

Protection des personnels de santé

Vaccinations obligatoires et recommandées

(hors COVID-19)

Rappel de données générales sur les vaccinations

Classification des vaccins

- Vaccins vivants atténués
 - Agents infectieux atténués restant capables de se multiplier → infection « *a minima* »
 - Les vaccins atténués ne sont pas dépourvus de risques
 - Réversion du virus poliomyélitique oral
 - BCGites, vaccine généralisée notamment chez les immunodéprimés : en principe contre-indiqués sur ce terrain
 - Grossesse

Classification des vaccins

- Vaccins inactivés
 - Agents infectieux inactivés : incapables de se multiplier, composés des structures antigéniques de l'agent infectieux
 - Plusieurs injections + rappels nécessaires pour obtenir une immunisation suffisante
 - Vaccins entiers : agent bactérien ou viral entier est inactivé par procédé physique ou chimique (vaccin coquelucheux entier).
 - Sous-unités vaccinales : moins immunogènes
 - Anatoxines (vaccin anti-tétanique ou anti-diphtérique)
 - Antigènes capsulaires (polyosides de pneumocoques) : faible durée de l'immunité, peu ou pas d'effet de rappel
 - Conjugués : plus récents, obtenus par conjugaison des polyosides spécifiques à une protéine porteuse (*Hemophilus*, Méningocoque, Pneumocoque), plus immunogènes

Immunité induite par la vaccination

- Immunité humorale + cellulaire
- Bonne immunité protectrice de base
 - Souvent plusieurs injections sont nécessaires
 - Intervalles suffisamment longs amplifient la réponse immune
 - Si retard, il n'est pas nécessaire de recommencer : reprendre le schéma
- Entretien de l'immunité
 - Pour certains agents infectieux, immunité entretenue par contacts itératifs avec sujets infectés
 - Rougeole, coqueluche...
 - Si circulation diminue, nouvelles injections peuvent devenir nécessaires
 - Rappels à intervalles réguliers : diphtérie, tétanos,...

Objectif

- Protection individuelle : vaccination anti-tétanique
- Protection de la collectivité (maladies à transmission inter-humaine)
 - Immunité de groupe
 - Couverture vaccinale suffisante pour protéger également les non-vaccinés
 - Élimination d'une maladie dans un pays (polio) voire éradication (variole)
 - Vaccination « altruiste » : vaccination de l'entourage d'une personne fragile (grippe)

La politique vaccinale (1)

- Depuis 2017, la politique vaccinale s'appuie sur les avis de la HAS* (au lieu du HSCP**), préparés par la nouvelle Commission technique des vaccinations (CTV), qui a pour mission de
 - suivre les évolutions et les perspectives nouvelles en matière de vaccins
 - élaborer la stratégie vaccinale en fonction
 - des données épidémiologiques
 - d'études sur le rapport bénéfices/risques et coût/efficacité des mesures envisagées
 - proposer les adaptations en matière de recommandations et d'obligations vaccinales, ainsi que la mise à jour du calendrier vaccinal

* HAS = Haute Autorité de Santé

**HCSP = Haut Conseil de la Santé Publique

La politique vaccinale (2)

- En harmonie avec l'OMS et l'Europe
- Calendrier vaccinal révisé chaque année



La vaccination des personnels de santé

- 2 OBJECTIFS
 - Protéger la personne d'une infection professionnelle : protection individuelle
 - En la protégeant, éviter qu'elle ne contamine son entourage, notamment les patients
- 2 TYPES de vaccination
 - Vaccinations obligatoires
 - Vaccinations recommandées

Les vaccinations obligatoires

- Le Code de la santé publique (art L. 3111-4, L. 3112-1, R. 3112-1 et R. 3112-2) rend obligatoires certaines vaccinations pour certains professionnels exposés « ou exposant les personnes dont ils ont la charge » (ajouté par la loi de santé publique n° 2016-41 du 21 janvier 2016 pour prendre en compte la vaccination altruiste des professionnels visés par l'obligation)
- Il s'agit des vaccinations dTP et Hépatite B
- Suspension des obligations de vaccinations contre la grippe, la typhoïde et le BCG

La vaccination anti-VHB

- Schéma
 - Primo-vaccination
 - Schéma standard = J0, 1 mois, 6 à 12 mois
 - Schéma accéléré (*Avis du HCSP du 20/02/2014*)
 - suppression du schéma M0, M1, M2, M12
 - J0, J7, J21 ⇒ impose un *rappel à 12 mois*
 - Rappels ultérieurs inutiles sauf cas particuliers
 - Professionnels dans certaines conditions
 - Immunodéprimés (dialysés)

Protection conférée à l'issue de la primo-vaccination

- Chez le répondeur à la vaccination (taux d' AC anti-HBs ≥ 10 UI/l) : protection pratiquement de 100 %
 - Durée de persistance des anticorps au-dessus du seuil : entre 30 et 60 % des adultes ayant répondu à la vaccination ont un taux d' AC ≥ 10 UI/l 10 ans après
 - Protection par mémoire immunitaire sans AC circulant permise par la longue durée d' incubation de la maladie
 - ⇒ Chez le répondeur, rappels ultérieurs inutiles sauf chez les immunodéprimés
- Si taux d' AC ≤ 10 UI/l :
 - Possibilité de doses additionnelles ⇒ parmi les adultes non-répondeurs (*Hadler 1986*)
 - > 33 % répondent après deux doses supplémentaires
 - > 50 % après 3 doses
 - Pas de données montrant qu'ils pourraient bénéficier de la poursuite de la série (au delà de 6 doses)

Vaccination anti-VHB : personnes concernées par l'obligation (1)

- Les personnels EXPOSÉS de certains établissements
 - Arrêté 15/3/91 et 29/3/05
"...Établissements ou organismes..." où travaillent des personnels : de santé, de laboratoire..., de blanchisseries, de pompes funèbres et de transport de corps avant mise en bière... et services d'incendie et de secours "
 - L'obligation vaccinale s'applique aux personnes qui, dans les établissements listés, sont exposées au risque

→ *évaluation individuelle par le médecin du travail*
(Arr. 2/08/2013)

Vaccination anti-VHB : personnes concernées par l'obligation (2)

- Les élèves et étudiants d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé (Art. L 3111-4 CSP alinéa 4)
 - Arr. 6/03/07 (actualisant l'arrêté du 23/08/91)
 - "...Professions médicales (médecins, chir., dentistes, sages-femmes) et autres professions de santé (infirmiers, aides soignants, ambulanciers...)
 - Ne sont plus soumis : ergothérapeutes, orthophonistes, audioprothésistes, orthoptistes, psychomotriciens
 - En cours d'actualisation : adjonction des assistantes dentaires (Avis du HCSP du 18/01/2016 : Modification de l'arrêté du 6/03/07 en cours)
- *NB : la vaccination anti-VHB peut être recommandée pour les personnes n'entrant pas dans le champ de l'obligation mais exposées : secouristes...*

Vaccination anti-VHB : conditions d'immunisation

- Arrêté du 2 Août 2013 (remplaçant l'arrêté du 6/03/2007)
 - Exigence d'immunisation : faire la preuve de la présence d'AC anti-HBs et de l'absence de portage chronique de l'AgHBs
 - Renvoie au calendrier vaccinal pour les schémas vaccinaux
 - 3 injections (0-1-6)
 - Si nécessité d'immunisation rapide : schéma 3 doses T0, T7 et T21 et un rappel à 1 an
 - Vaccination réalisée par le médecin du travail ou tout médecin du choix de la personne

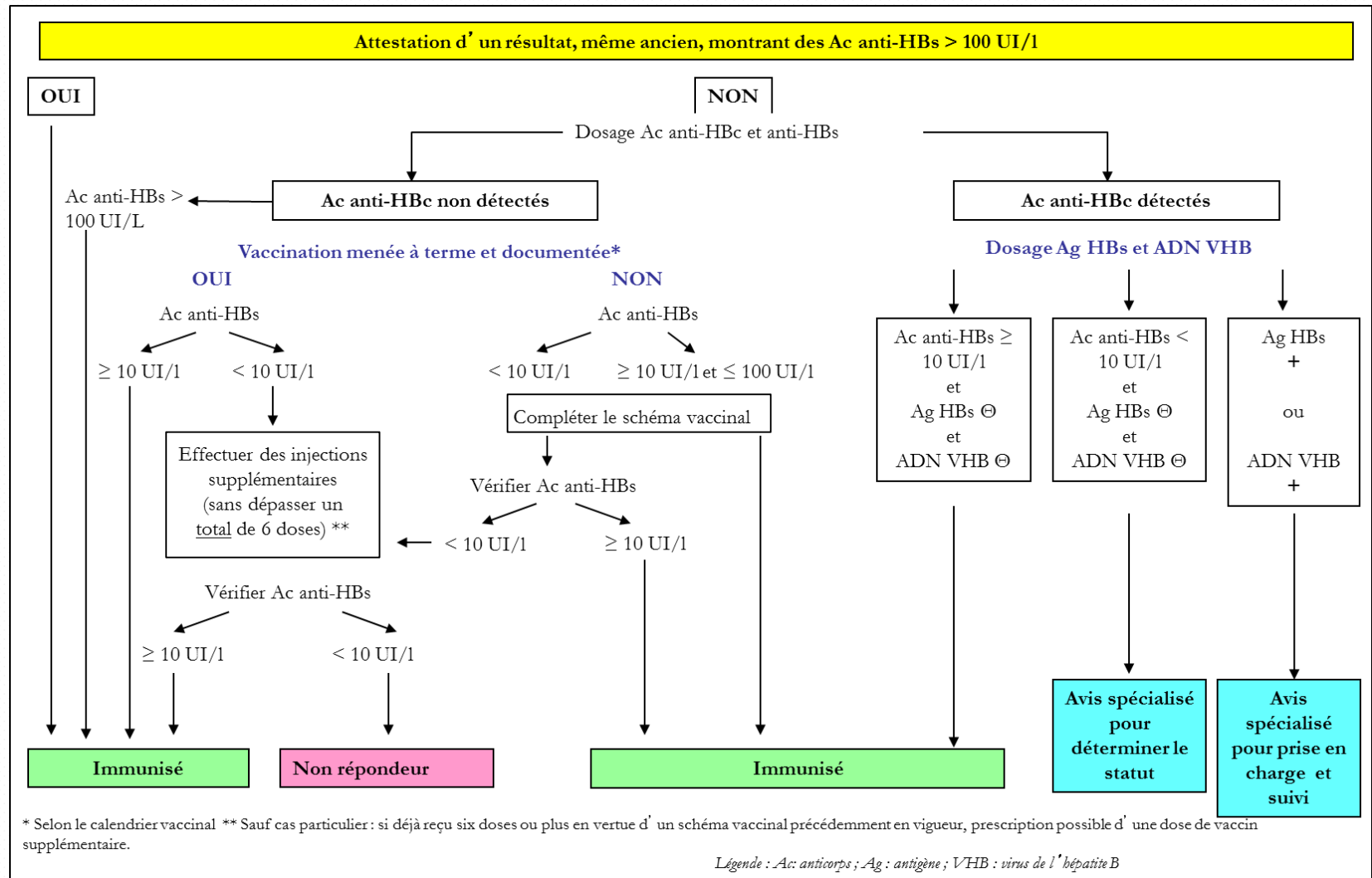
Vaccination contre l'hépatite B chez les professionnels de santé

⇒ arrêté du 2 août 2013

⇒ Le soignant doit faire la preuve d'une IMMUNISATION

- Soit AC anti-HBs (même ancien) > 100 UI/l : OK
 - ⇒ Pourquoi ce seuil de 100 ?
 - Si incertitude sur le nombre de doses reçues mais AC anti-HBs > 100 UI/l : la personne peut être considérée comme immunisée durablement (chez l'immunocompétent)
 - Possibilité d'un portage de l'AgHBs éliminée : en effet, présence concomitante d'AgHBs et d'Ac à des titres faibles décrite chez des personnes infectées (*Gunson R et al. European Consensus Group. Journal of Clinical Virology 2003*)
- Soit AC anti-HBs < 100 UI/l ou taux inconnu : AC anti-HBs + AC anti-HBc exigés

Algorithme extrait de l'instruction DGS/R1/R12 du 21 janvier 2014



Conduite à tenir devant un non répondeur

- Le soignant non-répondeur doit être informé de
 - Son statut de non-répondeur à la vaccination
 - Le risque de contamination par le VHB lors d'un AES
 - L'importance du respect des précautions universelles
 - La prise en charge impérative en cas d'AES
 - Recherche en urgence du statut VHB de la source
 - Immunoglobulines spécifiques si patient AgHBs + ou inconnu
 - La nécessité d'une surveillance annuelle de la sérologie du VHB à la recherche d'une éventuelle contamination

Si soignant Ag HBs et / ou ADN VHB positif (1)

- Il n'y a pas lieu de procéder à la vaccination
- Aptitude ??

Rapport du HCSP relatif à la prévention de la transmission du VHB, VHC, VIH aux patients par les professionnels de santé (27 juin 2011)

- pas d'éviction systématique des soins
- dépend de
 - Niveau de la charge virale / possibilité de traitement
 - Nature des gestes réalisés : gestes invasifs à risque
- Avis d'une commission « nationale » ad hoc
 - ne s'est jamais mis en place
 - plutôt régional au niveau de l'ARS

Si soignant Ag HBs et / ou ADN VHB positif (2)

- Instruction DGS/R11/R12 du 21/01/ 2014
 - « Les personnes porteuses de l'AgHBs et/ou ayant une charge virale détectable (...) ne peuvent donc pas accéder à la formation aux professions listées dans l'arrêté de 2007
 - Dans certaines situations complexes, par ex étudiant au cours de son cursus ou personnel déjà en poste (...) l'ARS peut être sollicitée par la personne elle-même, le médecin du travail ou de prévention ou le médecin traitant. L'ARS peut (...) s'aider d'avis d'experts en réunissant une commission régionale ad hoc"
- Le HCSP dans son avis du 21/04/2015 recommande que :
 - « La question du risque de transmission soignant-soigné ne soit posée que pour les seules formations aboutissant à un exercice professionnel pouvant conduire à la réalisation de soins invasifs à haut risque d'exposition au sang, c'est-à-dire aux exercices de médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, IBODE ou sage-femme uniquement
 - Les personnes porteuses ou infectées chroniques par le virus de l'hépatite B ne se voient pas interdire a priori la formation aux études médicales, dentaires, maïeutiques, ou IBODE mais que l'évaluation du risque de transmission soignant-soigné ait lieu le plus précocement possible pendant les études »

Pour en savoir plus

- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006055678>.
- Arrêté du 15 mars 1991 modifié fixant la liste des établissements ou organismes où le personnel exposé doit être vacciné.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000536663>
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation.
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=49191F5D6BEDDEAD8519395DA0C6EB76.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT000027830751&dateTexte=20140707.
- Instruction N° DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/02/cir_37911.pdf.
- Vaccination contre l'hépatite B : schémas vaccinaux accélérés. Haut Conseil de la Santé publique (HCSP), 2014. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=409>
- Hépatite B Recommandations en cas de non-réponse à la vaccination. Avis et rapport du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP), 2014.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=475>
- Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes – VHB, VHC, VIH. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2011.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=240>.
- Personnes atteintes d'hépatite B chronique. Modalités d'accès aux formations en santé
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=514>
- Prévention de l'hépatite B. Recommandations pour les étudiants des filières de santé
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=537>

DTP

• La diphtérie en France

- 1945 : 100 à 1000 cas / M ; 50 à 100 décès / M
- Généralisation de la vaccination dans les années 50 ⇒ Chute considérable de l'incidence (comme dans les autres pays industrialisés)
- Persistance de cas : entre 2003 et 2020:
 - 56 cas de *C. diphtheriae* (40 % autochtones DOM)
 - 69 cas *C. ulcerans* (90 % origine animale)

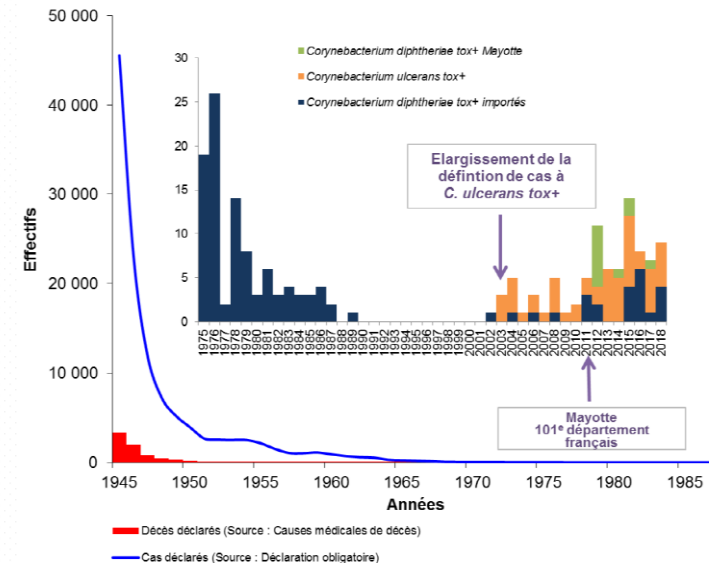
• La Polio en France

- Dernier cas autochtone en 1989
- Dernier cas importé en 1995

• Le tétanos

- pas de transmission inter-humaine ⇒ pas de risque pour le soignant

Figure 1 - Nombre de cas et de décès déclarés en France d'infections à *C. diphtheriae* ou *ulcerans* tox+ jusqu'en 2018 (Données Santé publique France = SPF).



Vaccination DTP

- Primovaccination complète exigée puis rappels tous les 20 ans (25, 45, 65 ans) avec vaccin avec dose réduite d'anatoxine
(dTP: Revaxis®, dTCaP : Repevax®, Boostrixtetra®)
- Rattrapage
 - Rappel datant de plus de 25 ans : 1 dose immédiate
 - Adulte non vacciné
 - Primo-vaccination : J0 et J 2 mois
 - Rappel à 8-12 mois puis recalculer sur les RDV vaccinaux à 25, 45, 65....

Protection des personnels de santé - Les vaccinations

Décembre 2022

La vaccination contre la Typhoïde

- Avis de la HAS du 4 décembre 2019
 - les cas de typhoïde professionnelle étaient désormais exceptionnels ;
 - la typhoïde chez les personnels de laboratoire pouvait être prévenue par le respect des bonnes pratiques de laboratoire ;
 - et que le risque de transmission d'un personnel de laboratoire à un patient était nul
- **Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 a suspendu l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde pour les personnes exerçant une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale.**

BCG : révision de la politique vaccinale en France

- Obligation de vaccination par le BCG
 - En 2004 : suppression de toute revaccination, y compris pour les adultes soumis à une obligation professionnelle
 - En 2007 : suspension en population générale ; reste fortement recommandée pour certains enfants à risque
 - Demeurait pour certains professionnels du secteur médico-social
- Intérêt très discuté chez l'adulte
- Néanmoins
 - risque de tuberculose notable dans les structures de soins même si a beaucoup diminué avec les mesures de prévention
 - tuberculose MDR

Révision de la politique BCG en France pour les professionnels assujettis

**Pertinence du maintien de l'obligation de vaccination
par le BCG des professionnels
listés aux articles L3112-1, R.3112-1 C et R.3112-2
du Code de la santé publique**



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à l'obligation de vaccination par le BCG des professionnels listés aux articles
L.3112-1, R.3112-1 C et R.3112-2 du Code de la santé publique

5 mars 2010

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL DU COMITE TECHNIQUE DES VACCINATIONS
présenté aux séances du Comité technique des vaccinations du 18 février 2010
et de la Commission spécialisée maladies transmissibles du 5 mars 2010



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à l'obligation de vaccination par le BCG des professionnels de santé
listés aux articles L. 3112-1, R. 3112-1 C et 2 du code de la santé publique

10 mars 2017

Suspension de l'obligation : argumentaire

- Vu
 - Diminution de l'incidence de tuberculose en France et chez les professionnels de santé qui tend à rejoindre l'incidence de la population générale)
 - L'efficacité prouvée des mesures de prévention
 - Peu de données sur l'efficacité du BCG chez l'adulte, montrant des degrés variables de protection (0 à 60%)
 - La pratique de 30 autres pays (aucune obligation)
 - Les effets secondaires certes rares mais non négligeables
 - Les conséquences de l'obligation vaccinale sur le contrat de travail ou la poursuite d'études dans une filière visée par l'obligation

BCG : suspension de l'obligation

*Décret n° 2019-149 du 27 février 2019
modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007*

Calendrier vaccinal 2022

Recommandations pour les professionnels⁴³

Le décret suspendant l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3112-1C et R.3112-2 du code de la santé publique a été publié le 1er mars 2019. Ainsi la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1er avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés tels que :

- Les personnels en contact répété avec des patients tuberculeux et tout particulièrement ceux à risque de tuberculose multi résistante.
- Les personnels de laboratoires travaillant sur les mycobactéries (cultures, modèles animaux...)

Il est rappelé la nécessité d'un respect strict de mesures barrières (mesures standard et précaution air) pour les personnes travaillant dans les milieux à risque (https://sf2h.net/wp-content/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf)

Vaccinations recommandées (1)

- Une vaccination peut être recommandée dans deux contextes différents :
 - Prévention d'un risque professionnel : Art R 231-65-1 CT (décret 94-352 du 4 mai 1994 : risques d'exposition à des agents biologiques)
 - « le chef d'établissement recommande, s'il y a lieu et sur proposition du médecin du travail, aux travailleurs non immunisés contre le ou les agents biologiques pathogènes auxquels ils sont ou peuvent être exposés, d'effectuer, à sa charge, les vaccinations appropriées »
 - Prévention d'un risque nosocomial
- Se baser sur
 - Évaluation des risques professionnels
 - Le Calendrier vaccinal

Vaccinations recommandées aux personnels de santé (2)

- Calendrier vaccinal 2022
 - Grippe
 - Coqueluche
 - Varicelle
 - Rougeole
 - Rubéole

La vaccination contre la grippe saisonnière (1)

- Vaccin inactivé → 1 injection annuelle
- Depuis 1999 (calendrier vaccinal) → vaccination recommandée pour les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque
- Depuis le 1er janvier 2006 (loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005) → vaccination obligatoire mais obligation suspendue par le décret du 14 octobre 2006

La vaccination contre la grippe saisonnière (2)

- La grippe chez les professionnels de santé :
 - Pas de morbidité grave ou de mortalité accrue
 - MAIS nombreuses épidémies en milieu hospitalier et en maison de retraite
 - Taux d'attaque de 3 à 50 % chez les patients et de 11 à 59 % chez les soignants
- La vaccination vise à :
 - réduire la transmission nosocomiale de la grippe et par conséquent les formes graves de la grippe, les complications secondaires et les décès chez les personnes à risque.
 - protéger les personnels
 - diminuer le risque de désorganisation du système de soins lors d'une épidémie d'envergure.

Couverture vaccinale antigrippale chez les professionnels de santé (PS)

	Couverture vaccinale grippe chez les PS		
Population	Source	CV	IC 95%
Soignants en Etablissements Soins	Enquête Vaxisoins Guthmann et al. Vaccine 2012	25,6%	14,7-40,6
Etudiants en santé APHP	Enquête Studyvax Loulergue et al. Vaccine 2013	39,6%	29,8-50,4
Tous professionnels de santé	Enquête en population Guthmann et al. Vaccine 2012	27,6%	21,3-34,9
Personnel hospitalier	Gehanno Iche 2012	11,3%	
Soignants en Etablissements Soins	Enquête transversale Vaux et al Vaccine 2023	34,8%	32.8–37.4

La vaccination contre la grippe saisonnière (3)

- Questionnement de nombreux soignants sur :
 - L'efficacité du vaccin chez l'adulte (*Osterholm, Lancet Oct 2011; Jefferson, Cochrane 2010*)
 - >44 à 73 %
 - >Variable selon les années (adaptation vaccin / souche circulante)
 - La protection des patients par la vaccination des soignants : revues de la littérature (*Dolan, EID 2012 Ahmed, CID 2013, Thomas, Cochrane Database Syst Rev 2013;7 : CD005187*)
 - ⇒ **Conclusions** : peut améliorer mais niveau de preuve modéré à très faible

Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à l'efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière notamment chez les personnes âgées et à la place de la vaccination des professionnels de santé dans la stratégie de prévention de la grippe

28 mars 2014

Le HCSP considère, concernant les méta-analyses, que l'absence de démonstration d'efficacité (pour des raisons méthodologiques) de la vaccination contre la grippe saisonnière dans certaines populations ne signifie pas que celle-ci n'est pas efficace. Il recommande notamment :

- la poursuite de la vaccination contre la grippe des personnels de santé qui doit s'intégrer dans un programme global de prévention de l'infection nosocomiale, en complément des mesures barrières.

Le Haut Conseil de la santé publique estime par ailleurs qu'il est nécessaire **de favoriser la recherche académique pour la mise au point de vaccins plus efficaces**. Une stratégie complémentaire, visant à la protection indirecte des personnes les plus à risque de complications, en vaccinant les enfants de leur entourage, pourrait être envisagée. Ceci nécessiterait une mise à disposition du vaccin grippal vivant nasal, une étude indépendante d'acceptabilité auprès des professionnels de santé et du grand public et une modalité d'administration du vaccin permettant l'obtention d'une couverture vaccinale élevée.

Pour en savoir plus

■ Avis et rapport du HCSP du 28 mars 2014 relatif à l'efficacité de la vaccination contre la grippe

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=425>

■ Circulaire DGS/RI1/DGOS/DGCS no 2014-316 du 17 novembre 2014 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux

■ Instruction N° DGS/ RI1/DGOS/DGCS /2016/4 du 08 janvier 2016 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière

■ Prévenir la grippe saisonnière – dépliant repères pour votre pratique

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1684.pdf>

La coqueluche

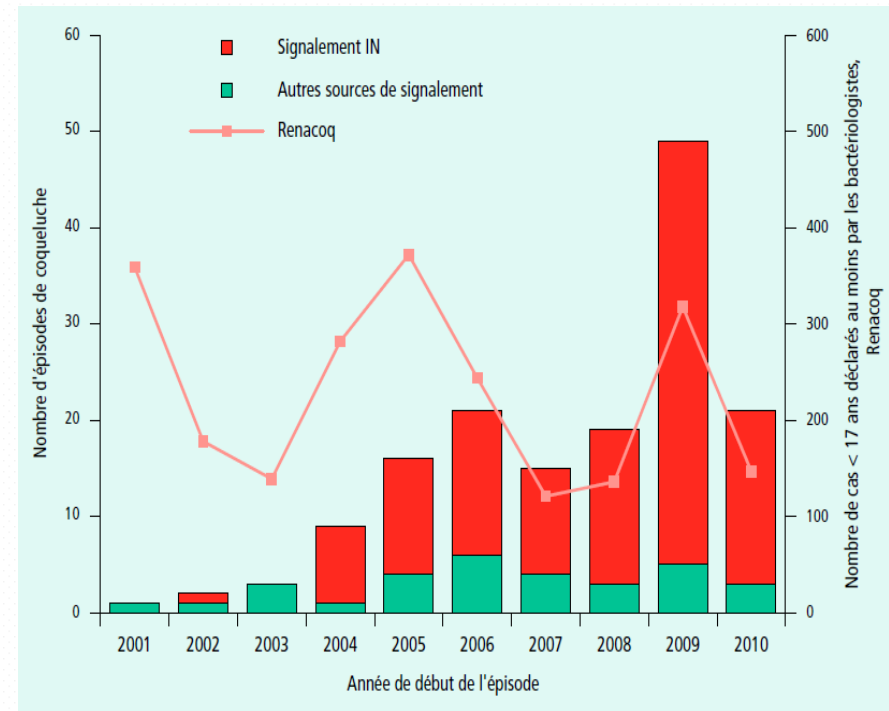
- Dangereuse pour le jeune nourrisson
- En 2012, parmi 199 cas documentés chez des moins de 6 mois
 - 94 % d'hospitalisations dont 23 % en réanimation
 - Décès = 1 %
 - Contaminateur connu dans 117 cas
 - Parents/fratrie : 90 %
 - Autres : 9 %

La coqueluche et les soignants

- Description d'épidémies nosocomiales
 - Service d'urgences pédiatrique (Gehanno, ICHE 1999)
 - En chirurgie (Pascual, ICHE 2006)
 - 12 cas soignants / 0 cas patients
 - Créteil (Bassinet, ICHE 2004)
 - 15 cas soignants / 2 cas patients, immunodéprimés
 - Beaujon (Vanjak, Med Mal Inf 2006)
 - 10 cas soignants / 0 cas patients
 - Rouen 2005
 - 37 cas soignants / 0 cas patients
 - Services concernés : Rhumatologie (7 cas), Chirurgie cardiaque (13 cas), pédiatrie (7 cas), médecine du travail (4 cas)

Episodes de coqueluche nosocomiale 2008-2010

- 89 épisodes (308 cas)
 - Services
 - Courte durée adulte = 49%
 - Courte durée enfants < 15 ans = 20% (Nourrissons = 4 épisodes seulement)
 - Longue durée = 30%
 - PS = 69%; Patients = 19%; les 2 = 19%
 - Source PS = 56%
 - 2 décès en service de longue durée



Cas groupés de coqueluche à *B. Parapertussis*

- 35 cas notifiés à SPF en 2022
 - Jeunes enfants
 - En écoles maternelles, crèches ou gardés par assistante maternelle
 - Peu symptomatiques, pas de cas graves
 - Tous les enfants étaient à jour de leur vaccination anticoquelucheuse

La vaccination contre la coqueluche chez les professionnels (1)

- Vaccins anticoquelucheux acellulaires (ca)
 - Pas de monovalent : couplés à dTP (Boostrix-tetra®, Repevax®)
 - Probablement moins efficace sur B. Parapertussis
- Vaccination contre la coqueluche recommandée pour
 - Tous les étudiants des filières paramédicales/médicales et les professionnels de santé, y compris ceux des EHPAD
 - En priorité pour les personnels en contact avec des nourrissons de moins de 6 mois et ceux de la petite enfance
 - Vaccin dTCaPolio (Repevax® ou Boostrix-tetra®)
 - si pas de rappel contre la coqueluche dans les 5 dernières années
 - Délai possible = 1 mois après un dTP
 - Puis répété à l'occasion des rappels dTP (tous les 20 ans)
 - Un rappel est nécessaire si ATCD de coqueluche > 10 ans

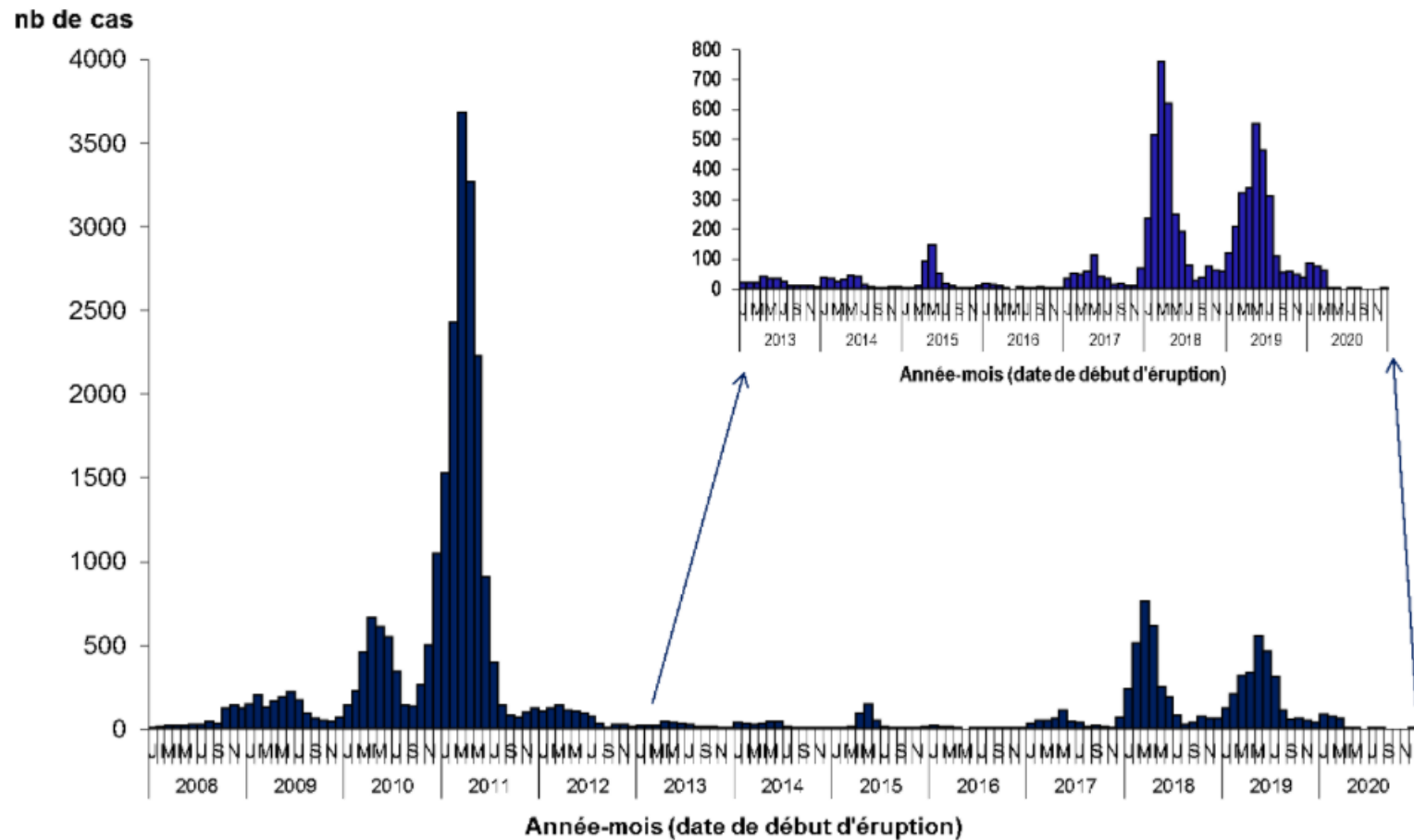
La vaccination contre la coqueluche chez les professionnels (2)

- En complément de :
 - Vaccination de la femme enceinte (depuis 1/04/2022)
 - Pour assurer une protection optimale du nourrisson : transfert trans-placentaires d'anticorps
 - A partir du 2^{ème} trimestre de grossesse
 - En privilégiant : 5^{ème} au 8^{ème} mois
 - Complétée de la stratégie du cocooning
 - Rappel dTPCa chez les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir
 - Dans l'entourage familial de la femme enceinte non vaccinée

Pour en savoir plus

- Avis du HCSP du 18 novembre 2022 : conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1265>
- Rapport du HCSP du 10/07/2014 : conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=461>
- Avis du HCSP du 20/02/2014 : stratégie vaccinale (cocooning et personnels de santé)
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=410>
- INPES – Coqueluche Adultes : 5 bonnes raisons de se faire vacciner
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1714.pdf>
- OMS Note de synthèse : position de l'OMS concernant les vaccins anticoquelucheux – août 2015. Relevé épidémiologique hebdomadaire 2015 ; 35 (90) : 433-460

La rougeole en France (2008-2020)



Source: Santé Publique France, déclarations obligatoires

Cas de rougeole nosocomiales

- Entre 2011 et 2018
 - 65 épisodes de rougeole nosocomiale ont été signalés, particulièrement aux urgences et en pédiatrie
 - Parmi ces épisodes, 23 correspondaient à des cas groupés, dont **83 % concernaient le personnel de santé**

Antona D et al. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019 ; 13 : 218-27.

La vaccination contre la rougeole et la rubéole

- Vaccin vivant atténué
- Vaccination recommandée
 - En formation, embauche et en poste (en priorité si contact avec patients à risque de rougeole grave)
 - Pour les non vaccinés, sans antécédents (ou histoire douteuse) et dont la sérologie est négative (facultative)
 - Nés avant 1980 : une dose de vaccin trivalent
 - Nés après 1980 : idem population générale (2 doses)
 - Vaccin vivant atténué : s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et éviter toute grossesse dans le mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène théorique

La vaccination contre la rougeole

- Vaccination post-exposition des sujets contact
 - Chez les professionnels non vaccinés sans antécédents certains de rougeole ou n'ayant pas reçu 2 doses, quelle que soit leur date de naissance
 - 1 dose de vaccin trivalent
 - Administrée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas, elle peut éviter la survenue de la maladie
 - Reste préconisée si le délai est dépassé

Pour en savoir plus

- Recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes. Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2011.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=198>
- Circulaire N° DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre des mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés. Ministère chargé de la santé, 2009. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf
- Santé Publique France/INPES : Questions-réponses vaccination ROR
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1174>

La vaccination contre la varicelle (1)

- La vaccination est recommandée pour les professionnels de santé et en contact avec la petite enfance
 - Sans antécédents de varicelle (ou histoire douteuse) et dont la sérologie est négative
 - En formation, à l'embauche ou en poste en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immuno-déprimés, services de gynéco-obstétrique, néo-natalogie, maladies infectieuses)
- 2 vaccins (VARIVAX®, VARILRIX ®)
 - Schéma adulte : 2 injections espacées de 6 à 10 semaines
 - Absence de grossesse et contraception efficace dans le mois qui suit chaque dose
 - Taux de séroconversion > 90 %
 - Efficace en prophylaxie post-exposition : prévient plus de 90 % des varicelles si administré dans les 72 heures
- Effets secondaires
 - Rash possible dans 1 à 6 % des cas
 - Eviction nécessaire de 10j si apparaît chez un soignant vacciné

La vaccination contre la varicelle (2)

- Vaccination post-exposition des sujets contact
 - Dans les 3 jours qui suivent le contagage
 - En l'absence d'ATCD de varicelle ou de vaccination antérieure

Pour en savoir plus

- Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (section des maladies transmissibles), relatif à la vaccination contre la varicelle (séance du 19 mars 2004). Haut Conseil de la Santé Publique, 2004
http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_190304_varicelle_def.pdf
- Avis du Haut conseil de la santé publique relatif aux recommandations de vaccination contre la varicelle (Séance du 5 juillet 2007)
www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcsp045a20070705_Varicelle.pdf
- Rapport du HCSP du 5 juillet 2007. Ré-évaluation des recommandations relatives à la vaccination contre la varicelle avec l'arrivée de vaccins quadrivalents Rougeole-Oreillons-Rubéole
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=5>

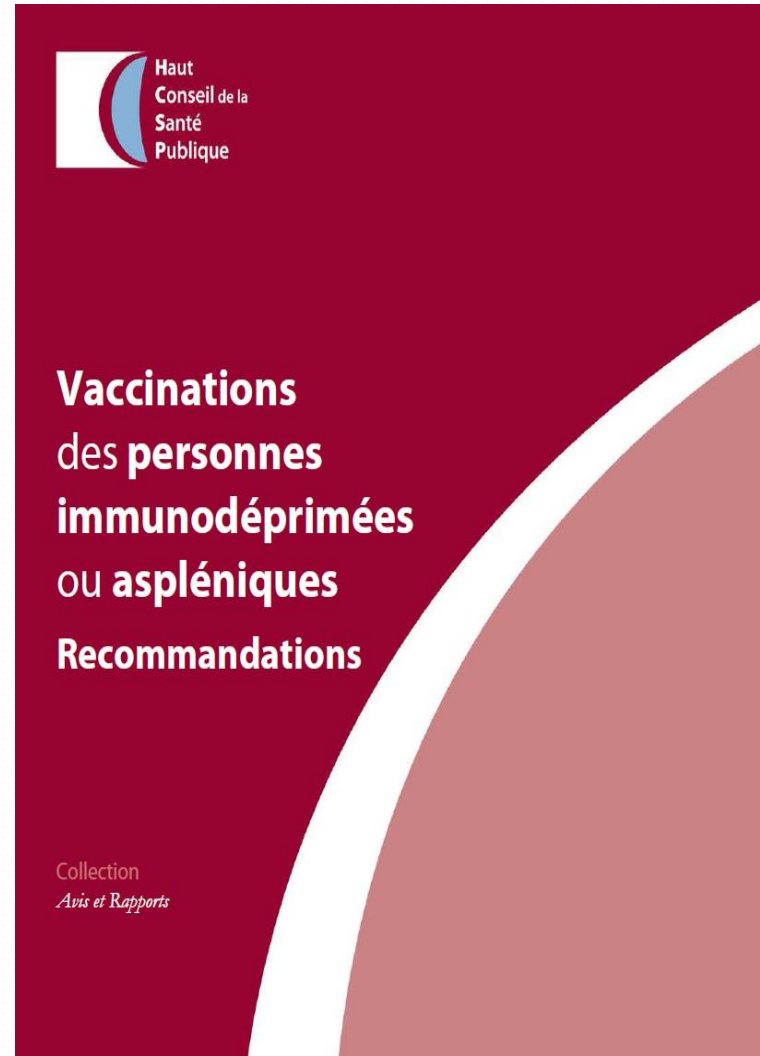
Grossesse et vaccins

- Ré-évaluer la balance bénéfice risque : mère + enfant
- Vaccins inactivés :
 - Recommandés : coqueluche, grippe, tétanos
 - Autres : Hépatite A, B, méningocoque, pneumocoque, typhoïde, rage
 - Manque d' études chez la femme enceinte
 - Mais : utilisation justifiée en cas de risque infectieux (voyage, prise de fonction exposante...)

Grossesse et vaccins

- Vaccins vivants atténués :
 - Fièvre jaune, ROR, varicelle, BCG
 - En principe, contre indiqués en cas de grossesse
 - MAIS
 - Aucune vaccination faite par mégarde ne justifie d'interruption de grossesse
 - Fièvre jaune : si risque important, peut être fait à partir 6^{ème} mois de grossesse
- RAPPEL : important de mettre à jour l'immunité Rubéole, Rougeole, Varicelle AVANT la grossesse ou en post-partum immédiat

Immunodéprimés et vaccins



Conclusion

- La vaccination
 - N'est qu'un élément de la prévention
 - Ne doit pas se substituer aux mesures de protection collectives et individuelles
- C'est un acte médical
 - Indication toujours posée avec soin
 - Après un entretien avec la personne
 - En tenant compte
 - De l'évaluation des risques
 - Des effets secondaires éventuels
- Quelle que soit le type de vaccination obligatoire ou recommandée, la personne doit être clairement informée