

ÉVOLUTION DE LA POLITIQUE VACCINALE : OBLIGATIONS VACCINALES POUR LES PERSONNELS DE SANTÉ

JF GEHANNO

Service de Médecine du travail et des Maladies Professionnelles

CHU de Rouen

- Pas de lien d'intérêt à déclarer avec les firmes pharmaceutiques

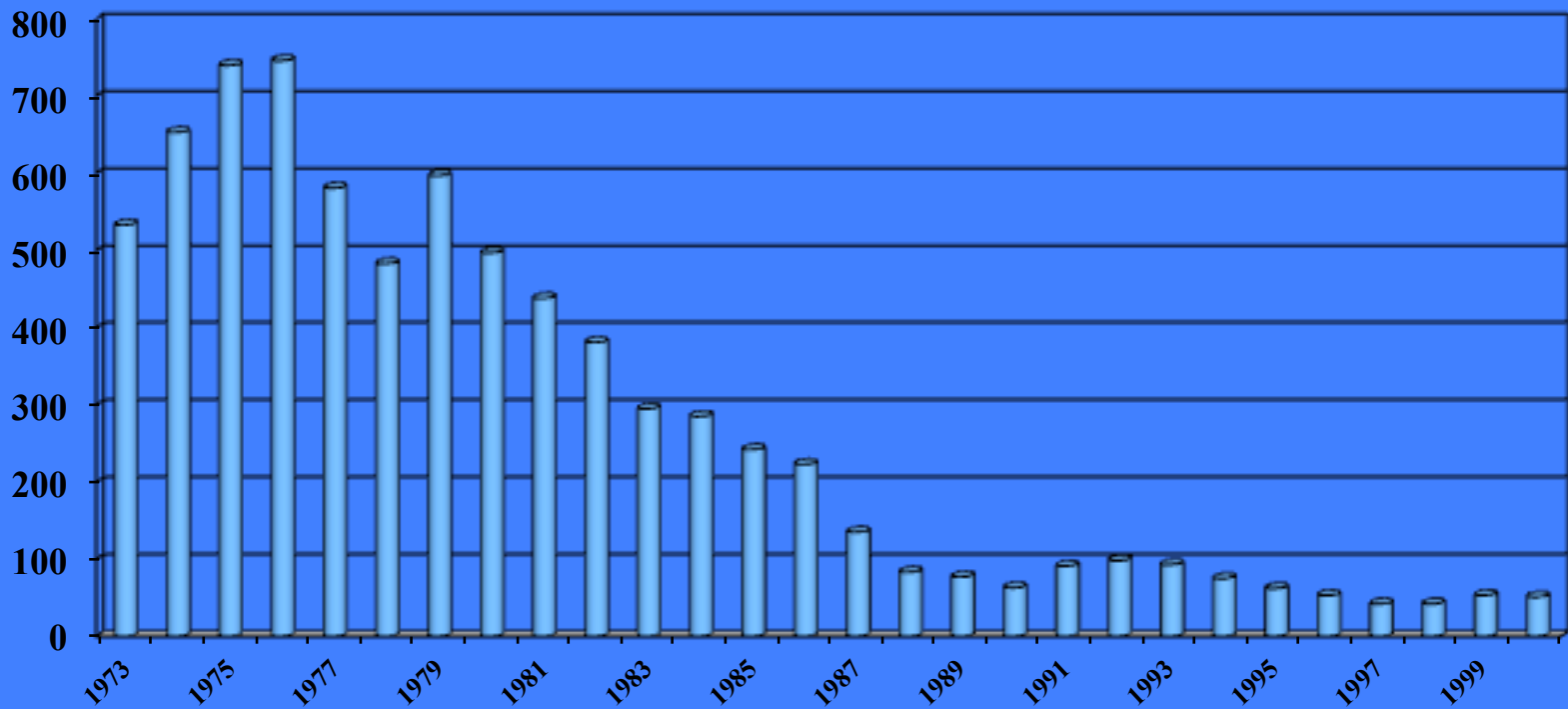
- Membre du HCSP
 - Contribution à la rédaction des avis Grippe 2014, BCG 2017, Obligations vaccinales pour les soignants 2016 ...

Maladie	Morbidité annuelle pré-vaccinale	Morbidité récente	% de réduction
Variole	29 005	0	100
Diphtérie	21 053	0	100
Poliomyélite (paralytique)	16 316	0	100
Rougeole	530 217	55	99,9
Rubéole	47 745	11	99,9
Rubéole congénitale	152	1	99,3
<i>H influenzae b</i> et non typés (< 5 ans)	20 000	167	99,2
Oreillons	162 344	6584	95,9
Tétanos	580	4	92,9
Coqueluche	200 752	15 632	92,2

Roush, JAMA 2007

Orenstein, Health Affairs 2005

Hépatites reconnues en maladie professionnelle par la CNAM


















- « Considérant les exigences sociétales et les impératifs de santé publique, le comité conclut que **la levée de l'obligation vaccinale est l'objectif à atteindre**. Néanmoins, dans le contexte actuel de perte de confiance et de baisse de la couverture vaccinale, il lui apparaît nécessaire de réaffirmer le bien-fondé de la vaccination. Pour ce faire, le comité **préconise un élargissement temporaire du caractère obligatoire des vaccins recommandés** de l'enfant, assorti d'une clause d'exemption et de leur gratuité. »

Conditions pour rendre une vaccination obligatoire en milieu professionnel

- Les soignants sont à risque important
 - d'acquérir la maladie
 - de la transmettre
- Il existe un vaccin efficace
 - pour réduire ces deux risques
- effets secondaires limités
 - Rapport bénéfice risque favorable
- Besoin de l'obligation pour obtenir un bon taux de couverture vaccinal
- Conséquences du non respect de l'obligation prises en compte
- Acceptabilité de l'obligation vaccinale et des coûts ?

Quel rationnel ?

Maladie	Risque nosocomial		Efficacité vaccination	Effets secondaires	Obligation
	Pour le soignant	Pour le patient			
X					
Y					
Z					

➤ Article L3111-4 du Code de Santé Publique

- Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant **ou exposant les personnes dont elle est chargée** à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite
 - *et la grippe ?(JO 20/12/05, suspendue JO 15/10/06).*
- Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale doivent être immunisées contre la fièvre typhoïde

➤ Article R3112-1 du CSP

- BCG obligatoire pour étudiants & soignants

- Un risque avéré pour les soignants

- Risque de transmission au patient modéré (Bell, Infect Agents Dis 1992)
 - 1 / 420 à 4 200 interventions si chirurgien Ag Hbe +
 - Mais cas rapportés avec soignants Ag HBe négatifs

- Une vaccination efficace : 95 – 97% après 3 injections *
 - Surtout chez l'adolescent : 97-99% **

- Avec peu d'effets secondaires

* : West, Am J Infect Control 1989; ** : Koff, vaccine 2002

- **Diphthérie : > 1 cas par en France, tous importés**
 - 18 cas d'infection à *Corynebacterium diphtheriae* productrice de toxine notifiés depuis 2012 à Mayotte
 - Risque soignant très limité
- **Tétanos : 36 cas entre 2008 et 2011**
 - Pas de transmission aux soignants sauf médecine de catastrophe
- **Poliomyélite en France:**
 - Dernier cas autochtone : 1989
 - Dernier cas importé : 1995
 - Persistance de PVS sauvage : Pakistan, Afghanistan, Nigéria
 - Risque de transmission soignant-soigné ?

- Plusieurs cas rapportés chez personnels de laboratoire
 - USA, 1985-1994 (CDC)
- Risque de transmission à un patient depuis un personnel de laboratoire : nul !

- Risque supérieur à la population générale (Kuster, PLoS One. 2011)
 - Toutes infections: RR 18.7 (95% CI, 15,8 – 22,1)
 - Infection grippale symptomatique : RR 3.4 (95% CI, 1.2 - 5.7)
- Epidémies rapportées en milieu hospitalier et en maison de retraite (MMWR 2006;55:RR2)
- Haut potentiel de désorganisation (Glaser, EID 2002)
- Gripes nosocomiales : proportion mal connue
 - 4,3% (adulte) → 9,3% (enfant < 15 ans) *
 - 28 épidémies publiées entre 1959 et 2008 (Voirin, JHI 2009)
 - **Source fréquente : soignants****
 - 50% dans l'étude INVS (Bonmarin, 2011)

*: Khandaker, JHI 2012; Macesic, Med J Aust 2013

** : Yassi, 1993; Morens, 1995; Malavaud, 2001; Berg, 2003

- Efficacité du vaccin chez l'adulte :
 - Revue Cochrane sur l'efficacité du vaccin chez des adultes sains (Jefferson, Cochrane 2010)
 - **73%** si recommandations de l'OMS adaptées aux souches circulantes
 - **44%** sinon
 - Méta-analyse (Osterholm, Lancet Oct 2011)
 - Efficacité de la vaccination chez les 18-65 ans
 - **59%** IC [95% 51–67]
 - Variable selon les années (adaptation vaccin / souche circulante)

- H1N1 2009 pendant pandémie : de l'ordre de 60%

- Revue de littérature en 2012 (Dolan, EID 2012)
 - 20 études retenues (4 RCT)
 - Conclusion : **effet probable** effet de la vaccination du personnel sur les patients
- Revue de littérature en 2013 (Ahmed, CID 2013)
 - Critères : décès toutes causes et syndromes grippaux
 - 4 essais randomisés et 4 études d'observation
 - Conclusion : **peut améliorer** mais niveau de preuve modéré à très faible
- Revue Cochrane 2013 : vaccination des professionnels de santé avec patients > 60 ans (Thomas, Cochrane Database Syst Rev 2013;7:CD005187)
 - 2000 études sélectionnées -> 3 essais randomisés inclus
 - **Pas d'effet** de la vaccination sur le nombre de grippe confirmée, d'IRA basse, d'hospitalisation et décès pour maladies respiratoires
 - Mais : pas d'analyse de la mortalité toute cause confondue (objectif principal des études incluses)
- Rapport HCSP 2014
 - Études peu nombreuses, difficiles à réaliser et entachées de nombreux biais
 - Majorité des résultats **en faveur d'un effet protecteur**
 - Mais **niveau de preuve faible**
- Revue Cochrane 2016 : vaccination des professionnels de santé avec patients > 60 ans (Thomas, Cochrane Database Syst Rev 2016;6:CD005187)
 - 2000 études sélectionnées -> 4 essais randomisés inclus + une étude de cohorte
 - **Pas d'effet de** la vaccination sur le nombre de grippe confirmée, d'IRA basse, d'hospitalisation et décès pour maladies respiratoires ou de la mortalité toute cause confondue

- Avis du HCSP de mars 2010 & 2017
- Données d'efficacité du BCG chez l'adulte très peu nombreuses
 - 56% (51%-62%) chez l'enfant
 - Baisse avec l'âge
 - 7 études retrouvées chez l'adolescent et l'adulte,
 - 4 montrent une protection allant de 0 à 30 %
 - 3 montrent une protection au dessus de 60 %;
- Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande
 - la levée de l'obligation de vaccination par le BCG pour les professionnels et étudiants des carrières sanitaires et sociales
 - Le renforcement de la prévention primaire et secondaire

- Transmission
 - Gouttelettes + air (Contagiosité avant symptômes ++)
 - Survie du virus sur les surfaces > 2h ?
- Risque professionnel
 - Etude américaine mars-juin 96 (Steingart, ICHE 1999;20:115-9)
 - Fq soignants >> population générale,
 - RR 18,6 (p<0,001)
- L'hôpital est un lieu à risque
 - Risque d'attraper une rougeole x 4,9 chez les enfants ayant fréquenté les urgences pédiatriques (Miranda, Int J Epidemiol 1994;23:843-8)
 - Nombreux cas de transmission soignant-soigné rapportés (Fiebelkorn, Vaccine 2014)
- Vaccin très efficace

Quelle logique ?

Risque nosocomial

Maladie	Pour le Soignant	Pour le patient	Efficacité vaccination	Effets secondaires	Obligation
X	●	●	●	●	Y
Y	●	●	●	●	N
VHB	●	●	●	●	Y
D	●	●	●	●	Y
T	●	●	●	●	Y
BCG	●	●	●	●	Y
Grippe	●	●	●	●	●
ROR	●	●	●	●	N
Varicelle	●	●	●	●	N
Coqueluche	●	●	●	●	N

Vaccinations obligatoires en Europe

	Grippe	ROR	Varicelle	VHA	VHB	DT	Polio	Coq.	Meningo	BCG
Autriche	R	R	R	R	R	R	R	R	R	-
Belgique	R	R	R	-	O	R	-	R	-	-
Finlande	R	O	R	-	R	R	-	R	-	-
France	R	R	R	-	O	O	O	R	-	O
Allemagne	R	R	R	R	R	-	-	R	R	-
Grèce	R	-	-	R	R	-	-	-	-	-
Italie	R	R	R	R	R	-	-	-	-	O
Pays Bas	-	-	-	-	O	-	-	R	-	O
Norvège	-	R	R	-	R	-	-	R	R	R
Russie	R	R	-	-	R	R	-	-	-	-
Espagne	R	R	R	-	R	R	-	-	-	-
Suisse	R	R	R	R	R	R	R	-	R	-
UK	R	R	R	-	R	R	R	R	-	R

- : non recommandé / R : recommandé pour tous ou certains soignants
O : obligatoire

- Liberté individuelle
- Obligation → discrédit sur le non obligatoire ?
 - Enjeux de santé publique ?
- Protéger les soignants « de force »
 - Est ce valide si seulement risque patient → soignant ?
- Patient safety / Ne pas nuire
 - A partir de quelle niveau de risque soignant → patient ?
- Préservation des ressources en soignants
 - Non vaccinés → malades → absentéisme → charge sur les collègues
 - Refus vaccination → inaptitude → baisse des ressources

➤ Instruction DGS du 21 janvier 2014 :

2-5 Situation des personnes porteuses ou infectées chroniques par le virus de l'hépatite B

Les personnes porteuses de l'antigène HBs et/ou ayant une charge virale détectable sont infectées par le virus de l'hépatite B. Elles ne peuvent pas être vaccinées. De plus, elles ne remplissent pas les conditions d'immunisation détaillées dans l'arrêté du 2 août 2013 ; elles ne peuvent donc pas accéder à la formation aux professions listées dans l'arrêté du 6 mars 2007.

➤ Etudiants visés : arrêté du 6 mars 2007

- ▣ ...
- ▣ Aide-soignant.
- ▣ ...
- ▣ Ambulancier.
- ▣ Technicien en analyses biomédicales
- ▣ **Aucun risque soignant -> soigné**



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif aux obligations vaccinales des professionnels de santé

27 septembre et 7 octobre 2016

- Vaccination contre la diphtérie et la poliomyélite
 - fortement recommandée pour les professionnels de santé, au même titre que dans la population générale adulte,
 - obligation de rappel si modification inattendue de l'épidémiologie de ces infections.
- Vaccination tétanos : obligation supprimée.
- Vaccination contre la grippe
 - non obligatoire mais fortement recommandée,
 - Puisse être rendue obligatoire en situation de pandémie.
 - A reconsidérer quand des vaccins plus efficaces seront disponibles.
- Vaccination typhoïde : obligation supprimée
- Modalités d'indemnisation des effets indésirables des vaccins recommandés en milieu professionnel alignées sur celles des vaccins obligatoires.

- Ne pas oublier que les mesures d'hygiène sont parfois plus efficaces que la vaccination
- Doit on garder des obligations vaccinales ?
 - Si oui, critères stricts et consensuels
- Exclure des soignants au motif d'une absence de vaccination sans leur offrir d'autres moyens de prévention n'est satisfaisant ni en termes d'éthique ni en termes d'efficacité
- Conjuguer couverture vaccinale, libertés individuelles & confiance des soignants
 - convaincre plutôt que contraindre
 - expliquer plutôt qu'obliger.

MERCI DE VOTRE ATTENTION