

Des ateliers ont été organisés du 9 au 11 février 2004 à Cayenne pour aider à la mise en place d'un programme élargi de vaccination (PEV) en Guyane. Les autorités de santé publique locales, nationales, et même internationales, représentées par la conseillère régionale OPS du PEV de la Caraïbe anglophone et du Surinam, ainsi que les acteurs de terrain, ayant pleinement pris conscience du problème, ont confirmé l'urgence d'une telle démarche. La forte mobilisation de tous pendant trois jours a permis de définir des stratégies et un plan d'action pour le futur programme de vaccination guyanais. Les principaux rôles et le cadre de la participation des différentes institutions concernées ont été suggérés. Il a été notamment proposé que le PEV soit piloté par un directeur de programme, recruté spécialement et rattaché à la DSDS de Guyane. Il sera assisté par deux coordonnateurs appartenant aux institutions gérant les services publics de vaccination, le Conseil général de Guyane pour la zone du littoral et le Centre hospitalier de Cayenne pour la zone de l'intérieur.

La nouvelle loi de santé publique devrait permettre à terme d'officialiser les maladies à prévention vaccinale comme une priorité régionale et de faciliter la mobilisation des ressources des futurs partenaires du Groupement régional de santé publique (GRSP) pour la réalisation des activités prévues par le PEV. D'autre part, la mise en place d'un PEV peut constituer un modèle de programmation des actions de santé dans le cadre des futurs GRSP.

La coordination des activités avec les pays voisins se fera sur le terrain, en particulier avec les équipes du Surinam et du Brésil, lors de réunions régulières avec les pays frontaliers et des réunions annuelles des directeurs des PEV de la région, organisées par l'OPS, où le directeur du PEV de Guyane présentera son plan d'action. Enfin, entre autres appuis, l'OPS participera aux actions de formation et à la supervision du PEV de Guyane tout en restant disposée à fournir toute assistance technique qui lui serait également demandée.

*Workshops have been held in Cayenne, 9 -11 February 2004, to help planning for the implementation of an Expanded Program on Immunization (EPI) in French Guyana. National and local authorities, as well as international authorities represented by the Caribbean EPI advisor for PAHO, and healthworkers, well aware of the problem, underlined the emergency of implementing such a program.*

*The strong commitment of all participants throughout the workshops allowed for defining strategies and designing a plan of action for the future EPI. The plan attempted to describe what should be the involvement of each institution, and proposed the recruitment of a program director and to identify two coordinators among the mid level managers already working in the main institutions, for supervising each area (inland and coast) and to assist the director.*

*The new public health law should help making immunization preventable diseases a priority for French Guyana. It is a real opportunity for the forthcoming local organization of the public health system "Groupement régional de santé publique (GRSP)" to manage the vaccination activities designed for the implementation of the EPI Programme.*

*Coordination of EPI activities with border countries, Surinam and Brazil, should be conducted throughout specific meetings and through the annual meeting of the Caribbean EPI directors, organised under PAHO auspices. PAHO will also help for training, supervision and technical assistance.*

## Ateliers pour la mise en place d'un programme élargi de vaccination (PEV) en Guyane

Cayenne, 9-11 février 2004



## Recommandations pour la définition des stratégies et l'élaboration du plan d'action du PEV de la Guyane



<b>1</b>	<b>Contexte</b>	p. 4
<b>2</b>	<b>Synthèse des ateliers</b>	p. 6
2.1	Résumé	p. 6
2.2	Programme des ateliers	p. 6
2.3	Résultats	p. 7
2.4	Recommandations	p. 7
2.4.1	Partenariats et responsabilités institutionnelles	p. 7
2.4.2	Élaboration d'un plan d'action du PEV en Guyane	p. 8
2.5	Échéancier	p. 11
2.5.1	Deuxième semestre 2004	p. 11
2.5.2	Premier semestre 2005	p. 11
<b>3</b>	<b>Annexes</b>	p. 12
3.1	<b>Annexe 1 : PEV en Guyane - Zone du littoral - Stratégies et activités de vaccination</b>	p. 12
3.1.1	Objectif général	p. 12
3.1.2	Méthode	p. 12
3.1.3	Stratégies de vaccination	p. 12
3.1.4	PEV - Exemple de plan détaillé - Zone du littoral	p. 16
3.2	<b>Annexe 2 : PEV en Guyane - Zone intérieure - Stratégies et activités de vaccination</b>	p. 19
3.2.1	Objectif général	p. 19
3.2.2	Méthode	p. 19
3.2.3	Contexte	p. 19
3.2.4	Stratégies de vaccination	p. 19
3.3	<b>Annexe 3 : Stratégies de surveillance - Synthèse de l'atelier spécifique "surveillance des maladies du PEV"</b>	p. 21
3.3.1	Méthode	p. 21
3.3.2	Recommandations	p. 22
3.4	<b>Annexe 4 : Descriptif de poste du directeur du PEV</b>	p. 25
3.4.1	Rôles	p. 25
3.4.2	Fonctions	p. 25
3.4.3	Qualifications et compétences	p. 25
3.5	<b>Annexe 5 : Descriptif de poste des coordonnateurs de zone du PEV</b>	p. 26
3.5.1	Rôles	p. 26
3.5.2	Fonctions	p. 26
3.5.3	Qualifications et compétences	p. 26
3.6	<b>Annexe 6 : Partenariats et responsabilités institutionnelles : matrice des propositions</b>	p. 27

# Ateliers pour la mise en place d'un programme élargi de vaccination (PEV) en Guyane

**Remerciements à toutes les institutions dont les membres ont participé aux ateliers et dont la contribution a permis la réalisation de ce document :**

**Caisse générale de Sécurité sociale de la Guyane**

**Centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne :** Service des centres de santé et Service des urgences

**Centre hospitalier de l'Ouest guyanais Frank Joly**

**Centre médicochirurgical de Kourou**

**Conseil général de la Guadeloupe**

**Direction générale de la santé**

**Direction de la solidarité et de la prévention :** Service des actions sanitaires, Service départemental de protection maternelle et infantile, pharmacie départementale, Service logistique, Service de médecine préventive

**Direction de la santé et du développement social de Guyane**

**Institut de veille sanitaire**

**Ministère des Affaires étrangères**

**Ministère de la Défense, direction du Service de santé des armées de la Guyane**

**Ministère de l'Éducation nationale - Rectorat de la Guyane :** Service de promotion de la santé en faveur des élèves

**Organisation panaméricaine de la santé, Caribbean Program Coordination de la Barbade**

**Union régionale des médecins libéraux de la Guyane**

## Liste des abréviations

### Comité d'organisation

Dr Alain Bouix	Union régionale des médecins libéraux
Dr Félix Djossou	Service des centres de santé, Centre hospitalier de Cayenne
Dr Raymond Frontier	Conseil général de Guyane
Dr Janine Ketterle	Conseil général de Guyane
Dr Renée Lony	Éducation nationale
Dr Françoise Ravachol	Direction de la santé et du développement social de Guyane
M. Robert Rilos	Direction de la santé et du développement social de Guyane

### Comité scientifique

Dr Thierry Cardoso	Cellule interrégionale d'épidémiologie Antilles-Guyane
Dr Pascal Chaud	Cellule interrégionale d'épidémiologie Antilles-Guyane
Dr Benoît Cottrelle	Direction de la santé et du développement social de Guyane
Dr Jean-Luc Grangeon	Direction générale de la santé
Dr Beryl Irons	Organisation panaméricaine de la santé – <i>Caribbean Epidemiology Center</i>
Dr Isabelle Parent	Institut de veille sanitaire
Dr Yvan Souares	Ministère des Affaires étrangères – <i>Caribbean Epidemiology Center</i>
Dr Max Theodore	Conseil général de Guadeloupe

Rapport rédigé par Thierry Cardoso, Pascal Chaud, Benoît Cottrelle, Isabelle Parent et Yvan Souares.

<b>BCG</b>	Bacille de Calmette et Guérin
<b>CAF</b>	Caisse d'allocations familiales
<b>CAREC</b>	<i>Caribbean Epidemiology Centre</i>
<b>CG</b>	Conseil général
<b>CGSS</b>	Caisse générale de Sécurité sociale
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>Char</b>	Centre hospitalier Andrée Rosemon
<b>Cire</b>	Cellule interrégionale d'épidémiologie
<b>CNR</b>	Centre national de référence
<b>Codes</b>	Comité départemental d'éducation sanitaire
<b>CP</b>	Cours préparatoire
<b>CPC</b>	<i>Caribbean Program Coordination</i>
<b>CPV</b>	Centre de prévention et de vaccination
<b>CVS</b>	Cellule de veille sanitaire
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DSDS</b>	Direction de la santé et du développement social
<b>DSP</b>	Direction de la solidarité et de la prévention
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>FJ</b>	Fièvre jaune
<b>IDE</b>	Infirmier(e) diplômé(e) d'État
<b>GRSP</b>	Groupement régional de santé publique
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>IPG</b>	Institut Pasteur de Guyane
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>LAT</b>	Lutte antituberculeuse
<b>LCR</b>	Liquide céphalorachidien
<b>Misp</b>	Médecin inspecteur de santé publique
<b>OMI</b>	Office des migrations internationales
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>OPS</b>	Organisation panaméricaine de la santé
<b>ORS</b>	Observatoire régional de la santé
<b>PAHO</b>	<i>Pan American Health Organization</i>
<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination
<b>PFA</b>	Paralysie flasque aiguë
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile
<b>RIG</b>	Registre d'issue de grossesse
<b>ROR</b>	Rougeole-oreillons-rubéole
<b>URML</b>	Union régionale des médecins libéraux



# 1 Contexte

Des ateliers ont été organisés du 9 au 11 février 2004 à Cayenne dans le but de mettre en place un programme élargi de vaccination (PEV) en Guyane. Cette ambition, qui évoque les programmes de santé publique des années 1970, alors réservés aux pays en voie de développement, mérite quelques explications.

Si, à ce jour, la vaccination est encore considérée par beaucoup de praticiens comme un acte de prévention individuelle, il faut rappeler qu'elle doit également représenter, pour la plupart des maladies à prévention vaccinale (coqueluche, rougeole, rubéole, etc.), une action de santé publique visant à protéger la collectivité d'un risque infectieux. Pour parvenir à contrôler ce risque, voire à l'éliminer dans certains cas (rougeole, poliomyélite, variole), il devient alors indispensable de fixer des objectifs quantifiés, de définir des populations cibles et des stratégies d'actions acceptées et utilisées par tous les acteurs, et enfin, de coordonner et d'évaluer les différentes activités dans le cadre d'un programme.

Cette démarche n'a pas été suffisamment intégrée par les services administratifs qui avaient en charge l'organisation des vaccinations dans les départements français d'Amérique, à l'exception de la Guadeloupe qui a partiellement participé au PEV de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) entre 1990 et 2001.

La Guyane, quant à elle, cumule une absence de structure programmatique pour organiser les activités de vaccination et de grandes difficultés d'accès aux soins, et donc à la vaccination pour une partie de la population, du fait d'un système de santé mal adapté à des contraintes humaines

et géographiques "hors normes métropolitaines": très forte croissance démographique, flux migratoires permanents, mobilité importante des habitants dispersés sur un territoire étendu, difficultés d'accès de certaines communautés.

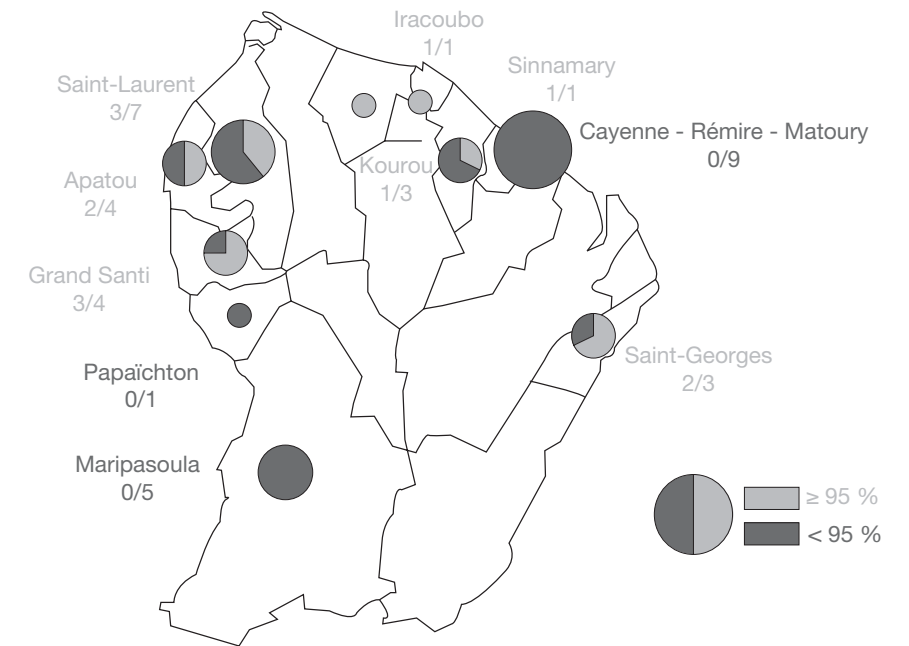
Cette situation est à l'origine d'une couverture vaccinale très insuffisante des nourrissons et des enfants objectivée par une enquête réalisée en 2000 sur tout le territoire<sup>1</sup> dont les résultats montraient, entre autres, que moins d'un enfant sur deux, dans la zone littorale, pouvait justifier d'une vaccination contre la coqueluche avant l'âge de 24 mois et que ce chiffre se situait entre 8 % et 50 % seulement dans les communes de l'intérieur.

En dépit de cette première alerte, aucune réponse efficace en terme de réorganisation des services de vaccination n'a été apportée. Deux épidémies de coqueluche ayant entraîné le décès de nourrissons sont alors survenues en 2001, d'abord dans les villages du Haut-Maroni, puis du Haut-Oyapock.

La mise en œuvre immédiate d'une campagne de vaccination menée dans les communes frontalières des deux fleuves a permis le rattrapage vaccinal de plus de 4 000 enfants de moins de 15 ans.

En janvier 2003, enfin, la survenue d'un cas suspect de rougeole sur la frontière brésilienne déclençait un processus d'investigation et de réponse débouchant rapidement sur la recommandation d'établir un PEV en Guyane.

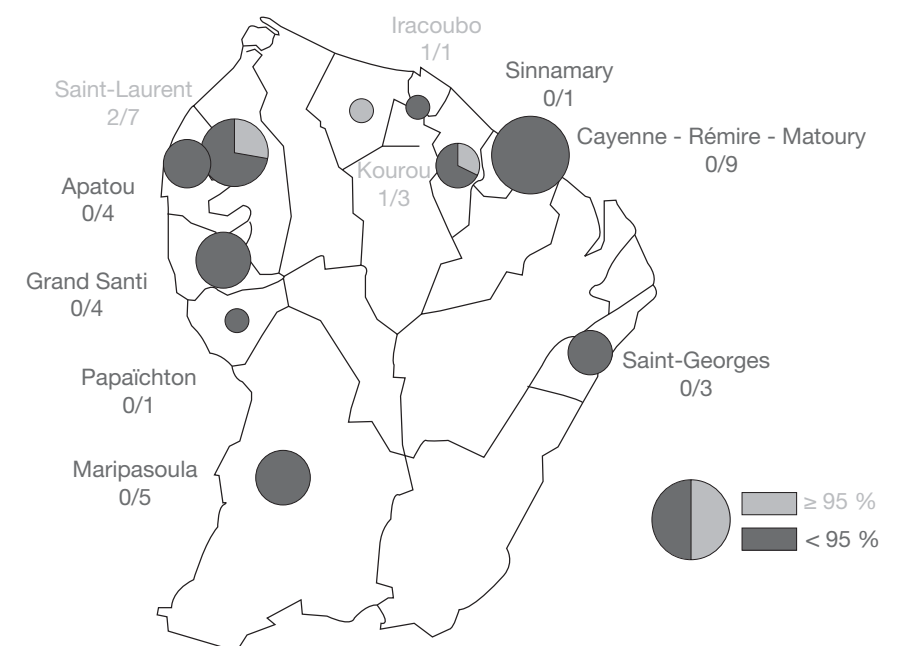
Figure 1 - Nombre de secteurs insuffisamment vaccinés (< 95 %) par une dose de ROR par commune



En avril 2003, une enquête de monitoring des activités de vaccination<sup>2</sup> confirmait que l'effort ponctuel de rattrapage vaccinal n'avait pas été suffisamment suivi d'une amélioration des couvertures vaccinales. En effet, ont de

nouveau été mis en évidence de nombreux secteurs insuffisamment vaccinés, dans certains quartiers urbains et périurbains, comme dans les villages de l'intérieur - cf. figures 1 et 2.

Figure 2 - Nombre de secteurs insuffisamment vaccinés (< 95 %) par quatre doses de DTCP par commune



Face à ce constat, la mise en cohérence, dans le cadre d'un PEV, des activités de contrôle ou d'élimination des maladies à prévention vaccinale devenait une priorité.

<sup>1</sup> P. Chaud, T. Cardoso, A. Blateau, B. Cottrelle, D. Antona. La couverture vaccinale en Guyane en 2000. Rapport InVS, mars 2002:1-84, <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>

<sup>2</sup> P. Chaud, P. Huguet, P. Quénel, Y. Souares, H. Izzurieta. Vers une intégration de la Guyane française au programme d'élimination de la rougeole dans les Amériques - Évaluation des activités de vaccination antirougeoleuse et anticoquelucheuse, <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>

# 2 Synthèse des ateliers

## 2.1 | Résumé

Des ateliers ont été organisés du 9 au 11 février 2004 à Cayenne pour aider à la mise en place d'un PEV en Guyane. Les autorités de santé publique locales, nationales, et même internationales, représentées par la conseillère régionale de l'OPS du PEV de la Caraïbe anglophone et du Surinam, ainsi que les acteurs de terrain ayant pleinement pris conscience du problème, ont confirmé l'urgence d'une telle démarche. La forte mobilisation de tous pendant trois jours a permis de définir des stratégies et un plan d'action pour le futur programme de vaccination guyanais. Les principaux rôles et le cadre de la participation des différentes institutions concernées ont été suggérés. Il a notamment été proposé que le PEV soit piloté par un directeur de programme, recruté spécialement et rattaché à la Direction de la santé et du développement social (DSDS) de Guyane. Il sera assisté par deux coordonnateurs appartenant aux institutions gérant les services publics de vaccination, le Conseil général de Guyane pour la zone littorale et le Centre hospitalier de Cayenne pour la zone intérieure.

## 2.2 | Programme des ateliers

### Lundi 9 février matin

Présentation des différents contextes régionaux et nationaux (France métropolitaine, Caraïbe, Guadeloupe, Guyane):

- politique vaccinale en France métropolitaine (DGS);
- aspects de surveillance et de mesure de l'impact des vaccinations (InVS);
- stratégies vaccinales dans la Caraïbe (OPS);
- déclinaison d'une politique vaccinale régionale dans un département français d'Amérique – l'exemple de la Guadeloupe (Conseil général de Guadeloupe);
- résultats de l'enquête de la couverture vaccinale en 2000 en Guyane (Cire Antilles-Guyane);
- résultats de l'enquête de monitoring 2003 en Guyane (Cire Antilles-Guyane);

La nouvelle loi de santé publique devrait permettre à terme d'officialiser les maladies à prévention vaccinale comme une priorité régionale, et de faciliter la mobilisation des ressources des futurs partenaires du Groupement régional de santé publique (GRSP) pour la réalisation des activités prévues par le PEV. D'autre part, la mise en place d'un PEV peut constituer un modèle de programmation des actions de santé dans le cadre des futurs GRSP.

La coordination des activités avec les pays voisins se fera sur le terrain, en particulier avec les équipes du Surinam et du Brésil, lors de réunions régulières avec les pays frontaliers et des réunions annuelles des directeurs des PEV de la région, organisées par l'OPS, où le directeur du PEV de Guyane présentera son plan d'action. Enfin, entre autres appuis, l'OPS participera aux actions de formation et à la supervision du PEV de Guyane, tout en restant disposée à fournir toute assistance technique qui lui serait également demandée.

- organisation vaccinale en Guyane – table ronde – (Centre hospitalier de Cayenne, Conseil général de Guyane, URML);
- vaccinations et politiques régionales de santé (DSDS de Guyane).

### Lundi 9 février après-midi

Trois ateliers parallèles :

- responsabilités et partenariat institutionnel;
- définition des stratégies et activités de vaccination pour la zone littorale;
- définition des stratégies et activités de vaccination pour la zone intérieure.

Synthèse des rapporteurs.

### Mardi 10 février

Trois ateliers parallèles :

- surveillance des maladies cibles du PEV;
- définition des stratégies et activités de vaccination pour la zone littorale (suite) – préparation du plan d'action;

- définition des stratégies et activités de vaccination pour la zone intérieure (suite) – préparation du plan d'action.

Synthèse des rapporteurs.

### Mercredi 11 février

- préparation de la restitution par le comité scientifique;
- restitution aux participants et aux décideurs.

## 2.3 | Résultats

Ces ateliers ont permis de formuler deux volets de recommandations ayant pour but de guider la mise en place d'un PEV en Guyane. Les détails pratiques inhérents à chacune des recommandations ont fait l'objet de travaux plus ou moins détaillés.

Concernant les partenariats et responsabilités institutionnelles (premier volet), les annexes 4 à 6 présentent les résultats des travaux de groupes correspondants et font des propositions claires sur les descriptifs de poste pour le directeur du programme et les deux coordonnateurs de zone.

L'élaboration du plan d'action du PEV en Guyane a fait l'objet du deuxième volet de recommandations en suivant

le modèle de plan d'action utilisé par l'OPS et les pays de la région qui se décline selon huit composantes opérationnelles : approvisionnement et logistique, chaîne du froid, formation, communication sociale, coûts opérationnels, supervision, surveillance et évaluation (annexe 1).

Un travail particulièrement détaillé a été accompli pour ce qui concerne la définition des stratégies de vaccination et de surveillance (cf. annexes 1-3). Des propositions spécifiques ont été faites en fonction des zones du littoral et de l'intérieur pour les stratégies vaccinales et un exemple de plan d'action détaillé est donné en annexe 1 pour la zone littorale.

## 2.4 | Recommandations

### 2.4.1 | Partenariats et responsabilités institutionnelles

Sur la base des états des lieux présentés, les participants convenaient de proposer des solutions aux problèmes suivants :

- absence de structure programmatique autour des activités de vaccination;
- complexité liée à l'existence d'opérateurs multiples, d'une mauvaise coordination des services, d'un partage confus de la responsabilité de la pratique des vaccinations (PMI/CPV) et plus largement de la gestion des activités de vaccination (DSP/DSDS/Département des centres de santé du Char), de l'absence de gestion centralisée de certaines composantes en particulier, comme la formation, la chaîne du froid et autres approvisionnements en ressources diverses.

Suite aux travaux des ateliers, les propositions retenues étaient de rationaliser et simplifier la répartition des responsabilités vaccinales :

- communes isolées (Centre hospitalier André Rosemon);
- communes urbanisées (Conseil général/DSP).

Le Centre hospitalier Andrée Rosemon (Char) et la Direction de la solidarité et de la prévention (DSP) doivent s'accorder, en termes pratiques, sur les modalités d'une convention destinée à faciliter les diverses mesures à prendre en ce sens<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> On notera que les modalités concernant les activités du PEV sont, jusqu'à présent, englobées dans les négociations beaucoup plus larges de la nouvelle répartition de l'ensemble des services de soins selon les zones, entre le Char et la DSP du Conseil général. Ces négociations étant complexes et longues, les propositions concernant les activités du PEV n'ont pas, à ce jour, progressé comme espéré. La récente visite en Guyane d'une délégation de l'OPS emmenée par Mme Veta Brown, représentante OPS/OMS au bureau de coordination du programme caribéen (CPC, basé à La Barbade), a permis de souligner l'urgence à considérer les activités du PEV comme prioritaires. La délégation de l'OPS a encouragé les partenaires à signer rapidement une convention particulière à cet égard.

- Partager la charge de fourniture des vaccins en fonction des stratégies : CG/DSP, CGSS (DGS – événements exceptionnels).
- Les stratégies et activités de surveillance liées au PEV doivent être définies et assurées en coordination avec la Cire/InVS et intégrées au sein des missions de la Cellule de veille sanitaire (CVS) de la DSDS.
- Mettre rapidement en place une structure de direction, coordination et supervision centralisée et adaptée à la répartition des responsabilités vaccinales :
  - directeur du PEV – DSDS ;
  - coordination de zone : CG/DSP et hôpital.

La nécessité d'un renforcement particulier de la formation, à tous les niveaux du programme, et de la gestion de la

chaîne du froid était également soulignée, tout comme celle d'étendre la pratique de l'acte vaccinal au personnel infirmier (décret 2002-194) et au personnel du service de la santé scolaire (cf. LSP – 2004).

Les ateliers encourageaient les partenaires à rapidement mettre en œuvre certaines activités, sans nécessairement attendre que la structure de direction soit complète ; la sélection et la formation, notamment, des deux coordonnateurs de zone et de référents par site de vaccination (cadres intermédiaires) pouvant se faire sans délai.

Des descriptifs détaillant les rôles, fonctions, qualifications et compétences requises pour les postes de directeur du PEV et de coordonnateur de zone ont été proposés et discutés. Ils sont ici présentés en annexes 4 et 5.

## 2.4.2 | Élaboration d'un plan d'action du PEV en Guyane

### 2.4.2.1 | Objectifs (OPS)

- Atteindre 95 % de couverture vaccinale par antigène au niveau du département.
- Atteindre 95 % de couverture vaccinale au niveau municipal.

- Arriver à ce que plus de 95 % des enfants vivent dans des communes dont la couverture vaccinale est > 95 %.

### 2.4.2.2 | Maladies cibles

- Poliomyélite (éradication).
- Rougeole, rubéole, tétanos néonatal (élimination dans la région des Amériques).

- Diphtérie, coqueluche, oreillons, hémophilus, hépatite B, fièvre jaune, tuberculose de l'enfant (contrôle).

### 2.4.2.3 | Stratégies (cf. détail par zone en annexes 1 et 2)

En règle générale, pour la Guyane, trois grands axes stratégiques ont été retenus pour organiser les activités du PEV :

- stratégies de routine ;
- stratégies de rattrapage ;
- stratégies spécifiques.

Ces stratégies vaccinales ont été déclinées dans le détail pour chacune des zones (littoral et intérieur) durant les ateliers et sont présentées en annexes 1 et 2 du présent document de synthèse.

Les éléments suivants sont les points cardinaux destinés à guider la mise en œuvre des axes stratégiques dans leur ensemble.

Pour les stratégies de routine :

- primovaccination/rappels : bonne connaissance de la population cible (naissances, etc.), mise en place d'outils de gestion adaptés, unité de lieu pour toute vaccination (littoral), réorganisation des services de vaccination, élimination des occasions manquées ;
- planification de la stratégie fixe et avancée au niveau de chaque centre ;
- harmonisation des (bonnes) pratiques vaccinales selon le nouveau calendrier vaccinal : contre-indications erronées, intervalles entre doses, associations vaccinales, etc.

Pour les stratégies de rattrapage :

- avant l'école et à l'école dans les lieux d'accueil (crèches, assistantes maternelles, etc.), visites systématiques avant l'entrée au CP et au collège, écoles "sauvages", vaccination par la santé scolaire (médecins, IDE, etc.) ;
- missions avancées : fleuves, villages, quartiers, etc. ;
- semaine ou journées de la vaccination : information et rattrapage ;
- immigrés primo-arrivants : en collaboration avec l'Office des migrations internationales (OMI) ;
- intégration de la vaccination dans d'autres activités de consultation : médicales, planning familial, services d'urgences, médecine libérale, médecine du travail, etc.

### 2.4.2.4 | Approvisionnement et logistique

Chaque site de vaccination devra établir ses besoins prévisionnels annuels par antigène en se basant sur une estimation des populations cibles desservies.

Les commandes devront être adressées sur un rythme

### 2.4.2.5 | Chaîne du froid

Les contrôles de température avant livraison au site de vaccination doivent être améliorés et systématisés (producteur de vaccin ➔ laboratoire départemental ou hospitalier ➔ centre de vaccination).

Tous les sites assurant des vaccinations doivent être équipés selon leur activité :

- de réfrigérateurs adaptés au contexte (électricité, mixte gaz-électricité) exclusivement utilisés pour la vaccination et comportant un thermomètre extérieur ou intérieur ;
- de glacières passives ou actives.

Le contrôle de la température de stockage doit être effectué de manière biquotidienne et consigné sur des fiches ad hoc.

La continuité de l'alimentation des réfrigérateurs ou des

### 2.4.2.6 | Formation

La première étape de la mise en place du programme de formation à la gestion-supervision d'un programme de vaccination devra être la désignation d'au moins deux référents dans chacun des sites assurant une activité de vaccination :

- centres de santé ;
- centres de prévention et de vaccination ;

Pour les stratégies spécifiques (selon les antigènes concernés) :

- ROR : 2<sup>e</sup> dose le plus tôt possible et rattrapage à l'école, directives claires (rubéole et adolescentes), rubéole en post-partum et post-IVG ;
- BCG : systématique à la maternité ;
- fièvre jaune : utilisation unidose en routine, vaccination précoce (6 mois), vaccination contre la fièvre jaune par les médecins libéraux (en discussion avec l'État) ;
- hépatite B : centres de MST, post-partum.

hebdomadaire pour les centres du littoral et mensuel pour les centres de l'intérieur.

Si des campagnes de rattrapage doivent être effectuées, elles devront être planifiées en début d'année et les commandes passées suffisamment à l'avance.

chambres froides utilisés pour le stockage des vaccins doit être assurée dans tous les sites, notamment dans les zones de l'intérieur (groupe électrogène de secours, alimentation solaire, alimentation mixte gaz-électricité, etc.).

La maintenance du matériel de la chaîne du froid doit être améliorée (fiches d'utilisation, contrats de maintenance, supervision du matériel dans les centres de vaccination).

Enfin, une formation spécifique à la gestion de la chaîne du froid de tous les référents, des coordonnateurs de zone, des pharmaciens hospitaliers et départementaux, des logisticiens du Char et du personnel assurant le transport des vaccins, devra être organisée dans les meilleurs délais, avec l'appui de l'OPS.

- centres de PMI ;
- services de santé scolaire ;
- hôpitaux ;
- médecine libérale.

Les référents pourront être un médecin et/ou un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'État (IDE) ou une puéricultrice et/ou une aide-soignante.



Le rôle des référents sera d'assurer au quotidien l'organisation, la gestion et la supervision des activités de vaccination auprès de la population dont ils ont la charge et d'assurer la formation initiale et continue de leurs collègues.

Les référents et les coordonnateurs de zone bénéficieront de la formation de formateurs initiale. Ils seront chargés dans un deuxième temps de la formation initiale et continue de l'équipe de leur site de vaccination.

Le programme de la formation de formateur portera essentiellement sur la gestion des activités de vaccination dans le site de vaccination (définition et connaissance de la population cible, suivi individualisé des vaccinations, gestion de la chaîne du froid, gestion des approvisionnements, élimination des occasions manquées, planification des stratégies avancées, monitoring, supervision, etc.) et sur l'amélioration de la connaissance du calendrier vaccinal. Un des résultats attendus de cette

#### 2.4.2.7 | Communication sociale

Un plan de communication sera établi chaque année par le directeur du PEV.

Il comprendra notamment :

- des campagnes d'information grand public, ciblées sur certains antigènes (ROR, rubéole, hépatite, etc.) ou

#### 2.4.2.8 | Coûts opérationnels

Cette composante précise les ressources humaines et financières nécessaires à la réalisation d'activités menées en dehors des vaccinations assurées en routine au sein des centres de vaccination, ou l'achat de matériel autre que les vaccins et la chaîne du froid, ainsi que le(s) financeur(s) :

- campagnes de rattrapage ponctuelles ;
- missions de vaccination avancées de routine ;
- enquête d'évaluation de la couverture vaccinale ;

#### 2.4.2.9 | Supervision

La supervision du PEV sera réalisée à deux niveaux :

- dans chacun des sites, par le référent (suivi des indicateurs, suivi des bonnes pratiques de vaccination, planification des vaccinations avancées et enquête de monitoring annuel) ;
- dans chaque zone, par le coordonnateur de zone (check list OPS à adapter lors de la formation de formateur et encadrement des enquêtes de monitoring) et par le directeur du PEV.

formation est l'élaboration des plans d'action détaillés par zone (littoral et intérieur).

En ce qui concerne la pratique de la vaccination en médecine libérale, un plan de formation à la gestion de la vaccination en cabinet de ville et à la vaccinologie sera proposé à l'Union régionale des médecins libéraux (URML), afin d'être intégré au programme de formation médicale continue des médecins exerçant en Guyane. Dans la mesure du possible, un médecin libéral référent pour les activités de vaccination, si possible un pédiatre, pourrait être chargé de coordonner le programme de formation<sup>4</sup>, en lien avec le directeur du PEV.

Enfin, un guideline, présentant un calendrier vaccinal adapté au département et aux objectifs du PEV, les intervalles entre les doses, les associations vaccinales et les contre-indications réelles et erronées, sera élaboré et diffusé afin d'harmoniser les (bonnes) pratiques des vaccinateurs.

populations cibles (nourrissons, femmes enceintes, etc.) ;

- des interventions dans les écoles ;
- le programme de la semaine de la vaccination ;
- l'organisation de journées portes ouvertes dans les centres de vaccination du littoral.

- activités de monitoring vaccinal par site ;
- semaine de vaccination ;
- informatisation des centres ;
- matériel de bureautique, etc.

La définition des coûts opérationnels sera établie lors de la définition des activités et de l'élaboration du plan d'action détaillé (formation de formateurs).

Les plans de supervision seront établis avec l'appui de l'OPS lors de la formation de formateur.

Les guides de supervision et de gestion du PEV seront élaborés sous la responsabilité du directeur du PEV, sur le modèle des guides OPS existants.

Une réunion des référents sera organisée chaque année en octobre-novembre afin de préparer le bilan du PEV de l'année en cours et le plan d'action de l'année suivante.

#### 2.4.2.10 | Surveillance (cf. stratégies par maladie en annexe)

La mise en place de systèmes spécifiques de surveillance dans le cadre du PEV a été considérée comme prioritaire pour quatre maladies :

- la **rougeole**, la **rubéole** et la **poliomyélite** dans le cadre des programmes d'élimination existant dans les Amériques et en Europe ;
- l'**hépatite B**, dont la prévalence du portage chronique est importante en Guyane (estimée à 6 % auprès d'un échantillon de femmes enceintes en 1999<sup>5</sup>).

#### 2.4.2.11 | Évaluation

L'évaluation interne du programme comportera :

- la réalisation régulière d'enquêtes de couverture vaccinale (tous les deux ou trois ans) ;
- le bilan des enquêtes de monitoring par site ;

En ce qui concerne la **coqueluche**, il est proposé de mettre en place une formation et une sensibilisation des professionnels de santé au signalement et à l'investigation des cas groupés dans les meilleurs délais possibles.

Pour les autres maladies, l'organisation de la surveillance se limitera aux dispositifs déjà en place lorsqu'ils existent (fièvre jaune), notamment le système des maladies à déclaration obligatoire (tuberculose, diphtérie, tétanos). Il n'est pas proposé d'organiser une surveillance spécifique des infections à *Hæmophilus influenzae* dans l'immédiat.

- la consultation annuelle des partenaires opérationnels et institutionnels.

Tous les trois à cinq ans, une évaluation externe sera assurée par l'OPS avec la participation de la Cire et de l'InVS pour le volet surveillance.

## 2.5 | Échéancier

### 2.5.1 | Deuxième semestre 2004

- |  |  |
|--|--|
| a) Diffusion de la synthèse des travaux.   | f) Formation des équipes des sites de vaccination par les référents et les coordonnateurs de zone – mise en œuvre des premières activités.                           |
| b) Identification des référents.   |  |
| c) Identification des coordonnateurs de zone.  | g) Participation à la réunion des directeurs de PEV dans la Caraïbe (CAREC/OPS) et présentation du plan d'action du PEV 2005 pour la Guyane (coordonnateur de zone). |
| d) Mise en place de la formation de formateurs (référents et coordonnateurs de zone) avec l'appui de l'OPS.  |  |
| e) Finalisation des plans d'action et des outils de supervision dans le cadre de la formation de formateurs. |  |

### 2.5.2 | Premier semestre 2005

- Recrutement du directeur de programme.
- Prise de fonction du directeur de programme.
- Préparation du programme 2006.

<sup>4</sup> Au même titre que pour les autres composantes du programme (surveillance, évaluation, supervision, participation à la semaine de vaccination, etc.)

<sup>5</sup> B. Blondel, J. Norton, C. Dumazaubrun, G. Bréart. Enquête périnatale 1998. Inserm 1999.

# 3 Annexes

## 3.1 | Annexe 1 : PEV en Guyane - Zone du littoral - Stratégies et activités de vaccination

### 3.1.1 | Objectif général

Définir et mettre en œuvre des stratégies vaccinales visant à améliorer la couverture vaccinale de toute la population résidant sur le littoral<sup>6</sup> guyanais.

### 3.1.2 | Méthode

Identifier et décrire les stratégies et les actions permettant d'améliorer la couverture vaccinale des différentes populations cibles, en fonction des lieux où l'on peut les atteindre et des maladies que l'on peut prévenir par la vaccination. Pour chaque action, un tableau figure en annexe avec le détail du plan opérationnel décliné en huit rubriques :

- approvisionnement et logistique ;
- chaîne du froid ;
- formation ;

- communication sociale ;
- coûts opérationnels ;
- supervision ;
- surveillance ;
- évaluation.

Ce plan opérationnel permet de suivre la réalisation des actions en fonction des partenaires institutionnels engagés dans le PEV. Pour chaque activité, des indicateurs de suivi sont définis.

### 3.1.3 | Stratégies de vaccination

Plusieurs stratégies sont envisagées :

- les stratégies de routine ;
- les stratégies de rattrapage ;
- les stratégies spécifiques.

Les populations cibles :

- les nourrissons ;
- les enfants et adolescents scolarisés ;
- les femmes en âge de procréer ;
- les blessés arrivant aux urgences ;
- les nouveaux arrivants : enfants et adultes.

#### 3.1.3.1 | Les stratégies de routine

Les stratégies de routine concernent les activités de vaccination assurées par le service public, responsable de la vaccination de la population, ou par les médecins de famille. Ces activités de routine sont effectuées dans les centres ou postes fixes avancés, ou dans les cabinets médicaux.

##### Les nourrissons

La primovaccination pour toutes les maladies du PEV se fait dans la première année de vie, aussi, il est fondamental de respecter les dates préconisées pour le démarrage et la poursuite d'un programme de vaccination. Des obstacles à l'application des recommandations du calendrier vaccinal ont été identifiés dans deux champs :

- l'offre de soins : horaires d'ouvertures des centres inadaptés, pas d'unité de lieux pour toutes les vaccinations, engorgement des séances, occasions manquées ;
- la planification des activités : nombre d'enfants à vacciner par secteurs géographiques, naissances domiciliées, nombre de migrants sont des données incomplètes ou inconnues.

Pour cela, il est prévu dans le cadre du PEV "littoral" de :

- **Réorganiser l'activité de vaccination dans les Centres de prévention et de vaccination (CPV) et de protection maternelle et infantile (PMI).**

Actuellement, sur le littoral, les CPV assurent toutes les missions de prévention dévolues au Conseil général. Ils assurent toutes les vaccinations prévues par le calendrier vaccinal. Les centres de Cacao et Roura ne sont pas habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune. Les deux centres de PMI de Cayenne (Barrat et Ronjon) ne pratiquent ni la vaccination contre la fièvre jaune (pas d'habilitation) ni le BCG.

Afin que chaque site de vaccination puisse pratiquer toutes les vaccinations, les conditions suivantes doivent être réunies :

- **l'habilitation pour la vaccination contre la fièvre jaune** doit être accordée aux centres de PMI de Cayenne, aux CPV de Cacao et de Roura ;
- **la pratique du BCG doit être systématique** dans les centres de PMI de Cayenne.

Certains centres ont des difficultés de régulation des flux des personnes à vacciner, à la fois par un défaut de planification du fait de la méconnaissance de l'importance de la population des nourrissons à vacciner, et aussi par des horaires d'ouvertures inadaptés (ex : le centre de Mirza, seul habilité pour la vaccination fièvre jaune sur

Cayenne, n'est ouvert que le matin). Aussi, l'attente est parfois très longue, surtout pour la vaccination de la fièvre jaune où aucune alternative n'existe à Cayenne.

**La planification de l'activité vaccinale doit se faire systématiquement pour chaque site de vaccination à partir des naissances domiciliées** (certificats de santé, déclaration de grossesse, registre d'issue de grossesses, déclaration des naissances à l'état civil). Elle concerne les stratégies **fixes** et les stratégies **avancées**.

**La mise en place d'outils de gestion des activités des centres** est un impératif pour le respect des intervalles entre deux doses vaccinales, la régulation des flux, la gestion des approvisionnements et de la logistique, le monitoring et l'évaluation des activités. La mise en place d'un outil performant de suivi de l'état vaccinal des enfants vaccinés dans les centres départementaux est d'autant plus importante qu'il est de la responsabilité du service de PMI de s'assurer de la bonne couverture vaccinale des enfants de moins de six ans résidant dans le département. Ces outils permettent, en outre, de planifier les stratégies avancées pour chaque centre.

- **Contrôler systématiquement l'état vaccinal des enfants placés dans les lieux d'accueil (crèches, assistantes maternelles)**

La PMI doit s'assurer du statut vaccinal des enfants dans les lieux d'accueil. Pour cela, l'assistante maternelle ou la directrice de la crèche devra être en possession de la photocopie du carnet de vaccination de chaque enfant inscrit.

La formation initiale des assistantes maternelles doit sensibiliser sur le calendrier vaccinal et sur le contrôle des carnets des enfants placés chez elles. Le statut vaccinal de chaque nouvel enfant accueilli doit être vérifié par l'équipe de PMI (CPV, en dehors de Cayenne) du secteur dont relève la crèche ou l'assistante maternelle ou le médecin généraliste qui a la charge du suivi.

- **Éliminer les occasions manquées de vaccination**

Les vaccinations doivent être assurées même en cas d'absence des médecins dans les centres.

Les vaccins compatibles entre eux doivent être systématiquement associés. Pour cela, il est nécessaire d'assurer une unité de lieux de vaccination. Les centres de santé, les PMI et CPV, la médecine libérale et hospitalière doivent pouvoir pratiquer toutes les vaccinations sans exception.

<sup>6</sup> On définit le littoral, par opposition à l'intérieur, comme étant la zone accessible par la route nationale RN1 qui relie Saint-Laurent-du-Maroni à l'ouest à Régina à l'est. Bien que Saint-Georges soit maintenant accessible par la route, on l'inclut dans la zone intérieure.



Par ailleurs, le manque d'explications données aux usagers sur le calendrier vaccinal peut être un facteur favorisant d'occasions manquées. Les aspects administratifs de l'accueil des usagers dans les centres (demande de présentation de papiers d'identité ou de justificatif de couverture sociale) ne doivent pas être un facteur de non-adhésion au calendrier vaccinal. Aussi, des formations du personnel à l'accueil des usagers dans les centres doivent être organisées.

#### • Harmoniser les pratiques vaccinales

La formation continue des personnels de santé doit mener, d'une part, à éviter les contre-indications erronées (rhinites, non-association d'antigènes compatibles, etc.) entraînant

### 3.1.3.2 | Les stratégies de rattrapage

Les stratégies de rattrapage concernent les activités de vaccination effectuées hors des centres de vaccination ou des cabinets médicaux. Ces activités sont assurées soit par du personnel du service responsable de la vaccination, soit par tout autre personnel de santé dans des lieux de regroupement des populations cibles (lieux d'accueil de la petite enfance, écoles, hôpitaux, etc.).

#### Les nourrissons

Vaccination par le médecin (généraliste ou médecin de PMI) responsable du suivi des enfants dans les lieux d'accueil de la petite enfance.

#### Les enfants et adolescents scolarisés

- Vaccination de rattrapage lors des contrôles systématiques à l'entrée au CP et au collège par le service de santé scolaire.
- Extension de l'habilitation à la vaccination pour les infirmières scolaires uniquement dans le cadre des campagnes de rattrapage.
- Campagne d'information et de rattrapage de vaccination.

Chaque établissement élabore dans le cadre d'un "projet d'établissement scolaire" une campagne d'information annuelle sur la vaccination sous la forme d'une "journée de la vaccination". Dans ce cadre, peuvent être présentées des expériences ayant permis d'améliorer la couverture vaccinale des enfants scolarisés dans l'établissement.

En outre, un contrôle des carnets de vaccination et un rattrapage des vaccinations y sont réalisés.

#### Enfants hors circuits scolaires légaux

Un inventaire des associations culturelles prenant en charge la scolarité des enfants en dehors du système

un report de vaccination, et d'autre part, à respecter les intervalles préconisés entre deux doses.

#### Les enfants et adolescents scolarisés

##### • Contrôler systématiquement l'état vaccinal des enfants scolarisés

Contrôles systématiques du statut vaccinal des enfants et des adolescents scolarisés à l'entrée au CP et au collège par le service de santé scolaire (médecins et IDE).

Le médecin scolaire établit un certificat de vaccination nécessaire à l'inscription définitive dans l'établissement scolaire.

éducatif de l'Éducation nationale doit être fait par le personnel des CPV en partenariat avec les autres services du secteur social (aide sociale à l'enfance, service social, service de prévention de la délinquance, médiateurs culturels). Une fois ces enfants identifiés, des missions avancées de vaccination dans les quartiers concernés seront alors organisées dans le cadre des activités de routine.

#### Les femmes en âge de procréer

L'intégration de l'activité vaccinale pour tous les antigènes dans les différents secteurs d'activités médicales doit permettre d'améliorer la couverture vaccinale des femmes en âge de procréer pour la rubéole, le tétanos, l'hépatite B et la fièvre jaune.

Les secteurs concernés sont :

- la médecine libérale (fièvre jaune) ;
- les consultations de planning familial (PMI, CPV, hôpitaux) ;
- la médecine du travail ;
- les services hospitaliers (urgences).

Par ailleurs, des stratégies spécifiques pour certains antigènes sont décrites plus bas.

#### Les blessés arrivant aux urgences

La vaccination antitétanique des blessés doit être systématiquement introduite au niveau des services d'urgences des hôpitaux.

#### Immigrés primo-arrivants

L'OMI doit pouvoir vacciner les nouveaux arrivants lors de la consultation médicale réglementaire.

### 3.1.3.3 | Les stratégies spécifiques

Afin d'améliorer la couverture vaccinale en Guyane, des stratégies vaccinales spécifiques sont proposées.

#### Le ROR<sup>7</sup>

La 2<sup>e</sup> dose de ROR doit être faite le plus tôt possible dès l'âge de 3 ans et un rattrapage sera systématique à l'entrée à l'école à 6 ans.

Des directives claires doivent être élaborées pour ce qui concerne la protection contre la rubéole chez les adolescentes.

La vaccination contre la rubéole doit être systématique en post-partum et en post-IVG immédiat.

#### Le BCG

La pratique du BCG chez le nourrisson doit être systématique avant sa sortie de la maternité.

#### La fièvre jaune

- Généraliser la vaccination précoce dès l'âge de 6 mois comme le préconise le calendrier vaccinal.
- Les unidoses de vaccins doivent pouvoir être disponibles pour une utilisation en routine.
- Les lieux de vaccination doivent s'organiser pour mieux faire face aux pics d'affluences à certaines périodes (vacances, rentrée scolaire). Cette organisation sera d'autant plus efficiente que l'habilitation à la vaccination contre la fièvre jaune sera étendue à tous les vaccinateurs potentiels : médecins libéraux, médecins scolaires, médecins du travail.

<sup>7</sup> De nouvelles recommandations concernant la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ont été intégrées au calendrier vaccinal 2005 (BEH n°29-30/2005). Ce dernier est consultable sur le site Internet de l'InVS ([www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)).

## 3.1.4 | PEV

## Exemple de plan d'action détaillé – Zone du littoral

1. Approvisionnement et logistique					
Activités	Objectifs / Résultats attendus	Service responsable	Ressources humaines	Institutions / Financeurs	Coûts
Fourniture des vaccins aux CPV et PMI	Fournitures de vaccins en quantité adéquate pour éviter les ruptures de stocks	Pharmacie et service logistique du Conseil général	ETP gestion dans les centres (à x par le nbre de centres) ETP gestion centrale	Conseil général / hôpital de Cayenne (Iracoubo)	À définir
a. Évaluation des besoins annuels en vaccins par centre					
b. Commandes mensuelles en pharmacie			ETP coursier		
c. Livraison aux centres					
Fournitures des vaccins aux hôpitaux	Fournitures de vaccins en quantité adéquate	Pharmacies hospitalières	ETP cadre infirmier ETP pharmacien hospitalier	Hôpitaux	À définir
a. Évaluation des besoins en vaccins dans les services (urgences, maternité, etc.)					
b. Achat					
c. Distribution					
Fourniture des vaccins aux médecins scolaires	Fournitures de vaccins en quantité adéquate	a,b. Service de promotion de la santé en faveur des élèves (rectorat) c. Pharmacie et service logistique du Conseil général	ETP service de santé scolaire	DSDS / Éducation nationale / Conseil général / Conseil régional	À définir
a. Évaluation des besoins annuels en vaccins par secteur scolaire					
b. Achat					
c. Distribution					
Fourniture des vaccins aux médecins du travail	Fournitures de vaccins en quantité adéquate	Pharmacie et service logistique du Conseil général Grossistes	ETP gestion centrale CG	Conseil général, secteur privé : service interprofessionnel	À définir
Fourniture des vaccins FJ aux médecins libéraux	Fournitures de vaccins en quantité adéquate	Conseil général	ETP gestion centrale CG ETP coursier	Conseil général	À définir
Évaluation des besoins annuels en vaccins FJ par médecin libéral					

2. Chaîne du froid					
Activités	Objectifs / Résultats attendus	Service responsable	Ressources humaines	Institutions / Financeurs	Coûts
Équipement en réfrigérateurs de tous les centres pour stockage des vaccins Équipement en thermomètres Contrôle température	Disposer de réfrigérateurs dans chaque lieu de vaccination	Pharmacie et service logistique du Conseil général	ETP gestion centrale	Conseil général / hôpital de Cayenne	À définir
Fourniture de glacière (+ contrôle temp.) pour les tournées dans chaque centre	Disposer de glacières opérationnelles dans chaque centre	Pharmacie et service logistique du Conseil général	ETP gestion centrale	Conseil général / Hôpital de Cayenne	À définir
Organiser une maintenance : Fiches utilisation Maintenance dans centre Contrat fournisseur	Mise en place d'une maintenance opérationnelle afin d'assurer les réparations pour éviter des ruptures de chaînes du froid dans les centres	Service logistique du Conseil général	ETP gestion centrale ETP cadre infirmier	Conseil général / hôpital de Cayenne	À définir

3. Formation					
Activités	Objectifs / Résultats attendus	Service responsable	Ressources humaines	Institutions / Financeurs	Coûts
Identifier des référents par secteur (un médecin, un IDE et un AS-AP)	Que tous les secteurs aient un référent au démarrage du PEV	DSDS / directeur du PEV	ETP directeur	DSDS / Conseil général / Éducation nationale	À définir
Amélioration de la connaissance du calendrier vaccinal (associations, contre-indications, etc.)	Mise à jour des connaissances pour tous les acteurs de la vaccination	DSDS / directeur du PEV	ETP formateurs (DSDS / InVS / Cire / Conseil général)		À définir
Édition d'un <i>guideline</i> à l'usage des CPV	Mise à disposition d'un <i>guideline</i> dans chaque CPV	DSDS / directeur du PEV	ETP directeur	DSDS / PAHO	À définir
Formation à la gestion des activités vaccinales (chaîne du froid, gestion frigo, commandes, etc.)	Éviter les pertes de vaccins dues à des ruptures de chaîne du froid	DSDS / directeur du PEV et coordinateur littoral	ETP formateurs (DSDS / Conseil général / InVS / OPS)		À définir
Formation des référents combinée avec les équipes des CPV en 2004 puis biannuelles	Que chaque référent connaisse les objectifs et les enjeux du PEV, pour le décliner sur le terrain en devenant un formateur relais pour les équipes de terrain	DSDS / directeur du PEV et coordinateur littoral	ETP formateurs (DSDS / InVS / Cire / Conseil général)	DSDS / Conseil général	À définir
Formation de terrain (référents et coordinateur vers tout le personnel des centres) dans un délai de six mois suivant la formation théorique	Obtenir que tous les acteurs de terrain puissent appliquer les recommandations du PEV	DSDS / directeur du PEV coordinateur littoral et référents	ETP formateurs DSDS / Conseil général / Éducation nationale	DSDS / Conseil général	À définir
Établissement des procédures					

4. Communication					
Activités	Objectifs / Résultats attendus	Service responsable	Ressources humaines	Institutions / Financeurs	Coûts
Campagne d'affichage dans les centres, les espaces publics, les écoles, etc.	Information du public cible sur l'existence du PEV et ses objectifs	DSDS et Cellule communication CGSS	ETP chargé de communication CGSS et ETP Misp	CGSS / DSDS	À définir
Courrier personnalisé avec CAF, CGSS, etc.	Information du public cible				À définir
Semaine annuelle de la vaccination par centre (tee-shirts, drapeaux, affiches, etc.) Renforcement du personnel Appui Codes, OPS	Information du public sur la prévention vaccinale	DSDS et Cellule communication CGSS	ETP chargé de communication CGSS et ETP Misp	CGSS / DSDS	À définir

## 5. Coûts opérationnels

Activités	Objectifs / Résultats attendus	Service responsable	Ressources humaines	Institutions / Financeurs	Coûts
Stratégies avancées : tournées	Améliorer l'accès à la vaccination pour certaines populations	DSP, services des actions sanitaires et PMI / Conseil général et service des centres de santé du Centre hospitalier de Cayenne	Personnel médical et paramédical de centres	Conseil général CH de Cayenne	À définir
Campagnes "rattrapage" une à deux fois par an et centre en lien avec monitoring Renforcement personnel	Améliorer la couverture vaccinale dans des secteurs particuliers	DSP, services des actions sanitaires et PMI / Conseil général et service des centres de santé du Centre hospitalier de Cayenne	Personnel médical et paramédical de centres	Conseil général CH de Cayenne	À définir
Informatisation des centres	Améliorer la gestion de l'activité vaccinale dans les centres	Service logistique de la DSP et service des centres de santé	ETP technicien, logisticien	Conseil général CH de Cayenne	À définir
Fourniture continue de matériel adéquat (bureautique, etc.)	Pérenniser une gestion efficace de la vaccination dans les centres	Service logistique de la DSP et service des centres de santé	ETP coursier	Conseil général CH de Cayenne	À définir

## 6. Supervision - Suivi

Activités	Objectifs / Résultats attendus	Service responsable	Ressources humaines	Institutions / Financeurs	Coûts
Mise en place d'un registre adapté (outil à définir à partir du spécimen OPS)	Recueil des données nécessaires et suffisantes	DSDS	Directeur du PEV	DSDS	À définir
Supervision coordonnateur (check list OPS), contrôle registre, occasions manquées, kit d'urgence, disponibilité des vaccins, chaîne du froid	Connaissance actualisée de la situation du PEV sur le littoral	DSDS	Coordonnateur littoral	DSDS et institution de tutelle du coordonnateur littoral	À définir
Supervision dans le centre (référénts)	Connaissance actualisée de la situation du PEV dans le centre	DSDS	Référénts	DSDS et institution de tutelle du référent	À définir
Monitoring une fois par an par secteur (coordonnateur)	Évaluation des rattrapages à faire	DSDS	Coordonnateur littoral	DSDS et institution de tutelle du coordonnateur littoral	À définir
Réunion annuelle des référénts avec directeur et coordonnateurs	Évaluation annuelle du PEV	DSDS	Directeur du PEV	DSDS	À définir

## 3.2 | Annexe 2 : PEV en Guyane – Zone intérieure – Stratégies et activités de vaccination

## 3.2.1 | Objectif général

Définir et mettre en œuvre des stratégies vaccinales visant à améliorer la couverture vaccinale de toute la population résidant dans les zones isolées<sup>9</sup> de Guyane.

## 3.2.2 | Méthode

Identifier et décrire les stratégies et les actions permettant d'améliorer la couverture vaccinale des différentes populations cibles, en fonction des lieux où l'on peut les atteindre et des maladies que l'on peut prévenir par la vaccination. Pour chaque action, un tableau figure en annexe, avec le détail du plan opérationnel décliné en huit rubriques :

- approvisionnement et logistique ;
- chaîne du froid ;
- formation ;

- communication sociale ;
- coûts opérationnels ;
- supervision ;
- surveillance ;
- évaluation.

Ce plan opérationnel permet de suivre la réalisation des actions en fonction des partenaires institutionnels engagés dans le PEV. Pour chaque activité, des indicateurs de suivi sont définis.

## 3.2.3 | Contexte

L'absence de politique claire dans le domaine de la vaccination, les problèmes récurrents de moyens (logistiques, transports, personnels, etc.) dans les centres constituent les obstacles majeurs à une couverture vaccinale correcte de la population vivant dans les zones isolées de Guyane. Depuis l'an 2000, l'organisation des soins dans les centres de santé de l'intérieur souffre du clivage entre les soins curatifs et les soins préventifs. De ce fait, la pratique de la vaccination est essentiellement du

ressort du personnel du Conseil général, distinct du personnel assurant les soins curatifs dans les centres de santé et relevant du Centre hospitalier de Cayenne.

La spécificité des populations et les modes de vie sur les fleuves doivent obliger à une adaptation de l'offre de soins à chaque situation géographique. Par ailleurs, la connaissance des pratiques vaccinales par le personnel est à améliorer.

## 3.2.4 | Stratégies de vaccination

Plusieurs stratégies sont envisagées :

- les stratégies de routine ;
- les stratégies de rattrapage ;
- les stratégies spécifiques.

Les populations cibles :

- les nourrissons ;
- les enfants et adolescents scolarisés ;
- les adultes et les femmes en âge de procréer ;
- les nouveaux arrivants.

<sup>9</sup> Les zones isolées ou de l'intérieur sont les zones qui ne sont pas directement ou difficilement accessibles par la route (pistes). Elles sont pour l'essentiel situées le long des fleuves frontaliers.



### 3.2.4.1 | Stratégies de routine

Les stratégies de routine concernent les activités de vaccination assurées par le service public, responsable de la vaccination de la population. Ces activités de routine sont effectuées dans les centres ou postes fixes avancés.

#### Les nourrissons

- Organiser l'activité de vaccination de façon spécifique dans chaque centre

Les activités doivent être formalisées en fonction des stratégies vaccinales du PEV.

La planification de l'activité vaccinale doit se faire systématiquement pour chaque site de vaccination à partir des naissances domiciliées (certificats de santé, déclaration de grossesse, registre d'issue de grossesses, déclaration des naissances à l'état civil). Elle concerne les stratégies fixes et les stratégies avancées. Elle permet d'évaluer les ressources humaines nécessaires, d'adapter les horaires de travail, et de prévoir la fréquence des missions.

La mise en place et l'harmonisation d'outils de gestion des activités des centres sont un impératif pour le respect des intervalles entre deux doses vaccinales, la régulation des flux, la gestion des approvisionnements et de la logistique, le monitoring et l'évaluation des activités. La mise en place de registres de vaccination par cohortes de nourrissons doit permettre le renforcement du suivi individualisé pour le 1<sup>er</sup> rappel par une recherche active des enfants à vacciner.

Ces outils permettent, en outre, de planifier les stratégies fixes avancées pour chaque centre.

- **Éliminer les occasions manquées de vaccination**

Les vaccinations doivent être assurées même en cas d'absence des médecins dans les centres.

### 3.2.4.2 | Stratégies de rattrapage

Les stratégies de rattrapage concernent les activités de vaccination effectuées hors des centres de vaccination. Ces activités sont assurées soit par du personnel du service responsable de la vaccination, soit par tout autre personnel de santé dans des lieux de regroupement des populations cibles.

#### Les enfants et adolescents scolarisés

- Vaccination de rattrapage lors des contrôles systématiques à l'entrée au CP et au collège par le service de santé scolaire.
- Extension de l'habilitation à la vaccination pour les

Les vaccins compatibles entre eux doivent être systématiquement associés. Par ailleurs, le manque d'explications données aux usagers sur le calendrier vaccinal peut être un facteur favorisant d'occasions manquées. Les aspects administratifs de l'accueil des usagers dans les centres (demande de présentation de papiers d'identité ou de justificatif de couverture sociale) ne doivent pas être un facteur de non-adhésion au calendrier vaccinal. Aussi, des formations du personnel à l'accueil des usagers dans les centres doivent être organisées.

- **Harmoniser les pratiques vaccinales**

La formation continue des personnels de santé doit mener, d'une part, à éviter les contre-indications erronées (rhinites, non-association d'antigènes compatibles, etc.) entraînant un report de vaccination, et d'autre part, à respecter les intervalles préconisés entre deux doses.

#### Les enfants et adolescents scolarisés

- **Contrôler systématiquement l'état vaccinal des enfants scolarisés**

– Contrôles systématiques du statut vaccinal des enfants et des adolescents scolarisés à l'entrée au CP et au collège par le service de santé scolaire (médecins et IDE).

– Le médecin scolaire établit un certificat de vaccination nécessaire à l'inscription définitive dans l'établissement scolaire.

infirmières scolaires uniquement dans le cadre des campagnes de rattrapage.

- Campagne d'information et de rattrapage de vaccination.

Chaque établissement élabore dans le cadre d'un "projet d'établissement scolaire" une campagne d'information annuelle sur la vaccination sous la forme d'une "journée de la vaccination". Dans ce cadre, peuvent être présentées des expériences ayant permis d'améliorer la couverture vaccinale des enfants scolarisés dans l'établissement. En outre, un contrôle des carnets de vaccination et un rattrapage des vaccinations y sont réalisés.

#### Les enfants non scolarisés

Les enfants non scolarisés seront vaccinés au cours des missions fluviales avancées de vaccination dans les villages et organisées dans le cadre des activités de routine.

#### Les adultes

#### Les femmes en âge de procréer

L'intégration de l'activité vaccinale pour tous les antigènes quel que soit le motif de consultation au centre doit permettre d'améliorer la couverture vaccinale des femmes en âge de procréer pour la rubéole, le tétanos, l'hépatite B et la fièvre jaune.

Les secteurs concernés sont :

- les consultations médicales ;
- les consultations de planning familial.

### 3.2.4.3 | Stratégies spécifiques

Afin d'améliorer la couverture vaccinale en Guyane, des stratégies vaccinales spécifiques sont proposées :

#### Le ROR<sup>7</sup>

La 2<sup>e</sup> dose de ROR doit être faite le plus tôt possible dès l'âge de 3 ans et un rattrapage sera systématique à l'entrée à l'école à 6 ans.

Des directives claires doivent être élaborées pour ce qui concerne la protection contre la rubéole chez les adolescentes.

La vaccination contre la rubéole doit être systématique en post-partum et en post-IVG immédiat.

Par ailleurs, des stratégies spécifiques pour certains antigènes sont décrites plus bas.

D'une manière générale, le contrôle des cartes de vaccination des adultes doit être introduit, soit lorsqu'ils accompagnent les enfants dans les centres, soit lors des missions avancées dans les villages.

#### Les blessés arrivant aux centres

La vaccination antitétanique des blessés doit être systématiquement introduite au niveau des centres de santé.

#### Le BCG

La pratique du BCG chez le nourrisson doit être systématique avant sa sortie de la maternité.

#### La fièvre jaune

Généraliser la vaccination précoce dès l'âge de 6 mois comme le préconise le calendrier vaccinal.

Les unidoses de vaccins doivent pouvoir être disponibles pour une utilisation en routine.

## 3.3 | Annexe 3 : Stratégies de surveillance – Synthèse de l'atelier spécifique "surveillance des maladies du PEV"

### 3.3.1 | Méthode

Il s'agit d'un atelier spécifique dont l'objectif était de déterminer les priorités pour la surveillance des maladies du PEV et d'en définir les modalités : objectifs, acteurs, sources et types d'information.

Les recommandations pour chaque maladie ont pris en compte les systèmes existant en métropole ainsi que les objectifs du PEV régional dans les Amériques piloté par l'OPS comportant notamment l'élimination de la rougeole et de la rubéole.

### 3.3.2 | Recommandations

La mise en place de systèmes spécifiques de surveillance dans le cadre du PEV a été considérée comme prioritaire pour quatre maladies :

- la **rougeole**, la **rubéole** et la **poliomyélite** dans le cadre des programmes d'élimination existant dans les Amériques et en Europe ;
- l'**hépatite B**, dont la prévalence est importante en Guyane (estimée à 6 % auprès d'un échantillon de femmes enceintes en 1999<sup>9</sup>).

#### 3.3.2.1 | Rougeole

Suite à l'alerte liée à la survenue d'un cas suspect de rougeole en Guyane en janvier 2001 (cf. contexte), un dispositif de surveillance a été mis en place à partir de mars 2003, dans l'objectif d'identifier l'existence d'une éventuelle circulation virale en Guyane.

L'organisation a été intégrée au système de surveillance des arboviroses et de la dengue, fondé sur le laboratoire du CNR de l'Institut Pasteur de Guyane.

Les informations sont essentiellement collectées à partir du service d'urgence du Centre hospitalier de Cayenne, qui avait été le seul partenaire réellement sensibilisé lors de la mise en place de la surveillance.

Le recueil est effectué à partir de la fiche de renseignements qui accompagne le prélèvement sanguin destiné à l'IPG. Lorsque la présence d'un exanthème est signalée sur la fiche de demande de sérologie de dengue, une recherche d'IgM rougeole est faite par l'IPG.

Un cas suspect de rougeole est ainsi défini par la présence d'un syndrome fébrile répondant à la définition d'un cas suspect de dengue<sup>10</sup> associé à un exanthème.

Le critère d'intervention est la survenue d'un cas sérologiquement confirmé (investigation et rattrapage vaccinal autour du cas, recherche et typage du virus).

Une notification hebdomadaire des résultats de la surveillance est adressée à l'OPS et publiée dans le PAHO *Measles Weekly Bulletin*.

En ce qui concerne la **coqueluche**, il est proposé de mettre en place une formation et une sensibilisation des professionnels de santé au signalement et à l'investigation des cas groupés dans les meilleurs délais possibles.

Pour les autres maladies, l'organisation de la surveillance se limitera aux dispositifs déjà en place lorsqu'ils existent (fièvre jaune), notamment le système des maladies à déclaration obligatoire (tuberculose, diphtérie, tétanos). Il n'est pas proposé d'organiser une surveillance spécifique des infections à *Hæmophilus influenzae* dans l'immédiat.

En 2003, 18 cas suspects ont été identifiés par le système. Aucune sérologie n'est revenue positive pour la rougeole.

Compte tenu des objectifs d'élimination définis pour la région, il est recommandé :

- D'étendre le système actuel :
  - utiliser la définition de cas suspect recommandée par l'OPS correspondant à l'association d'une fièvre et d'une éruption ("fever and rash"), plus sensible que la définition actuelle ;
  - généraliser le système à l'ensemble des cliniciens du département (autres services d'urgences, médecins libéraux et centres de santé).
- De définir la survenue d'un cas suspect comme critère d'intervention (au lieu d'un cas confirmé actuellement).
- D'améliorer la réactivité par :
  - le signalement immédiat à la CVS de tout cas suspect par le médecin traitant ou l'Institut Pasteur de la Guyane et,
  - la réalisation d'une investigation (identification des contacts et recherche active de cas) et d'un rattrapage vaccinal autour du cas impliquant l'ensemble des partenaires (PMI, santé scolaire, centres de santé).

Il est proposé dans un deuxième temps de développer les capacités diagnostiques de l'Institut Pasteur de la Guyane par de nouveaux diagnostics biologiques et moléculaires (RT-PCR) et l'accès à un test de capture Elisa pour la recherche d'IgM salivaires (dispositif prévu en métropole).

L'utilisation des tests salivaires pourrait être réservée au prélèvement des cas suspects lors des investigations sur le terrain et au prélèvement dans les centres ou postes de santé des zones isolées.

#### 3.3.2.2 | Rubéole

Il n'existe actuellement aucun dispositif de surveillance en Guyane, excepté pour le laboratoire du CH de Saint-Laurent qui participe au réseau Renarub.

Il est recommandé :

- De mettre en place un dispositif de surveillance clinique couplé au système de surveillance de la rougeole décrit plus haut :
  - un cas suspect de rubéole est défini par l'association d'une fièvre et d'une éruption ;
  - une recherche d'IgM spécifiques sera effectuée sur tous les sérums de cas suspects négatifs pour la rougeole et la dengue, ou en première intention chez une femme enceinte.
- D'organiser, à partir du signalement d'un cas suspect, une intervention avec recherche active de cas et rattrapage vaccinal (cf. rougeole).

#### 3.3.2.3 | Poliomyélite

Il est proposé la mise en place d'une surveillance active des cas de paralysies flasques aiguës (PFA), centrée sur les établissements hospitaliers : services de médecine et de pédiatrie (en l'absence de neurologue et de service de neurologie).

La surveillance des PFA sera coordonnée par le médecin infectiologue du Char, le Dr Félix Djossou. Ce dernier organisera un recueil actif mensuel auprès des services hospitaliers de Guyane. Tous les cas déclarés seront examinés afin d'infirmier ou de confirmer la présence de poliomyélite paralytique.

Afin de compléter le système, il est recommandé que les Départements d'information médicale (DIM) des trois établissements réalisent une revue annuelle de leur base de données afin de rechercher des syndromes neurologiques compatibles.

Il est prévu que la rougeole devienne une maladie à déclaration obligatoire en 2004. La mise en place de la déclaration obligatoire (DO) devra également être effective en Guyane. Contrairement à la situation métropolitaine, la fiche de DO ne sera pas utilisée systématiquement pour le signalement (la fiche de renseignement clinique adressée à l'Institut Pasteur de la Guyane pourra servir pour le signalement). La fiche de DO devra par contre être complétée et validée par la CVS pour les cas répondant aux critères de déclaration, avant envoi à l'InVS.

- De mettre en place un système de surveillance des syndromes de rubéole congénitale, à partir du registre des issues de grossesses (RIG) déjà en place et animé par le service de PMI du Conseil général.

Les indicateurs suivis à partir du RIG seraient le nombre d'infections rubéoleuses en cours de grossesse, le nombre d'interruptions médicales de grossesse (IMG) et le nombre de rubéoles congénitales malformatives (RCM). Le RIG devra être adapté afin de permettre le recueil de ces informations.

- D'augmenter la participation au réseau Renarub des laboratoires de Guyane qui pratiquent la recherche d'IgM rubéole et prendre en compte les données du réseau dans le système de surveillance du PEV.

Le nombre de cas attendus est faible (1 cas pour 100 000 habitants de moins de 15 ans, soit 1 cas tous les un à deux ans en Guyane).

Afin de répondre aux critères d'éradication établis par l'OPS, une évaluation biennale externe (OPS/InVS/DGS) sera effectuée pour la validation du système.

Il est rappelé que les principaux critères pour la certification de l'éradication de la poliomyélite sont les suivants :

- atteindre un taux de détection de PFA non polio d'au moins 1 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans ;
- réaliser des prélèvements adéquats, soit 2 prélèvements à 24 heures d'intervalle, moins de 14 jours après le début de la paralysie, sur 80 % des échantillons de selles ;
- faire analyser les échantillons de selles par un laboratoire accrédité par l'OMS.

<sup>9</sup> B. Blondel, J. Norton, C. Dumazaubrun, G. Bréart. *Enquête périnatale 1998*. Inserm 1999.

<sup>10</sup> Cf. *Guide de surveillance de la dengue dans les départements français d'Amérique*. Un cas suspect de dengue est défini par l'association au minimum :  
- d'une fièvre élevée ( $\geq 38^{\circ}5$ ) de début brutal évoluant depuis moins de dix jours ;  
- d'un syndrome algique : céphalées  $\pm$  arthralgies  $\pm$  myalgies  $\pm$  lombalgies ;  
- de l'absence de tout point d'appel infectieux.

### 3.3.2.4 | Hépatite B

L'impact du PEV sur la transmission du virus de l'hépatite B pourra être évalué à long terme par le suivi de la prévalence de l'hépatite B chronique dans la population (portage de l'antigène HBs).

Il est proposé que la surveillance de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B soit réalisée à partir des résultats du dépistage systématique de l'antigène HBs effectué lors des consultations prénatales.

### 3.3.2.5 | Coqueluche

En ce qui concerne la coqueluche, il est proposé de se limiter à la formation et à la sensibilisation régulière des professionnels de santé au signalement et à l'investigation des cas groupés (cf. guide coqueluche – recommandations lors de cas groupés de coqueluche – <http://www.invs.sante.fr/publications/guides/renacoq/page.html>).

Le programme de formation des médecins et des personnels de santé publique devra comporter :

- le diagnostic clinique et les prélèvements biologiques de confirmation ;
- les mesures à prendre devant des cas groupés.

### 3.3.2.6 | Autres maladies du PEV

#### La diphtérie, le tétanos

La surveillance s'appuiera sur le système des maladies à déclaration obligatoire.

#### La tuberculose

Outre le suivi des déclarations obligatoires, une enquête sur les circonstances des contaminations récentes, couplant les données des enquêtes épidémiologiques chez les patients BK+ et les données de la biologie moléculaire (Institut Pasteur de Guadeloupe) a débuté en Guyane début 2003. Elle permettra un suivi actif des cas notifiés par le laboratoire (Institut Pasteur de la Guyane).

L'accent sera mis dans l'immédiat sur les enquêtes épidémiologiques autour des cas et sur l'organisation du suivi des malades. À terme, l'établissement d'un programme de lutte contre la tuberculose (LAT) devra faire l'objet d'ateliers du même type que ceux initiés pour le PEV afin de définir les stratégies et le plan d'action de la LAT en Guyane.

La surveillance s'appuiera sur le RIG après la mise en place de la notification systématique dans le RIG du résultat de la recherche de l'antigène HBs réalisée lors du suivi de la grossesse.

D'autre part, la surveillance des hépatites B aiguës sera réalisée dans le cadre du système des maladies à déclaration obligatoire déjà en place.

Les premières formations pourraient être organisées dans le courant de l'année 2004, avec l'appui des pédiatres et du service d'infectiologie du Centre hospitalier de Cayenne, sous forme d'ateliers auxquels participeraient les médecins et les infirmiers des centres de santé, les médecins généralistes libéraux et les équipes d'investigation (CVS et Conseil général). Les médecins libéraux pourraient également intégrer le diagnostic de la coqueluche et la conduite à tenir devant des cas groupés à leur programme de formation continue.

#### La fièvre jaune

La surveillance de la fièvre jaune est actuellement assurée par le service de réanimation du Centre hospitalier de Cayenne et par l'Institut Pasteur de la Guyane, dans le cadre d'un programme de recherche de l'étiologie des syndromes viraux graves hospitalisés en réanimation (fièvres hémorragiques, syndromes neurologiques fébriles).

#### Les oreillons

La surveillance des méningites ourliennes pourra s'intégrer à la surveillance des syndromes neurologiques fébriles à LCR clair qui devrait être mise en place en Guyane, dans le cadre de la surveillance des infections par le virus du West Nile.

## 3.4 | Annexe 4 : PEV de Guyane – Descriptif de poste du directeur du PEV

### 3.4.1 | Rôles

- ▶ A l'entière responsabilité du programme.
- ▶ Dirige et supervise les deux coordonnateurs de terrain du programme.
- ▶ Collabore et communique avec les autres programmes de santé publique, en particulier avec la PMI et la

CVS de la DSDS, ainsi qu'avec les organismes internationaux – OPS/CAREC.

- ▶ Occupe son poste à temps plein, basé à Cayenne.
- ▶ Rend compte à la direction du GRSP ou, à défaut, à la structure de tutelle correspondante de ses activités et des résultats du programme.

### 3.4.2 | Fonctions

- ▶ Développement de politiques de vaccination, plans stratégiques et plans annuels d'activités "nationales" du PEV.
- ▶ Audit et assurance qualité des services du PEV, maintien de taux élevés de couverture vaccinale.
- ▶ Identification et supervision des activités de recherche opérationnelle et d'évaluation du PEV, des études coût/efficacité.

- ▶ Planification de l'élimination/éradication des maladies à prévention vaccinale.
- ▶ Surveillance – impact du PEV, chaîne du froid et effets secondaires des vaccinations.

### 3.4.3 | Qualifications et compétences

- ▶ Médecin, avec diplôme et expérience en santé publique.
- ▶ Expérience de la planification et de la gestion de programmes de santé publique.
- ▶ Diplôme et/ou compétence en épidémiologie :
  - épidémiologie des maladies infectieuses ;

- recherche opérationnelle et appliquée ;
- évaluation.
- ▶ Aptitude au travail en équipe et à la coordination avec une large palette d'intervenants en santé publique.
- ▶ Bonne connaissance et pratique de l'anglais.



### 3.5 | Annexe 5 : PEV de Guyane – Descriptif de poste des coordonnateurs de zone du PEV (un par zone)

#### 3.5.1 | Rôles

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Assiste le directeur du PEV dans la gestion et la mise en œuvre du programme national (régional).</li> <li>▶ Est responsable de la coordination et de la supervision de tous les aspects du programme dans sa zone.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Est un professionnel déjà employé dans les services de santé publique.</li> <li>▶ Rend compte au directeur du PEV de ses activités et des résultats du programme dans sa zone.</li> </ul> |
|---|--|

#### 3.5.2 | Fonctions

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aide au développement des plans stratégiques et plans annuels d'activités du PEV.</li> <li>▶ Supervise et assure le suivi de l'approvisionnement en vaccins, réactifs et autres éléments "biologiques" du PEV – y compris par le contrôle de la chaîne du froid.</li> <li>▶ Identification des besoins en formation et coordination des activités de formation – dans sa zone et pour la Guyane.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Collecte, compilation et dissémination trimestrielles des données sur la couverture vaccinale et les activités du PEV, dans sa zone.</li> <li>▶ Maintien d'une communication et coordination permanente entre les différents niveaux du PEV (terrain, zone, central et transfrontière, s'il y a lieu) particulièrement concernant la surveillance des maladies cibles du PEV.</li> </ul> |
|--|---|

#### 3.5.3 | Qualifications et compétences

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Un(e) infirmier(e) ou médecin avec une solide expérience de planification, de coordination et d'animation de programme de santé publique.</li> <li>▶ Formation et expérience en épidémiologie d'intervention (surveillance des maladies, évaluation, investigation de cas et/ou épidémies).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Expérience de la supervision et gestion de programme, incluant les aspects logistiques.</li> <li>▶ Expérience de la formation des professionnels de santé.</li> <li>▶ Expérience souhaitée de la pratique des vaccinations.</li> </ul> |
|---|---|

### 3.6 | Annexe 6 : PEV de Guyane – Partenariats et responsabilités institutionnelles : matrice des propositions

Domaine	DSDS	CG/DSP	Hôpital	Médecins libéraux (URML)	Institut Pasteur (IPG)	Éduc. nation.	Service santé armées	Médecine travail	Assurance maladie	Cire InVS	DGS	OPS	Autres (ONG) (Labos) (ORS)	Inpes Codes
Vaccins, réactifs, autres		Routine Rattrapage							Rattrapage Journées (routine, in fine)		Événement exception. épidémies, journées			
Chaîne du froid	Maintenance (technicien sanitaire) Base de données	Capital Logistique Inventaire	Capital Logistique Inventaire				Logistique							
Formation		Identific. des besoins Coord. séminair.	Identific. des besoins Coord. des séminaires	Séminaire						Séminaire		Cadres Échange Journées	Supports Finances (Aventis, etc.)	
Promotion Santé	Concept. Réalisation	Concept. Réalisation		Concept. Réalisation Finances					Concept. Finances					Concept. Product. Finances
Coûts et opérations <sup>o</sup>		Routine : (Fixe) (Avancée) (Mobile)	Routine : (Fixe) (Avancée) (Mobile)	Routine : (Fixe)		LSP Routine : (Fixe) Rattrap.							Routine : (Fixe) Rattrapage Journées (MDM)	
Direction	Directeur Règlement	Coordo.	Coordo.								Règlement			
Supervision	Globale	Activités	Activités											
Épidémiol.	Surv. Rech. Éval.		Surv. Rech. Éval.	Labo					Surv. Rech. Éval.		Surv. Rech. Éval.			
Évaluation	++	Activités	++		++					++		++	Qualitatif Coût-effic. (ORS)	

