plus tard appuyées par le Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination (GCT). Les recommandations relatives à l'expérience du Guatemala décrite ici sont les suivantes: 1) les équipes de laboratoire et d'épidémiologie de chaque pays doivent utiliser les directives spécifiques émises par l'OPS pour les tests permettant la classification des cas sporadiques de rougeole et de rubéole, selon leurs besoins, et 2) les cas de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale ne doivent être classifiés qu'après examen par les équipes de laboratoire et d'épidémiologie de tous les résultats de laboratoire et de toutes les données épidémiologiques. ■

**Contribution des** Dr Coralia Mercedes Cajas et Dr Betty Gordillo (Département d'épidémiologie, Ministère de la Santé), Dr Laura Figueroa et Dr Aura Galicia (Région de santé Escuintla, MS), Dr Jorge Luis Suárez et Dr Gloria Ovando (Région de santé Petén Sur Oriente, MS), Yolanda Mencos (Équipe des maladies évitables par la vaccination, Laboratoire National de Santé, MS) et Dr Rodrigo Rodríguez, OPS/Guatemala.

## Immunisation des femmes enceintes contre le tétanos et la diphtérie au Guyana

La prévention du tétanos néonatal (TNN) revêt une haute priorité au Guyana. Durant les 10 dernières années, le pays n'a rapporté aucun cas de TNN. Ce succès a pu être obtenu grâce à l'accent mis sur la prévention du TNN, notamment l'enregistrement adéquat de la couverture contre le tétanos et la diphtérie (Td) parmi les femmes enceintes. Lors de l'évaluation de la vaccination, les agents de santé doivent vérifier si une femme enceinte a reçu dans

son enfance la primovaccination en trois doses du vaccin DTC et deux doses de rappel.

Le calendrier d'immunisation des enfants au Guyana comprend actuellement l'administration du vaccin antitétanique aux âges suivants : 2, 4, 6 mois; 18 mois; 3 ans et 9 mois. La population ciblée chaque année pour la prévention du TNN comprend toutes les femmes enceintes lors de cette année-là.

Lors du premier contact d'une femme enceinte avec un établissement de santé, le personnel de santé cherche à obtenir des renseignements sur ses antécédents de vaccination et examine ses cartes ou carnets de vaccination pour déterminer le nombre de doses de Td requis. Une femme enceinte est considérée comme étant complètement protégée contre le tétanos après avoir reçu 6 doses de vaccin antitétanique, la dernière dose ayant été administrée durant l'adolescence.

Les scénarios suivants sont utilisés pour déterminer le nombre de doses de vaccins antitétaniques devant

Tableau 1. Couverture du Td parmi les femmes enceintes, janvier-décembre 2007

Région	Cible	Immuniée de manière adéquate	Totalemment immunisée pour cette grossesse				Totalemment immunisée avant cette grossesse	Total totalemment immunisée f= b+c+d+e	% couverture Td pour les femmes enceintes = f/ciblex100
		a (1 <sup>e</sup> dose)	b (2 <sup>e</sup> dose)	c (3 <sup>e</sup> dose)	d (4 <sup>e</sup> dose)	e			
Région 1	876	119	112	88	62	495	757	86.4%	
Région 2	1 036	84	8	5	8	931	952	91.9%	
Région 3	1 077	0	0	0	0	1 077	1 077	100%	
Région 4 (Georgetown)	1 299	33	61	200	356	649	1 266	97.5%	
Région 4 (E.C.D.)	1 290	14	48	112	229	887	1 290	100%	
Région 4 (E.B.D.)	1 144	48	160	165	225	539	1 137	99.0%	
Région 4 (Municipalité)	927	0	11	41	532	342	926	99.9%	
Région 5	952	0	0	0	12	814	826	86.8%	
Région 6	2 144	0	1	5	100	2 038	2 144	100%	
Région 7	632	0	0	0	0	514	514	81.3%	
Région 8	513	66	98	89	125	135	513	100%	
Région 9	773	9	0	0	67	697	764	98.8%	
Région 10	956	41	23	66	186	640	956	100%	
Secteur privé									
Total	13 619	414	522	771	1 902	9 758	13 122	96.4%	

être administré aux femmes enceintes lorsqu'elles se rendent dans un établissement de santé:

- Si une femme enceinte n'a reçu que 3 doses de DTC (primovaccination) dans son enfance, elle aura besoin:
  - d'une dose de Td à la première visite,
  - d'une autre dose de Td 4 semaines plus tard pour être complètement immunisée pour cette grossesse et
  - d'une dose supplémentaire de Td au moins 1 an plus tard pour être complètement immunisée lors de sa vie reproductive.
- Si une femme enceinte a reçu 4 doses de DTC dans son enfance, elle aura besoin:
  - d'une dose de Td à cette visite pour être complètement immunisée pour cette grossesse et
  - d'une dose supplémentaire de Td au moins 1 an plus tard pour être complètement immunisée lors de sa vie reproductive.
- Si une femme enceinte a reçu 3 doses de DTC dans son enfance et une dose de Td ou une dose de DT plus tard, elle sera immunisée de la même façon qu'une femme ayant reçu 4 doses de DTC.
- Si une femme enceinte a reçu 4 doses de DTC dans son enfance et une dose de Td plus tard, elle aura besoin:
  - d'une dose de Td lors du contact présent

pour être complètement immunisée durant sa grossesse. À ce stade, elle est considérée comme étant complètement immunisée pour toute sa vie reproductrice et n'aura PAS besoin de doses supplémentaires de Td.

- Si, préalablement à sa grossesse, une femme enceinte a reçu 4 doses de DTC et 2 doses de rappel (Td), elle est complètement immunisée et n'a pas besoin de dose supplémentaire pour cette grossesse ou à l'avenir.

Le tableau 1 montre comment la couverture de Td parmi les femmes enceintes est calculée dans une

situation hypothétique. Un tel contrôle de la vaccination contre le Td permet d'empêcher que les femmes enceintes soient inutilement vaccinées à nouveau.

Si une femme enceinte se rend dans un établissement de santé pour la première fois et s'il ne s'agit PAS de sa première grossesse, son statut vaccinal doit être examiné à la lumière des directives en vue d'assurer qu'elle a été vaccinée de manière adéquate. Les agents de santé déploient généralement tous leurs efforts pour compléter le calendrier de vaccination après la grossesse.

Voir GUYANA page 8

Tableau 2. Directives de l'OMS concernant le Td à l'intention des femmes en âge de procréer et des adultes qui n'ont JAMAIS été vaccinés

Dose	QUAND ADMINISTRER	Durée anticipée de la protection
Td 1	Au premier contact ou aussitôt que possible durant la grossesse	Aucune
Td 2	Au moins 4 semaines après le Td 1	1-3 ans
Td 3	Au moins 6 mois après le Td 2	5 ans
Td 4	Au moins un an après le Td 3 ou durant la grossesse suivante	10 ans
Td 5	Au moins 1 an après le Td 4 ou durant la grossesse suivante	Toutes la vie reproductive

Adapté de Organisation mondiale de la Santé : Politique d'immunisation. WHO/EPI/GEN 95.03 Rev. 1.

## Rougeole/Rubéole/SRC: classification finale, 2008

Pays	Total des cas présumés de rougeole/rubéole notifiés	Rougeole confirmée*			Rubéole confirmée			Cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC)	
		Clinique-ment	Laboratoire	Total	Clinique-ment	Labora-toire	Total	Présumé	Confirmé
Anguilla	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antilles néerlandaises	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argentine	3194	0	1	1	0	2126	2126	0	1
Aruba	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélice	71	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermude	1	0	0	0	0	1	1	...	...
Bolivie	459	0	0	0	0	0	0	...	...
Brésil	24247	0	0	0	213	1988	2201	264	35
Canada	...	0	62	62	0	5	5	...	...
Chili	348	0	0	0	...	...	14	188	3
Colombie	2132	0	0	0	0	0	0	243	0
Costa Rica	80	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba	815	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	130	0	0	0	0	0	0	87	0
Équateur	601	0	1	1	0	0	0	2	0
États-Unis	...	0	140	140	0	17	17	0	2
Grenade	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	313	0	0	0	0	0	0	9	0
Guyana	55	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyane française	14	0	0	0	0	1	1	...	...
Haïti	8	0	0	0	0	0	0	1	0
Honduras	219	0	0	0	0	0	0	28	0
Îles Caïman	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Turques et Caïques	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Vierges (EUA)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Vierges (RU)	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaïque	642	0	2	2	0	0	0	0	0
Martinique	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mexique	5704	0	0	0	0	46	46	...	1
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	120	0	0	0	0	0	0	0	...
Panama	111	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	274	0	0	0	0	0	0	3	0
Pérou	1288	0	1	1	0	0	0	772	0
Porto Rico	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	129	0	0	0	0	0	0	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-et-Grenadines	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sainte-Lucie	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	7	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinité-et-Tobago	54	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	4	0	0	0	0	0	0	...	...
Venezuela	1441	0	0	0	0	0	0	...	...
<b>TOTAL</b>	<b>42480</b>	<b>0</b>	<b>207</b>	<b>207</b>	<b>213</b>	<b>4184</b>	<b>4412</b>	<b>1597</b>	<b>42</b>

... non disponible \* cas lié à une importation

Source: MESS et rapports des pays au travers du Formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF (JRF), 2008.

Mis à jour: 7 décembre 2009



GUYANA suite de la page 6

Les Directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) figurant au tableau 2 sont utilisées pour les

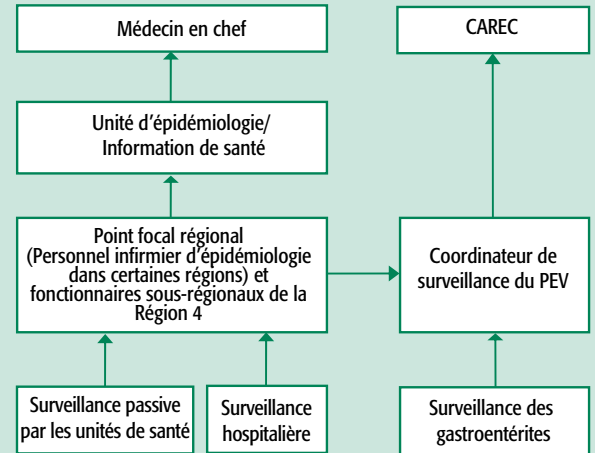
personnes n'ayant jamais été vaccinées. Après que le Guyana a commencé à utiliser ces directives, le taux de couverture de Td chez les femmes enceintes

a augmenté de plus de 95% lors des cinq dernières années. Ces directives, y compris les scénarios, font maintenant partie du manuel du PEV du Guyana. ■

## Surveillance du tétanos et de la diphtérie au Guyana

En 1991, le Guyana a mis en place un système de surveillance des maladies évitables par la vaccination (MEV). Le tétanos et la diphtérie sont des maladies qui doivent être rapportées au Guyana. C'est à l'Unité d'épidémiologie du Département des maladies transmissibles qu'incombe la responsabilité première pour la surveillance. Il existe deux types de surveillance au Guyana: la surveillance systématique et les rapports du réseau sentinelle, avec 105 sites sentinelles de surveillance dans le pays. De surcroît, les agents de santé effectuent des visites hebdomadaires dans les foyers pour activement rechercher les cas de MEV. Les agents de santé du réseau sentinelle remplissent des formulaires de surveillance nationale et les acheminent aux bureaux régionaux chaque semaine. Les bureaux régionaux envoient des rapports hebdomadaires à l'Unité nationale d'épidémiologie pour l'analyse de données et pour assurer une réponse appropriée (figure 1). En plus des manifestations et symptômes des MEV, les agents de santé sont encouragés à se familiariser aussi avec celles et ceux du tétanos et de la diphtérie. Le Medex, ou agent principal de santé, déclenche une enquête lorsqu'un cas présumé se présente. Une récente évaluation du PEV a révélé que 80% des installations visitées disposent d'une personne responsable de la surveillance. Les échantillons sont généralement acheminés au Caribbean Epidemiology Center (CAREC) de l'OPS pour des recherches supplémentaires. Un laboratoire national de recherche en santé publique nouvellement construit permettra bientôt l'enquête sur la majorité des échantillons. Le principal enjeu qui se pose pour la surveillance au Guyana consiste à assurer la réception opportune des rapports de surveillance provenant des régions de l'intérieur.

Figure 1. Flux des données de surveillance au Guyana



Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol et français par l'Unité d'immunisation de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la Région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la Région est confrontée et de trouver des solutions éventuelles.

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce Bulletin ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

ISSN 1814-6260

Année XXXI, Numéro 4 • Août 2009

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



**Organisation  
panaméricaine  
de la Santé**



Bureau régional de l'  
Organisation mondiale de la Santé

**Unité d'immunisation**

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<http://www.paho.org/immunization>