

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2016

THESE 2016 TOU3 2045

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

ISSANCHOU Angeline

**MISE EN PLACE D'UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION A LA VACCINATION
AU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CASTRES-MAZAMET ET AU
CENTRE HOSPITALIER DE REVEL.**

Date de soutenance

30 Juin 2016

Directeur de thèse: Docteur Champanet Bernard

JURY

Président : Professeur Sallerin Brigitte
1er assesseur : Docteur Champanet Bernard
2ème assesseur : Docteur Régis Jean-Luc

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} octobre 2015

Professeurs Émérites

M. BASTIDE R	Pharmacie Clinique
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G	Physiologie
M. CHAVANT L	Mycologie
Mme FOURASTÉ I	Pharmacognosie
M. MOULIS C	Pharmacognosie
M. ROUGE P	Biologie Cellulaire

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. CHATELUT E	Pharmacologie	Mme BARRE A	Biologie
M. FAVRE G	Biochimie	Mme BAZIARD G	Chimie pharmaceutique
M. HOUIN G	Pharmacologie	Mme BENDERBOUS S	Mathématiques – Biostat.
M. PARINI A	Physiologie	M. BENOIST H	Immunologie
M. PASQUIER C (Doyen)	Bactériologie - Virologie	Mme BERNARDES-GÉNISSON V	Chimie thérapeutique
Mme ROQUES C	Bactériologie - Virologie	Mme COUDERC B	Biochimie
Mme ROUSSIN A	Pharmacologie	M. CUSSAC D (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme SALLERIN B	Pharmacie Clinique	Mme DOISNEAU-SIXOU S	Biochimie
M. SIÉ P	Hématologie	M. FABRE N	Pharmacognosie
M. VALENTIN A	Parasitologie	M. GAIRIN J-E	Pharmacologie
		Mme MULLER-STAUMONT C	Toxicologie - Sémiologie
		Mme NEPVEU F	Chimie analytique
		M. SALLES B	Toxicologie
		M. SÉGUI B	Biologie Cellulaire
		M. SOUCHARD J-P	Chimie analytique
		Mme TABOULET F	Droit Pharmaceutique
		M. VERHAEGHE P	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. CESTAC P	Pharmacie Clinique	Mme ARÉLLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme GANDIA-MAILLY P (*)	Pharmacologie	Mme AUTHIER H	Parasitologie
Mme JUILARD-CONDAT B	Droit Pharmaceutique	M. BERGÉ M. (*)	Bactériologie - Virologie
M. PUISSET F	Pharmacie Clinique	Mme BON C	Biophysique
Mme SÉRONIE-VIVIEN S	Biochimie	M. BOUJILA J (*)	Chimie analytique
Mme THOMAS F	Pharmacologie	Mme BOUTET E	Toxicologie - Sémiologie
		M. BROUILLET F	Pharmacie Galénique
		Mme CABOU C	Physiologie
		Mme CAZALBOU S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme CHAPUY-REGAUD S	Bactériologie - Virologie
		Mme COSTE A (*)	Parasitologie
		M. DELCOURT N	Biochimie
		Mme DERAÈVE C	Chimie Thérapeutique
		Mme ÉCHINARD-DOUIN V	Physiologie
		Mme EL GARAH F	Chimie Pharmaceutique
		Mme EL HAGE S	Chimie Pharmaceutique
		Mme FALLONE F	Toxicologie
		Mme FERNANDEZ-VIDAL A	Toxicologie
		Mme GIROD-FULLANA S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme HALOVA-LAJOIE B	Chimie Pharmaceutique
		Mme JOUANJUS E	Pharmacologie
		Mme LAJOIE-MAZENC I	Biochimie
		Mme LEFEVRE L	Physiologie
		Mme LE LAMER A-C	Pharmacognosie
		M. LEMARIE A	Biochimie
		M. MARTI G	Pharmacognosie
		Mme MIREY G (*)	Toxicologie
		Mme MONTFERRAN S	Biochimie
		M. OLICHON A	Biochimie
		M. PERE D	Pharmacognosie
		Mme PORTHE G	Immunologie
		Mme REYBIER-VUATTOUX K (*)	Chimie Analytique
		M. SAINTE-MARIE Y	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D	Hématologie
		Mme TOURRETTE A	Pharmacie Galénique
		Mme VANSTEELENDT M	Pharmacognosie
		Mme WHITE-KONING M	Mathématiques

(*) titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires	
Mme COOL C	Physiologie
Mme FONTAN C	Biophysique
Mme KELLER L	Biochimie
Mme PALUDETTO M.N (**)	Chimie thérapeutique
M. PÉRES M.	Immunologie
Mme ROUCH L	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique

(**) Nomination au 1^{er} novembre 2015

Remerciements

Aux membres de ce jury,

A Madame le Professeur Brigitte Sallerin, Professeur des Universités, Pharmacien Hospitalier au CHU de Toulouse. Vous me faites l'honneur de présider cette thèse malgré votre importante charge de travail. Je vous remercie pour votre confiance et vos enseignements. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bernard Champanet, Pharmacien d'officine à Albi, Président URPS-Pharmaciens Midi-Pyrénées, Président du Syndicat des pharmaciens du Tarn. Vous m'avez guidé et conseillé depuis le choix du sujet de cette thèse jusqu'à sa réalisation finale. Vous m'avez permis de rencontrer de nombreuses personnes toutes aussi intéressantes les unes que les autres. Vous avez dépassé avec moi votre simple rôle de Maître de stage et Maître de Thèse. Je vous remercie pour votre aide, votre disponibilité et votre gentillesse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean-Luc Régis, Médecin généraliste, Responsable du Dispensaire des Lices à Castres. Depuis votre arrivée au dispensaire, la campagne de sensibilisation à la vaccination n'a plus de secret pour vous. Vous avez accepté, avec beaucoup de simplicité, de siéger parmi les membres de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Aux membres du Comité de Pilotage,

Vous m'avez permis de m'intégrer très facilement à ce projet. Merci pour votre soutien et votre gentillesse.

Mes pensées vont particulièrement à Mesdames Véronique Ladieu et Patricia Bedrune ainsi qu'au Docteur Max Maurette. Merci pour votre disponibilité et votre aide dans la réalisation de cette thèse.

A ma famille,

Je remercie ma famille sans qui rien n'aurait été possible. Merci pour votre soutien inconditionnel et sans limite.

A Guilhem,

Tu ne voulais pas que je te cite donc pour faire court : merci de m'attendre depuis 10 ans.

A mes amis de la fac,

Merci à mes amis de la fac et en particulier à Emilie, Céline, Anne-Laure et Fanny. Je suis heureuse de vous avoir rencontré au foyer car, sans vous, ces études n'auraient pas été les mêmes. Merci pour les merveilleux moments passés ensemble. Merci également à ceux que j'ai rencontré plus tard mais avec qui je garde aussi de supers souvenirs.

Table des matières

LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION.....	14
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA VACCINATION	16
1. HISTORIQUE DE LA VACCINATION	17
1.1 DE LA VARIOLISATION A LA VACCINATION JENNERIENNE	17
1.2 DE LA VACCINATION PASTORIENNE A LA VACCINATION MODERNE.....	18
2. LA POLITIQUE VACCINALE EN FRANCE.....	19
2.1 PROGRAMME NATIONAL D'AMELIORATION DE LA POLITIQUE VACCINALE 2012-2017	19
2.1.1 <i>1^{er} objectif : Simplifier le calendrier vaccinal et l'accès aux données du carnet de vaccination</i>	<i>19</i>
2.1.2 <i>2^{ème} objectif : Faciliter l'accès à la vaccination en s'appuyant sur les Agences Régionales de Santé (ARS)</i>	<i>20</i>
2.1.3 <i>3^{ème} objectif : Inciter à la vaccination</i>	<i>20</i>
2.1.4 <i>4^{ème} objectif : Améliorer le suivi et l'évaluation de la politique vaccinale</i>	<i>20</i>
2.1.5 <i>5^{ème} objectif : Conforter le continuum de recherche fondamentale publique-transformation industrielle sur les vaccins et favoriser la recherche en sciences humaines</i>	<i>20</i>
2.2 ORGANISMES ET INSTANCES JOUANT UN ROLE DANS LA POLITIQUE VACCINALE.....	21
2.3 RECOMMANDATIONS VACCINALES.....	22
2.3.1 <i>Définition : le calendrier vaccinal</i>	<i>22</i>
2.3.2 <i>Intérêts de la politique vaccinale.....</i>	<i>22</i>
2.3.3 <i>Procédures aboutissant à une recommandation vaccinale.....</i>	<i>23</i>
2.3.4 <i>Comment connaître les dernières recommandations vaccinales ?</i>	<i>24</i>
2.3.5 <i>Cadre réglementaire.....</i>	<i>25</i>
2.3.6 <i>Recommandations vaccinales pour le personnel de santé</i>	<i>28</i>
3. LES PRINCIPALES VACCINATIONS PRECONISEES POUR LE PERSONNEL HOSPITALIER.....	30
3.1 LA VACCINATION CONTRE LA DIPHTERIE, LE TETANOS ET LA POLIOMYELITIS	30
3.1.1 <i>Obligation ou recommandation ?</i>	<i>30</i>
3.1.2 <i>Mode d'administration et schéma vaccinal.....</i>	<i>30</i>
3.1.3 <i>Couverture vaccinale</i>	<i>31</i>
3.1.4 <i>Les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite</i>	<i>31</i>
3.2 LA VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B	33
3.2.1 <i>Obligation ou recommandation ?</i>	<i>33</i>
3.2.2 <i>Mode d'administration et schéma vaccinal</i>	<i>35</i>
3.2.3 <i>Couverture vaccinale</i>	<i>35</i>
3.2.4 <i>Les vaccins contre l'hépatite B</i>	<i>36</i>
3.3 LA VACCINATION CONTRE LA TUBERCULOSE	38
3.3.1 <i>Obligation ou recommandation ?</i>	<i>38</i>
3.3.2 <i>Mode d'administration et schéma vaccinal</i>	<i>39</i>
3.3.3 <i>Couverture vaccinale</i>	<i>40</i>
3.3.4 <i>Le BCG</i>	<i>40</i>

3.4	LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE	42
3.4.1	<i>Obligation ou recommandation ?</i>	42
3.4.2	<i>Mode d'administration et schéma vaccinal</i>	44
3.4.3	<i>Couverture vaccinale</i>	44
3.4.4	<i>Les vaccins contre la grippe saisonnière</i>	45
3.5	LA VACCINATION CONTRE LA VARICELLE	47
3.5.1	<i>Obligation ou recommandation ?</i>	47
3.5.2	<i>Mode d'administration et schéma vaccinal</i>	48
3.5.3	<i>Couverture vaccinale</i>	48
3.5.4	<i>Les vaccins contre la varicelle</i>	48
3.6	LA VACCINATION CONTRE LA COQUELUCHE.....	50
3.6.1	<i>Obligation ou recommandation ?</i>	50
3.6.2	<i>Mode d'administration et schéma vaccinal</i>	51
3.6.3	<i>Couverture vaccinale</i>	52
3.6.4	<i>Les vaccins contre la coqueluche</i>	52
3.7	LA VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE ET LA RUBEOLE.....	54
3.7.1	<i>Obligation ou recommandation ?</i>	54
3.7.2	<i>Mode d'administration et schéma vaccinal</i>	55
3.7.3	<i>Couverture vaccinale</i>	56
3.7.4	<i>Les vaccins contre la rougeole et la rubéole</i>	56
4.	LES FREINS A LA VACCINATION	59
4.1	L'OPPOSITION A LA VACCINATION	60
4.2	LA PERCEPTION DU GRAND PUBLIC.....	60
4.3	LA PERCEPTION DES MEDECINS	61
SECONDE PARTIE : MISE EN PLACE D'UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION A LA VACCINATION AU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CASTRES-MAZAMET ET AU CENTRE HOSPITALIER DE REVEL		62
1.	L'ACTION DE SENSIBILISATION A LA VACCINATION AU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CASTRES- MAZAMET ET AU CENTRE HOSPITALIER DE REVEL	63
1.1	LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CASTRES- MAZAMET ET LE CENTRE HOSPITALIER DE REVEL.....	63
1.1.1	<i>Description des établissements</i>	63
1.1.2	<i>Particularités de ces établissements</i>	64
1.2	JUSTIFICATION DE L'ACTION DE SENSIBILISATION A LA VACCINATION AU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CASTRES – MAZAMET ET AU CENTRE HOSPITALIER DE REVEL	65
1.3	LES AUTEURS DE L'ACTION DE SENSIBILISATION.....	66
1.4	CHRONOLOGIE DE L'ACTION DE SENSIBILISATION A LA VACCINATION	67
1.4.1	<i>Mise en place de l'action de sensibilisation et diffusion du questionnaire 2014 (Décembre 2013 – Avril 2014)</i>	67
1.4.2	<i>« Resensibilisation, à chacun son action » (Mai 2014)</i>	69
1.4.3	<i>Résultats du questionnaire 2014 et choix d'une stratégie de communication (Juillet - Septembre 2014)</i>	69
1.4.4	<i>Choix d'une cible prioritaire : la vaccination antigrippale (Octobre –Décembre 2014)</i>	70
1.4.5	<i>Réalisation d'une seconde enquête (Janvier 2015-Juin 2015)</i>	71
1.4.6	<i>Résultats du questionnaire 2015 et choix d'une stratégie de communication (Juillet – Octobre 2015)</i>	72
1.4.7	<i>Nouvelle sensibilisation à la vaccination antigrippale (Octobre- Décembre 2015)</i>	73
1.4.8	<i>Evaluation de la campagne de vaccination à l'aide d'une troisième enquête (Décembre 2015 – Avril 2016)</i>	73

2.	PRESENTATION DES 3 ENQUETES REALISEES	74
2.1	OBJECTIFS	74
2.1.1	Questionnaire 2014	74
2.1.2	Questionnaire 2015	74
2.1.3	Questionnaire 2016	74
2.2	MATERIELS ET METHODES.....	75
2.2.1	Type d'études	75
2.2.2	Population étudiée et taille de l'échantillon.....	75
2.2.3	Période des études	75
2.2.4	Les questionnaires	76
2.2.5	Modalités de diffusion du questionnaire et recueil des données	79
2.2.6	Analyse des données	80
2.3	RESULTATS DE L'ENQUETE 2014.....	82
2.3.1	Taux de réponse	82
2.3.2	Caractéristiques de l'échantillon	82
2.3.3	Les vaccins obligatoires	85
2.3.4	Les vaccins recommandés	87
2.3.5	Perception de la vaccination	94
2.3.6	Opinion sur les éléments facilitants la vaccination	100
2.3.7	Souhait d'implication dans les campagnes vaccinales organisée dans l'établissement.....	101
2.3.8	Propositions et commentaires.....	102
2.3.9	Conclusion	103
2.4	RESULTATS DE L'ENQUETE 2015.....	104
2.4.1	Taux de réponse	104
2.4.2	Caractéristiques de l'échantillon	104
2.4.3	La vaccination contre la grippe saisonnière	106
2.4.4	Notion d'exemplarité pour la vaccination antigrippale.....	111
2.4.5	Evaluation de la campagne de sensibilisation à la vaccination.....	111
2.4.6	Conclusion	116
2.5	RESULTATS DE L'ENQUETE 2016.....	117
2.5.1	Taux de réponse	117
2.5.2	Caractéristiques de l'échantillon	117
2.5.3	Pratiques et attitudes du personnel vis-à-vis de la vaccination antigrippale	119
2.5.4	Couverture vaccinale pour les autres vaccins recommandés	121
2.5.5	Perception de la vaccination en général	123
2.5.6	Evaluation de la campagne de sensibilisation à la vaccination.....	125
2.5.7	Conclusion	128
3.	QUELQUES PISTES A SUIVRE POUR LA SUITE DE LA CAMPAGNE.....	129
3.1.1	Etablir une stratégie de communication	129
3.1.2	Utiliser de nouveaux moyens de communication.....	130
3.1.3	Organiser de nouvelles rencontres avec le personnel	130
3.1.4	Lutter contre les idées fausses.....	131
3.1.5	Améliorer le suivi des vaccinations.....	132
3.1.6	Trouver de nouveaux acteurs pour la campagne	132
3.1.7	Faciliter la vaccination.....	132
3.1.8	Etendre la campagne à d'autres lieux... et à d'autres thèmes	132
	CONCLUSION.....	133

BIBLIOGRAPHIE	134
ANNEXES.....	138
ANNEXE A : RECOMMANDATIONS VACCINALES PARTICULIERES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE	139
ANNEXE B : TABLEAU SCHEMATISANT L'ENSEMBLE DE LA CAMPAGNE DE SENSIBILISATION A LA VACCINATION MENEES AU SEIN DU CHIC CASTRES-MAZAMET ET DU CH REVEL	140
ANNEXE C : QUESTIONNAIRE 2014	141
ANNEXE D : ARTICLE SUR LA VACCINATION PARU DANS LE JOURNAL L'UNION EN AVRIL 2014	143
ANNEXE E : CONFERENCE « INTERETS ET QUESTIONNEMENT FACE A LA VACCINATION » DU 22 AVRIL 2014 : LES PRINCIPAUX THEMES ABORDES.....	144
ANNEXE F : COURRIER TRANSMIS AUX PHARMACIENS D'OFFICINE REPRENANT LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE 2014	146
ANNEXE G : ARTICLE SUR LA VACCINATION PARU DANS LE JOURNAL L'UNION EN JUILLET 2014	147
ANNEXE H : POSTER SERVANT DE SUPPORT POUR PRESENTER LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE 2014	148
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE 2015	149
ANNEXE J : AFFICHE « TOUS A JOUR »	151
ANNEXE K : LETTRE ENVOYEE AU PERSONNEL : POURQUOI VACCINER LES SOIGNANTS CONTRE LA GRIPPE ?	152
ANNEXE L : QUESTIONNAIRE 2016.....	153
ANNEXE M : VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE : 5 (FAUSSES) IDEES REÇUES.....	155

Liste des figures

Figure 1 : Illustration du Cowpox ou vaccine	17
Figure 2 : Organismes et instances jouant un rôle dans la politique vaccinale	21
Figure 3 : Schéma vaccinal dans le cas d'une vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite	30
Figure 4 : Schéma vaccinal dans le cas d'une vaccination contre l'hépatite B	35
Figure 5 : Schéma vaccinal du BCG pour les enfants à risque élevé de tuberculose	39
Figure 6 : Schéma vaccinal du vaccin antigrippal	44
Figure 7 : Schéma vaccinal dans le cas d'une vaccination contre la coqueluche	51
Figure 8 : Schémas vaccinaux dans le cas d'une vaccination contre la rougeole et la rubéole	55
Figure 9 : Nombres de lits disponibles et de patients accueillis en 2014 au CHIC Castres-Mazamet	63
Figure 10 : Membres du Comité de pilotage	66
Figure 11 : Affiche diffusée lors de la semaine de la vaccination, en avril 2014	68
Figure 12 : Le cadrage positif versus le cadrage négatif	70
Figure 13 : Calendrier simplifié des vaccinations 2015	72
Figure 14 : Les catégories socio-professionnelles : effectifs réels au CHIC Castres-Mazamet et au CH Revel	81
Figure 15 : Les catégories socio-professionnelles : effectifs obtenus dans l'enquête 2014	81
Figure 16 : Enquête 2014 : Sexe des répondants en fonction de leur catégorie socio-professionnelle	82
Figure 17 : Enquête 2014 : Age des répondants de l'enquête	83
Figure 18 : Enquête 2014 : Ancienneté des répondants de l'enquête	84
Figure 19 : Enquête 2014 : Justification des vaccins obligatoires	85
Figure 20 : Enquête 2014 : Justification de l'obligation vaccinale contre l'hépatite B selon la profession	86
Figure 21 : Enquête 2014 : Justification de l'obligation vaccinale contre l'hépatite B selon l'ancienneté dans l'établissement	86
Figure 22 : Enquête 2014 : Arguments en faveur de la vaccination antigrippale	89
Figure 23 : Enquête 2014 : Couverture des personnels contre la rougeole, la rubéole, la varicelle, les oreillons et la coqueluche	91
Figure 24 : Enquête 2014 : Degré de protection des personnels vis-à-vis des maladies à vaccination recommandée	93
Figure 25 : Enquête 2014 : Perception de la vaccination par les personnels du CHIC de Castres-Mazamet et du CH de Revel	94
Figure 26 : Enquête 2014 : Adhésion du personnel à la vaccination	95
Figure 27 : Enquête 2014 : Perception de la vaccination en général	96
Figure 28 : Enquête 2014 : Perception de la vaccination par le ROR et contre la coqueluche	98
Figure 29 : Enquête 2014 : Eléments facilitants la vaccination	100
Figure 30 : Enquête 2014 : Souhait d'implication dans les campagnes vaccinales organisée dans l'établissement	101

Figure 31 : Les catégories socio-professionnelles : effectifs obtenus dans l'enquête 2015...	104
Figure 32 : Enquête 2015 : Age des répondants.....	105
Figure 33 : Enquête 2015 : Ancienneté des répondants de l'enquête.....	106
Figure 34 : Enquête 2015 : Lieux de vaccination antigrippale pour la saison 2014-2015.....	108
Figure 35 : Enquête 2015 : Raisons de non-vaccination contre la grippe saisonnière lors de la saison 2014-2015.....	109
Figure 36 : Enquête 2015 : Liens entre les raisons négatives évoquées pour la non-vaccination	110
Figure 37 : Enquête 2015 : Connaissance de l'existence de la campagne de sensibilisation à la vaccination menée au sein des CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel en 2014-2015	111
Figure 38 : Enquête 2015 : Participation à la campagne de sensibilisation à la vaccination .	112
Figure 39 : Enquête 2015 : Avis sur les suites à donner à la campagne de sensibilisation à la vaccination	113
Figure 40 : Enquête 2016 : Age des répondants de l'enquête.....	118
Figure 41 : Enquête 2016 : Couverture vaccinale contre la grippe en fonction de la catégorie professionnelle	119
Figure 42 : Enquête 2016 : Couverture vaccinale contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons et la rubéole	121
Figure 43 : Enquête 2016 : Connaissance de la campagne de sensibilisation à la vaccination menée au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel.....	125
Figure 44 : Enquête 2015 : Participation à la campagne de sensibilisation à la vaccination .	126
Figure 45 : Enquête 2016 : Impact de deux ans de campagne de sensibilisation à la vaccination	127

Liste des tableaux

Tableau I : Composition du Comité Technique des Vaccination.....	23
Tableau II : Etudiants soumis à l'obligation vaccinale d'après le Code de la santé publique...	26
Tableau III : Etablissements visés par l'obligation vaccinale d'après le Code de la santé publique	27
Tableau IV : Principaux modes de transmission de maladies infectieuses pour lesquelles un vaccin existe	28
Tableau V : Vaccins contre l'hépatite B commercialisés en France : composition et conditionnement.....	36
Tableau VI : Principaux arguments anti-vaccinaux	59
Tableau VII : Enquête 2014 : Caractéristiques des personnels du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel vaccinés contre la grippe pour la saison 2013-2014.....	87
Tableau VIII : Enquête 2014 : Avis des personnes non vaccinées contre la grippe sur une éventuelle vaccination dans le futur	88
Tableau IX : Enquête 2014 : Arguments en faveur ou plutôt en faveur de la vaccination antigrippale en fonction des catégories professionnelles	90
Tableau X : Enquête 2014 : Exemplarité pour la vaccination antigrippale	90
Tableau XI : Enquête 2014 : Couverture contre les maladies à vaccination recommandée en fonction du sexe	92
Tableau XII : Enquête 2014 : Attitude des personnels non couverts face à la proposition de vaccination	93
Tableau XIII : Enquête 2014 : Proportion de "pro-vaccins" et d'"anti-vaccins" en fonction de la catégorie professionnelle.....	95
Tableau XIV : Enquête 2014 : Eléments favorisant la vaccination selon la catégorie professionnelle	101
Tableau XV : Enquête 2015 : Caractéristiques des personnels du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel vaccinés contre la grippe pour la saison 2014-2015.....	107
Tableau XVI : Enquête 2015 : Notion d'exemplarité pour la vaccination antigrippale	111
Tableau XVII : Enquête 2015 : Répartition des répondants en 3 profils	114
Tableau XVIII : Enquête 2015 : Opinion sur la campagne de sensibilisation en fonction du profil des répondants	115
Tableau XIX : Enquête 2016 : Catégories professionnelles lors des 3 enquêtes	117
Tableau XX : Enquête 2016 : Facteurs associés à la vaccination antigrippale	120
Tableau XXI : Enquête 2016 : Couverture vaccinale contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons et la rubéole en fonction des caractéristiques du personnel (données redressées selon la profession).....	122
Tableau XXII : Enquête 2016 : Perception de la vaccination en général	123
Tableau XXIII : Enquête 2016 : Connaissance en la campagne de sensibilisation à la vaccination en 2015 et 2016	125

Liste des abréviations

AES : Accident d'Exposition au Sang

ALD : Affection de Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agences Régionales de Santé

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

BCG : vaccin Bilié de Calmette et Guérin

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CH : Centre Hospitalier

CHIC : Centre Hospitalier InterCommunal

CHSCT : Comité d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Copil : Comité de Pilotage

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CTV : Comité Technique des Vaccinations

CV : Couverture Vaccinale

DTCaP : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche acellulaire, Poliomyélite

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

FAQ : Foire Aux Questions

GSK : GlaxoSmithKline

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HLA : Human Leukocyte Antigen ou antigènes des leucocytes humains

HTAP : Hypertension Artérielle Pulmonaire

IC : Indice de Confiance

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IgG : Immunoglobulines de type G

IMC : Indice de Masse Corporelle
Inpes : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IST : Infection Sexuellement Transmissible
LAEPPS : L'Atelier de l'Evaluation en Prévention et Promotion de la Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odd Ratio
ORL : Oto-Rhino-Laryngée
RAISIN : Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales
ROR : Rougeole, Oreillons, Rubéole
SMR : Service Médical Rendu
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
UI : Unité Internationale
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

La vaccination semble être l'un des meilleurs outils pour prévenir les maladies infectieuses graves. Comme le résume Stanley Plotkin dans une de ces citations: « The impact of vaccination on the health of the world's people is hard to exaggerate. With the exception of safe water, no other modality, not even antibiotics, has had such a major effect on mortality reduction and population growth »¹(1) . Chaque année, selon l'OMS, elle permet d'éviter 2 à 3 millions de décès.

Or, bien que la demande de vaccin soit très forte en cas de menace infectieuse ressentie (paludisme, VIH...), son acceptabilité devient parfois médiocre lorsque le vaccin est disponible.

En effet, depuis le XX^{ème} siècle, avec la généralisation de la vaccination et des antibiotiques ainsi que l'amélioration des conditions de vie (hygiène, alimentation), la morbidité et la mortalité de nombreuses maladies infectieuses ont nettement diminué. En parallèle, certaines pathologies non infectieuses, chroniques, ont acquis davantage d'importance aux yeux de la population.

De plus, les vaccins souffrent d'une particularité qui les différencie des autres médicaments : ils sont administrés à des personnes saines afin de les protéger d'une affection mais aussi pour éviter la propagation de la maladie à l'ensemble de la population. C'est ce que Poland qualifie de « paradoxe de la prévention ». La vaccination est donc « une mesure de prévention [qui] apporte de grands bénéfices à la collectivité mais offre peu de bénéfices à l'individu qui y participe » (2). Le bénéfice personnel est donc peu perçu par la population contrairement aux effets indésirables dont le premier, inévitable, est lié à l'injection du vaccin.

Comme le remarque l'auteur Balinska, ces tendances seraient à l'origine d'une « certaine perte de la conscience collective par rapport à l'environnement infectieux dans lequel nous vivons et donc à une relative dévalorisation de la vaccination » (3). De ce fait, les couvertures vaccinales en France n'atteignent pas les taux nécessaires pour contrôler voire éliminer les maladies, notamment celles à vaccinations recommandées qui sont jugées rares et bénignes par une partie de la population. C'est ainsi que des épidémies voient le jour comme celle de la rougeole en 2008. La région Midi-Pyrénées a d'ailleurs fait partie des régions les plus touchées.

Paradoxalement, de nombreuses études révèlent que la population française et ses professionnels de santé restent majoritairement favorables aux vaccinations.

Or, l'adhésion de tous aux recommandations vaccinales est indispensable pour assurer le succès des stratégies vaccinales. Pour cela, il est nécessaire que l'ensemble des agents soit convaincus de la pertinence de ces recommandations. Selon le dernier *Rapport sur la politique vaccinale*, remis par S. Hurel en janvier 2016 au Ministre chargé de la santé, « les professionnels de santé constituent plus que des simples vecteurs de l'information. Leur capacité à expliquer au patient les différents éléments de la balance / bénéfices risques, y compris ceux concernant les effets

¹ « À l'exception de l'eau potable, aucune mesure, y compris les antibiotiques, n'a eu d'effet aussi important que la vaccination, sur la mortalité et la croissance de la population mondiale. »

indésirables des vaccins est déterminante ». Leur perception de la vaccination a donc une importance capitale.

La première partie de cette thèse permettra de rappeler quelques généralités sur la vaccination. Dans un second temps, nous étudierons le travail mené par un Comité de pilotage afin de sensibiliser les personnels du Centre Hospitalier InterCommunal de Castres-Mazamet et du Centre Hospitalier de Revel à la vaccination.

Première partie : Généralités sur la vaccination

1. Historique de la vaccination

1.1 De la variolisation à la vaccination Jennérienne

Au XVII^{ème} siècle, alors que la variole (ou petite vérole) fait plusieurs milliers de morts, les premières techniques à l'origine de la vaccination voient le jour. Chaque région du globe tente de contrôler les épidémies à sa manière. Les méthodes diffèrent mais le postulat de départ est le même : on ne peut contracter la variole qu'une fois. En effet, depuis l'Antiquité, on sait que si l'on guérit d'une maladie contagieuse (variole, scarlatine, oreillons...), on en est protégé (immunisé) à vie. Les premières expériences consistèrent donc à transmettre la maladie à un sujet sain pour qu'il développe l'infection de façon bénigne et qu'il puisse, par la suite, en être définitivement protégé. C'est ce qu'on appela la « variolisation » ou « inoculation » (4).

Divers procédés sont expérimentés. Ainsi, en Chine, on dépose des squames varioliques sur des muqueuses nasales d'enfants. En Perse, dans le Caucase et dans certaines régions d'Afrique, on préfère prélever un exsudat de plaie sur un patient atteint d'une forme bénigne de la variole et l'injecter en sous-cutané chez le sujet sain. Enfin dans l'Empire Ottoman, puis en Europe, on injecte, par voie intradermique, des squames varioliques desséchées (5).

Ces méthodes se propagèrent jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle. En Europe, Voltaire en vanta les mérites même si les nombreux échecs, les cas de varioles graves (1 toutes les 200 variolisations), les complications ou encore les décès suite au développement de la maladie (1 pour 1000 variolisations environ) étaient connus de tous. La variolisation, jugée efficace mais risquée, fut acceptée par l'ensemble de la population et permit de limiter l'épidémie (4,6,7).

Un siècle plus tard, la vaccination moderne fit ses premiers pas sous l'influence d'Edward

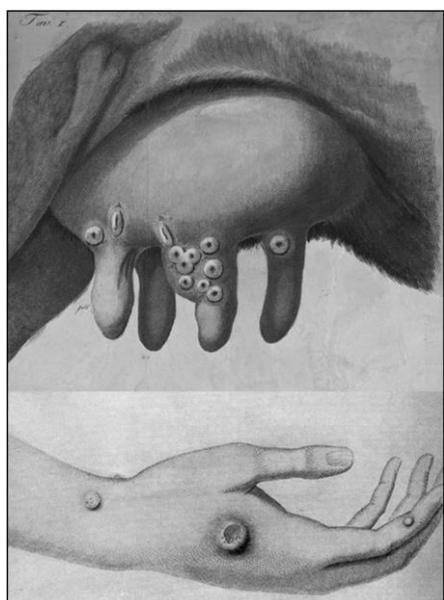


Figure 1 : Illustration du Cowpox ou vaccine

Jenner (1749-1823). Ce médecin anglais savait qu'une maladie appelée la vaccine ou Cowpox, proche de la variole humaine, sévissait chez les bovins et pouvait être transmise à l'Homme.

Il avait remarqué que les personnes en contact avec ces animaux malades ne contractaient jamais la variole. La vaccine protégeait donc de la variole. Pour le prouver, il inocula, en 1796, le Cowpox à un petit garçon en bonne santé puis, il tenta de le varioliser, en vain.

Les autorités s'intéressèrent rapidement à cette découverte et la vaccination fut généralisée et même encouragée par l'Eglise. Les épidémies de variole déclinèrent et la vaccination contre la variole, règlementée dès 1809, fut rendue obligatoire, en France, en 1902 (4,6).

1.2 De la vaccination pastoriennne à la vaccination moderne

En 1878, pour la première fois, après avoir publié un article sur « *La théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie* (8) », Pasteur parvient à isoler les germes de Staphylocoques, Streptocoques et Pneumocoques (9). Il confirme donc ce que beaucoup de scientifiques supposaient à l'époque : chaque maladie contagieuse résulte de la virulence d'un germe.

En parallèle, il s'intéresse aux maladies vétérinaires et met en culture des bactéries de choléra de poules, maladie qui décime les élevages en quelques jours. Après avoir oublié les cultures plusieurs semaines à l'air libre, il tente d'inoculer les germes cultivés à des poules saines. Le premier vaccin atténué est ainsi créé : les poules ne développèrent pas la maladie suite à cette injection et elles furent même capables de lutter contre le germe non atténué. L'espoir de « trouver une vaccine pour chaque maladie » vit alors le jour (9,10) et le terme de « vaccin », en référence à la vaccine de Jenner fut inventé.

Procédant de manière similaire, il réalisa, avec succès, deux autres vaccins vétérinaires : le vaccin contre le charbon bactérien en 1881 et le vaccin contre le rouget de porc en 1882 (10).

Désireux de mettre à profit ses découvertes pour lutter contre les maladies humaines, il se met alors à la recherche d'un vaccin contre la rage, véritable problème de santé publique. Après plusieurs essais infructueux, il tente d'exposer à l'air, dans une atmosphère privée d'humidité, des moelles de lapins morts de la rage. Il s'aperçoit alors que la virulence du « germe » diminue de jours en jours. Il élabore alors un vaccin à l'aide de ses moelles et le teste, avec succès, sur des animaux. En 1885, on lui demande de vacciner un enfant mordu quelques jours auparavant par un animal enragé. Pour la première fois, grâce à ce vaccin, cet enfant pu, selon Pasteur, « échapper, non seulement à la rage que ses morsures auraient pu développer, mais à celle que je lui ai inoculée pour contrôle de l'immunité due au traitement »(10-12) .

Informées de ce succès, des dizaines de personnes, venus parfois de l'étranger, se présentèrent à Paris dans l'espoir de bénéficier du vaccin antirabique. Désormais certain de sa théorie selon laquelle la vaccination permettait à « des virus affaiblis ayant le caractère de ne jamais tuer, de donner une maladie bénigne qui préserve de la maladie mortelle », Pasteur inaugure l'Institut Pasteur en 1888 dédié à la vaccination contre la rage, mais également à l'enseignement et à la recherche. Ce centre fut fondé dans l'espoir de pouvoir vacciner, à grande échelle, la population contre la rage (12).

Dans la lignée de Pasteur, d'autres scientifiques vont développer, par la suite, de nouveaux vaccins comme le vaccin contre la tuberculose, le BCG (1921), le vaccin contre la diphtérie et le tétanos (1923-1924), le vaccin contre la fièvre jaune (1927) ou encore le vaccin contre la poliomyélite (1954).

2. La politique vaccinale en France

Le ministre chargé de la santé se doit, d'après l'article L.3111-1 du Code de la Santé Publique (Loi du 9 août 2004), « d'élaborer sa politique vaccinale ». « Celle-ci fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la Santé Publique » (HCSP) (13,14).

2.1 Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017

En 2008, le directeur général de la Santé, insatisfait de la protection vaccinale en France, lance le *Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017* dans les buts :

- « D'améliorer la vaccination en population générale, avec un effort particulier porté sur les moins de 18 ans avec un objectif chiffré de couverture vaccinale des jeunes adultes.
- D'améliorer la vaccination en population spécifique, en tenant compte des disparités régionales, des perceptions sociales et des publics à cibler en priorité. »

5 objectifs sont clairement énoncés dans ce sens (15).

2.1.1 1^{er} objectif : **Simplifier le calendrier vaccinal et l'accès aux données du carnet de vaccination**

Cela devrait permettre :

- « D'une part d'optimiser le nombre d'injections nécessaires pour garantir à chaque personne une protection optimale,
- D'autre part de le rendre plus lisible et plus facile à mémoriser par les professionnels de santé et le public. »

Le carnet de santé tombant en désuétude, un carnet de vaccination électronique devrait être créé pour pouvoir s'associer à un futur dossier médical partagé.

Dès 2013, cet objectif fut accompli en partie avec la diffusion d'un nouveau calendrier vaccinal simplifié.

2.1.2 2^{ème} objectif : **Faciliter l'accès à la vaccination en s'appuyant sur les Agences Régionales de Santé (ARS)**

Il s'agit de fixer des objectifs aux ARS afin :

- D'inciter la vaccination sur les « lieux de vie » (médecine scolaire, médecine du travail...) mais également lors de rassemblement particulier comme les Journées de Défense et de Citoyenneté (750 000 jeunes /an) ;
- De simplifier le parcours vaccinal en médecine libérale en leur permettant de posséder des vaccins au sein de leur cabinet ;
- D'organiser des campagnes de vaccination spécifiques, notamment dans certaines situations d'urgence.

2.1.3 3^{ème} objectif : Inciter à la vaccination

Cet objectif doit être réalisé :

- En facilitant l'accès aux connaissances de prévention vaccinale pour les professionnels de santé ;
- En communiquant auprès du public pour promouvoir la vaccination, soit de manière générale, soit de façon plus ciblée tout en tentant de le rassurer ;
- En redéfinissant clairement les notions de vaccination obligatoire et recommandée ;
- En renforçant le respect des recommandations vaccinales en collectivité

2.1.4 4^{ème} objectif : **Améliorer le suivi et l'évaluation de la** politique vaccinale

Il s'agit notamment de renforcer et d'améliorer les dispositifs permettant :

- la pharmacovigilance
- l'évaluation de la couverture vaccinale

et de concevoir un programme de suivi de la politique vaccinale.

2.1.5 5^{ème} objectif : Conforter le continuum de recherche fondamentale publique-transformation industrielle sur les vaccins et favoriser la recherche en sciences humaines

Le renforcement des coopérations entre les instances publiques et les laboratoires pharmaceutiques devrait permettre d'optimiser la disponibilité et l'efficacité des vaccins nécessaires à la politique vaccinale.

2.2 Organismes et instances jouant un rôle dans la politique vaccinale

De nombreuses instances et organismes apportent leur contribution au Ministère chargé de la santé afin d'élaborer, de mettre en place et de suivre la politique vaccinale. La multiplicité de ces acteurs permet notamment d'instaurer une politique vaccinale objective et pertinente. Parmi ces intervenants, on retrouve (16,17) :

- L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) : elle délivre l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) des vaccins et assure leur suivi à l'aide de la pharmacovigilance et de plans de gestion des risques.
- La Haute Autorité de Santé (HAS) : la commission de transparence attribuée à chaque vaccin un niveau de SMR (Service Médical Rendu) et ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) qui permettront de statuer sur un éventuel remboursement.
- Le Comité Economique des Produits de santé : il fixe le prix des vaccins en accord avec l'industriel commercialisant le vaccin.

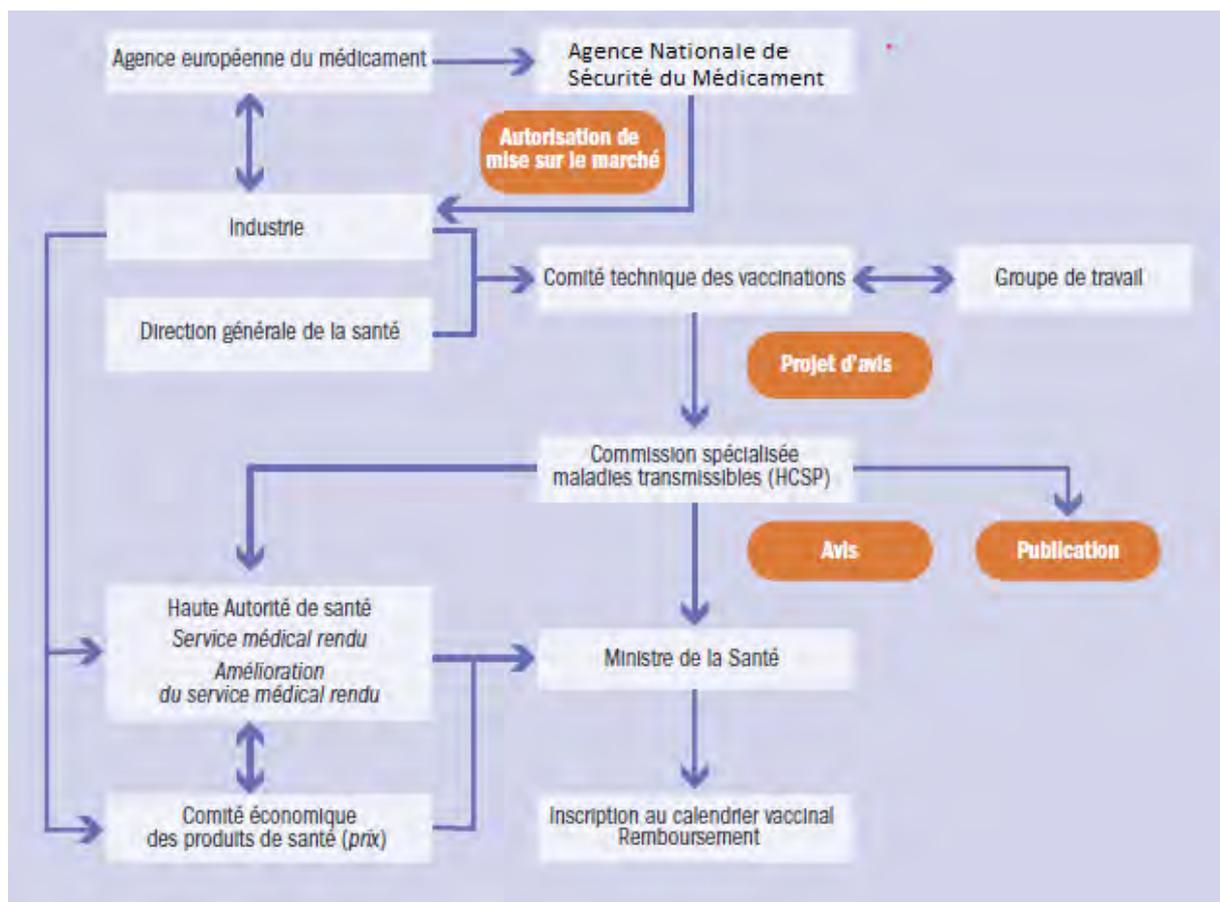


Figure 2 : Organismes et instances jouant un rôle dans la politique vaccinale (©HCSP, 2010) (17)

D'autres instituts, capables de recueillir une multitude d'informations, permettent de mieux évaluer les enjeux de la politique vaccinale :

- L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) : il surveille les maladies infectieuses, mesure l'efficacité vaccinale et récolte des données sur la couverture vaccinale.
- L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes) : il réalise des études permettant de mieux comprendre les différents aspects de la vaccination (perceptions, connaissances, comportements du public mais aussi du personnel de santé...) et diffuse aussi de nombreux documents informatifs sur ce sujet.

2.3 Recommandations vaccinales

2.3.1 Définition : le calendrier vaccinal

D'après le Ministère chargé de la santé, « le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France, en fonction de leur âge, et émet les recommandations vaccinales générales et particulières propres à des conditions spéciales (risque accru de complications, d'exposition ou de transmission) ou à des expositions professionnelles » (18).

2.3.2 Intérêts de la politique vaccinale

Selon l'OMS, la vaccination est l'une des interventions sanitaires les plus efficaces et les plus économiques. Grâce à elle, la variole a disparu, l'incidence de poliomyélite a diminué de 99% entre 1988 et 2003 et celle de la rougeole de 40% entre 1999 et 2003. La morbidité et les incapacités causées par la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole ont chuté. La vaccination contre ces 4 maladies aurait permis d'éviter, chaque année, 2 à 3 millions de décès dans le monde (19).

Les recommandations vaccinales sont le fruit d'un long travail d'expertise scientifique. Elles sont adressées à l'ensemble de la population et doivent permettre à chacun de savoir quel vaccin est obligatoire ou recommandé en fonction de son âge, de ses éventuelles pathologies, de sa profession ou de son lieu d'habitation.

La vaccination a un intérêt individuel (il protège les personnes vaccinées) mais aussi collectif (il réduit l'incidence de la maladie et empêche sa propagation). En effet, plus la couverture vaccinale augmente, plus le risque de transmission diminue. Lorsque la couverture vaccinale atteint un taux suffisamment élevé, la vaccination protège même les personnes non vaccinées : on dit alors que les personnes immunisées font « barrage » entre les individus contagieux et les individus non immunisés. En France, les autorités publiques ont pour objectif d'atteindre ou maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés à l'exception de la grippe (75%) (14).

La vaccination est bénéfique pour la santé publique (puisqu'elle permet d'éviter certaines complications inhérentes aux maladies concernées) mais également pour l'économie car elle

réduit le besoin de recourir à des soins, elle diminue les hospitalisations, les arrêts de travail, les incapacités...(20).

L'intérêt d'une politique vaccinale dépasse le seul fait de définir la meilleure utilisation du vaccin pour protéger une population. Il s'agit également de mettre en place les moyens nécessaires en vue d'atteindre des objectifs pertinents. Elle doit s'adapter à l'évolution de l'épidémiologie des maladies infectieuses et être régulièrement réévaluée (21).

2.3.3 Procédures aboutissant à une recommandation vaccinale

Le Haut Conseil de la Santé Publique est chargé de valider le calendrier vaccinal que lui propose le Comité Technique des Vaccinations (CTV). Ce comité, composé de 20 personnes aux compétences multidisciplinaires, est totalement indépendant. Il a 3 missions (22) :

- « Assurer la veille scientifique sur les évolutions et les perspectives en matière de vaccins ;
- Elaborer la stratégie vaccinale en fonction des données épidémiologiques et d'études bénéfice-risque individuel et collectif et d'études médico-économiques relatives aux mesures envisagées ;
- Proposer des adaptations en matière de recommandations et d'obligations vaccinales pour la mise à jour du calendrier vaccinal. »

Composition du Comité Technique des Vaccinations	
Avec une voix délibérative	Sans voix délibérative
<ul style="list-style-type: none"> ○ Le président du comité technique (élu parmi les membres du comité ayant une voix délibérative) ; ○ 2 médecins infectiologues ; ○ 2 pédiatres ; ○ 2 microbiologistes ; ○ 2 médecins de santé publique dont au moins 1 épidémiologiste ; ○ 2 médecins généralistes ; ○ 1 immunologiste ; ○ 1 médecin compétent en gériatrie ; ○ 1 gynécologue obstétricien ou une sage-femme ; ○ 1 médecin interniste ; ○ 1 médecin du travail ; ○ 1 économiste de la santé ; ○ 1 sociologue. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le directeur central du service de santé des armées ; ○ Le directeur général de l'enseignement scolaire ; ○ Le directeur général de la santé ; ○ Le directeur de la sécurité sociale ; ○ Le directeur général du travail ; ○ Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (désormais Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) ; ○ Le directeur général de l'Inpes ; ○ Le directeur général de l'InVS ; ○ Le directeur de la HAS.

Tableau I : Composition du Comité Technique des Vaccinations (22)

Lorsqu'un nouveau vaccin est mis sur le marché ou qu'une AMM est modifiée, le CTV étudie le dossier afin de savoir s'il est utile d'intégrer ce vaccin dans les recommandations vaccinales. De nombreux critères scientifiques, économiques ou encore épidémiologiques sont examinés, comme par exemple (16,23):

- L'épidémiologie de la maladie : incidence, morbidité, mortalité....
- Les recommandations internationales : OMS
- Le rapport bénéfice-risque d'une éventuelle vaccination (efficacité, tolérance...)
- La couverture vaccinale nécessaire pour protéger au mieux la population
- L'organisation du système de soin et de prévention
- La faisabilité d'une vaccination plus ou moins massive
- Les dernières avancées techniques
- La place du vaccin dans la stratégie de prévention
- Le coût d'une telle vaccination pour la collectivité
- La perception sociale de la maladie ...

S'il le juge pertinent, le CTV pourra, par la suite, intégrer le vaccin dans le calendrier vaccinal.

2.3.4 Comment connaître les dernières recommandations vaccinales ?

Le calendrier vaccinal est publié au Bulletin Officiel du Ministre de la Santé et mis en ligne sur son site internet (18). Il est révisé chaque année au mois d'avril. Entre 2 parutions, de nouvelles recommandations sont diffusées sur le site du Haut Conseil de Santé Publique (24).

Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, l'Inpes, la presse médicale, le Bulletin du Conseil de l'Ordre des médecins, le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française et bien d'autres acteurs permettent une large diffusion de ce calendrier.

Les recommandations vaccinales liées à des voyages et séjours à l'étranger font l'objet d'un avis spécifique du HCSP actualisé chaque année. Ces recommandations sont publiées dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) « Recommandations sanitaires pour les voyageurs ». Elles ne sont pas incluses dans le calendrier vaccinal.

2.3.5 Cadre règlementaire

Cas de la population générale :

Pour lutter contre certaines épidémies, certains vaccins ont été rendus obligatoires par le Code de la Santé Publique pour la population générale sauf contre-indications médicales. C'est le cas des vaccins contre (25,26):

- La diphtérie : obligatoire depuis 1938
- Le tétanos : obligatoire depuis 1940
- La poliomyélite : obligatoire depuis 1969

Le calendrier vaccinal évoluant, d'autres vaccinations, auparavant obligatoires, ne le sont plus. Ainsi, la variole ayant été éradiquée en 1980, son vaccin n'est plus d'actualité. De même, le vaccin contre la tuberculose n'est plus obligatoire depuis 2007. Désormais, il est juste recommandé pour certaines populations.

D'après le Code de la Santé publique et le Code de l'action sociale et des familles, se soustraire à cette obligation vaccinale :

- Est passible de 6 mois de prison et de 3 750 € d'amende (27) ;
- Peut constituer un motif pour refuser l'admission d'un enfant en collectivité (28,29).

D'autre part, en dehors des préconisations destinées à la population générale, d'autres vaccins peuvent être rendus obligatoires :

- Pour certains territoires, comme par exemple en Guyane où le vaccin contre la fièvre jaune est obligatoire pour tous les résidents et les voyageurs ;
- Pour certaines professions, comme par exemple les professionnels de santé.

Cas des professionnels de santé :

La vaccination des personnels de santé a pour objectifs :

- De protéger le personnel soignant de maladies transmissibles auxquelles il est exposé tous les jours dans le cadre de sa profession en lui assurant une protection individuelle. Cette responsabilité relève de l'employeur.
- De réduire le risque d'infections nosocomiales, en l'immunisant et en évitant qu'il ne contamine son entourage et tout particulièrement les patients dont il a la charge. Cette seconde responsabilité relève de l'Etat.

2 réglementations différentes entrent en jeu :

- Le Code de la santé publique : il rend obligatoire pour certains personnels particulièrement exposés certaines vaccinations. Il s'agit des étudiants des filières médicales ou paramédicales et des personnes exposées travaillant dans certains établissements et organismes. Ainsi, par exemple, « le personnel des établissements de prévention et de soins qui sont exposés à un risque de contamination lors de leur exercice professionnel » doit être immunisé contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose. Le vaccin antigrippal, obligatoire jusqu'en 2006, ne l'est plus (30).
- Le Code du travail : il mentionne qu'un employeur, sur conseil du médecin du travail, peut recommander une vaccination pour prévenir un risque professionnel (31).

Étudiants soumis à l'obligation. <i>Students subject to mandatory vaccinations.</i>		
Obligations vaccinales	DTP, VHB ^a	BCG ^b
Filières	<p><i>Professions médicales et pharmaceutiques</i></p> <p>Médecin Chirurgien-dentiste Pharmacien Sage-femme</p> <p><i>Autres professions de santé</i></p> <p>Infirmier Infirmier spécialisé Masseur-kinésithérapeute Pédicure podologue Manipulateur d'électroradiologie médicale Aide-soignant Auxiliaire de puériculture Ambulancier Technicien en analyses biomédicales</p>	<p>Les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire et en pharmacie ainsi que les étudiants sages-femmes et les personnes qui sont inscrites dans les écoles et établissements préparant aux professions de caractère sanitaire ou social énumérées ci-après :</p> <p><i>1. Professions de caractère sanitaire :</i></p> <p>a) Aides-soignants b) Ambulanciers c) Audio-prothésistes d) Auxiliaires de puériculture e) Ergothérapeutes f) Infirmiers et infirmières g) Manipulateur d'électroradiologie médicale h) Masseurs-kinésithérapeutes i) Orthophonistes j) Orthoptistes k) Pédicures-podologues l) Psychomotriciens m) Techniciens d'analyses biologiques</p> <p><i>2. Professions de caractère social :</i></p> <p>a) Aides médicopsychologiques b) animateurs socioéducatifs c) Assistants de service social d) Conseillers en économie sociale et familiale e) Éducateurs de jeunes enfants f) Éducateurs spécialisés g) Éducateurs techniques spécialisés h) Techniciens de l'intervention sociale et familiale</p>

Extrait du guide des vaccinations Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, pris en application de l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique.

VHB : virus de l'hépatite B.

^a Arrêté du 6 mars 2007.

^b Art R 3112-1 du CSP – le Haut Conseil de santé publique a préconisé la suspension de l'obligation de vaccination dans son avis du 5 mars 2010.

Tableau II : Étudiants soumis à l'obligation vaccinale d'après le Code de la santé publique (© Abiteboul, 2011 (32))

Établissements visés par l'obligation. <i>Facilities subject to mandatory vaccinations.</i>	
Obligations vaccinales DTP, VHB ^a	BCG ^b
Établissements	
<p>Art. 1^{er}. — Toute personne exposée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite lorsqu'elle exerce une activité professionnelle dans les catégories suivantes d'établissements ou d'organismes publics ou privés de prévention ou de soins :</p> <p>1. Établissements ou organismes figurant aux nomenclatures applicables aux établissements sanitaires et sociaux en exécution de l'arrêté du 3 novembre 1980 modifié susvisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> établissements relevant de la loi hospitalière dispensaires ou centres de soins établissements de protection maternelle et infantile (PMI) et de planification familiale établissements de soins dentaires établissement sanitaire des prisons laboratoires d'analyses de biologie médicale centres de transfusion sanguine postes de transfusion sanguine établissements de conservation et de stockage de produits humains autres que sanguins établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapés établissements et services d'hébergement pour adultes handicapés établissements d'hébergement pour personnes âgées services sanitaires de maintien à domicile établissements et services sociaux concourant à la protection de l'enfance établissements de garde d'enfants d'âges préscolaires établissements de formation des personnels sanitaires <p>2. <i>Autres établissements et organismes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> services communaux d'hygiène et de santé entreprises de transport sanitaire services de médecine du travail centres et services de médecine préventive scolaire services d'incendie et de secours <p>Art. 2. — <i>Sont assimilés aux établissements et organismes mentionnés à l'article précédent, dans la mesure où ils participent à l'activité de ces derniers :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> les blanchisseries les entreprises de pompes funèbres les entreprises de transport de corps avant mise en bière 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les établissements ou services mentionnés au A de l'article R. 3112-1 ainsi que les assistantes maternelles 2. Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale 3. Les personnels des établissements pénitentiaires, des services de probation et des établissements ou services de la protection judiciaire de la jeunesse 4. Le personnel soignant des établissements et services énumérés ci-après ainsi que les personnes qui, au sein de ces établissements, sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux <ol style="list-style-type: none"> a) Établissements de santé publiques et privés, y compris les établissements mentionnés à l'article L. 6141-5 b) Hôpitaux des armées et Institution nationale des invalides c) Services d'hospitalisation à domicile d) Dispensaires ou centres de soins, centres et consultations de protection maternelle et infantile e) Établissements d'hébergement et services pour personnes âgées f) Structures prenant en charge des malades porteurs du virus de l'immunodéficience humaine ou des toxicomanes g) Centres d'hébergement et de réinsertion sociale h) Structures contribuant à l'accueil, même temporaire, de personnes en situation de précarité, y compris les cités de transit ou de promotion familiale i) Foyers d'hébergement pour travailleurs migrants 5. Les sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours
<p>Extrait du guide des vaccinations INPES. Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné (modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 : intégration des services d'incendie et de secours).</p> <p>^a Arrêté du 15 mars 1991 modifié par l'arrêté du 29 mars 2005.</p> <p>^b Art R 3112-2 et 4 du CSP.</p>	

Tableau III : Etablissements visés par l'obligation vaccinale d'après le Code de la santé publique (© Abiteboul, 2011 (32))

Dans tous les cas, pour les vaccinations recommandées, l'exposition au risque de contamination doit être évaluée au cas par cas, en fonction du poste occupé. Les moyens existants permettant d'éviter ce risque doivent être communiqués au salarié avant toute vaccination. Celui-ci pourra choisir de se faire vacciner par son médecin traitant ou par la médecine du travail (16,33).

2.3.6 Recommandations vaccinales pour le personnel de santé

Les établissements de santé accueillent chaque jour de nombreuses personnes à la santé particulièrement fragile que l'on peut qualifier de population à risque. Lorsqu'on ajoute à ceci, la multiplicité des actes, plus ou moins invasifs, pouvant être pratiqués dans ces structures ainsi que la proximité d'un grand nombre de personnes en un même lieu, il est aisé de comprendre que ces établissements constituent des établissements à risque en matière infectieuse.

La transmission de maladies infectieuses dans un établissement de santé peut survenir de patients à soignants, de soignants à patients, de patients à patients ou encore de soignants à soignants. Dans la plupart des cas, la transmission de ces maladies se fait par voie aérienne (tuberculose, coqueluche, grippe, varicelle, rougeole). Un simple contact rapproché entre 2 individus peut donc contribuer à disséminer une épidémie (34).

MALADIES INFECTIEUSES	MODE DE TRANSMISSION
DIPHTERIE	Voie aérienne (gouttelettes)
TETANOS	Spores sur le sol, pénétration lors d'une effraction cutanée ou muqueuse.
POLIOMYELITIS	Transmission par contact (manu-portée) ou à travers l'eau ou les aliments contaminés.
HEPATITE B	Sang ou dérivés ; mère-enfant (accouchement) ; voie sexuelle ; contact non-sexuel (direct, indirect).
TUBERCULOSE	Voie aérienne (aérosols) à partir d'un adulte présentant une tuberculose pulmonaire ou ORL.
COQUELUCHE	Voie aérienne (gouttelettes).
VARICELLE	Voie aérienne (aérosols), rarement par contact avec lésions cutané- muqueuses.
GRIPPE	Voie aérienne (principalement gouttelettes) + par contact.
ROUGEOLE	Voie aérienne (aérosols), rarement par contact
RUBEOLE	Voie aérienne (gouttelettes), rarement par contact.

Tableau IV : Principaux modes de transmission de maladies infectieuses pour lesquelles un vaccin existe (d'après Raisin, InVS et GERES, 2009) (34)

Pour limiter ce phénomène, des recommandations vaccinales particulières aux professionnels de santé ont été élaborées par le HCSP en dehors des préconisations destinées à la population générale (Annexe A) (18).

Ces préconisations s'intègrent dans une démarche globale de prévention des risques infectieux au même titre que la désinfection du matériel, l'hygiène du personnel ou les mesures d'isolement de certains patients. En aucun cas elle ne remplace les mesures de protection collectives et individuelles visant à réduire l'exposition (32).

Au-delà du simple intérêt individuel, elles permettent d'éviter de nombreuses infections nosocomiales et la dissémination épidémique de certaines maladies contagieuses. La mortalité ou les complications dues à ces maladies sont ainsi réduites, ainsi que le nombre d'arrêt maladie de la part du personnel.

Les vaccinations obligatoires pour le personnel de santé de santé sont donc, d'après le calendrier vaccinal 2016 (18) :

- La vaccination contre l'hépatite B ;
- Le BCG ;
- La vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Le vaccin contre la typhoïde est également obligatoire pour le personnel de laboratoire.

Les vaccinations recommandées sont celles contre :

- La grippe ;
- La varicelle ;
- La coqueluche ;
- La rougeole ;
- La rubéole

3. Les principales vaccinations préconisées pour le personnel hospitalier

3.1 La vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

Les cas de tétanos généralisés doivent nécessairement être déclarés auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) et de l'InVS.

3.1.1 Obligation ou recommandation ?

3.1.1.1 Pour la population générale

Les enfants (jusqu'à l'âge adulte) doivent obligatoirement être vaccinés, sauf contre-indication médicale, contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Le 1^{er} rappel à l'âge de 11 mois est obligatoire. Les autres sont recommandés.

3.1.1.2 Pour le personnel de santé

Le corps médical doit être vacciné contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Les rappels sont également obligatoires.

3.1.2 **Mode d'administration et schéma vaccinal**

Vaccination avec un vaccin combiné comportant la valence D : une dose à l'âge de 2 mois (8 semaines) et 4 mois suivie d'une dose de rappel à 11 mois.

Rappels ultérieurs :

- à 6 ans : une dose de vaccin DTCaPolio ;
- entre 11 et 13 ans : une dose de vaccin dTcaPolio ;
- à 25 ans : une dose de dTcaPolio, ou, si la personne a reçu une dose de vaccin coquelucheux depuis moins de 5 ans, une dose de dTPolio ;
- à 45 ans : une dose de dTPolio ;
- à 65 ans : une dose de dTPolio ;
- à 75 ans, 85 ans, etc. (intervalle de dix ans au-delà de 65 ans) : une dose de dTPolio

Figure 3 : Schéma vaccinal dans le cas d'une vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (D'après le Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016)

Les vaccins comportant la valence D et T comportent une concentration normale d'anatoxine (injections à 2 mois, 4 mois, 6 mois et 6 ans) contrairement à ceux comprenant la valence d et t. Ces derniers, injectés en guise de rappel à partir 6 ans ont une concentration d'anatoxine réduite.

3.1.3 Couverture vaccinale

3.1.3.1 Couverture vaccinale de la population générale

D'après l'InVS, une étude réalisée en 2002 dévoile que la proportion de personnes vaccinées depuis moins de 10 ans, donc considérées comme couvertes par la vaccination, est de 63,2% pour le tétanos, de 36,1% pour la poliomyélite et de 29,1 % pour la diphtérie.

3.1.3.2 Couverture vaccinale des personnels de santé

L'enquête Vaxisoin, menée en 2009, révèle que 95,5% du personnel médical et paramédical a bien effectué le dernier rappel de vaccin dtP, conformément au calendrier vaccinal (35).

3.1.4 Les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

Les seuls vaccins, en France, contre la diphtérie et la poliomyélite sont des associations. Ils sont tous adsorbés sur hydroxyde d'aluminium.

Les anatoxines diphtériques et tétaniques sont produites en traitant une préparation de toxine par le formaldéhyde. Ce procédé permet de former une anatoxine immunogène mais non toxique.

La souche poliomyélitique est préparée à partir de 3 types de virus poliomyélitiques, cultivés sur lignée cellulaire puis inactivés au formol.

Les vaccins aux concentrations normales d'anatoxines sont :

- **Infanrix hexa®** : Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire, de l'hépatite, poliomyélitique inactivé et d'*Haemophilus influenzae* type b conjugué (adsorbé) ;
- **Infanrix quinta®** : Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire et poliomyélitique (inactivé, adsorbé) et d'*Haemophilus influenzae* type b conjugué ;
- **Infanrix tétra®** : Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire, poliomyélitique inactivé, adsorbé ;
- **Pentavac®** : Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire, poliomyélitique (inactivé, adsorbé) et vaccin *Haemophilus influenzae* type b conjugué ;
- **Tetravac acellulaire®** : Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire, poliomyélitique (inactivé, adsorbé).

Une dose de ces vaccins contient minimum 30 UI d'anatoxine diphtérique (D) et 40 UI d'anatoxine tétanique (T).

L'Hexyon® qui est un nouveau vaccin disponible depuis avril 2016 comporte un minimum de 20 UI d'anatoxines diphtériques et 40 UI d'anatoxines tétaniques. Il protège contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* b et l'hépatite B.

D'autres vaccins, à concentration réduite en anatoxines, sont utilisés comme rappel. Il s'agit de:

- Revaxis® : Vaccin diphtérique, tétanique et poliomyélitique (inactivé, adsorbé) ;
- Repevax® : Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire et poliomyélitique (inactivé, adsorbé) ;
- Boostrixtetra® : Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire et poliomyélitique (inactivé, adsorbé).

Ils contiennent un minimum de 2 UI d'anatoxines diphtériques (d) et 20 UI d'anatoxines tétaniques (t).

Il existe un vaccin antitétanique monovalent. Il s'agit du Vaccin tétanique Pasteur®. 1 dose contient au moins 40 UI d'anatoxine tétanique adsorbée sur hydroxyde d'aluminium.

3.1.4.1 Efficacité

Dès la 2ème dose de vaccin, l'immunité semble acquise pour minimum 5 ans. Après la série de primovaccination, le taux de conversion avoisine les 95 à 98% (16).

3.1.4.2 Effets indésirables

Les effets indésirables de ces vaccins sont bénins et transitoires. Il s'agit principalement de douleur, d'œdème ou de rougeur au point d'injection, de malaises, de céphalées ou de fièvre. Les cas de réactions locales et fébriles sévères augmentent avec l'âge, la dose d'anatoxine diphtérique et le nombre de doses administrées.

Un nodule indolore peut apparaître suite à la vaccination mais il disparaît spontanément au bout de quelques semaines.

Les réactions anaphylactiques sont extrêmement rares, tout comme les réactions neurologiques (16).

3.1.4.3 Contre-indications

Le vaccin est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à l'un de ses composants (notamment à la néomycine, streptomycine ou polymyxine B présentes à l'état de traces), de réactions d'hypersensibilité ou de troubles neurologiques survenus lors d'une injection précédente.

En cas de maladie aiguë, il est préférable de repousser l'injection. Par contre, une infection mineure sans fièvre ni signes généraux ne doit pas retarder la vaccination.

En cas d'exposition au tétanos, il est préférable de pratiquer la vaccination antitétanique même s'il existe des contre-indications car les bénéfices sont supérieurs aux risques (16).

3.2 La vaccination contre **l'hépatite B**

En cas d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B, une déclaration doit obligatoirement être réalisée auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) et de l'InVS.

3.2.1 Obligation ou recommandation ?

3.2.1.1 Pour la population générale

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée chez les nourrissons. Un rattrapage peut être réalisé jusqu'à l'âge de 15 ans révolu.

A partir de 16 ans, il est recommandé dans certaines situations.

Situations pour lesquelles une vaccination contre l'hépatite B est recommandée chez le sujet de plus de 16 ans :

Chez les personnes exposées non immunisées et après dépistage :

- personnes nées, ayant résidé ou étant amenées à résider dans des pays ou zones à risque d'exposition au VHB ;*
- entourage d'une personne présentant une infection à VHB (famille vivant sous le même toit);*
- partenaires sexuels d'une personne présentant une infection à VHB ;*
- patients susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux, candidats à une greffe d'organe, etc.) ;*
- usagers de drogues par voie intraveineuse ou intra-nasale ;*
- personnes qui séjournent ou ont séjourné en milieu carcéral ;*
- personnes séropositives pour le VIH, le VHC ou avec une IST en cours ou récente ;*
- personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents;*
- adultes accueillis dans les institutions psychiatriques;*
- personnes adeptes du tatouage avec effraction cutanée ou du piercing (à l'exception du perçage d'oreille) ;*
- voyageurs dans les pays ou zones à risque d'exposition au VHB (risque à évaluer au cas par cas).*

Chez les personnes qui, dans le cadre d'activités professionnelles ou bénévoles, sont susceptibles d'être en contact direct avec des patients et/ou d'être exposées au sang et autres produits biologiques, soit directement (contact direct, projections), soit indirectement (manipulation et transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge, de déchets). Il s'agit notamment des secouristes, des gardiens de prison, des éboueurs, des égoutiers, des policiers, des tatoueurs, des thanatopracteurs, etc.

3.2.1.2 Pour le personnel de santé

Le vaccin est obligatoire pour les professionnels de santé depuis 1991.

Pourquoi le vaccin contre l'hépatite B est-il obligatoire pour les professionnels de santé ?

Le virus de l'hépatite B se transmet par contact avec le sang ou d'autres fluides corporels provenant d'une personne infectée.

En 2014, sur les 1087 établissements de santé surveillés par le réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), 17 927 accidents d'exposition au sang (AES) ont été recensés (36). Un AES peut être défini comme tout accidents d'exposition au sang, toute coupure, piqûre, projection sur muqueuse ou peau lésée avec du sang ou un liquide biologique potentiellement contaminant. Le risque de transmission du virus VHB dans ces cas-là, pour une personne non immunisée, varie entre 6 et 45 % en fonction de la virémie du patient source. Or, en cas de vaccination bien réalisée, plus de 95% des jeunes adultes immunocompétents présentent un taux d'anticorps anti-HBs > 100 UI/ml et sont ainsi considérés comme immunisés contre la maladie (16). De nombreux cas de contamination sont donc évités par la vaccination et la maladie est en passe d'être maîtrisée alors que dans les années 1970, l'hépatite B représentait une part bien plus importante des pathologies professionnelles. D'ailleurs, entre 2007 et 2013, d'après l'InVS, aucune contamination par le VHB n'a été recensée suite à un AES.

3.2.2 Mode d'administration et schéma vaccinal

Le vaccin doit être injecté par voie intramusculaire, dans la cuisse chez les nourrissons et dans le muscle deltoïde chez les enfants et adultes.

Le schéma classique de vaccination comporte 3 doses de type 0, 1 et 6 mois. Aucun rappel n'est nécessaire.

Schémas vaccinaux

En population générale : le schéma préférentiel comporte trois injections : chez le nourrisson pour qui le vaccin hexavalent est utilisé, la vaccination sera ainsi effectuée à l'âge de 2 mois (8 semaines), 4 mois et 11 mois (intervalle de 0, 2, 7 mois). En cas d'utilisation d'un vaccin autre que l'hexavalent, un intervalle d'au moins 5 mois devra être respecté entre la deuxième et la troisième injection (intervalle de 0, 1 à 2 mois, 6 mois).

Au-delà des trois injections de ce schéma initial, les rappels systématiques de vaccin contre l'hépatite B ne restent recommandés que dans des situations particulières.

Pour les adolescents âgés de 11 à 15 ans révolus, non antérieurement vaccinés, la vaccination est réalisée en suivant :

- soit le schéma classique à trois doses (*cf. ci-dessus*) ;
- soit un schéma à deux doses, avec un des deux vaccins ayant l'AMM pour cette indication (ENGERIX® B20 µg ou Vaccin GENHEVAC B Pasteur 20 µg®) en respectant un intervalle de six mois entre les deux doses, et en l'absence de risque élevé d'infection par le virus de l'hépatite B dans les six mois qui séparent les deux injections.

Pour les nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs, la vaccination doit être pratiquée impérativement à la naissance, selon un schéma en trois injections (une dose à la naissance, puis à 1 et 6 mois) et avec un vaccin autre que HBVAXPRO 5 µg®, la première dose étant associée à l'administration d'immunoglobulines anti-HBs. **Un schéma à quatre doses** (une dose à la naissance, puis à 1, 2 et 6 mois) est recommandé pour les prématurés de moins de 32 semaines ou de poids inférieur à 2 kg.

Pour certains cas particuliers⁹ chez l'adulte, où l'obtention très rapide d'une protection vaccinale est souhaitable (personnes détenues, personnes en situation de départ imminent en zone d'endémie moyenne ou forte...), un schéma accéléré peut être proposé. Il comporte l'administration en primo-vaccination de 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21 ou J0, J10, J21 selon l'AMM des 2 vaccins concernés)²⁰, suivies d'un rappel 12 mois après, indispensable pour assurer une protection au long cours. *(Si un contrôle d'anticorps post-immunisation est jugé nécessaire du fait d'un risque élevé d'exposition, celui-ci devra être effectué 1 mois après l'administration de la dose de rappel à 12 mois).*

Figure 4 : Schéma vaccinal dans le cas d'une vaccination contre l'hépatite B (©Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016)

3.2.3 Couverture vaccinale

3.2.3.1 Couverture vaccinale de la population générale

En 2010, dans le cadre de la politique de santé publique, la France s'était fixée plusieurs objectifs. Elle espérait ainsi pouvoir atteindre (37) :

- Pour les enfants âgés de 24 mois : une couverture vaccinale de 80% pour la primovaccination complète pour le vaccin de l'hépatite B
- Pour les adolescents âgés de 15 ans : une couverture vaccinale de 75%

Une étude, réalisée en 2011, estimait que 71,9 % des nourrissons de 24 à 26 mois avait reçu une vaccination complète avant leur 24 mois révolus. Quant aux adolescents de 14 à 16 ans ils n'étaient que 55,4 % à avoir reçu au moins une dose de vaccin et 37,4 % à avoir bénéficié d'une vaccination complète (38).

3.2.3.2 Couverture vaccinale des personnels de santé

D'après l'enquête Vaxisoin de 2009, 91,7% du personnel soignant aurait reçu les 3 doses de vaccin anti-VHB nécessaires à leur immunisation. Si l'on considère comme protégés les soignants avec une sérologie positive ou avec un antécédent de 3 doses de vaccin ou ayant un antécédent d'infection par le VHB, 97,9% des soignants peut être considéré comme protégé (35).

3.2.4 Les vaccins **contre l'hépatite B**

Vaccins contre l'hépatite B		
Genhevac B Pasteur®	Suspension inactivée et purifiée d'AgHBs contenant les protéines S et pré-S, obtenue par clonage et expression du gène viral dans les cellules CHO (cellules ovariennes du hamster chinois)	-Seringue pré-remplie contenant 20 µg d'AgHBs par dose de 0,5 ml
Engerix B®	AgHBs purifié obtenu par clonage et expression du gène viral dans la levure de bière (<i>Saccharomyces cerevisiae</i>)	- Engerix B 20 microgrammes® (seringue pré-remplie) : 20 µg d'AgHBs par dose de 1 ml, utilisable chez l'enfant âgé de plus de 15 ans et chez l'adulte ; - Engerix B 10 microgrammes® (seringue pré-remplie) : 10 µg d'AgHBs par dose de 0,5 ml, utilisable chez les enfants jusqu'à 15 ans.
HBVaxPro®	AgHBs purifié obtenu par clonage et expression du gène viral dans la levure de bière (<i>Saccharomyces cerevisiae</i>)	- 5 µg d'AgHBs par dose de 0,5 ml, utilisable chez les enfants jusqu'à 15 ans - 10 µg par dose de 1 ml, utilisable à partir de 16 ans et chez les adultes ; - 40 µg par dose de 1 ml, pour les sujets dialysés ou en attente de dialyse.
Vaccins combinés		
Infanrix Hexa®	Vaccin combiné diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire trois composants, poliomyélitique, Haemophilus Influenzae b, qui contient d'antigène HBs	- Seringue pré-remplie de 0,5ml contenant 10 µg d'AgHBs recombinant
Twinrix®	Vaccin combiné contre l'hépatite B et l'hépatite A	- Twinrix® Adultes (seringue préremplie) : 20 µg d'AgHBs recombinant et 720 unités Elisa de VHA entier inactivé par dose de 1 ml. - Twinrix® Enfants (seringue préremplie) : 10 µg d'AgHBs recombinant et 360 unités Elisa de VHA entier inactivé par dose de 0,5 ml.

Tableau V : Vaccins contre l'hépatite B commercialisés en France : composition et conditionnement

Tous ces vaccins sont adsorbés sur hydroxyde d'aluminium.

3.2.4.1 Efficacité

90% des sujets vaccinés sont immunisés dans le mois suivant la 3^{ème} injection.

Il est important de noter que, même si dans la plupart des cas, le titre d'anticorps anti-HBs est relativement élevé (> 1 000 000 UI/ml), un taux sérique bas (< 10 000 UI/ml) n'est pas synonyme d'une immunité insuffisante.

Par contre, un âge supérieur à 40 ans, le sexe masculin, l'obésité, le tabagisme ou encore certains groupes HLA ont été identifiés comme des facteurs pouvant induire une réponse vaccinale moindre.

3.2.4.2 Effets indésirables

Les effets indésirables de ces vaccins sont, la plupart du temps, sans gravité et temporaires.

Dans 3 à 30% des cas, on retrouve une douleur, une rougeur ou un œdème au point d'injection et l'apparition d'une fièvre ne dépassant pas 37,7°C.

Dans 1 à 6% des cas, une fatigue, des arthralgies, myalgies ou céphalées peuvent apparaître.

Dans de très rares cas, des réactions anaphylactiques ont été rapportées.

Contrairement à ce que l'on entend souvent, aucun lien de causalité n'a été démontré entre les cas d'atteintes neurologiques démyélinisantes (sclérose en plaques en particulier) et le vaccin contre l'hépatite B (39). Même si un lien venait, un jour, à être prouvé, l'InVS estime que les bénéfices liés à la vaccination sont supérieurs aux risques d'atteintes neurologiques démyélinisantes.

3.2.4.3 Contre-indications

Les vaccins contre l'hépatite B sont contre-indiqués dans les cas d'infections fébriles sévères, d'hypersensibilité connue à l'un des constituants du vaccin ou apparue après une injection du vaccin.

La sclérose en plaque n'est pas une contre-indication. La vaccination est toutefois à évaluer en raison d'un risque de poussée secondaire à la stimulation immunitaire induite par le vaccin. Pour le personnel de santé, la balance bénéfice-risque tend en faveur du vaccin.

3.3 La vaccination contre la tuberculose

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire. Elle est également reconnue comme maladie professionnelle pour le personnel de santé dans le régime général de la Sécurité Sociale.

3.3.1 Obligation ou recommandation ?

3.3.1.1 Pour la population générale

Le BCG n'est plus indiqué pour la population générale depuis 2004.

Par contre, il reste préconisé dans certains cas, lorsque les enfants sont jugés « à risque élevé de tuberculose ».

Sont considérés comme enfants à risque élevé, les enfants qui répondent au moins à l'un des critères suivants :

- *enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;*
- *enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;*
- *enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;*
- *enfant ayant un antécédent familial de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;*
- *enfant résidant en Île-de-France, en Guyane ou à Mayotte ;*
- *enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment enfant vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socioéconomiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.*

Les zones géographiques à forte incidence tuberculeuse, selon les estimations de l'OMS, et en tenant compte de certaines imprécisions liées aux difficultés du recueil fiable des données épidémiologiques dans certains pays, sont :

- *le continent africain dans son ensemble ;*
- *le continent asiatique dans son ensemble, y compris les pays du Proche et Moyen-Orient ;*
- *les pays d'Amérique centrale et du sud ;*
- *les pays d'Europe centrale et de l'est y compris les pays de l'ex-URSS ;*
- *dans l'Union européenne : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie.*

3.3.1.2 Pour le personnel de santé

La vaccination par le BCG reste obligatoire pour les professionnels de santé exposés mais l'obligation de revaccination a été supprimée. Désormais, elle leur est juste recommandée.

Avant de commencer à exercer, les futurs professionnels de santé subissent une intradermoréaction. Si elle est négative (induration < 5mm), les personnes n'ayant jamais reçu le BCG seront vaccinées, quel que soit leur âge.

Pourquoi la BCG est-il obligatoire chez les professionnels de santé ?

Au début du XX^{ème} siècle, l'incidence de la tuberculose était 35 à 50 fois supérieure chez les acteurs de santé que dans le reste de la population (32).

Depuis, de nombreuses mesures de protection ont été mises en place (isolement des patients bacillifères, port de masque...) et les risques de transmission ont diminué. Quelques cas d'épidémies nosocomiales de tuberculose ont toutefois été recensés en France avec des contaminations allant dans le sens patient-soignant mais aussi soignant-patient (34,40).

La maladie tuberculeuse pouvant se développer de nombreuses années après l'infection primaire, elle peut ne pas être identifiée comme étant d'origine professionnelle. Il est donc très difficile d'estimer le risque réel de transmission en milieu professionnel. D'après plusieurs études, dans les pays à revenus élevés, dont la France fait partie, le personnel de santé aurait un risque de morbidité tuberculeuse 2 à 3 fois supérieure à celle de la population générale (40).

3.3.2 Mode d'administration et schéma vaccinal

Pour les enfants à risque élevé de tuberculose :

- de la naissance à l'âge de 2 mois révolus : 0,05 ml de BCG par voie intradermique sans IDR préalable
- entre 3 et 11 mois révolus : 0,05 ml de BCG par voie intradermique après IDR négative
- à partir de l'âge de 12 mois : 0,1 ml de BCG par voie intradermique après IDR négative.

Figure 5 : Schéma vaccinal du BCG pour les enfants à risque élevé de tuberculose (D'après le Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016)

Le vaccin doit être réalisé par voie intradermique dans la partie postéro-externe du bras après reconstitution de la poudre avec le solvant. Si l'injection est réussie, un aspect « peau d'orange » apparaît. Jusqu'à l'âge d'un an, le volume de vaccin à injecter est de 0,05ml. Ensuite, il sera de 1 ml.

3.3.3 Couverture vaccinale

3.3.3.1 Couverture vaccinale de la population générale

Selon une enquête nationale réalisée en 2008, 58% des enfants de 2 à 7 mois, nés après la suspension de l'obligation vaccinale, seraient vaccinés contre la tuberculose en France. En Ile-de-France, où le vaccin est recommandé, la couverture vaccinale atteint 68% aux mêmes âges (41).

3.3.3.2 Couverture vaccinale des personnels de santé

94,9% du personnel soignant était vacciné contre la tuberculose, en 2009, d'après l'enquête Vaxisoin (35).

3.3.4 Le BCG

Il n'existe, en France, qu'un vaccin : le BCG SSI®, utilisable par voie intradermique. Descendant de la préparation de Calmette et Guérin de 1921, il s'agit d'un vaccin atténué issu de *Mycobacterium bovis*.

3.3.4.1 Efficacité

Des doutes subsistent sur l'efficacité de ce vaccin. S'il semble efficace sur les enfants, les résultats sur les adultes sont plus disparates. En effet, selon les études, l'efficacité varierait entre 0 et 80%.

Chez les enfants, le vaccin n'empêcherait pas l'infection par *Mycobacterium tuberculosis* mais protégerait contre les formes sévères de la maladie en freinant notamment sa diffusion. Le taux de protection dans les formes les plus graves de la maladie avoisinerait les 80%, voire plus. Le BCG permettrait la production de lymphocytes T mémoires qui persisteraient de nombreuses années, immunisant ainsi l'enfant, surtout si celui-ci reste exposé aux mycobactéries environnementales (16,40).

3.3.4.2 Effets indésirables

Certains effets indésirables du vaccin sont relativement fréquents mais ne doivent pas causer d'inquiétude.

Ainsi, au niveau du site d'injection, on retrouve fréquemment, immédiatement après l'injection, une papule qui disparaîtra au bout de quelques minutes. 3 mois plus tard, ce sera une induration qui pourra évoluer vers une ulcération de taille inférieure à 1 cm de diamètre (1 à 2% des cas). Des écoulements peuvent survenir pendant plusieurs semaines. Dans tous les cas, le sujet immunocompétent n'en gardera aucune séquelle hormis la cicatrice.

Parmi les effets indésirables courants, on rapporte également l'apparition d'un ganglion satellite axillaire.

D'autres effets indésirables, plus graves, sont des signes de complications comme, par exemple, la présence d'une ulcération de plus de 1 cm de diamètre ou une adénite de taille supérieure à 1 cm évoluant parfois vers la caséification et la fistulation.

3.3.4.3 Contre-indications

Les contre-indications au BCG sont :

- l'hypersensibilité à l'un des composants
- la prise d'une corticothérapie par voie générale ou d'un traitement immunosuppresseur
- la prise d'un traitement prophylactique antituberculeux
- une radiothérapie concomitante
- la présence d'affections malignes telles qu'un lymphome, une leucémie...
- les personnes atteintes d'immunodéficience primaire ou secondaire
- les personnes infectées par le VIH
- les enfants nés de mères infectées par le VIH

En cas de fièvre ou de dermatose infectieuse généralisée, il est conseillé de reporter la vaccination.

3.4 La vaccination contre la grippe saisonnière

La grippe est une infection respiratoire causée par un virus non spécifique de l'homme, *Myxovirus influenzae*, dont il existe trois types (A, B et C), tous pathogènes.

3.4.1 Obligation ou recommandation ?

Les recommandations concernant la vaccination contre les virus grippaux saisonniers peuvent évoluer en fonction de données épidémiologiques et ainsi faire l'objet de recommandations actualisées non incluses dans le calendrier vaccinal.

3.4.1.1 Pour la population générale

La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Elle est également recommandée chez :

- Les femmes enceintes, quel que soit le trimestre de la grossesse ;
- Les personnes, y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois, atteintes des pathologies suivantes :
 - affections broncho-pulmonaires chroniques répondant aux critères de l'ALD 14 (asthme et BPCO) ;
 - insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives quelle que soit la cause, y compris les maladies neuromusculaires à risque de décompensation respiratoire, les malformations des voies aériennes supérieures ou inférieures, les malformations pulmonaires ou les malformations de la cage thoracique ;
 - maladies respiratoires chroniques ne remplissant pas les critères de l'ALD mais susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une affection grippale, dont asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyper-réactivité bronchique ;
 - dysplasies broncho-pulmonaires
 - mucoviscidose ;
 - cardiopathies congénitales cyanogènes ou avec une HTAP et/ou une insuffisance cardiaque ;
 - insuffisances cardiaques graves ;
 - valvulopathies graves ;
 - troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours ;
 - maladies des coronaires ;
 - antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
 - formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, poliomyélite, myasthénie, maladie de Charcot) ;
 - paraplégies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique ;
 - néphropathies chroniques graves ;
 - syndromes néphrotiques ;

- drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalasso-drépanocytose ;
- diabète de type 1 et de type 2 ;
- déficits immunitaires primitifs ou acquis (pathologies oncologiques et hématologiques, transplantations d'organe et de cellules souches hématopoïétiques, déficits immunitaires héréditaires, maladies inflammatoires et/ou auto-immunes recevant un traitement immunosuppresseur), excepté les personnes qui reçoivent un traitement régulier par immunoglobulines ; personnes infectées par le VIH quel que soit leur âge et leur statut immunovirologique ;
 - maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose ;
- Les personnes obèses avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40 kg/m, sans pathologie associée ou atteintes d'une pathologie autre que celles citées ci-dessus ;
- Les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge ;
- L'entourage des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave ainsi définis : prématurés, notamment ceux porteurs de séquelles à type de broncho-dysplasie, et enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une affection de longue durée.

3.4.1.2 Pour le personnel de santé

La vaccination antigrippale est recommandée pour le personnel de santé.

Pourquoi la vaccination antigrippale est-elle recommandée chez les professionnels de santé ?

La grippe étant très contagieuse et ayant une durée d'incubation courte (1 à 3 jours), de nombreuses épidémies, notamment nosocomiales sont recensées chaque année en France. Elles affectent les patients mais également le personnel hospitalier. Cette maladie, souvent jugée bénigne, peut s'avérer particulièrement sévère, principalement chez les sujets âgés ou fragiles (insuffisants cardiaques ou respiratoires, immunodéprimés...), chez les femmes enceintes, les nourrissons, les jeunes enfants ou encore les personnes obèses. La vaccination du personnel de soins restent donc fortement recommandée afin de limiter la dissémination du virus et éviter, chaque année, de nombreux décès (32,34). D'autant plus que selon Chamoux et al. (2006) , « le risque du personnel hospitalier vis-à-vis de la grippe est augmenté par la présence de personnes infectées hospitalisées dans les services » et la vaccination contre la grippe permettrait de réduire l'absentéisme de 28% (42).

3.4.2 Mode d'administration et schéma vaccinal

Les vaccins antigrippaux s'administrent, dès l'âge de 6 mois, par voie intramusculaire à l'aide de seringue pré-remplie.

2 doses sont nécessaires pour les enfants de moins de 9 ans n'ayant pas été infectés ou vaccinés auparavant.

Âge	Dose	Nombre de doses
De 6 mois à 35 mois	0,25 ml	1 ou 2*
De 3 à 8 ans	0,5 ml	1 ou 2*
À partir de 9 ans	0,5 ml	1

*2 doses à un mois d'intervalle en primovaccination, 1 dose en rappel annuel.

Figure 6 : Schéma vaccinal du vaccin antigrippal (©Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016)

Le vaccin antigrippal doit être réalisé chaque année car sa composition varie d'une année sur l'autre et la protection conférée par le vaccin est de courte durée.

3.4.3 Couverture vaccinale

3.4.3.1 Couverture vaccinale de la population générale

D'après l'Inpes, la couverture vaccinale en France en 2014-2015 était de 46,1%, soit en décroissance constante depuis 2009-2010 (60,2%).

Les personnes de 65 ans et plus sont vaccinées à hauteur de 48,5% alors que la population à risque de moins de 65 ans n'est couverte qu'à 37,5% (36).

3.4.3.2 Couverture vaccinale des personnels de santé

25,5% du personnel de soins était vacciné contre la grippe saisonnière lors de l'hiver 2008-2009 (35).

3.4.4 Les vaccins contre la grippe saisonnière

Les vaccins antigrippaux utilisés aujourd'hui (Arippal®, Fluarix®, Immugrip®, Influvac®, Vaxigrip®) sont des vaccins préparés à partir de virus cultivés sur œufs de poule embryonnés exempts du virus de leucose aviaire. Ce sont des vaccins sans adjuvants, composés soit d'antigène de surface du virus grippal, soit de virion fragmenté.

Deux types de virus provoquent, chaque année, de nombreuses épidémies. Il s'agit de virus de type Influenza A, responsable d'épidémies et pandémies mondiales et de virus de type Influenza B, causant des épidémies plus localisées.

Les mutations étant fréquentes sur ces virus, de nouvelles souches apparaissent régulièrement.

La composition des vaccins est donc réévaluée chaque année en fonction des dernières données épidémiologiques. L'OMS fixe la composition des vaccins antigrippaux dans l'hémisphère Nord en février-mars. Elle choisit les souches les plus susceptibles de circuler lors de la prochaine épidémie de grippe.

Les vaccins seront administrés, en général, à partir d'octobre de la même année soit environ 8 mois plus tard.

Depuis plus de 10 ans, le vaccin comporte trois souches de virus différentes : l'une de sous-type A (H1N1), l'autre de sous-type A (H3N2), et la troisième de type B.

3.4.4.1 Efficacité

L'efficacité du vaccin contre la grippe varie chaque année. La structure des virus changeant souvent, le vaccin sera d'autant plus efficace si les souches choisies par l'OMS le semestre précédent présentent des ressemblances avec les souches responsables de l'épidémie.

Pour l'adulte de 18 à 65 ans en bonne santé, des essais cliniques rapportent une efficacité du vaccin de l'ordre de 59 %. Ce chiffre semble varier en fonction de l'âge, du vaccin étudié et de l'état de santé de l'individu.

Pour les personnes plus âgées, cible majeure de ces recommandations en faveur d'une vaccination antigrippale, l'efficacité du vaccin semble difficile à étudier. En effet, depuis plusieurs décennies, la majorité des pays développés préconisent la vaccination systématique des sujets âgés. Malheureusement, aucune étude d'efficacité n'a été réalisée au préalable et, aujourd'hui, d'un point de vue éthique, il n'est plus possible de l'étudier en proposant une étude vaccin *versus* placebo. Il semblerait toutefois que le vaccin soit moins efficace que chez les plus jeunes.

Pour l'opinion publique, le vaccin contre la grippe est jugé peu efficace. Des études ont toutefois démontré que son efficacité était pourtant supérieure aux apparences. En effet, ce vaccin souffre d'une mauvaise image car il protège de la grippe causée par *Myxovirus influenzae* mais il n'empêche pas l'apparition d'un syndrome grippal causé par un autre agent (16,43).

3.4.4.2 Effets indésirables

Les vaccins antigrippaux sont susceptibles d'induire, pendant 2 jours, des réactions bénignes à type de douleur au point d'injection, fièvre, nausées, myalgies, malaises et autres symptômes d'allure grippale. Les réactions allergiques (urticaire, angioedème, anaphylaxie) sont très rares.

3.4.4.3 Contre-**indications et précautions d'emploi**

Le vaccin est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité avérée aux substances actives, à l'un des excipients, aux œufs, aux protéines de poulet, aux substances présentes à l'état de traces, tels certains antibiotiques ou certains dérivés mercuriels.

La vaccination doit être différée en cas de maladie fébrile ou d'infection aiguë.

3.5 La vaccination contre la varicelle

3.5.1 Obligation ou recommandation ?

3.5.1.1 Pour la population générale

La vaccination généralisée contre la varicelle n'est pas recommandée en France.

Les complications les plus graves surviennent chez l'adulte. Or, on estime qu'il faudrait une couverture vaccinale de 90% pour que l'incidence de la maladie diminue suffisamment chez les enfants sans pour autant augmenter chez les adultes. La varicelle étant une maladie jugée bénigne par l'opinion publique, cet objectif est difficilement réalisable. De plus, le risque de développer la maladie est accru en raison de la diminution de l'efficacité des vaccins anti-varicelle avec le temps. C'est pourquoi la vaccination contre la varicelle n'est préconisée que dans certains cas particuliers (16,44).

La vaccination contre la varicelle est recommandée pour :

-les adolescents âgés de 12 à 18 ans n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle ou dont l'histoire est douteuse ; un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué dans ce cas ;

-les femmes en âge de procréer, notamment celles ayant un projet de grossesse, et sans antécédent clinique de varicelle ; un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué ;

-les femmes n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) dans les suites d'une première grossesse ;

-les adolescents à partir de 12 ans et les adultes exposés à la varicelle, immunocompétents sans antécédent de varicelle ou dont l'histoire est douteuse (le contrôle de la sérologie étant facultatif), dans les trois jours suivant l'exposition à un patient avec éruption ;

-toute personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, en contact étroit avec des personnes immunodéprimées (les sujets vaccinés doivent être informés de la nécessité, en cas de rash généralisé, d'éviter les contacts avec les personnes immunodéprimées pendant 10 jours) ;

-les enfants candidats receveurs, dans les six mois précédant une greffe d'organe solide, sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative (avec deux doses à au moins un mois d'intervalle, et en pratiquant une surveillance du taux d'anticorps après la greffe).

3.5.1.2 *Pour le personnel de santé*

La vaccination contre la varicelle est recommandée pour les professionnels de santé qui n'ont pas d'antécédents de varicelle ou dont l'histoire est douteuse et dont la sérologie est négative.

Pourquoi la vaccination contre la varicelle est-elle recommandée chez les professionnels de santé ?

1 à 2 % du personnel de santé ne serait pas immunisé contre la maladie d'après le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Même si, *a priori*, le risque d'infection nosocomiale est faible en France (aucune publication à ce sujet), la vaccination contre la varicelle reste recommandée en raison de sa forte contagiosité et des risques de complications importantes chez le nourrisson, l'immunodéprimé ou encore la femme enceinte. Il faut être d'autant plus prudent que la varicelle peut se transmettre alors même que la maladie n'est pas encore visible, le futur malade étant alors en phase d'incubation. En cas de doute, le vaccin peut être réalisé en prophylaxie dans les 72 jours suivant l'exposition. Il confère alors une protection de 90% (33,34).

3.5.2 **Mode d'administration et schéma vaccinal**

La vaccination contre la varicelle peut être réalisée à partir de l'âge de 12 mois avec un schéma vaccinal à deux doses (espacées de 4 à 8 semaines ou 6 à 10 semaines selon le vaccin), par voie sous-cutanée, immédiatement après reconstitution de la poudre avec le solvant.

3.5.3 Couverture vaccinale

3.5.3.1 *Couverture vaccinale de la population générale*

En 2010, la couverture vaccinale chez les adolescents et jeunes adultes (12 à 18 ans) sans antécédents de varicelle était de 2% (45).

3.5.3.2 *Couverture vaccinale des personnels de santé*

En 2009, 29,9% des soignants sans antécédent de varicelle avait réalisé au moins une dose de vaccin contre celle-ci (35).

3.5.4 Les vaccins contre la varicelle

Deux vaccins monovalents contre la varicelle sont actuellement disponibles : Varivax® et Varilrix®. Il s'agit de vaccins vivants atténués produits sur cellules diploïdes humaines à partir d'une souche reconnue par l'OMS (souche OKA).

3.5.4.1 Effets indésirables

Des réactions locales, au point d'injection, de type rougeur ou œdème sont fréquemment rapportées (20 % des enfants vaccinés et 33 % des adolescents et adultes vaccinés). Une éruption (papules ou vésicules varicelliformes) est aussi évoquée mais avec une fréquence beaucoup plus rare (environ 5,5 % après la 1ère injection et 0,9 % après la 2nde injection). Elle survient dans les 4 premières semaines suivant l'injection.

Une fièvre apparaît dans environ 15% des cas.

3.5.4.2 Contre-indications **et précautions d'emploi**

Les contre-indications concernant les vaccins contre la varicelle sont (16,46) :

- Les antécédents d'hypersensibilité à un vaccin contre la varicelle, à l'un des excipients, aux substances présentes à l'état de traces telles la néomycine ou la gélatine ;
- Les troubles de la coagulation, leucémies, lymphomes de tout type ou tout autre néoplasme malin touchant le système lymphatique et sanguin ;
- Les sujets recevant un traitement immunosuppresseur (y compris de fortes doses de corticostéroïdes) ;
- Les sujets présentant un déficit de l'immunité cellulaire ou humorale (primaire ou acquise), y compris l'hypogammaglobulinémie, et les sujets atteints du sida ou présentant des symptômes d'infection par le VIH, ou étant à un stade 2 ou plus de la classification des CDC, ou dont le taux de lymphocytes T CD4 + est inférieur à 25 % ;
- Les sujets ayant des antécédents familiaux de déficit immunitaire héréditaire ou congénital, à moins que l'immunocompétence du sujet à vacciner ne soit démontrée
- Toute maladie avec une fièvre supérieure à 38,5 °C ;
- La grossesse.

En pratique, certaines précautions d'emploi sont particulières à la vaccination anti-varicelle (46). Ainsi :

- En raison du risque de syndrome de Reye, il faut éviter toute prise de salicylés dans les 6 semaines suivant l'injection ;
- En cas de transfusion sanguine ou plasmatique, ou d'administration d'immunoglobulines humaines normales ou d'immunoglobulines spécifiques de la varicelle, il est fortement conseillé de reporter la vaccination d'au moins 3 mois pour éviter une diminution de l'efficacité vaccinale due à l'action de gammaglobulines spécifiques anti-varicelle ;
- Il est préférable d'éviter la vaccination si les lymphocytes et/ou les polynucléaires neutrophiles sont inférieurs à 500/mm³ ;
- En cas de chimiothérapie continue, il est nécessaire d'observer une fenêtre thérapeutique d'une semaine avant et après chaque injection du vaccin ;
- Ne pas commencer de corticothérapie dans les 2 semaines qui suivent la vaccination ;
- Le vaccin doit être injecté immédiatement après reconstitution car il est rapidement inactivé à température ambiante.

3.6 La vaccination contre la coqueluche

3.6.1 Obligation ou recommandation ?

3.6.1.1 Pour la population générale

Le vaccin anticoquelucheux est recommandé pour la population générale, dès l'âge de 2 mois. Si la vaccination n'a pas été réalisée chez le nourrisson, elle reste recommandée plus tard, dans le cadre de la « stratégie dite du cocooning » (18) :

Recommandations vaccinale contre la coqueluche dans le cadre de la stratégie dite du cocooning :

-Chez les adultes ayant un projet parental ;

-Au cours de la grossesse pour les enfants de la fratrie et le conjoint et les personnes susceptibles d'être en contact étroit et durable avec le futur nourrisson au cours de ses 6 premiers mois (grands-parents, les baby-sitters...) ;

-En post-partum immédiat pour la mère, qu'il conviendrait idéalement de vacciner avant la sortie de la maternité, même si elle allaite et les personnes susceptibles d'être en contact étroit et durable avec le futur nourrisson au cours de ses 6 premiers mois si la mise à jour de la vaccination n'a pas été faite antérieurement.

L'immunité coquelucheuse acquise après la maladie naturelle est de l'ordre d'une dizaine d'années. Il n'y a pas lieu de revacciner les personnes éligibles à la vaccination moins de 10 ans après une coqueluche documentée. En revanche, une injection de rappel est recommandée aux personnes éligibles ayant contracté la maladie plus de 10 ans auparavant.

3.6.1.2 Pour le personnel de santé

La vaccination contre la coqueluche est recommandée pour tous les professionnels de santé

Pourquoi la vaccination contre la coqueluche est-elle recommandée chez les professionnels de santé ?

La coqueluche est une maladie très contagieuse. Chez l'adulte, elle se manifeste par une toux invalidante mais peu grave. Par contre, elle peut se révéler plus dangereuse, voire fatale chez les personnes fragilisées tels que les personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques ou les jeunes nourrissons chez qui elle reste la 1^{ère} cause de décès par infections bactériennes avant l'âge de 3 mois.

De nombreuses infections nosocomiales sont recensées chaque année en France. La plupart du temps, la transmission se fait suite à l'admission d'un nourrisson infecté ou à l'introduction de la coqueluche dans un service de pédiatrie par une adulte, soignant ou parent rendant visite à un enfant (16,32,35).

3.6.2 Mode d'administration et schéma vaccinal

- Vaccination avec un vaccin combiné : une dose à l'âge de 2 mois (8 semaines) et 4 mois, suivis d'une dose de rappel à l'âge de 11 mois.
- Rappels ultérieurs à l'âge de 6 ans avec une dose de vaccin DTCaPolio et entre 11 et 13 ans avec un vaccin dTcaPolio (ou DTcaPolio si absence de rappel à l'âge de 6 ans).
- Rappel chez les adultes (une dose avec un vaccin dTcaPolio) à l'âge de 25 ans, en l'absence de vaccination coqueluche dans les cinq dernières années.

Figure 7 : Schéma vaccinal dans le cas d'une vaccination contre la coqueluche (D'après le Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016)

En cas de coqueluche, une immunité naturelle protège la personne pendant une dizaine d'années. Ce délai écoulé, une injection de rappel est recommandée.

Les professionnels de santé non antérieurement vaccinés contre la coqueluche ou n'ayant pas reçu de vaccin coquelucheux depuis cinq ans doivent recevoir une dose unique de vaccin dTcaPolio en respectant un délai minimum d'un mois par rapport au dernier vaccin dTPolio. Le recalage sur le calendrier en cours se fera par la suite. Des rappels doivent ensuite être réalisés aux âges de 25, 45 et 65 ans.

3.6.3 Couverture vaccinale

3.6.3.1 Couverture vaccinale de la population générale

La couverture vaccinale des enfants de l'âge de 9 mois en 2013 était de 94,8% (36).

3.6.3.2 Couverture vaccinale des personnels de santé

L'enquête Vaxisoin, menée en 2009, rapporte que 11,4% des soignants a effectué un rappel coqueluche à l'occasion du rappel DTP et est donc protégé contre celle-ci (35).

3.6.4 Les vaccins contre la coqueluche

Les vaccins contre la coqueluche sont des vaccins acellulaires composés d'un ou de plusieurs antigènes purifiés (anatoxines et adhésines) de *Bordetella pertussis*. Ils doivent être injectés par voie intramusculaire de préférence.

Ils ne sont disponibles que sous formes combinés et sont tous adsorbés sur sel d'aluminium. Il s'agit :

- Des vaccins diphtérique, tétanique, poliomyélitique inactivé, d'*Haemophilus influenzae* inactivé et d'hépatite B : Infanrix Hexa® ;
- Des vaccins diphtérique, tétanique, yélitique inactivé et d'*Haemophilus influenzae* inactivé : Infanrix Quinta®, Pentavac® ;
- Des vaccins diphtérique, tétanique, polio inactivé sous forme : Infanrix Tetra® et Tetravac acellulaire® (DTCaP pour les enfants), ou Repevax® et Boostrixtetra® (dTcaP pour les adultes).

3.6.4.1 Efficacité

La vaccination contre la coqueluche confère une protection de l'ordre de 85%. Le vaccin immunise l'individu pendant une dizaine d'années (16).

3.6.4.2 Effets indésirables

On retrouve, dans 50% des cas, des réactions locales bénignes au point d'injection de type douleur et/ou érythème qui disparaissent en 24 à 48H. Un nodule indolore peut également être visible pendant plusieurs semaines voire même, exceptionnellement, une réaction inflammatoire ou un abcès aseptique spontanément curable.

Une fièvre à 38-40 °C apparaît dans 30% des cas dans les 24 à 48h qui suivent l'injection.

Enfin, des réactions plus graves ont été signalées mais elles demeurent exceptionnelles. Elles surviennent dans les 48h suivant la vaccination. Elles correspondent à des épisodes d'hypotonie-hyporéactivité caractérisés par une fièvre élevée (> 40 °C), l'apparition du syndrome du cri persistant, de convulsions, d'un état de choc ou d'encéphalite. En cas de survenu d'au moins un de ses symptômes, la vaccination anticoquelucheuse doit être interrompue, le plus souvent définitivement (16,46).

3.6.4.3 Contre-indications et précautions d'emploi

Les vaccins coquelucheux acellulaires sont contre-indiqués chez les personnes ayant présenté :

- des réactions d'hypersensibilité consécutives à une vaccination antérieure par des vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche ou la poliomyélite ;
- des réactions d'hypersensibilité connues à l'un des constituants du vaccin, aux substances présentes à l'état de traces, telles que certains antibiotiques ou le formaldéhyde ;
- des complications neurologiques (convulsions ou épisodes d'hypotonie-hyporéactivité) suivant une immunisation antérieure par l'un des antigènes contenus dans le vaccin ;
- une encéphalopathie d'étiologie inconnue qui serait survenue dans les 7 jours suivant une vaccination antérieure par un vaccin contenant la valence coquelucheuse.

En cas d'affection fébrile sévère aiguë la vaccination doit être différée.

La présence d'une infection bénigne n'est pas une contre-indication.

3.7 La vaccination contre la rougeole et la rubéole

En cas de rougeole, une déclaration doit obligatoirement être réalisée auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) et de l'InVS.

3.7.1 Obligation ou recommandation ?

3.7.1.1 Pour la population générale

Pour parvenir à mettre un terme aux transmissions de rougeole et rubéole, le gouvernement a fixé plusieurs objectifs, énoncés dans son plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France, parmi lesquels on retrouve (47) :

- Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 95% pour la 1^{ère} dose de vaccin et 80% pour la 2nde pour les enfants avant l'âge de 2 ans ;
- Atteindre un niveau de couverture vaccinale d'au moins 90% à 6 ans pour la deuxième dose, dans l'ensemble des départements et pour les deux maladies ;
- Administrer plus précocement la 2nde dose de vaccin;
- Effectuer un rattrapage pour les sujets réceptifs (adolescents et jeunes adultes nés depuis 1980).

Il est donc conseillé de vacciner tous les enfants contre la rougeole, dès leur plus jeune âge.

3.7.1.2 Pour le personnel de santé

Il est recommandé, pour les professionnels de santé, de se faire vacciner contre la rougeole et la rubéole.

Pourquoi la vaccination contre la rougeole et la rubéole est-elle recommandée chez les professionnels de santé ?

La rougeole est une maladie très contagieuse et dont les complications peuvent s'avérer très graves, surtout chez les adultes (encéphalites, pneumonies). En recrudescence à partir de 2008, elle a occasionné un grand nombre d'hospitalisations. Des transmissions nosocomiales ont été rapportées et imputées au fait que certains professionnels de santé n'étaient pas vaccinés. Même si une diminution importante de l'épidémie a été observée en 2012, le virus continue à circuler. Cette épidémie serait la conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante associée à une exposition plus faible dans l'enfance (du fait d'une moindre circulation du virus liée à une réduction du réservoir que représentent les enfants vaccinés). Cela expliquerait également l'augmentation de l'âge moyen de survenue de la maladie avec de plus en plus d'adultes malades. La proportion des cas âgés de 20 ans et plus est en effet passée de 17 % en 2008 à 38 % en 2010. La vaccination des personnels de santé est donc essentielle pour tenter d'éradiquer cette maladie, conformément au plan d'élimination de la rougeole (16,32,34,47).

3.7.2 Mode d'administration et schéma vaccinal

La vaccination contre la rougeole et la rubéole est recommandée chez tous les enfants. A l'âge de 18 mois, tous les enfants devraient avoir reçu 2 doses du vaccin trivalent contre la rougeole, les oreillons et la rubéole :

- La 1^{ère} dose à l'âge de 12 mois
- La 2^{nde} dose entre 16 et 18 mois.

Les nourrissons gardés en collectivité peuvent être vaccinés dès l'âge de 9 mois avec un vaccin trivalent. La seconde dose sera alors administrée entre 12 et 15 mois.

L'immunité acquise après une première vaccination étant de longue durée, la seconde dose ne constitue pas un rappel mais plutôt un rattrapage pour les enfants n'ayant pas séroconverti, pour un ou plusieurs des antigènes, lors de la première vaccination. En effet, en raison de la persistance possible des anticorps maternels, les enfants de moins de 12 mois peuvent ne pas répondre de façon satisfaisante à la valence rougeole du vaccin.

Pour les adultes nés après 1980, donc qualifiés de réceptifs et potentiellement fragiles vis-à-vis de la rougeole, 2 doses de vaccin trivalent doivent être effectuées, en respectant un délai minimum d'un mois entre les deux doses, quels que soient les antécédents vis-à-vis de la rougeole, la rubéole ou les oreillons, le vaccin protégeant contre les trois maladies.

Pour les adultes nés avant 1980, la vaccination contre la rubéole avec un vaccin trivalent est recommandée pour les jeunes femmes en âge de procréer non vaccinées.

- ♦ **Nourrissons** : une dose du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole à l'âge de 12 mois (co-administration possible avec le vaccin contre les infections invasives à méningocoque) et une seconde dose entre 16 et 18 mois.
- ♦ **Personnes nées depuis 1980 et âgées de plus de 18 mois** : rattrapage pour obtenir, **au total**, deux doses de vaccin trivalent ROR, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

Figure 8 : Schémas vaccinaux dans le cas d'une vaccination contre la rougeole et la rubéole (D'après le Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016)

En cas de contact avec un individu ayant la rougeole, des mesures préventives, pour les personnes sans antécédent certain de rougeole ou n'ayant pas reçu deux doses de vaccin par le passé, sont recommandées, dans le cadre du plan d'élimination de la rougeole :

- Pour les enfants âgés de 6 à 11 mois : effectuer une dose de vaccin monovalent dans les 72 heures suivant le contact présumé puis vacciner l'enfant avec 2 doses de vaccin trivalent par la suite, conformément aux recommandations énoncées dans le calendrier vaccinal ;
- Pour les personnes âgées de plus d'un an et nées depuis 1980 : mise à jour conformément au calendrier vaccinal pour atteindre deux doses de vaccin trivalent ;
- Pour les professionnels de santé ou personnels chargés de la petite enfance, sans antécédent de rougeole ou n'ayant pas reçu 2 doses de vaccin trivalent, quelle que soit leur date de naissance : réaliser une dose de vaccin trivalent.

L'administration d'une dose de vaccin doit être effectuée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas pour éviter la survenue de la maladie. Elle reste préconisée même si ce délai est dépassé.

Concernant le mode d'administration, le vaccin s'administre par voie sous-cutanée, après reconstitution de la suspension.

3.7.3 Couverture vaccinale

3.7.3.1 Couverture vaccinale de la population générale

En 2012, 92,1% des enfants de 24 mois ont reçu une dose de vaccin contre la rougeole. La couverture vaccinale à deux doses ne s'élevait par contre qu'à 65,8% (36).

3.7.3.2 Couverture vaccinale des personnels de santé

49,7% du personnel soignant sans antécédent de rougeole a déclaré avoir reçu au moins une dose de vaccin contre cette maladie lors de l'enquête Vaxisoin en 2009 (35).

3.7.4 Les vaccins contre la rougeole et la rubéole

Ce sont des vaccins vivants atténués.

Ils existent sous forme simple dans le Rouvax® pour la rougeole mais les plus communément employés sont les vaccins trivalents contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (M-M-R Vax Pro® et Priorix®).

3.7.4.1 Efficacité

L'efficacité vaccinale est de l'ordre de 95%. L'immunité acquise suite à la vaccination persiste de nombreuses années, même si les anticorps sériques ne sont plus présents (16).

3.7.4.2 Effets indésirables

Les effets indésirables consécutifs à ces vaccins sont rares et bénins mais multiples, dans le cas du Priorix® et M-M-R Vax Pro® du fait de l'association de 3 valences (16,46).

La valence rougeoleuse peut être responsable :

- De fièvre, parfois associée à une éruption cutanée, chez environ 5 à 10 % des sujets vaccinés, du 5 au 12^{ème} jour suivant l'injection. Elle peut, exceptionnellement, se compliquer en convulsions hyperthermiques. Ces effets indésirables sont heureusement moins fréquents lors de la 2^{nde} dose de vaccin.
- De « rougeole à minima » parfois sans catarrhe ni érythème mais quelquefois accompagnée de thrombopénie transitoire (rare) dans le mois suivant l'immunisation (1 cas pour 50 000 à 100 000 doses).
- D'encéphalite : exceptionnel (3,4 cas pour 10 millions de doses, soit nettement moins que celle signalée après une infection naturelle).

La valence rubéoleuse est bien tolérée chez l'enfant mais elle peut occasionner chez l'adulte :

- Des réactions mineures : fébricule, exanthème ou adénopathies à partir du 5^{ème} jour suivant l'injection.
- Des arthralgies aiguës, d'une durée d'environ 5 jours, survenant entre 1 et 3 semaines après la vaccination (chez environ 20 % des vaccinés).

Suite à l'association de ces deux valences, des cas de purpura thrombopénique ont été signalés.

Enfin, la valence antiourlienne peut causer :

- Un érythème ou un nodule au point d'injection (9% des cas) ;
- Une fièvre modérée (3,6%) ;
- Une parotidite unilatérale indolore et fugace (1%) ;
- Des réactions allergiques dues à la présence de néomycine ou de protéine d'œufs (exceptionnelles)

3.7.4.3 *Contre-indications et précautions d'emploi*

Les vaccins combinés rougeole-oreillons-rubéole et le vaccin monovalent contre la rubéole présentent les contre-indications suivantes, liées à leur caractère vivant et à leur mode de production :

- Allergie connue à la néomycine ou à tout constituant du vaccin (protéines d'œuf...);
- Déficits immunitaires congénitaux ou acquis touchant l'immunité cellulaire, en particulier le sida.

L'utilisation du vaccin Priorix® est déconseillée pendant la grossesse. M-M-R Vax Pro® ne doit pas être administré aux femmes enceintes et toute grossesse doit être évitée dans les trois mois suivant la vaccination.

Une éventuelle injection de gammaglobulines ne doit pas être réalisée dans les 6 semaines précédant la vaccination ou dans les 2 semaines suivant celle-ci car elle empêcherait toute séroconversion.

Des précautions doivent également être prises si un test tuberculinique doit être fait. Il est en effet préférable de l'effectuer avant ou en même temps que la vaccination (simple ou combinée), car, s'il est effectué après, le vaccin vivant contre la rougeole pourrait entraîner des résultats faussement négatifs du fait de la présence d'anticorps dirigés contre la rougeole acquis de façon passive.

Enfin, dans le cas particulier d'enfants nés d'une mère infectée par le VIH, il est important de savoir que le passage des anticorps VIH maternels de type IgG à travers le placenta rend ininterprétable la sérologie de l'enfant jusqu'à 9-10 mois environ. Il est donc nécessaire d'attendre la séronégativité de l'enfant avant de pouvoir affirmer qu'il n'est pas infecté. Dans ce cas-là, le calendrier vaccinal peut être appliqué normalement. Dans le cas contraire, il est conseillé de prendre l'avis d'une équipe pédiatrique spécialisée avant de débiter toute vaccination (16,46).

4. Les freins à la vaccination

Depuis toujours, une minorité de personnes opposées à la vaccination sème le doute auprès de la population. Tous les pays, toutes les sociétés et toutes les cultures ont déjà connus des mouvements anti-vaccination mais leur impact est amplifié aujourd’hui du fait de l’usage des médias sociaux et d’Internet.

Leur raisonnement, identique quelle que soit la société, repose, selon Balinska, sur 3 types d’arguments (3) :

- « Il est important que la décision de vaccination découle d'un choix individuel » ;
- « L'industrie et les autorités ne recommandent la vaccination qu'à des fins économiques »;
- « La vaccination serait nuisible pour la santé et n'aurait qu'un rôle négligeable dans le contrôle et l'élimination des épidémies »

ARGUMENTS	ALLEGATIONS
VACCINER =VIOLATION DES DROITS DE L'INDIVIDU	<ul style="list-style-type: none"> • Questionner le bien-fondé de la vaccination, c'est être responsable • Les parents sont responsables, les autorités sanitaires sont irresponsables • On a le droit de choisir en connaissance de cause
VACCINER =LE FRUIT D'UN COMLOT	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins, scientifiques et autorités sanitaires ont été « achetés » par l'industrie • Il existe des lots de vaccins qu'on sait être plus dangereux que d'autres • Les réactions indésirables dues aux vaccins sont sciemment sous-rapportées
VACCINER =INEFFICACE, VOIRE DANGEREUX	<ul style="list-style-type: none"> • Vacciner ne protège pas contre la maladie • Les vaccins sont toxiques • Les vaccins sont pathogènes • Les vaccins érodent le système immunitaire • Les vaccins combinés sont plus dangereux que les vaccins à antigène simple • Les maladies infectieuses sont naturelles, donc bonnes; les vaccins sont artificiels, donc mauvais
VACCINER =INUTILE	<ul style="list-style-type: none"> • Les maladies infectieuses ont baissé en prévalence pour des raisons autres que l'introduction de la vaccination • Les vaccins protègent contre des maladies bénignes de l'enfance • Une vie naturelle et une bonne hygiène protègent des maladies infectieuses

Tableau VI : Principaux arguments anti-vaccinaux (©Balinska, 2007)

4.1 L'opposition à la vaccination

Selon Balinska, l'opposition vaccination peut avoir plusieurs origines.

Parfois, il s'agit de craintes vis-à-vis des effets indésirables. Les critiques varient alors en fonction des pays. Ainsi, si dans les pays industrialisés, on leur reproche d'induire des effets indésirables d'ordre neurologique et immunitaire, dans les pays en voie développement on les accuse d'induire la stérilité, voire de contaminer avec le VIH. Dans la plupart des cas, les accusations concernent des pathologies graves, dont l'incidence augmente et dont l'on sait peu de choses.

D'autres fois, il s'agit de parents qui « estiment que leur enfant a des besoins avant tout de soins individuels, alors que justement la vaccination est une démarche collective par excellence. Cette attitude négative peut être renforcée par un accès insuffisant à l'information sur la vaccination et un manque de confiance dans les instances gouvernementales ».

Enfin, certains justifient leur opposition vaccinale par le fait qu'il existerait des méthodes alternatives pour se protéger des maladies comme, par exemple, les traitements homéopathiques.

4.2 La perception du grand public

Certains facteurs sont corrélés à plus fort risque d'opposition vaccinale. Il s'agit :

- Du sexe féminin ;
- D'un niveau étude inférieur au baccalauréat ;
- D'un âge supérieur à 50 ans ;
- D'habiter dans les régions du sud-ouest et de la Méditerranée.

Cette dernière caractéristique semble liée au fait que l'homéopathie, considérée par certains comme une alternative à la vaccination, serait plus pratiquée dans les régions du sud de la France que dans le nord.

Enfin, la perception de la vaccination varie également en fonction des maladies et de l'intérêt de la vaccination pour chaque population cible. Ainsi, par exemple, les parents d'enfant de moins de 18 sont plus convaincus par l'innocuité du ROR et du vaccin contre l'hépatite B que les plus âgés. Ces derniers seront, au contraire, plus favorables à la vaccination antigrippale.

4.3 La perception des médecins

Le Baromètre des médecins révèle certaines caractéristiques liées à une attitude favorable à la vaccination. Il s'agit :

- D'exercer dans le nord de la France ;
- De ne pas avoir de mode d'exercice particulier (principalement l'homéopathie) ;
- De travailler en secteur I ;
- D'être médecin référent ;
- D'avoir un nombre d'actes journaliers supérieur à 20 ;
- De travailler en cabinet de groupe ;
- De faire partie d'un réseau ;
- D'être spécialisé dans la pédiatrie ;
- D'être un homme ;
- D'avoir plus 40 ans.

Seconde partie : Mise en place d'**une campagne de** sensibilisation à la vaccination au Centre Hospitalier InterCommunal de Castres-Mazamet et au Centre Hospitalier de Revel

1. L'action de sensibilisation à la vaccination au Centre Hospitalier InterCommunal Castres-Mazamet et au Centre Hospitalier de Revel

1.1 Le centre hospitalier intercommunal de Castres-Mazamet et le centre hospitalier de Revel

1.1.1 Description des établissements

Le centre hospitalier intercommunal Castres- Mazamet (CHIC Castres-Mazamet), dans le Tarn, est composé de 10 établissements:

- L'Hôpital du Pays d'Autan - Court Séjour (Médecine - Chirurgie - Obstétrique)
- L'Hôpital des Monges - Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R) et de Long Séjour
- La Villégiale Saint-Jacques - Résidence de retraite avec soins courants ou de cure médicale
- L'Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I)
- Le Dispensaire des Lices
- Le Centre de Planification et d'Education Familiale (C.P.E.F) des Lices
- L'Hôpital Général de Mazamet - S.S.R et Unité Cognitivo-Comportementale (U.C.C)
- La Résidence du Midi - Résidence de retraite avec soins courants ou de cure médicale
- L'Unité de Soins de Longue Durée (U.S.L.D)
- La Blanchisserie

Les Patients	
HOSPITALISATIONS	
✓ Nombre de Séjours / Séances (RSS)	26 187
✓ Nombre de Journées PMSI	98 812
ACCOUCHEMENTS ET NAISSANCES	
✓ Nombre Total d'Accouchements	1 353
✓ Nombre Total de Naissances	1 382
PASSAGES AUX URGENCES	
✓ Nombre de Passages	39 783
CONSULTATIONS	
✓ Nombre de Passages de Consultants Externes	159 858

Les Lits et Places	
HOSPITALISATION COMPLETE M.C.O. (Médecine-Chirurgie-Obstétrique)	
✓ Nombre de Lits	354
HOSPITALISATION INCOMPLETE	
✓ Nombre de Places	10

Figure 9 : Nombres de lits disponibles et de patients accueillis en 2014 au CHIC Castres-Mazamet (© CHIC Castres-Mazamet, 2014)

Le centre hospitalier de Revel, en Haute-Garonne, offre une capacité totale de 256 lits et places répartis en plusieurs sites :

- Le bâtiment Hôpital - Court séjour, Soins de Suite et de Réadaptation et soins de longue durée ;
- La Résidence de l'Etoile - Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Le bâtiment Jean-Joseph Roquefort - Unité d'hébergement renforcée, résidence de retraite et service de soins infirmiers à domicile.

Depuis 2012, ces deux centres hospitaliers ont une direction commune.

L'essentiel de la campagne de sensibilisation à la vaccination présentée ci-dessous a été effectuée auprès du personnel de l'Hôpital du Pays d'Autan (CHIC Castres-Mazamet) et de l'Hôpital de Revel (CH Revel) soit 2015 personnes.

1.1.2 Particularités de ces établissements

1.1.2.1 *La commission médicale d'établissement et le comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail*

Deux instances ont été particulièrement importantes au cours de ce projet puisqu'elles ont validé les diverses actions réalisées en amont :

- La Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHIC Castres-Mazamet qui « contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » (48) ;
- Le Comité d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT) du CHIC Castres-Mazamet qui « a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement » et de « veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières » (48).

1.1.2.2 *La revue interne « **L'Union** »*

L'Union est la revue interne, trimestrielle, du CHIC Castres-Mazamet. Elle est envoyée personnellement à chaque membre de l'établissement, jointe au dernier bulletin de salaire. Il n'existe aucun équivalent au sein du CH Revel.

1.1.2.3 Commande des vaccins antigrippaux pour le personnel

Chaque année, en juin, une note de service émanant de la pharmacie de l'établissement invite tout membre du personnel désireux de se procurer gratuitement un vaccin antigrippal pour la saison suivante à s'inscrire sur une liste. Cette dernière est ensuite restituée à la pharmacie par l'intermédiaire des cadres de chaque service qui se charge de les commander. Ils seront ensuite distribués l'automne suivant à ceux qui en ont fait la demande.

1.2 **Justification de l'action de sensibilisation à la** vaccination au centre hospitalier intercommunal Castres – Mazamet et au centre hospitalier de Revel

D'après le Baromètre santé de l'Inpes de 2014, 80% des 18-75 ans seraient favorables à la vaccination alors qu'ils n'étaient que 61% en 2010. Un constat similaire est fait pour les médecins et le personnel soignant même si, depuis l'épidémie de grippe A (H1N1) en 2009, les réticences de la population semble gagner les professionnels de santé (49,50).

Les rares études réalisées auprès des soignants pour mesurer leur couverture vaccinale ont révélé une couverture insuffisante pour les vaccins recommandés (36,50–53). Ceci pose problème pour différentes raisons :

- En cas de maladie transmissible, le risque de contagion est particulièrement élevé chez les personnels de santé. Comme le mentionne l'étude Vaxisoins, « ce risque est d'autant plus important que le personnel des hôpitaux est constitué en partie par une population jeune et/ou mobile et pas toujours facile à prendre en charge » (34).
- Les maladies à couverture vaccinale recommandée sont responsables, chaque année, de nombreuses complications et décès (34).
- Même s'il n'en a pas conscience, le personnel de santé sert d'exemple pour la population générale. Cette dernière attache « beaucoup d'importance à l'avis de son médecin pour prendre la décision de se faire vacciner. C'est pourquoi, au-delà de la couverture vaccinale et des attitudes de la population, il est essentiel de prendre en compte l'opinion et les pratiques des médecins pour mieux comprendre les freins à la vaccination et adapter les stratégies de communication autour de la vaccination, voire les stratégies de vaccination elles-mêmes » (49).

Afin de lutter contre les maladies nosocomiales, de protéger patients et soignants et de valoriser l'image de la vaccination auprès du grand public, une campagne de sensibilisation à la vaccination, s'inscrivant dans le cadre du *Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017*, a été lancée au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel.

1.3 Les **auteurs de l'action de sensibilisation**

En décembre 2013, un comité de pilotage (Copil) multidisciplinaire est créé en vue de mener une action de sensibilisation à la vaccination au CHIC Castres-Mazamet et au CH Revel. Au fur et à mesure de l'avancement du projet, le groupe de travail s'est agrandi jusqu'à compter une quinzaine de membres.

Pierre Pinzelli, Directeur du CHIC Castres Mazamet et du CH Revel
Marie Claude Bonnaure, Directrice adjointe du CHIC Castres-Mazamet
Christine Mialhe, Directrice adjointe des soins du CHIC Castres-Mazamet
Isabelle Martin, Directrice adjointe du CHIC Castres-Mazamet
Amélia Bonato, Directrice des soins, coordinatrice générale CHIC Castres Mazamet
Marion Rieussec, DRH au CHIC Castres-Mazamet
Max Maurette, Médecin au dispensaire de Castres
Jean-Luc Régis, Médecin au dispensaire de Castres
Patricia Bedrune, Infirmière au dispensaire Castres
Jacques Maurand, Médecin du travail au CHIC Castres-Mazamet
Jocelyne Bonfils, infirmière sauveteur et secouriste du travail au CHIC Castres-Mazamet
Bernard Champanet, Pharmacien et président URPS pharmaciens Midi Pyrénées
Blanche Gonzalez, Pharmacien Castres et membre URPS pharmaciens Midi Pyrénées
Véronique Ladieu, Responsable Régionale Partenariats Institutionnels GSK
Francis Nock, L'Atelier de l'Evaluation en Prévention et Promotion de la Santé
Angeline Issanchou, étudiante en Pharmacie

Figure 10 : Membres du Comité de pilotage

L'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées (ARS-MP), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Tarn (CPAM 81) et l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des médecins ont été invitées à nous rejoindre. Bien que soutenant l'initiative, elles n'ont pas participé à cette campagne.

Ne disposant pas de financement propre, le CHIC Castres-Mazamet et le CH Revel ne pouvant apporter leur contribution, cette action de sensibilisation a été financée par GlaxoSmithKline (GSK) grâce aux partenariats institutionnels.

Afin d'analyser les données issues de questionnaires que nous avons fait remplir par le personnel, nous avons fait appel à L'Atelier de l'Evaluation en Prévention et Promotion de la Santé (LAEPPS). Ce dernier est une société coopérative, spécialiste dans la réalisation d'évaluations d'actions, de programmes de prévention et de promotion de la santé. Il a été chargé d'analyser les questionnaires et de nous fournir un compte rendu.

1.4 Chronologie de l'action de sensibilisation à la vaccination

Un tableau, présente en Annexe B, permet de visualiser la chronologie de l'action de sensibilisation à la vaccination menée entre le dernier trimestre de l'année 2013 et le second trimestre de l'année 2016 au CHIC Castres-Mazamet et au CH Revel.

1.4.1 Mise en place de l'action de sensibilisation et diffusion du questionnaire 2014 (Décembre 2013 – Avril 2014)

Fin 2013, le Copil décide d'organiser une action de sensibilisation à la vaccination au CHIC Castres-Mazamet et au CH Revel. Le public ciblé comporte l'ensemble du personnel, qu'il soit soignant, administratif ou technique soit 2015 personnes. Une stratégie de communication est alors choisie en accord avec le CHIC Castres-Mazamet et le CH Revel.

Un premier questionnaire, destiné à connaître les perceptions du personnel hospitalier vis-à-vis de la vaccination, est rédigé. Il est ensuite transmis à LAEPPS pour validation.

Lors du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de mars 2014, une présentation complète du projet est réalisée. Le questionnaire y est, une nouvelle fois, validé.

Il sera ensuite testé sur une vingtaine de personnes puis diffusé à l'ensemble du personnel en avril 2014, accompagné, pour le personnel du CHIC Castres-Mazamet, de la revue interne « L'Union » dans lequel figure un article expliquant notre démarche (Annexes C et D).

En parallèle, les cadres de chaque service sont sensibilisés à l'importance de cette enquête. Des questionnaires vierges leur sont remis. Il leur est demandé de les proposer aux membres de leur équipe si ceux-ci ne l'ont pas déjà remplis.

En avril, lors de la semaine de vaccination (22 au 26 avril 2014), soit une semaine avant la diffusion du questionnaire, le dispensaire de Castres accueille sur son stand, établi dans un lieu de grand passage du CHIC Castres-Mazamet, quiconque désirerait des informations sur la vaccination. Des affiches en lien avec la vaccination, issues notamment de l'Institut National de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), sont exposées.

Une conférence portant sur les intérêts et les questionnements en lien avec la vaccination est également organisée pour tous les professionnels de santé, hospitaliers et libéraux. Elle a pour but d'inciter à la vaccination en rationalisant les craintes liées à celle-ci. Afin de réunir le plus grand nombre de personnes, une date et un horaire susceptibles de convenir au plus grand nombre ont été choisis : le 22 avril, en début de soirée.

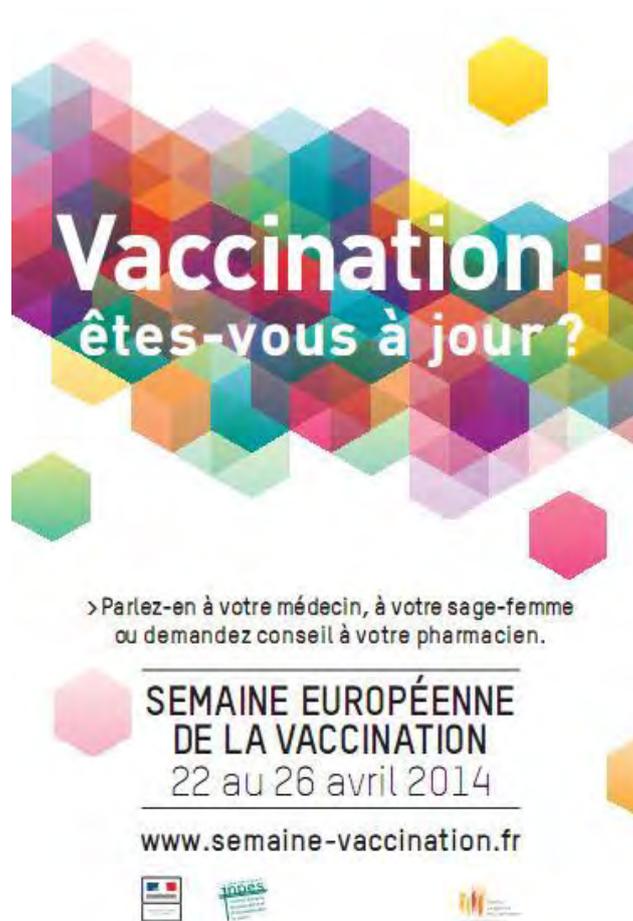


Figure 11 : Affiche diffusée lors de la semaine de la vaccination, en avril 2014 (©Inpes, 2014)

Des affiches, réalisées par l'Inpes, sur la semaine de la vaccination ont été exposées dans l'hôpital. Un bandeau y a été accolé afin d'inviter le personnel à cette conférence. Les médecins et infirmiers libéraux ainsi que les pharmaciens du sud du Tarn y ont été conviés par courrier par l'intermédiaire d'une liste de diffusion fournie par les URPS. Un communiqué de presse est également publié et le programme de cette conférence diffusé sur le site de l'ARS Midi-Pyrénées.

Lors de cette conférence-débat réunissant une cinquantaine de personnes, le Professeur Massip, médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales a effectué une présentation intitulée « Polémiques - Risques - Désinformation » dont les principaux thèmes abordés sont résumés dans l'annexe E. Cette conférence fut appréciée par tous pour sa clarté et sa pédagogie.

La majorité du public était composé de médecins généralistes. Pour la plupart convaincus par la vaccination, ils nous ont confié avoir tout de même besoin d'être rassurés. Des pharmaciens, infirmiers libéraux et des membres du personnel du CHIC avaient également fait le déplacement.

Une conférence similaire a ensuite été réalisée au CH de Revel par le médecin du dispensaire, le Dr Maurette, deux jours plus tard.

1.4.2 « Resensibilisation, à chacun son action » (Mai 2014)

Une dizaine de jours après la diffusion du questionnaire, le taux de participation avoisinait les 10%. Afin d'inciter ceux qui ne l'avaient pas encore rempli, une campagne de rappel nommée « Resensibilisation, à chacun son action » a été menée. Son but : sensibiliser à l'importance de cette enquête en insistant sur le fait que « chaque réponse est importante ». Plusieurs actions concomitantes ont alors été menées :

- Un message électronique a été envoyé à tous les cadres. Leur collaboration a été sollicitée afin de motiver leur équipe au remplissage du questionnaire. Les délais de restitution de celui-ci leur ont été rappelés et de nouveaux questionnaires ont été mis à leur disposition.
- Le dispensaire a établi un stand devant l'entrée de la cafétéria du CHIC Castres-Mazamet pendant quelques jours avec pour objectif d'interpeler individuellement chaque personne.
- De courtes réunions sur la vaccination, adaptées aux horaires du personnel, ont été organisées dans les différents services du CH Revel et du CHIC Castres-Mazamet. Réalisées en petit groupe, elles ont permis d'échanger avec les agents hospitaliers sur leurs craintes vis-à-vis de la vaccination et de les rassurer.
- La médecine du travail a également participé à cette « resensibilisation » en évoquant le thème de la vaccination lors de chacune de ses visites. Un questionnaire a systématiquement été remis à tous ceux qui en faisaient la demande ou qui déclaraient l'avoir perdu.
- Enfin, l'enquête en cours a été évoquée lors de toutes les réunions internes jusqu'au recueil des derniers questionnaires, fin mai 2014.

1.4.3 **Résultats du questionnaire 2014 et choix d'une stratégie de communication** (Juillet - Septembre 2014)

Le compte-rendu du questionnaire 2014 fourni par LAEPPS fut remis au Copil durant l'été. Au vu des résultats, il fut décidé, dans un premier temps, de concentrer l'action de sensibilisation sur les personnes sceptiques et de tenter d'ouvrir la discussion avec celles-ci.

Les personnes étant généralement plus sensibles à un risque de perte qu'à un risque de gain, une stratégie de communication dite « à cadrage négatif » a été choisie pour plus d'efficacité (54).

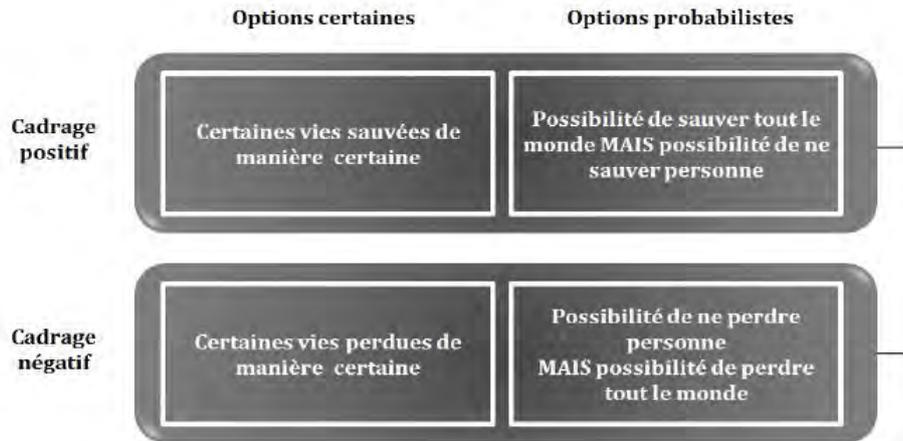


Figure 12 : Le cadrage positif versus le cadrage négatif (©Balbo, 2011)

Un compte-rendu complet de l'enquête fut remis à la rentrée au CHSCT, à la CME et publié sur l'intranet du CHIC, accompagné d'un diaporama plus didactique.

Les principaux résultats ont également été envoyés aux pharmaciens et médecins libéraux du Tarn par l'intermédiaire des URPS (Annexe F). A cette occasion, il leur a été demandé de collaborer à cette action de sensibilisation en incitant tous leurs patients à mettre à jour leurs vaccinations.

1.4.4 **Choix d'une cible prioritaire** : la vaccination antigrippale (Octobre –Décembre 2014)

Le Copil a ensuite pris la décision de concentrer son action sur la vaccination antigrippale pour plusieurs raisons :

- D'un point de vue calendaire, la période des vaccinations antigrippales approchait.
- D'après l'enquête 2014, la couverture vaccinale contre la grippe était jugée insatisfaisante au sein des établissements (bien que comparable à celles d'autres établissements en France).
- Le nombre de commandes de vaccins antigrippaux pour le personnel avait diminué entre 2013 et 2014 (respectivement 280 et 250 vaccins commandés par le personnel).

En premier lieu, un article dans le journal interne « L'union » a permis de relancer le débat de la vaccination antigrippale au sein de CHIC Castres-Mazamet. Il a également été l'occasion de communiquer les résultats de l'enquête 2014 en lien avec la grippe, de rappeler le rôle de la médecine du travail, du pharmacien d'officine, du médecin traitant et du dispensaire dans la vaccination (Annexe G).

L'analyse des questionnaires ayant permis de mettre en évidence certaines attentes de la part du personnel, de nouvelles « réunions vaccination » dans les services ont été organisées par le dispensaire dans le but de répondre celles-ci. Ces nouvelles réunions, réalisées en petit comité et de courtes durées (5 minutes maximum sauf en cas de demande), ont permis de rappeler le

calendrier vaccinal des professionnels de santé et autres personnels de l'hôpital et d'informer sur les effets indésirables des vaccins. Toujours réalisées durant des tranches horaires choisies par les membres du service, elles ont eu lieu de novembre 2014 à janvier 2015. Les services administratifs affichant dans le rapport un taux de couverture vaccinale plus élevé que la moyenne, la priorité fut donnée aux services de médecine et chirurgie.

Ses réunions furent l'occasion :

- De présenter les résultats complets de l'enquête à l'aide d'un support papier (poster A3 et flyer A4) (Annexe H).
Ce poster, résumant l'ensemble des résultats, fut ensuite affiché dans chaque salle de soins des établissements et fut donc visible par le personnel mais aussi par les patients.
- De répondre à d'éventuelles questions et d'échanger, en toute transparence sur le thème de la vaccination en délivrant des messages ciblés et adaptés à chaque groupe.
- De rappeler l'importance de la médecine du travail qui peut vacciner mais aussi répondre à toutes interrogations inhérentes à la vaccination.
- De sensibiliser, en particulier, à la vaccination contre la grippe. Il est alors rappelé au personnel que des vaccins antigrippaux seront disponibles à la pharmacie de leur établissement même s'ils ne se sont pas inscrits au préalable car, chaque année, la pharmacie commande plus de vaccins qu'il n'y a d'inscrit.

Une fiche d'évaluation, destinée à recueillir les commentaires et suggestions du personnel fut distribuée à chaque fin de réunions afin d'améliorer les futurs échanges.

Enfin, le forum social (manifestation réservée au personnel de l'hôpital) a également été l'occasion pour le dispensaire de communiquer sur les premiers résultats de l'enquête et de débattre sur l'intérêt de la vaccination notamment antigrippale.

1.4.5 **Réalisation d'une seconde enquête (Janvier 2015-Juin 2015)**

Après une année d'action de sensibilisation à la vaccination menée auprès du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel, une nouvelle enquête a été réalisée dans l'objectif de mesurer l'impact des missions effectuées, en particulier en matière de vaccination antigrippale (Annexe I).

Comme pour le premier questionnaire, celui-ci a été validé par le CHSCT et LAEPPS. Il a ensuite été envoyé avec le bulletin de salaire du mois de mars 2015, accompagné, pour le personnel du CHIC Castres-Mazamet, de la revue interne « L'Union » dans lequel figurait un article sur la vaccination, rédigé par le dispensaire.

Il a été demandé une nouvelle fois aux cadres de motiver leurs équipes afin d'obtenir le plus de réponses possibles.

De nombreuses relances ont été effectuées, notamment lors des « réunions vaccination » dans les services. Celles-ci avaient été stoppées durant les trois premiers mois de l'année en raison d'un manque de disponibilité (saison hivernale). Elles ont repris au mois d'avril à raison de 4

sessions par jour pendant 10 jours. Devant une demande grandissante de la part du personnel, la durée de ses sessions a été rallongée à une vingtaine de minutes en moyenne. Autrefois officieuses, ces « réunions vaccination » sont devenues officielles. Chaque participant devant, désormais, émarger à l'issue de celles-ci, nous savons qu'elles ont été suivies par 240 personnes et qu'elles ont permis le recueil de 236 questionnaires.

Le médecin et l'infirmière du dispensaire en charge de ces réunions sont ainsi devenus, en quelques mois, des référents de confiance en matière de vaccination au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel. Ils ont pu guider et délivrer des conseils personnalisés en matière de vaccination à tous ceux qui en faisaient la demande.

Toutefois, certaines personnes n'ont pas désiré participer à ces nouvelles réunions, craignant certaines redondances avec les précédentes.

La semaine de la vaccination au mois d'avril fut, comme chaque année, l'occasion pour le dispensaire de disposer d'un stand au sein du CHIC Castres-Mazamet. Il a ainsi pu répondre aux questions du personnel mais aussi des patients. Des sets de table représentant le calendrier vaccinal ont également été distribués dans la cafétéria du CHIC durant cette période.

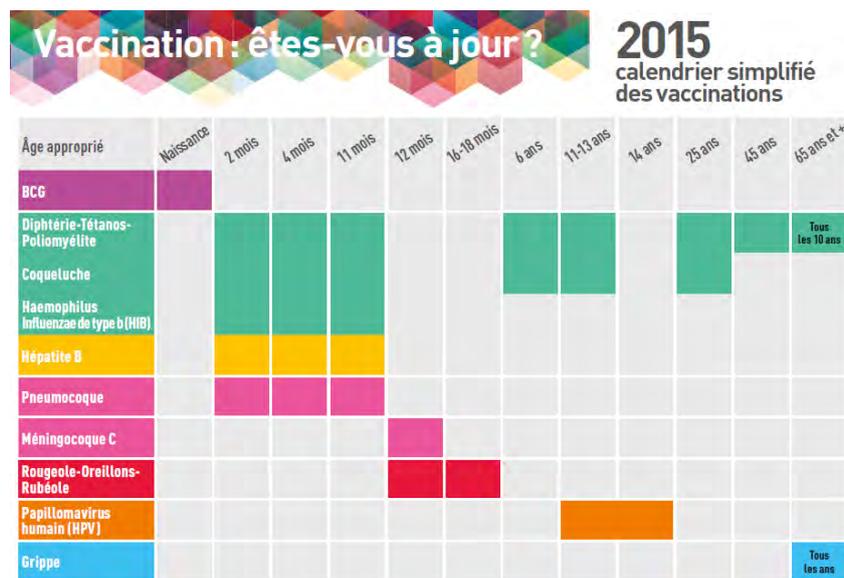


Figure 13 : Calendrier simplifié des vaccinations 2015

1.4.6 Résultats du questionnaire 2015 et choix d'une stratégie de communication (Juillet – Octobre 2015)

Les résultats de cette seconde enquête, communiqués au Copil durant l'été, ont par la suite été transmis au CHSCT, à la CME et publiés sur l'intranet du CHIC. Les pharmaciens et médecins libéraux du Tarn ont, une nouvelle fois, reçu un courrier les informant des résultats. Un communiqué de presse a également été diffusé.

Les membres du Copil, témoins du succès relatifs des « réunions vaccination » décidèrent de continuer celles-ci tout en variant leurs programmes afin d'apporter de la nouveauté. Le choix a été fait de favoriser la proximité et de considérer le personnel soignant non seulement dans son contexte professionnel mais aussi dans un contexte familial. Ces réunions furent donc l'occasion d'évoquer la protection et la vaccination des enfants et de l'entourage familial.

Désireux d'inscrire la vaccination comme un rendez-vous régulier avec le personnel du CHIC Castres-Mazamet, un nouvel article a été publié dans la revue interne « L'Union ».

1.4.7 Nouvelle sensibilisation à la vaccination antigrippale (Octobre- Décembre 2015)

A la demande de la référente Hygiène du CHIC Castres-Mazamet, une nouvelle campagne de sensibilisation à la vaccination antigrippale a eu lieu durant l'automne 2014.

A cette occasion, une affiche intitulée « Vaccination : Tous à jour » fut créée pour l'établissement et diffusée dans de nombreux lieux de passage (Annexe J).

De nouvelles « réunions vaccination » furent proposées dans les services mais elles eurent moins de succès que les précédentes. Seules les personnes n'ayant jamais assisté aux rendez-vous précédents s'y sont présentées.

Des réunions sur d'autres thèmes tels que la coqueluche ont été réalisées en pédiatrie et en maternité où les risques pour les nourrirons sont très importants.

Une lettre intitulée « Pourquoi vacciner les soignants contre la grippe ? » a été envoyée avec les bulletins de salaire du mois d'octobre. Ce courrier, mentionnant les dangers de la grippe pour le soignant, sa famille mais également ses patients, soulignait l'intérêt de la vaccination dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales. Cette lettre, rappelant également en toute transparence les effets indésirables de ces vaccins, se voulait être un vecteur de motivation en faveur de la vaccination antigrippale (Annexe K).

1.4.8 **Evaluation de la campagne de vaccination à l'aide d'une** troisième enquête (Décembre 2015 –Avril 2016)

Afin d'estimer l'impact de deux ans de campagne de sensibilisation à la vaccination, une dernière enquête a été transmise au personnel hospitalier selon les mêmes modalités que les précédentes (Annexe L).

2. Présentation des 3 enquêtes réalisées

2.1 Objectifs

2.1.1 Questionnaire 2014

Ce premier questionnaire, présenté en annexe C, a été élaboré dans le but d'établir un état des lieux de la vaccination au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel.

Ses objectifs sont :

- De mesurer la couverture vaccinale du personnel pour les vaccins recommandés ;
- D'apporter des connaissances sur les pratiques vaccinales des agents hospitaliers ;
- D'apporter des connaissances sur leur perception de la vaccination.

Les résultats de cette enquête devraient permettre de mettre en place des actions susceptibles d'accroître la couverture vaccinale du personnel du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel.

2.1.2 Questionnaire 2015

Il a été rédigé selon deux axes principaux : la vaccination antigrippale et la campagne de sensibilisation à la vaccination menée au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel.

Les objectifs de cette enquête (annexe I) en lien avec la vaccination antigrippale sont :

- De mesurer la couverture vaccinale antigrippale au sein des établissements et de suivre son évolution depuis 2014 ;
- D'évaluer les freins et les motivations liés à cette vaccination.

Les objectifs en lien avec la campagne de sensibilisation à la vaccination menée au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel sont :

- D'évaluer si le personnel a eu connaissance de la campagne de sensibilisation déjà réalisée ;
- De recueillir son opinion sur la campagne menée jusqu'alors ;
- De recueillir son opinion sur les futures actions à réaliser.

2.1.3 Questionnaire 2016

Ce dernier, présenté en annexe L, a pour but de mesurer l'efficacité de la campagne de sensibilisation à la vaccination menée depuis deux ans au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel. Ceci va être réalisé en questionnant le personnel sur les vaccinations recommandées et sur son ressenti concernant la campagne déjà effectuée. Les résultats vont être comparés à ceux obtenus lors des enquêtes précédentes.

Pour les vaccinations recommandées, il a été décidé :

- De mesurer la couverture pour la grippe, la rougeole, la rubéole, les oreillons et la coqueluche au sein des établissements ;
- D'évaluer les freins et les motivations liés à ces vaccinations.

Concernant la campagne de sensibilisation à la vaccination menée au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel, l'enquête doit permettre :

- D'évaluer si le personnel a eu connaissance de la campagne déjà réalisée ;
- De recueillir son opinion sur la campagne menée jusqu'à présent.

2.2 Matériels et méthodes

2.2.1 **Type d'études**

Trois enquêtes descriptives transversales ont été réalisées.

2.2.2 **Population étudiée et taille de l'échantillon**

La population étudiée est représentée par la totalité du personnel hospitalier salarié de l'Hôpital du Pays d'Autan (CHIC Castres-Mazamet) et du Centre Hospitalier de Revel soit 2105 personnes.

Les personnes exclues des enquêtes sont celles ne recevant pas de bulletin de salaire émis par ces établissements. Il s'agit donc des étudiants présents ou non en continu dans ces hôpitaux (élèves infirmiers, élèves aides-soignants, élèves kinésithérapeutes...) et des prestataires de service, notamment ceux de la société Elior, chargés du ménage au sein des deux établissements.

2.2.3 Période des études

2.2.3.1 *Questionnaire 2014*

L'enquête 2014 s'est déroulée du 30 avril au 17 juin 2014.

2.2.3.2 *Questionnaire 2015*

L'enquête 2015 s'est déroulée du 31 mars au 29 avril 2015.

2.2.3.3 Questionnaire 2016

L'enquête 2016 s'est déroulée du 31 décembre 2015 au 17 janvier 2016.

2.2.4 Les questionnaires

2.2.4.1 **Méthode d'élaboration des questions**

Les questionnaires ont, dans un premier temps, été élaborés en collaboration avec les différents membres du Copil. Ils ont ensuite été corrigés et validés par LAEPPS.

Afin de pouvoir comparer les résultats des enquêtes à d'autres travaux déjà effectués, les questionnaires ont été établis à partir de phrases types, les réponses devant pouvoir être standardisées.

Pour faciliter leur analyse, la majorité des items sont des questions à choix multiples, fermées. Les questions et les réponses proposées ont été formulées dans un souci d'objectivité et d'exhaustivité, le but étant d'imaginer et de proposer toutes les réponses possibles. Seules quelques questions sont ouvertes.

En vue d'obtenir le meilleur taux de réponse possible, chaque questionnaire se devait d'être le plus concis mais aussi le plus précis et le plus clair possible. En effet, le personnel du CHIC Castres-Mazamet et du CH-Revel étant régulièrement sollicité pour diverses actions, nous ne voulions pas les décourager avec des questionnaires trop longs ou trop compliqués à comprendre. De plus, ils devaient pouvoir être compris par tous, quelle que soit la catégorie socio-professionnelle. Les termes médicaux ont donc été bannis ou expliqués.

De même, les biais devaient être réduits au minimum et chacun devait se sentir libre de répondre spontanément. Les questionnaires furent donc anonymes et leur première partie, destinée à mieux connaître la situation personnelle de chaque répondant, a été validée par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Les questions trop intrusives ou permettant d'identifier le répondant ont été supprimées.

Afin de pouvoir comparer les résultats des trois enquêtes, les questionnaires 2015 et 2016 ont été conçus sous le même format que le premier même si nous avons remarqué que celui-ci comportait quelques défauts. Ainsi, par exemple, la question concernant les catégories professionnelles a été conservée bien que nous nous soyons rendu compte, dès la 1^{ère} enquête, que cette question avait été mal comprise.

2.2.4.2 Séquençage des questionnaires

Les trois questionnaires débutent par une brève introduction qui permet de replacer chaque enquête dans son contexte. Elle est l'occasion d'aborder le thème de la vaccination et d'en rappeler les principaux objectifs pour le personnel hospitalier : protéger les autres et se protéger. Tout l'enjeu est d'établir un état des lieux global sur la perception de la vaccination et sur la couverture vaccinale de l'ensemble du personnel du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel. C'est grâce à celui-ci qu'une campagne de promotion à la vaccination pourra être élaborée. Il est rappelé que ces questionnaires sont anonymes. Les dates et modalités de recueil sont également précisées. Enfin, nous informons le répondant que la synthèse des réponses leur sera communiquée quelques mois plus tard.

2.2.4.2.1 Questionnaire 2014

Une première série de questions permet de connaître la situation du répondant : sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, ancienneté et éventuel contact avec les personnes hospitalisées.

La deuxième partie du questionnaire concerne les vaccins obligatoires pour le personnel hospitalier. Il s'agit de vaccins contre la tuberculose, les diphtérie-tétanos-poliomyélite et l'hépatite B. Nous souhaitons savoir s'il juge ces vaccinations justifiées. Pour ne pas embarrasser ou mettre en porte-à-faux les personnes non vaccinées, nous avons choisi de ne pas mesurer les couvertures vaccinales liées à ces pathologies.

La troisième partie s'intéresse aux vaccinations recommandées pour le personnel hospitalier. Ce sont celles contre la grippe, la coqueluche, les rougeole-oreillon-rubéole et la varicelle. Nous souhaitons connaître la proportion de répondants ayant déjà contracté la maladie ou s'étant fait vacciner. En cas de non vaccination pour une pathologie, il était important de savoir si la personne consentirait, dans le futur, à se faire vacciner.

Dans la quatrième partie du questionnaire, nous cherchons à connaître la perception du personnel sur la notion de vaccination en général. Pour cela, nous avons évoqué ses principaux freins. Les vaccins sont-ils jugés efficaces? Les méthodes naturelles peuvent-elles se substituer à la vaccination? Chacun est-il vraiment libre de disposer de son corps et de sa santé comme il l'entend? La composition et les conditions de fabrication des vaccins sont-elles optimales? Qu'en est-il de la balance bénéfiques (protection) / risques (effets indésirables)? Enfin, quel est l'objectif principal de la vaccination : économique ou sanitaire?

Les cinquième et sixième parties interrogent le lecteur sur ses motivations liées aux vaccinations recommandées et sur la notion d'exemplarité.

Dans la septième partie, nous cherchons à connaître les leviers permettant d'augmenter le taux vaccinal (conseil d'un professionnel de santé, carnet de santé spécifique, campagnes nationales d'information, vaccination sur le lieu de travail).

Enfin, dans la dernière partie, nous les interrogeons sur leur désir de s'impliquer dans la campagne d'information à la vaccination au sein du CHIC Castres-Mazamet et CH Revel.

La dernière question – seule question ouverte – leur permet de s’exprimer sur les actions qu’ils aimeraient voir mises en œuvre.

2.2.4.2.2 Questionnaire 2015

Comme pour le questionnaire 2014, les premières questions ont pour but de connaître la situation du répondant (lieu de travail, sexe, âge, ancienneté dans l’établissement, catégorie professionnelle, contact avec les personnes hospitalisées). Une question permet également de savoir si la personne a déjà participé à notre enquête l’année passée.

La deuxième série de questions concerne la grippe saisonnière.

Nous souhaitons savoir si la campagne de sensibilisation à la vaccination a eu un impact sur les vaccinations antigrippales. Pour cela, nous leur demandons s’ils se font faire vacciner lors des campagnes 2013-2014, lorsque nous débutons notre action de sensibilisation et en 2014-2015, après plusieurs mois d’action.

Nous souhaitons connaître les raisons de leur choix ainsi que, le cas échéant, le lieu de cette vaccination.

Enfin, nous évoquons les notions d’exemplarité personnelle et collective

La troisième partie de cette enquête permet d’évoquer la campagne de sensibilisation à la vaccination dans sa globalité.

Tout d’abord, ont-ils eu connaissance de cette campagne ? Si oui, y ont-ils participé (conférences, échanges sur ce thème) et, pour ceux travaillant au CHIC Castres-Mazamet, ont-ils lu l’article publié dans L’Union ? Qu’en ont-ils pensé ?

Ensuite, quels sont, selon eux, parmi quatre mesures réalisables dans le futur, celles qui permettraient de mieux protéger le patient ?

Enfin, une dernière question, ouverte, leur permet de s’exprimer et de partager leurs idées pour favoriser la vaccination au sein des établissements de santé.

2.2.4.2.3 Questionnaire 2016

Afin de mesurer l’impact de deux ans de campagne de sensibilisation à la vaccination, des questions posées dans les deux précédentes enquêtes ont été reprises.

La première série de questions permet de connaître la situation des répondants et de savoir s’ils ont déjà participé aux précédentes enquêtes.

La seconde partie du questionnaire s'intéresse à la vaccination contre la grippe saisonnière. Le personnel s'est-il fait vacciner contre cette maladie et pour quelles raisons ?

La troisième partie est l'occasion de faire le point sur les autres vaccinations recommandées. Le personnel est-il protégé contre ces pathologies ? Que pense-t-il de ces vaccins ?

La quatrième partie de l'enquête permet d'évaluer la campagne de sensibilisation à la vaccination. A-t'elle touché beaucoup de personnes ? Comment est-elle perçue par le personnel ?

Enfin, une dernière question ouverte permet de recueillir les commentaires de ceux qui le souhaiteraient.

2.2.5 Modalités de diffusion du questionnaire et recueil des données

2.2.5.1 Questionnaire 2014

Avant la diffusion massive du questionnaire 2014, nous avons choisi de le tester sur un petit groupe de personnes travaillant au CHIC Castres- Mazamet.

A partir du mois de mars 2014, le personnel a été informé de notre action de sensibilisation à la vaccination et de la préparation d'un questionnaire destiné à recueillir leur ressenti vis-à-vis de la vaccination. Notre travail a ainsi été abordé lors de plusieurs réunions internes (réunion des cadres, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail). Un article a également été rédigé dans le N°172 de L'Union, la revue trimestrielle interne destinée au personnel du CHIC Castres-Mazamet et paru fin mars.

Pour être sûr de toucher l'ensemble du personnel du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel, le questionnaire a été joint au bulletin de salaire du mois d'avril 2014. 2015 personnes l'ont donc reçu nominativement à la même période, au début du mois de mai 2014. Il leur a été demandé de le remplir et de le déposer avant le 31 mai 2014, dans une des urnes réservées à cet effet et présentes dans chaque service.

Le 12 mai 2014, 222 questionnaires remplis avaient été recueillis au CHIC Castres-Mazamet et 31 au CH Revel. Le taux de réponse avoisinant 12,50%, il a été décidé de prolonger le recueil des questionnaires jusqu'au 17 juin 2014.

En parallèle, pour augmenter le taux de réponse, plusieurs actions ont été entreprises.

Tout d'abord, un courrier électronique a été envoyé à chaque cadre, qu'il soit soignant, administratif ou technique, afin de rappeler notre démarche et l'importance de chaque réponse. La date de recueil des questionnaires leur a été à nouveau communiquée et le questionnaire, imprimable, a été joint à chaque message. Il leur a également été proposé d'évoquer ce questionnaire en début de chaque réunion de travail s'ils le jugeaient nécessaire.

Ensuite, après un passage au service des Urgences du CHIC Castres-Mazamet, nous nous sommes rendu compte de l'importance de la proximité pour mobiliser les professionnels. Nous

avons donc décidé de placer un stand devant la sortie de la cafétéria du CHIC Castres-Mazamet pendant quelques jours afin d'interpeler le personnel de l'hôpital. Ce fut l'occasion pour le Docteur Maurette, médecin responsable du Dispensaire de Castres et pour Mme Bedrune, infirmière au dispensaire, de leur expliquer notre projet et de les inciter à remplir le questionnaire.

Enfin, le questionnaire a été proposé à chaque personne se rendant à la médecine du travail.

L'ensemble des questionnaires recueillis a ensuite été envoyé à LAEPPS.

2.2.5.2 Questionnaire 2015

Fin février 2015, lors d'une réunion, les cadres ont été informés de la diffusion prochaine d'un second questionnaire. Les objectifs de celui-ci ainsi que sa place dans le cadre de la campagne de sensibilisation à la vaccination leur ont été expliqués. Il leur a été demandé de motiver leurs équipes à répondre aux questionnaires et de récolter ceux-ci une fois remplis. Une urne, destinée à recueillir les questionnaires complétés, a été déposée dans chaque service pour plus d'anonymat. Le dispensaire s'est ensuite chargé de collecter et d'envoyer les réponses à LAEPPS. La date limite de recueil fut fixée au 17 avril 2015 puis prolongée jusqu'au 29 avril 2015.

Le questionnaire a été joint nominativement au bulletin de salaire du mois de mars 2015, accompagné de la revue trimestrielle L'Union dans lequel figurait un article sur la vaccination. L'ensemble du personnel a reçu ce courrier au début du mois d'avril 2015. Le questionnaire a également été mis en ligne sur le site intranet de l'établissement.

Lors du premier questionnaire, nous nous étions rendu compte qu'un contact direct avec le personnel permettait d'obtenir un plus grand nombre de réponses. C'est pour cette raison qu'il a été décidé de visiter tous les services du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel à partir de mi-mars afin de proposer des « réunions vaccination ». Ces séances furent brèves et leurs horaires furent choisis par les cadres de chaque service comme étant des horaires où le personnel est le plus facilement disponible.

2.2.5.3 Questionnaire 2016

Un protocole similaire à celui des précédentes enquêtes a été mis en œuvre. Le questionnaire a été envoyé au personnel, accompagné de leur bulletin de salaire du mois de décembre 2015.

2.2.6 Analyse des données

Le statisticien de LAEPPS a procédé à la saisie des questionnaires et à leur analyse. Cette dernière a été réalisée à l'aide des logiciels Excel® et Modalisa version 7 en s'appuyant sur le test du χ^2 de Pearson avec un seuil de significativité strictement inférieur à 0,05 ($p < 0,05$). Les intervalles de confiance des pourcentages ont été calculés au risque de 5% et la mesure de la force de l'association a été établie par le V de Cramer.

Les résultats des enquêtes présentés ci-après ont été extraits de leurs rapports d'analyse « Etude vaccination, CHIC de Castres-Mazamet et CH de Revel – Rapport d'analyse » 2014, 2015 et 2016.

Lors de l'enquête 2014, après analyse de la question concernant les catégories socio-professionnelles, il apparaît que les professions médicales ont été surreprésentées dans l'étude, au détriment des professions paramédicales.

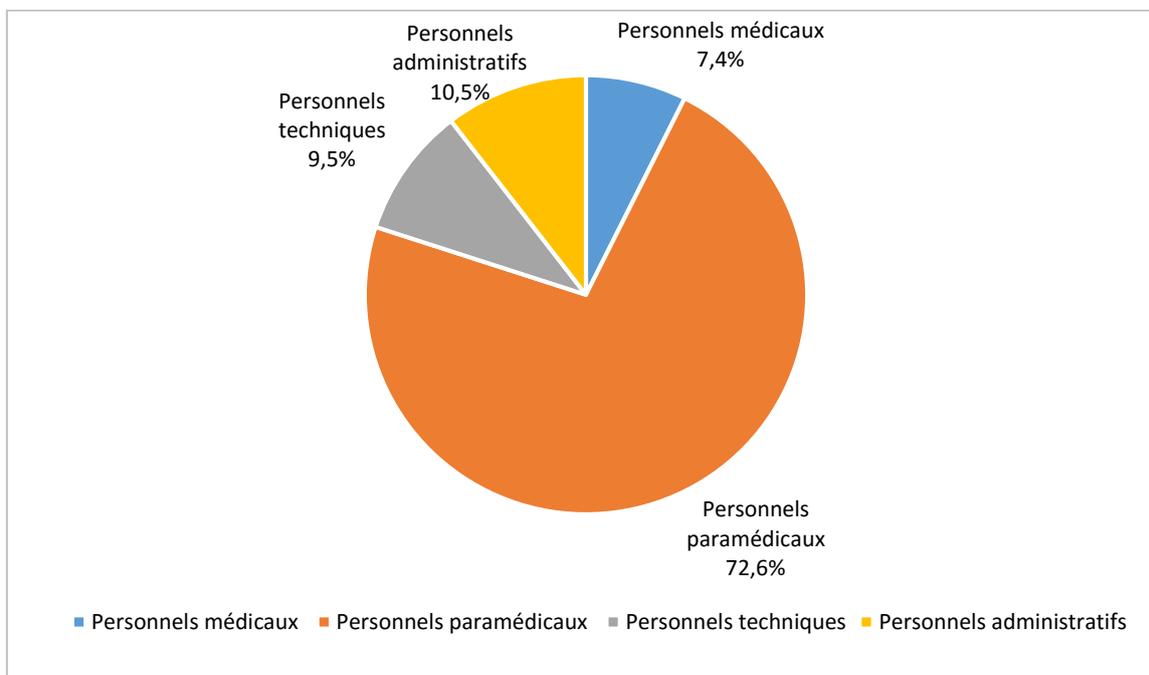


Figure 14 : Les catégories socio-professionnelles : effectifs réels au CHIC Castres-Mazamet et au CH Revel

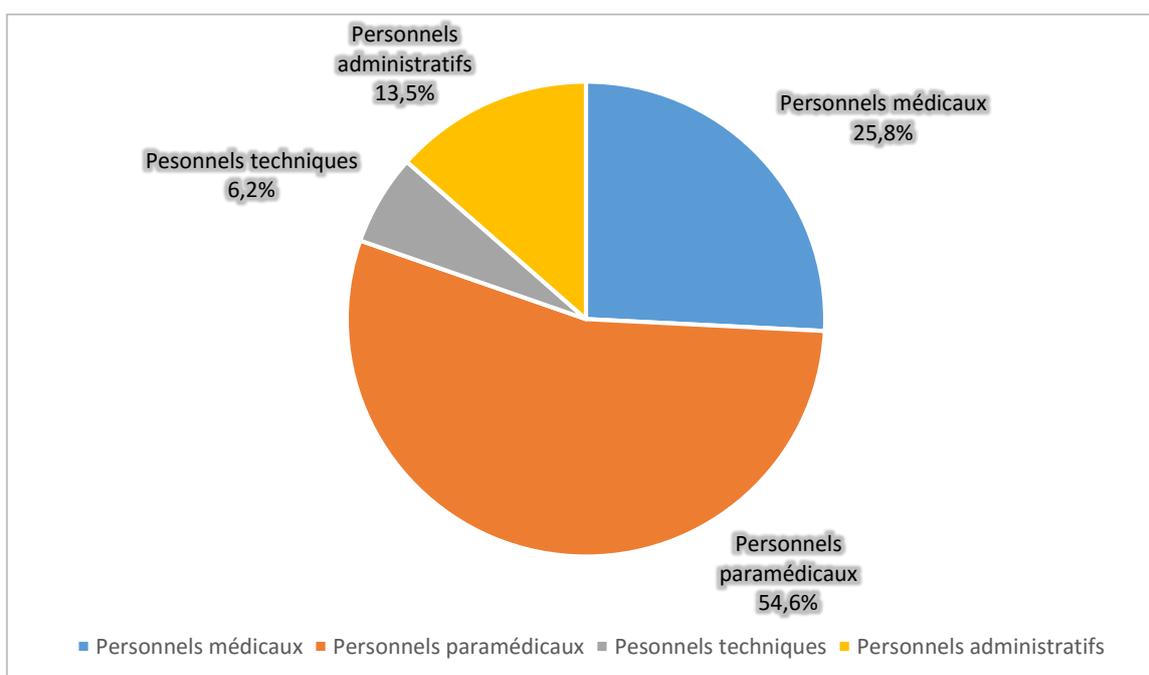


Figure 15 : Les catégories socio-professionnelles : effectifs obtenus dans l'enquête 2014

Nous en déduisons donc que la question a été mal comprise et que certaines personnes n'ont pas su attribuer la bonne catégorie socio-professionnelle à leur profession. Certaines données ont donc été redressées sur la profession.

De plus, notre enquête comportant une question ouverte, nous avons l'obligation de déclarer à la pharmacovigilance tout événement indésirable relaté.

2.3 Résultats de l'enquête 2014

2.3.1 Taux de réponse

471 questionnaires ont été recueillis. 22,4% du personnel du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel ont donc répondu à notre enquête.

2.3.2 Caractéristiques de l'échantillon

2.3.2.1 Le sexe

La majorité des répondants est composée de femmes (80,5%). Il n'y a que pour le personnel technique que le sex-ratio s'inverse (77,8% d'hommes).

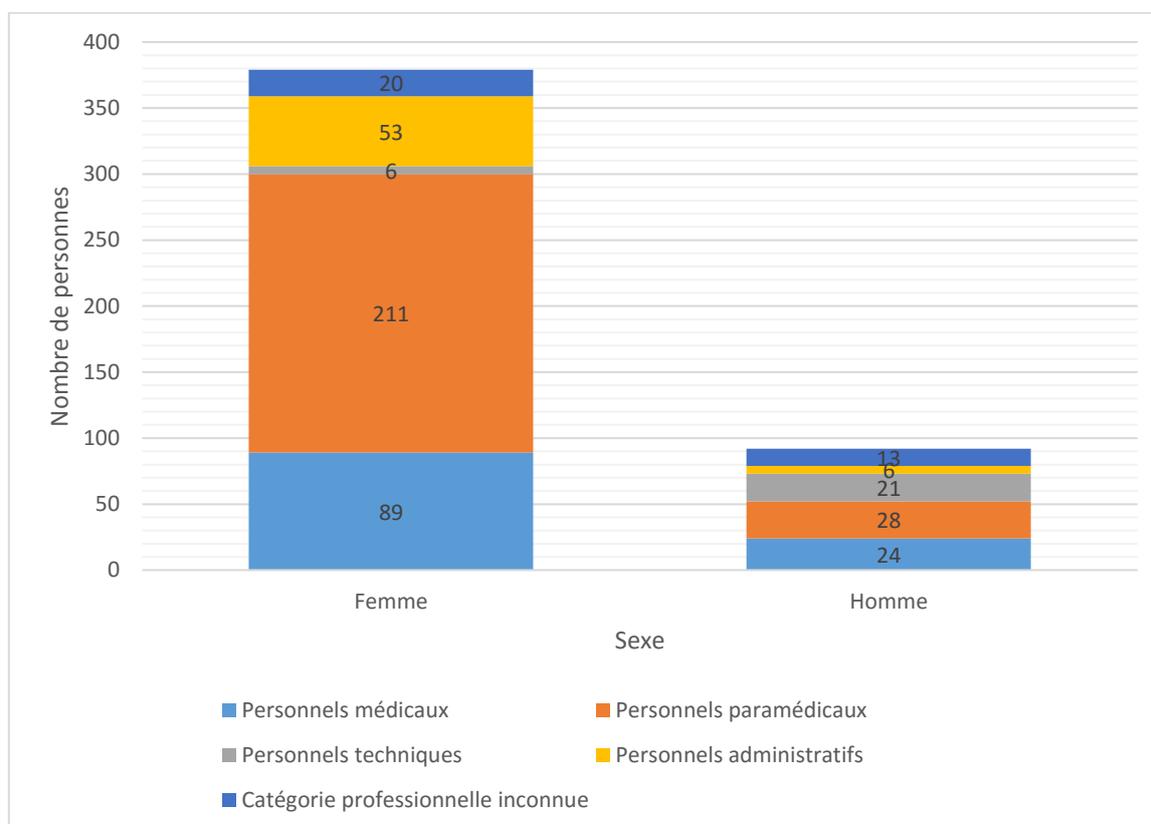


Figure 16 : Enquête 2014 : Sexe des répondants en fonction de leur catégorie socio-professionnelle

Les résultats concernant l'âge, l'ancienneté ou le contact avec les patients sont indépendants de la catégorie professionnelle.

2.3.2.2 L'âge

Toutes catégories professionnelles confondues, l'âge moyen des répondants est de 43 ans. La classe médiane se situe entre 35 et 44 ans et la classe présentant le plus grand effectif est celle des 45-54 ans (31,6% des répondants).

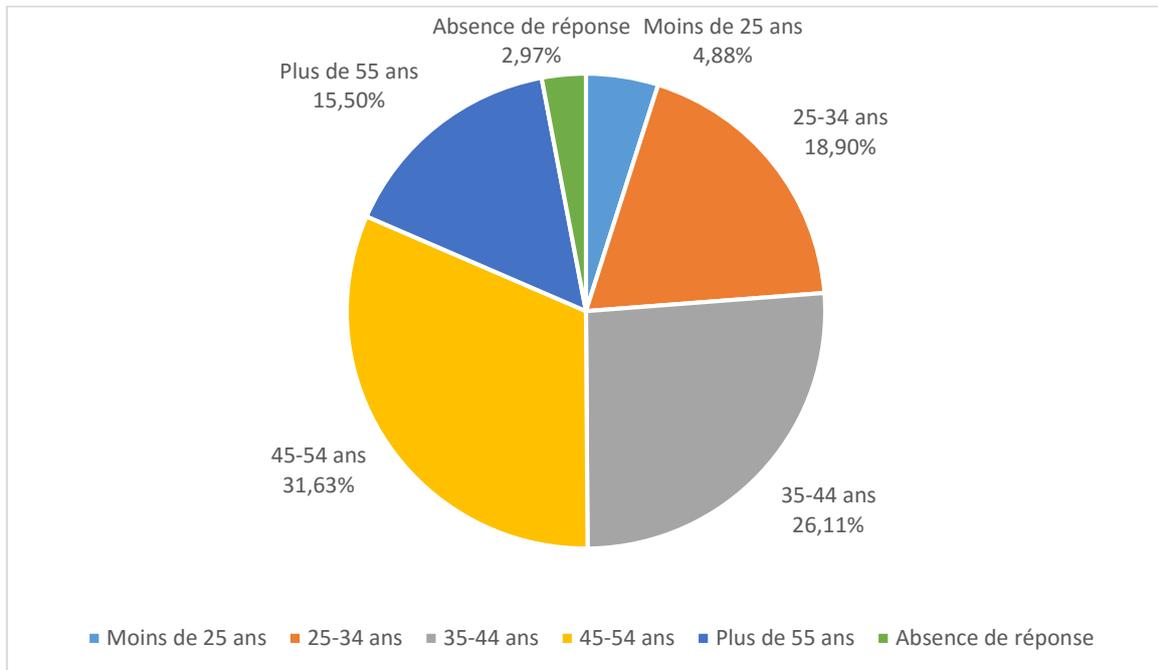


Figure 17 : Enquête 2014 : Age des répondants de l'enquête

2.3.2.3 Ancienneté

Concernant l'ancienneté, la classe la plus nombreuse est celle des moins de 5 ans d'ancienneté et la classe médiane est celle entre 10 et 19 ans.

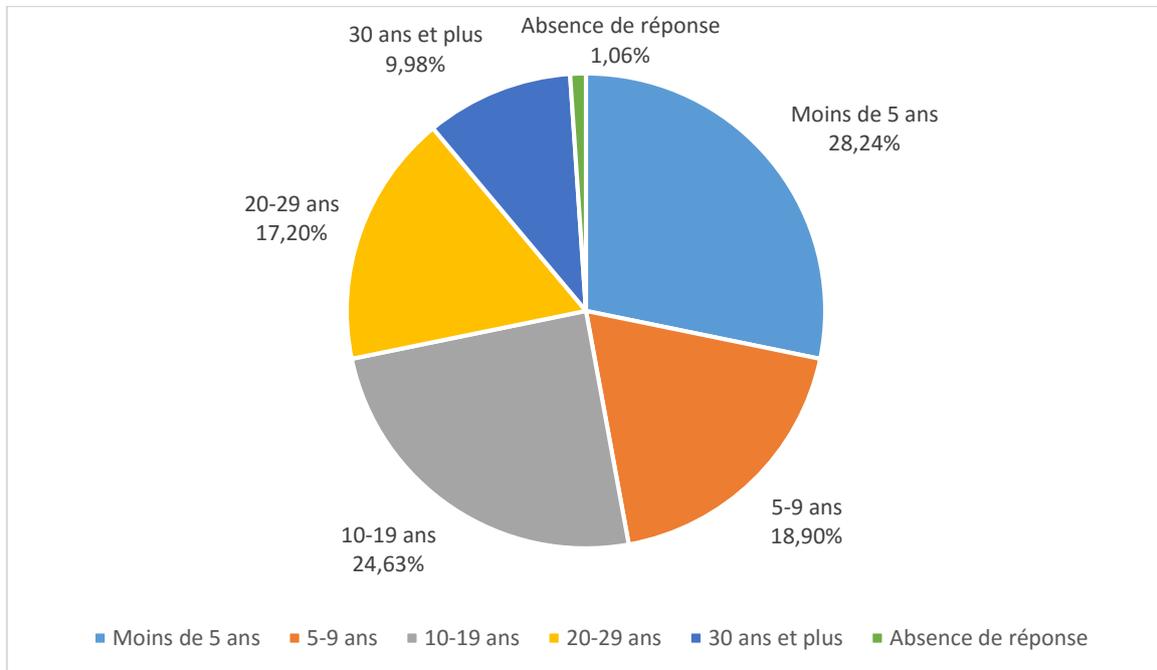


Figure 18 : Enquête 2014 : Ancienneté des répondants de l'enquête

2.3.2.4 Contact avec les patients

Les membres du corps médical et paramédical se considèrent, à 80%, en contact régulier avec les patients. Pour les personnels administratif ou technique, cette proportion est moins élevée : ils ne sont respectivement que 15,3% et 29,6% à s'estimer être en contact avec les patients.

Toute catégorie professionnelle confondue, près d'1/4 du personnel (24,6%) pense n'être jamais ou rarement en contact avec les patients.

2.3.3 Les vaccins obligatoires

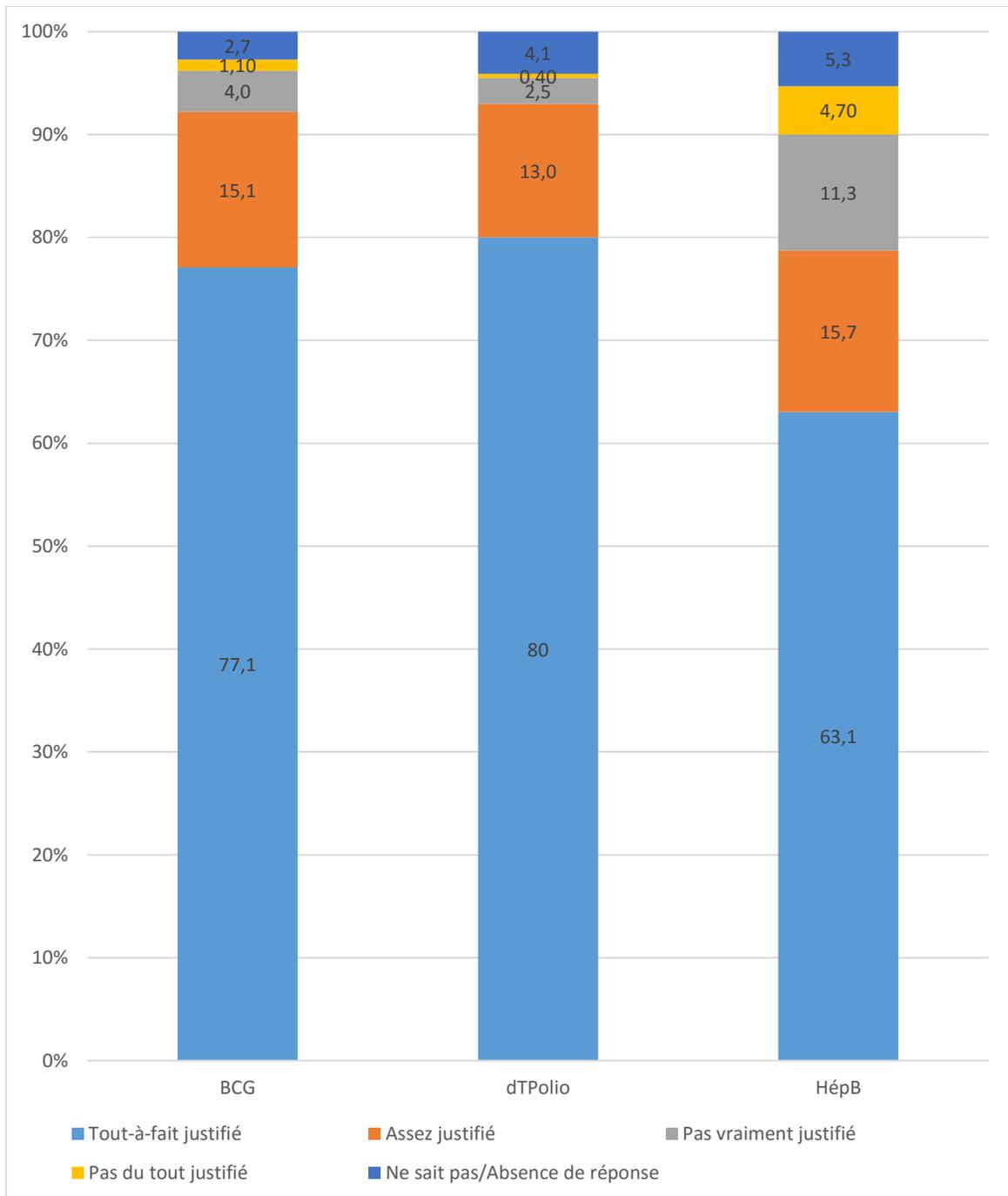


Figure 19 : Enquête 2014 : Justification des vaccins obligatoires

Les résultats concernant le vaccin contre la tuberculose et celui contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont relativement similaires : plus de $\frac{3}{4}$ du personnel hospitalier trouve ces vaccinations justifiées (tout-à-fait ou assez justifiées). Ils ne sont respectivement que 5,1% et 2,9% à juger ces vaccinations peu ou non justifiées.

Le cas du vaccin contre l'hépatite B :

L'opinion concernant la vaccination contre l'hépatite B est moins bonne. En effet, 16,0% des répondants ne sont pas d'accord avec cette obligation vaccinale. Les plus réticents sont les personnels administratifs et techniques et les personnes présentant le plus d'ancienneté dans l'établissement.

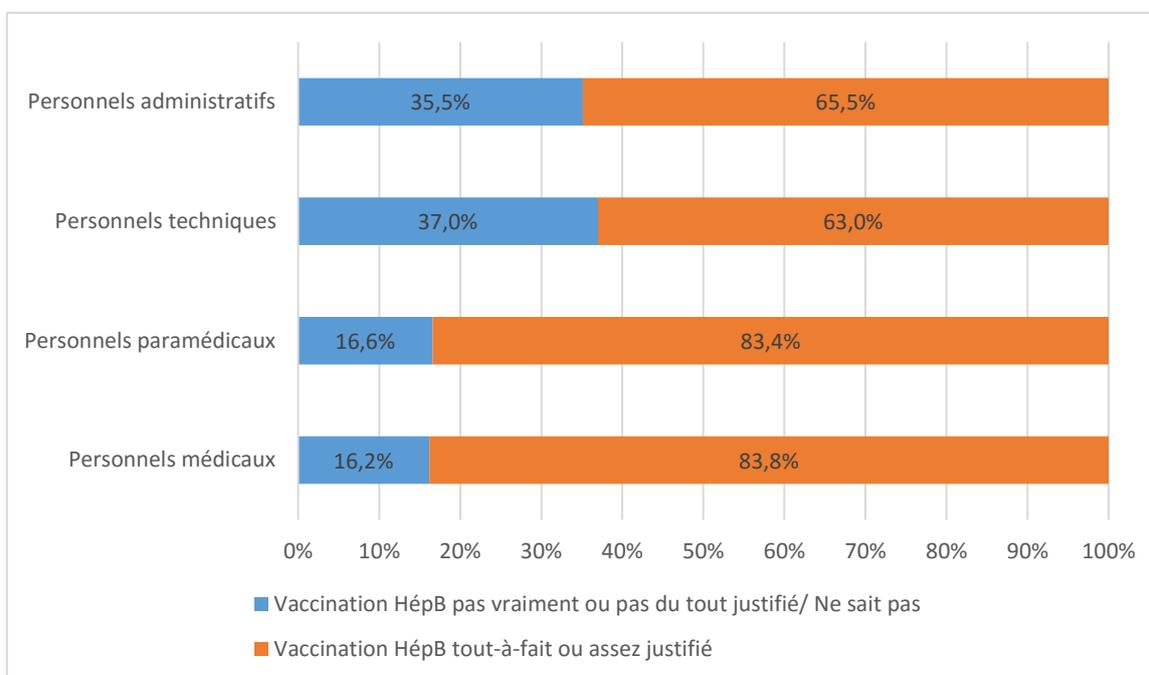


Figure 20 : Enquête 2014 : Justification de l'obligation vaccinale contre l'hépatite B selon la profession

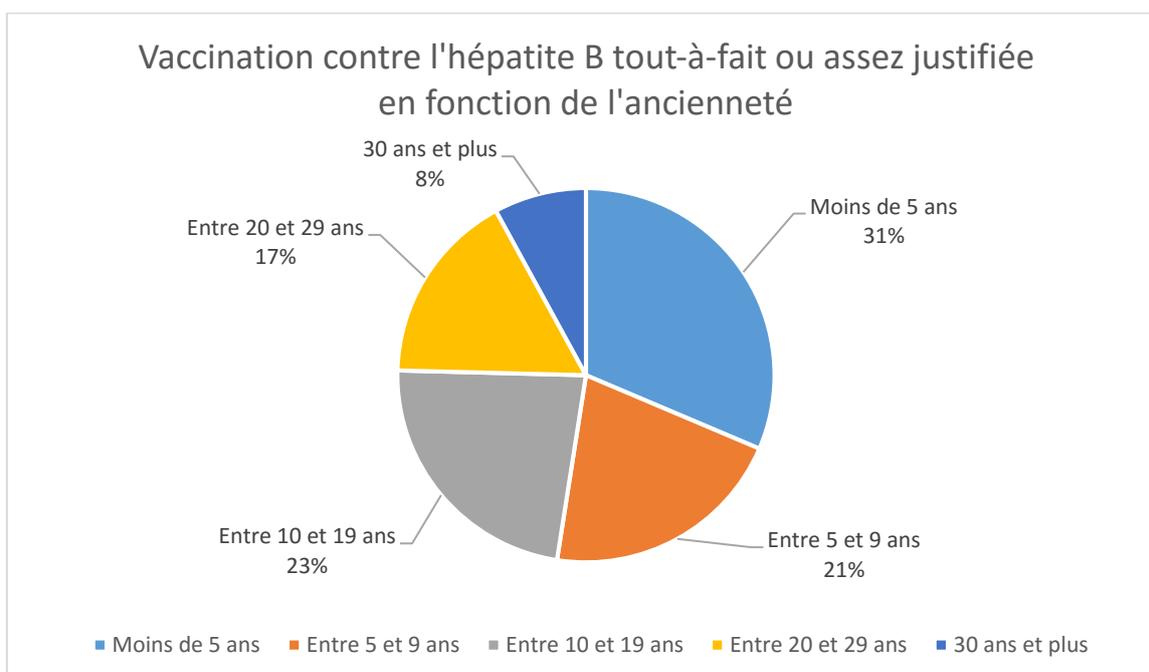


Figure 21 : Enquête 2014 : Justification de l'obligation vaccinale contre l'hépatite B selon l'ancienneté dans l'établissement

La vaccination contre l'hépatite B n'étant obligatoire que depuis 1991, nous pouvons penser qu'il y a une corrélation entre la faible couverture vaccinale des personnes avec le plus d'ancienneté et la date de mise en place de cette obligation. Alors que la vaccination contre l'hépatite B est systématiquement proposée chez les nourrissons depuis 1994 et est donc rentrée dans les mœurs chez les plus jeunes, il en est autrement pour les plus anciens, formés après ces recommandations vaccinales.

2.3.4 Les vaccins recommandés

2.3.4.1 Le vaccin contre la grippe

2.3.4.1.1 La couverture vaccinale

24,8% ($\pm 3,5$, IC 95%) du personnel du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel a été vacciné contre la grippe lors de la saison 2013-2014.

	Effectifs	%
Sexe (p=0,07)		
Femme	87	22,7
Homme	29	32,9
<i>Total</i>	<i>116</i>	<i>24,6</i>
Catégories professionnelles (p=0,13)		
Personnels médicaux	38	33,6
Personnels paramédicaux	53	22,4
Personnels techniques	9	33,3
Personnels administratifs	16	27,1
<i>Total</i>	<i>116</i>	<i>26,7</i>
Age (p<0,01)		
Moins de 25 ans	2	5,7
Entre 25 et 34 ans	13	17,7
Entre 35 et 44 ans	27	20,8
Entre 45 et 54 ans	38	26,3
Plus de 55 ans	33	54,8
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>24,8</i>
Ancienneté (p= 0,04)		
Moins de 5 ans	28	20,5
Entre 5 et 10 ans	16	16,9
Entre 10 et 20 ans	31	27,9
Entre 20 et 30 ans	25	33,7
Plus de 30 ans	14	29,9
<i>Total</i>	<i>114</i>	<i>24,7</i>
Contact avec les personnes hospitalisées (p=0,02)		
Oui	71	22,0
Rarement	24	44,7
Non	14	22,0
<i>Total</i>	<i>109</i>	<i>24,6</i>

Tableau VII : Enquête 2014 : Caractéristiques des personnels du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel vaccinés contre la grippe pour la saison 2013-2014

Comme le démontre l'analyse par le modèle de régression logistique, en 2013-2014, ce sont les hommes qui ont été les plus enclins à se faire vacciner contre la grippe. Effectivement, ils sont presque, proportionnellement, deux fois plus nombreux à être vaccinés ($OR_{ajusté}=1,8$; $p<0,01$).

La couverture vaccinale augmente également avec l'âge du personnel et c'est chez les plus de 55 ans que le taux de vaccination est significativement le plus fort ($p<0,01$).

Les résultats ne dévoilent pas de différence significative concernant cette vaccination en fonction des différentes catégories professionnelles : 1/3 du personnel médical et technique est protégé par le vaccin contre la grippe et le plus faible taux de vaccination (22,4%) est attribué au personnel paramédical.

Enfin, le taux de vaccination est identique chez les personnes côtoyant fréquemment les personnes hospitalisées et celles n'étant jamais en contact avec elles (22%). Par contre, la proportion de personnes se jugeant rarement en contact avec les personnes hospitalisées et étant vaccinées contre la grippe est deux fois plus importante (44,7%).

2.3.4.1.2 Attitude vis-à-vis d'une éventuelle future vaccination contre la grippe

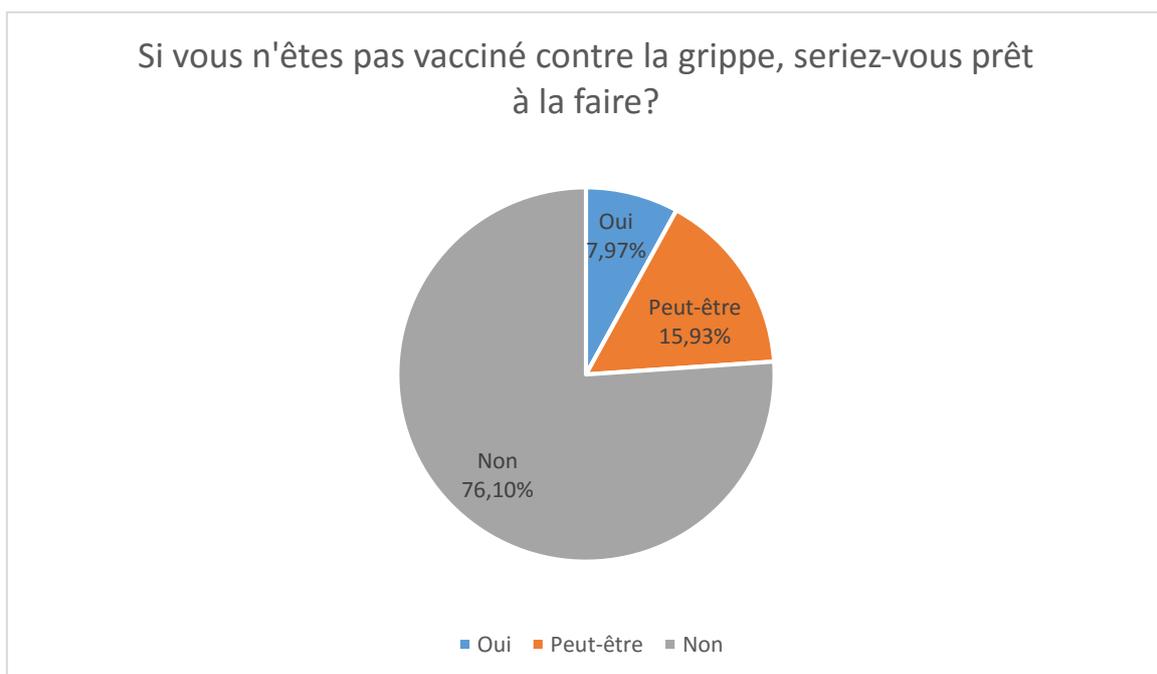


Tableau VIII : Enquête 2014 : Avis des personnes non vaccinées contre la grippe sur une éventuelle vaccination dans le futur

Lorsque l'on interroge les personnes non vaccinées contre la grippe sur une éventuelle vaccination dans le futur, la majorité d'entre elles (76,1% ($\pm 4\%$, IC à 95%)) s'y oppose.

Moins de 25% des non vaccinés seraient éventuellement prêts à le faire, avec une majorité d'indécis (15,93%) : les résistances contre la grippe sont donc importantes.

Il n'y a aucune différence significative entre les sexes, les catégories professionnelles, l'âge ou l'ancienneté. Par contre, le contact avec les patients a une influence : 86,9% des personnes non vaccinées ne côtoyant pas les patients refusent toute future vaccination antigrippale.

2.3.4.1.3 Arguments en faveur pour la vaccination de la grippe saisonnière

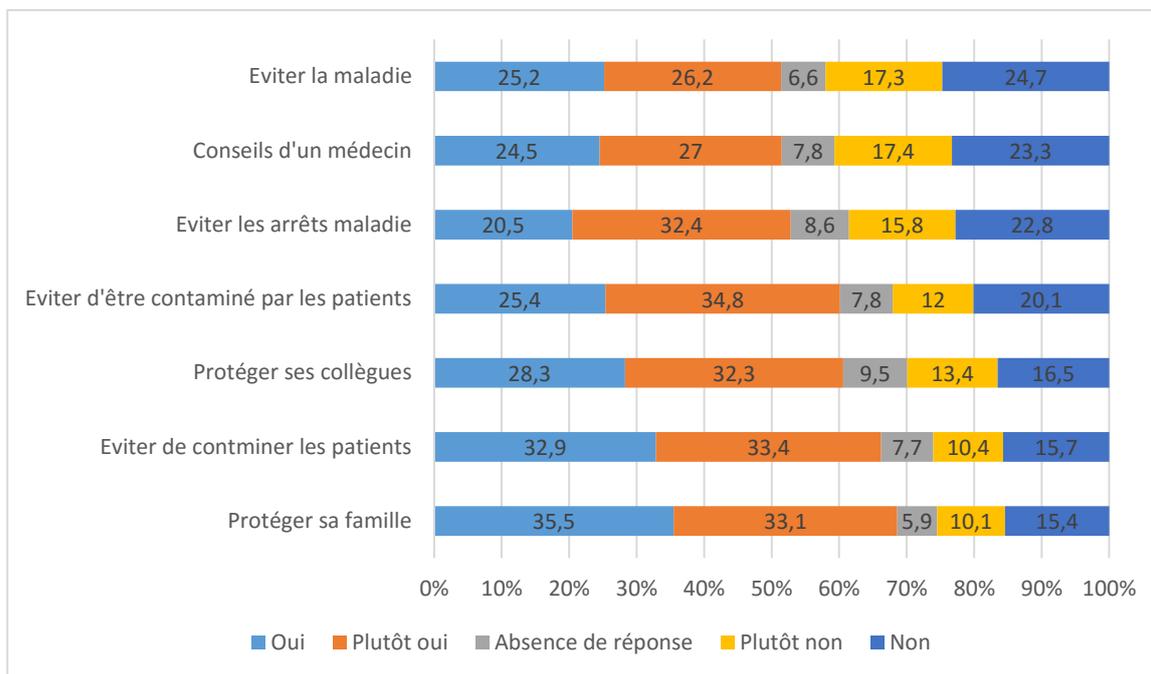


Figure 22 : Enquête 2014 : Arguments en faveur de la vaccination antigrippale

Parmi les arguments pouvant inciter le personnel à se faire vacciner contre la grippe, on retrouve principalement des arguments altruistes. Il s'agit en premier lieu de protéger sa famille (68,6% de réponses « oui » ou « plutôt oui »), les patients (66,3%) et ses collègues (61,6%).

Les intérêts individuels ne viennent qu'ensuite. Par exemple, le fait que la vaccination puisse être un moyen d'éviter d'être contaminé par un patient malade est un bon argument pour 60,2% d'entre eux.

Alors qu'éviter les arrêts maladie, argument médico-économique, séduit 52,9% des interrogés, l'argument « Eviter la maladie » est le moins convaincant avec 50,4% réponses positives.

Enfin, le conseil d'un médecin pourrait permettre à 51,5% du personnel de franchir le pas de la vaccination antigrippale.

Il faut toutefois nuancer ces résultats. En effet, il existe des différences en fonction des catégories professionnelles. Comme le révèle le tableau suivant, certains arguments font plus écho dans certaines professions que dans d'autres.

	Fréquence (IC=95%)	Médicaux	Paramédicaux	Techniques	Administratifs
Protéger sa famille	68,6 (±3,7%)	69,9	68,2	63	76,3
Eviter de contaminer les patients	66,2 (±3,8%)	69,9	66,1	63	67,8
Protéger ses collègues	60,5 (±3,9%)	62,9	60,3	51,9	69,5
Eviter d'être contaminé par les patients	60,3 (±53,9%)	59,3	61,5	51,9	59,3
Eviter les arrêts maladie	52,9 (±4,0%)	61,1	51	63	50,8
Conseils d'un médecin	51,6 (±4,0%)	50,4	47,3	59,3	74,6
Eviter la maladie	51,4 (±4,0%)	54	50,6	48,1	57,6

Tableau IX : Enquête 2014 : Arguments en faveur ou plutôt en faveur de la vaccination antigrippale en fonction des catégories professionnelles

2.3.4.1.4 L'exemplarité en matière de vaccination antigrippale

	Pensez-vous que les personnels hospitaliers doivent montrer l'exemple en se faisant vacciner contre la grippe ?		Pensez-vous que vous devez montrer l'exemple en vous vaccinant contre la grippe ?	
	Fréquence	IC 95%	Fréquence	IC 95%
Oui	24,4%	±3,4%	21,4%	±3,3%
Non	48,6%	±4,0%	58,6%	±3,9%
Je ne sais pas	24,8%	±3,4%	16,6%	±3,0%
Absence de réponse	2,1%	±1,1%	3,6%	±1,5%

Tableau X : Enquête 2014 : Exemplarité pour la vaccination antigrippale

La notion d'exemplarité en matière de vaccination antigrippale en tant qu'hospitalier divise. Seulement ¼ du personnel soutient cette notion. Pour près de la moitié des agents, le fait de travailler dans un établissement de santé ne représente pas une raison valable pour servir d'exemple. Cette population, qui refuse toute notion d'exemplarité, est encore plus élevée chez les paramédicaux (54%), les plus jeunes (66,7% des moins de 25 ans et 64,2% des 25-34 ans) et les personnes en contact avec les personnes hospitalisées (54,7%).

Lorsque la question devient plus personnelle : « Je dois montrer l'exemple », la proportion de réponses négatives augmente (58,6%), en particulier chez les moins de 25 ans (94%) et chez les administratifs peu en contact avec les patients.

2.3.4.2 Les autres vaccins recommandés

2.3.4.2.1 La couverture vaccinale en général

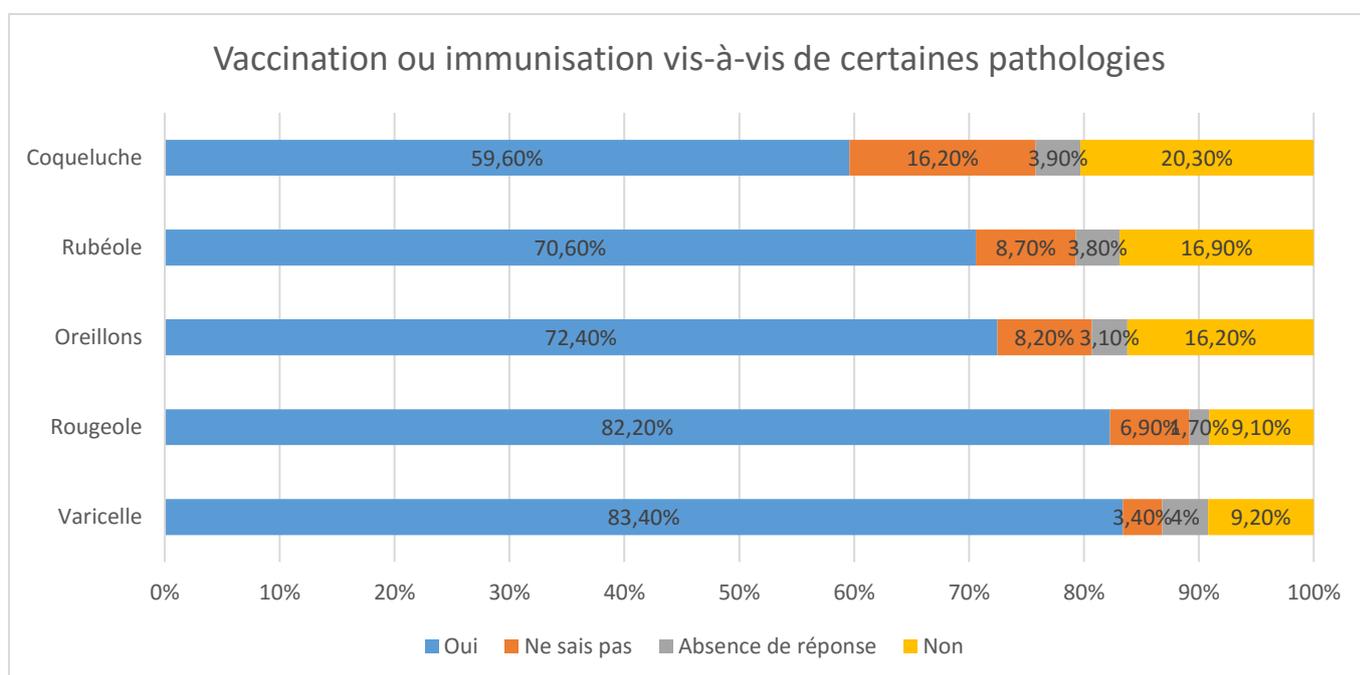


Figure 23 : Enquête 2014 : Couverture des personnels contre la rougeole, la rubéole, la varicelle, les oreillons et la coqueluche

Ce graphique représente la proportion de personnes immunisées (c'est-à-dire ayant déjà eu la maladie) ou vaccinées contre la varicelle, la rougeole, les oreillons, la rubéole et la coqueluche au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel.

Bien que n'atteignant pas une couverture vaccinale de 95% nécessaire pour éradiquer ces maladies, les résultats sont plutôt corrects. En effet, plus de 80% du personnel est protégé contre la varicelle et la rougeole et plus de 70% contre la rubéole et les oreillons. Les résultats sont moins bons pour la coqueluche : près de 4 personnes sur 10 seraient vulnérables face à cette maladie. Cela s'explique notamment par le fait que les recommandations en faveur des rappels anticoquelucheux sont très récentes.

Notons toutefois que la forte couverture vis-à-vis de la varicelle n'est pas due à la vaccination mais au développement de la maladie pendant l'enfance.

2.3.4.2.2 La couverture vaccinale en fonction du sexe

Couvert contre	Coqueluche (p=0,02)	Rougeole (p=0,02)	Oreillons (p=0,06)	Rubéole (p<0,01)	Varicelle (p=0,01)
Femmes	62,3 %	85,0 %	74,4 %	75,1 %	85,8 %
Hommes	47,7 %	70,2 %	63,9 %	51,2 %	73,1 %

Tableau XI : Enquête 2014 : Couverture contre les maladies à vaccination recommandée en fonction du sexe

Contrairement à la vaccination antigrippale, les femmes sont significativement plus couvertes contre la rubéole, la rougeole, la varicelle, les oreillons et la coqueluche que les hommes.

2.3.4.2.3 La couverture vaccinale en fonction des catégories socio-professionnelles

Il n'existe pas de différences significatives entre les professions pour les vaccins recommandés sauf pour la couverture anti-rougeoleuse qui concerne 93% des personnels médicaux et seulement 63% des personnels techniques.

2.3.4.2.4 La couverture vaccinale en fonction de l'âge

Les plus jeunes sont davantage protégés contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle et la coqueluche alors que les plus âgés sont plus couverts contre la grippe. En effet, les couvertures les plus hautes pour ces cinq premières maladies sont observées chez les moins de 35 ans. Elle dépasse même les 90% pour la varicelle et la rougeole chez les 25-34 ans. Par contre, les taux diminuent régulièrement avec l'âge jusqu'à atteindre, chez les plus de 55 ans, 57% pour les oreillons et 46,5% pour la coqueluche. Il est important de préciser que la vaccination contre la coqueluche ne s'est étendue qu'en 1966, du fait de son association aux vaccins diphtérique, tétanique et poliomyélitique. Les plus de 55 ans, nés avant 1959, n'ont pas donc pas forcément bénéficié, dès leur enfance, de cette vaccination.

2.3.4.2.5 La couverture vaccinale en fonction d'un éventuel contact avec les patients

Le personnel ne se considérant pas au contact avec les personnes hospitalisées est significativement moins couvert que les autres.

2.3.4.3 Couverture générales vis-à-vis des vaccins recommandés

Seulement 10,6% du personnel est protégé contre les 6 maladies à vaccinations recommandées. 68% est couvert vis-à-vis d'au moins 4 maladies.

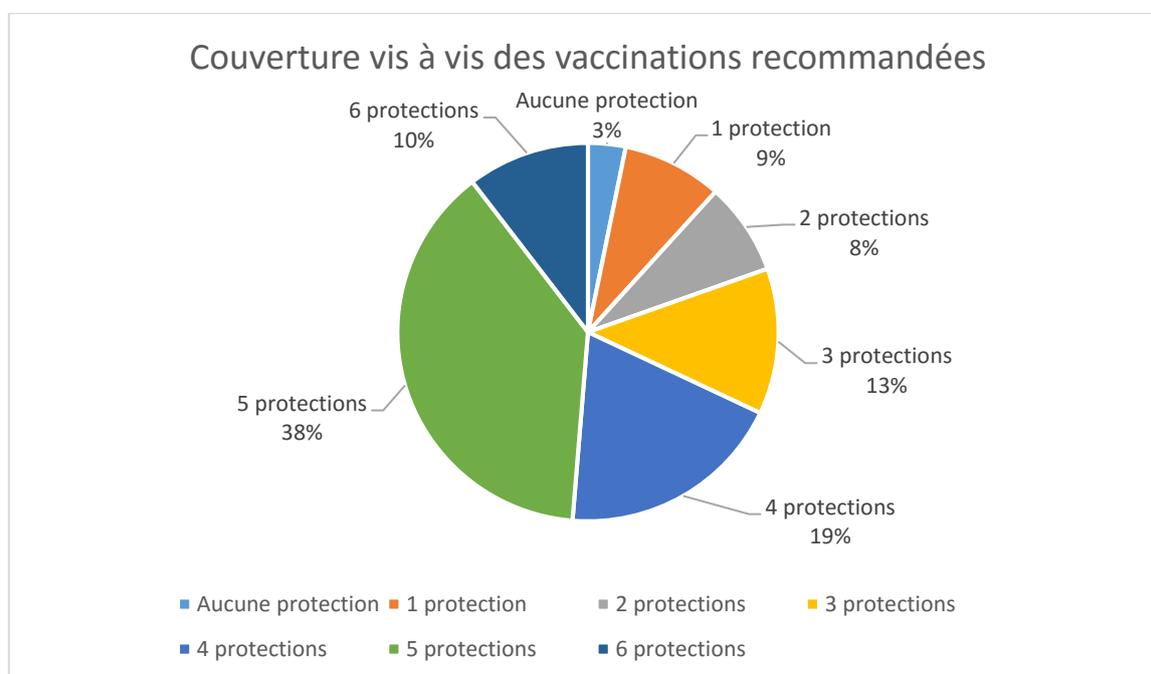


Figure 24 : Enquête 2014 : Degré de protection des personnels vis-à-vis des maladies à vaccination recommandée

2.3.4.4 Attitude vis-à-vis d'une éventuelle future vaccination

Maladie	Couverture	Seriez-vous prêt à vous vacciner ? : Oui ou peut-être
Grippe	Non vacciné	23,9%
Coqueluche	Non couvert	21,5%
Rougeole	Non couvert	10,5%
Oreillons	Non couvert	11,3%
Rubéole	Non couvert	11,9%
Rougeole	Non couvert	10,2%

Tableau XII : Enquête 2014 : Attitude des personnels non couverts face à la proposition de vaccination

Près des $\frac{3}{4}$ des personnes non couvertes contre la grippe ne se déclarent pas prêtes à se faire vacciner. Ce pourcentage est encore plus élevé pour les autres maladies à vaccinations recommandées mais les résultats sont difficilement comparables du fait de la spécificité des maladies « infantiles ».

2.3.5 Perception de la vaccination

2.3.5.1 Adhésion à la vaccination

Les résultats de deux questions destinées à mesurer le degré d'adhésion du personnel à la vaccination ont été analysés par les statisticiens de LAEPPS. Comme il est mentionné dans leur compte rendu, pour exploiter ces données, ils ont « scoré les réponses de la façon suivante : les réponses favorables au vaccin sont notées 2, les assez favorables 1, les assez défavorables -1 et les défavorables -2. Les non réponses ont été cotées 0. Les scores individuels pouvaient ainsi s'échelonner de -22 à +22.

L'analyse statistique des réponses montre que les questions forment une échelle suffisamment fiable (alpha de Cronbach = 0.78), ce qui permet le scorage et la catégorisation des répondants. Les scores se répartissent entre -15 et + 22 comme le montre le graphique suivant :

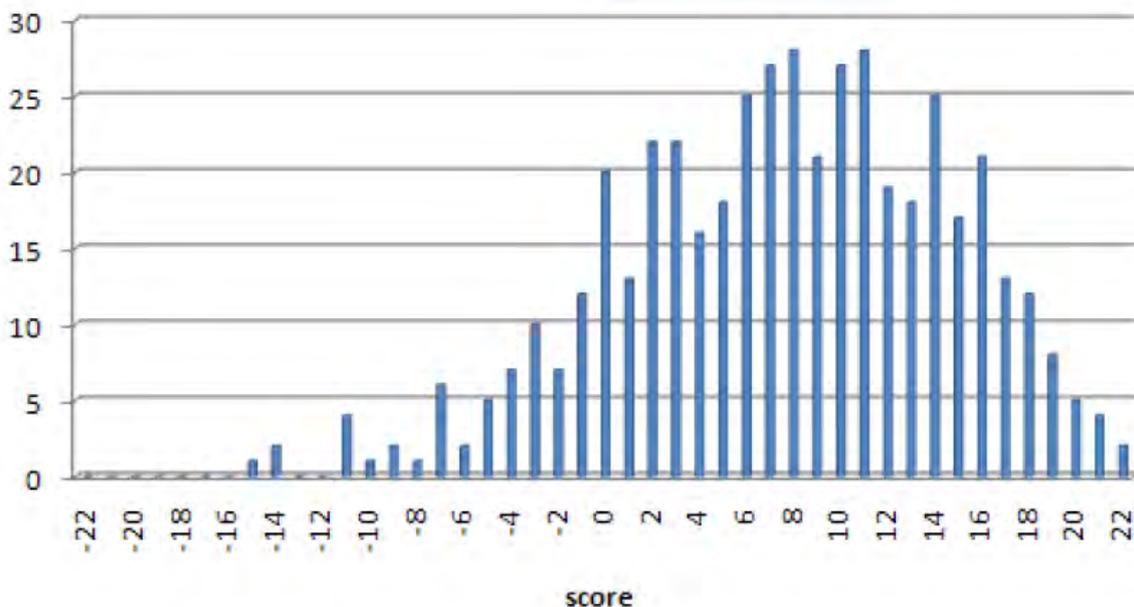


Figure 25 : Enquête 2014 : Perception de la vaccination par les personnels du CHIC de Castres-Mazamet et du CH de Revel

La moyenne est de +7.5 (écart-type 7.1), ce qui dénote donc une opinion globalement positive sur la vaccination. »

Les répondants ont été répartis en 4 groupes à partir de la moyenne et de l'écart-type :

- les « anti-vaccins », qui ont un score négatif ou égal à 0 : 80 répondants
- les « peu convaincus », avec un score de 1 à 7 : 143 répondants
- les « assez convaincus », avec un score de 8 à 14 : 166 répondants
- les « pro-vaccins », avec un score supérieur à 14 : 82 répondants

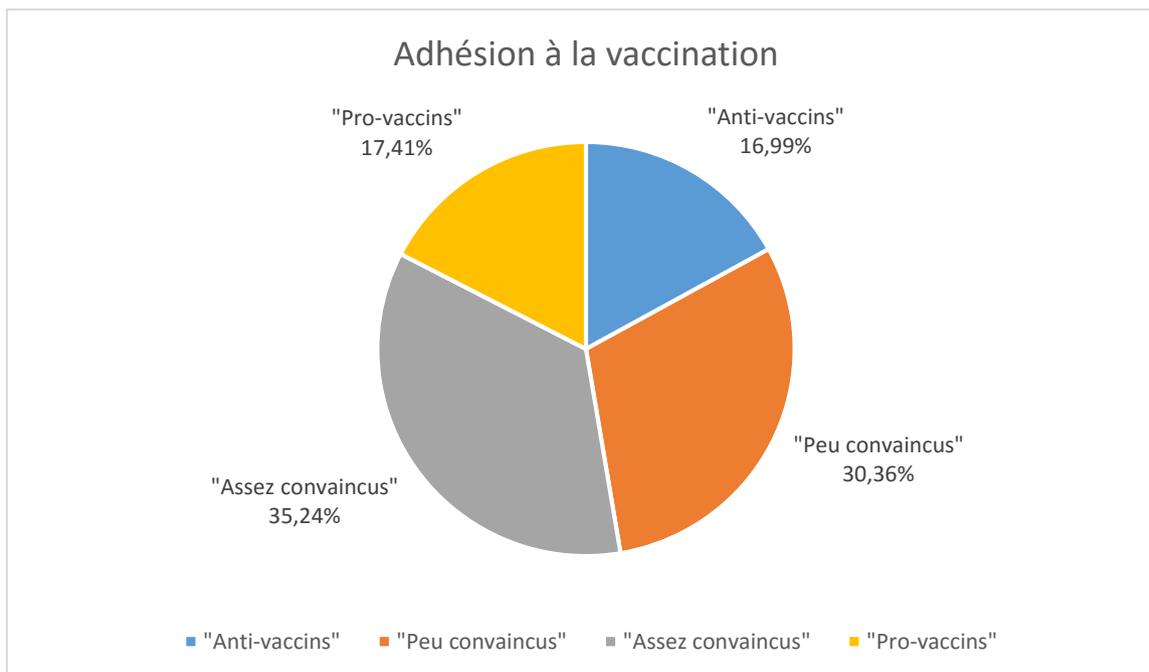


Figure 26 : Enquête 2014 : Adhésion du personnel à la vaccination

Près d'un tiers du personnel possède un avis tranché sur la vaccination. La proportion des « pro-vaccins » et des « anti-vaccins » est relativement similaire et avoisine les 17%. Le reste du personnel, soit près de 2 personnes sur 3, possède un avis mitigé sur la vaccination.

	Médicaux	Paramédicaux	Techniciens	Administratifs	Total
Proportion ayant répondu à l'enquête	7,4%	72,6%	9,6%	10,5%	100%
« Anti-vaccins »	5,5%	74,8%	7,9%	11,9%	100%
« Pro-vaccins »	18,7%	57,3%	10,7%	13,4%	100%

Tableau XIII : Enquête 2014 : Proportion de "pro-vaccins" et d'"anti-vaccins" en fonction de la catégorie professionnelle

Le groupe des « pro-vaccins » est surtout caractérisé par une surreprésentation des personnels médicaux et une sous-représentation des paramédicaux.

En ce qui concerne l'âge, le groupe des « pro-vaccins » présente une forte proportion de personnes âgées de 35 à 44 ans (43.8% versus 28.3% parmi l'ensemble du personnel). De même, les personnels ayant 20 à 30 ans d'ancienneté et ceux qui sont rarement en contact avec les patients sont statistiquement plus nombreux dans le groupe des « pro -vaccins ».

2.3.5.2 Opinion sur la vaccination en général

Cinq affirmations ont permis de rendre compte de la perception de la vaccination par le personnel hospitalier.

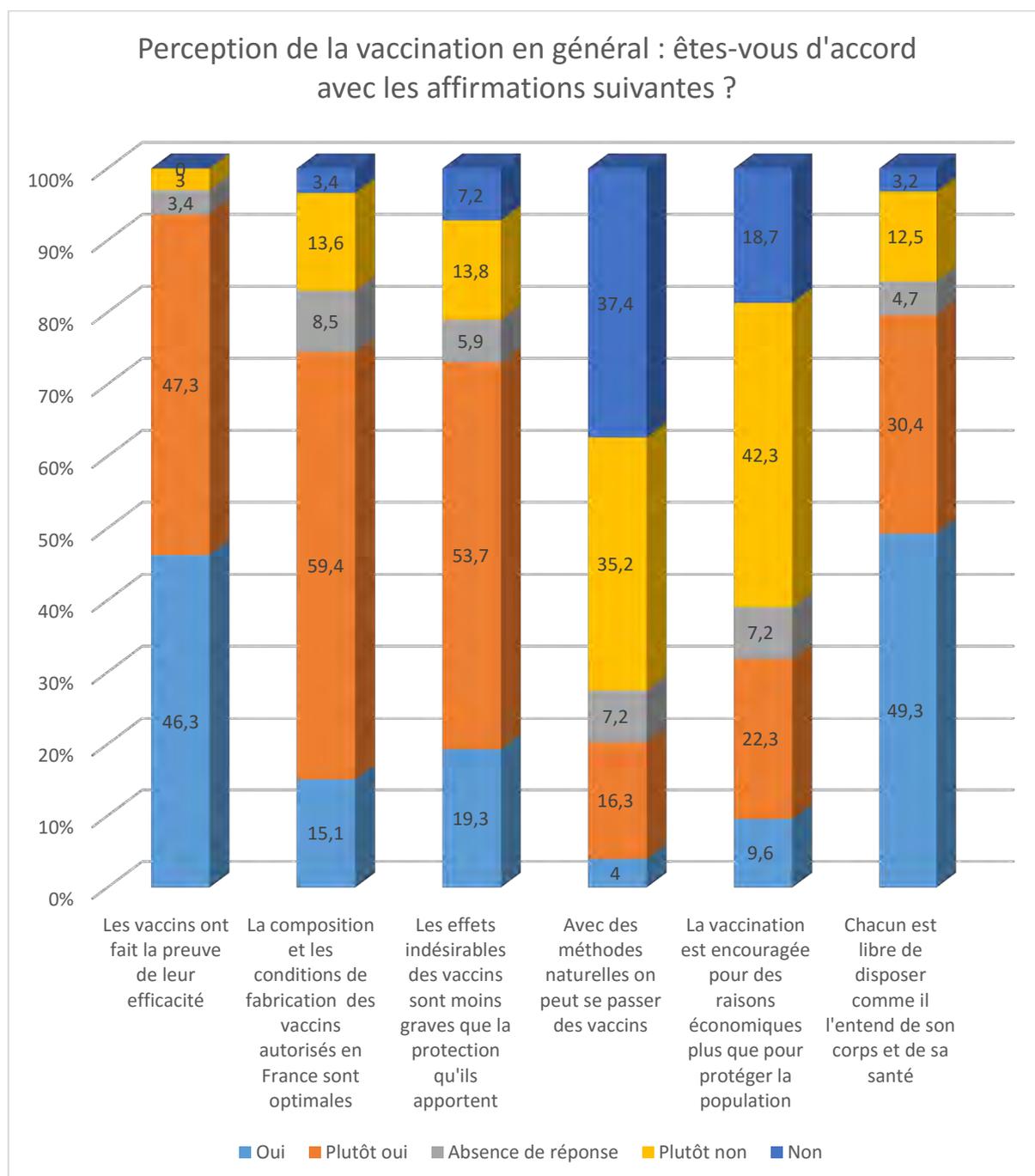


Figure 27 : Enquête 2014 : Perception de la vaccination en général

2.3.5.2.1 Les vaccins ont fait la preuve de leur efficacité

La grande majorité des répondants pensent que les vaccins sont efficaces (93,6% de réponses « oui » et « plutôt « oui »). 46,3% en sont mêmes totalement convaincus, en particulier parmi les professions médicales chez lesquelles ce taux grimpe à 73%. Aucune réponse « non » n'a été rapportée.

2.3.5.2.2 La composition et les conditions de fabrication des vaccins autorisés en France sont optimales

74,5% du personnel est tout à fait (15,1%) ou plutôt d'accord (59,4%) avec cette affirmation. Les moins sceptiques sont les hommes (83,6%) et les professions médicales (90,3%). Dans cette dernière catégorie ; ils ne sont que 9,7% à avoir répondu « non » ou « plutôt non » contre 17% pour l'ensemble du personnel.

2.3.5.2.3 Les effets indésirables des vaccins sont moins graves que la protection qu'ils apportent

Pour 73% du personnel hospitalier, la balance bénéfiques/risques est en faveur de la vaccination. Par contre, ils ne sont que 19,3% à en être totalement convaincu. Il s'agit en majorité des professions médicales (31,9% de « oui »). Les plus jeunes (moins de 25 ans) ne sont 4,9% à avoir répondu « oui » sans réserves.

2.3.5.2.4 Avec des méthodes naturelles on peut se passer des vaccins

Pour 72,6% des personnes, les méthodes naturelles ne peuvent se substituer aux vaccins. Elles sont 37,4% à y être totalement opposées. Il s'agit principalement des professions médicales.

2.3.5.2.5 La vaccination est encouragée pour des raisons économiques plus que pour protéger la population

61% des personnes ayant répondu à l'enquête pensent que la vaccination est plus encouragée pour protéger la population que pour des raisons économiques.

Selon LAEPPS, qui a procédé à l'analyse des résultats de l'enquête, cette question a été mal posée. En effet, selon celui-ci, « il est très vraisemblable que de nombreux médecins s'appuient sur les analyses médico-économiques de la vaccination, qui montrent qu'elle permet effectivement d'éviter de nombreux coûts directs (soins) et indirects (arrêts maladie) liés aux épidémies. D'autres personnels pensent certainement que les intérêts économiques du secteur pharmaceutique pèsent sur les stratégies de santé publique. »

2.3.5.2.6 Chacun est libre de disposer comme il l'entend de son corps et de sa santé

Cette affirmation recueille 79,7% d'approbation (49,3% de « oui » et 30,4% de « plutôt oui »). Les femmes ont été plus nombreuses à manifester leur accord (82%) que les hommes (66,3%).

2.3.5.3 Perception de la vaccination par le ROR et anticoquelucheuse

L'adhésion à la vaccination par le ROR et anticoquelucheuse a été mesurée grâce à cinq affirmations : les trois premières constituent des éléments d'incitation à la vaccination (notion de protection individuelle mais également de protection de la famille et de l'entourage professionnel) alors que les deux dernières évoquent deux freins à la vaccination régulièrement rapportés (risque faible de contamination et doutes sur l'efficacité vaccinale).

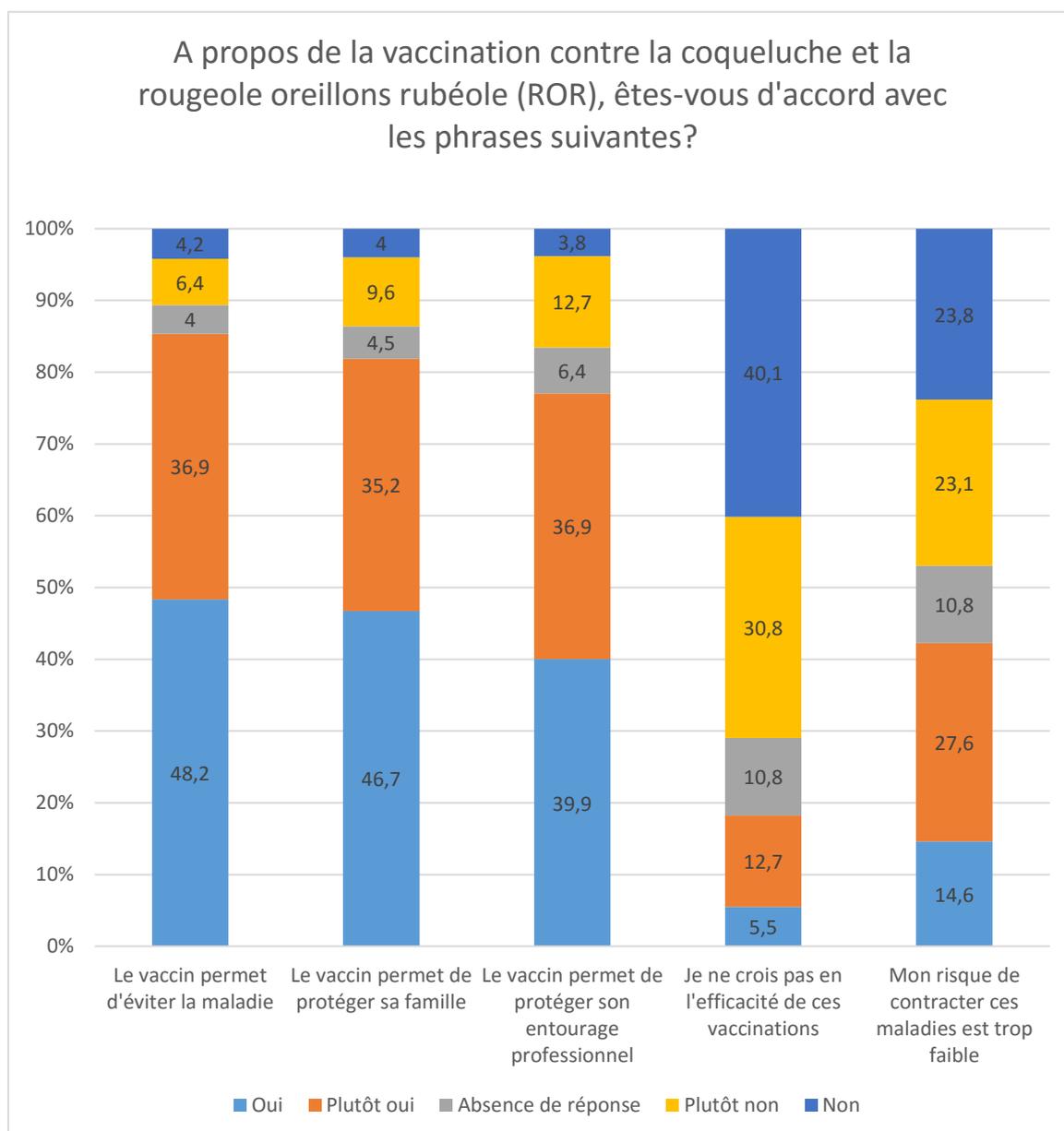


Figure 28 : Enquête 2014 : Perception de la vaccination par le ROR et contre la coqueluche

2.3.5.3.1 Le vaccin permet d'éviter la maladie

85,1% du personnel reconnaît l'efficacité de ces vaccins. Ce taux atteint 97,3% chez les personnes en contact occasionnel avec les patients hospitalisés. Les professionnels médicaux sont les plus nombreux à avoir répondu « oui » sans réserves (57,3%). Les moins nombreux sont les personnels administratifs (39,0%).

2.3.5.3.2 Le vaccin permet de protéger sa famille

Pour 81,9% du personnel, la vaccination par le ROR et contre la coqueluche permet de protéger ses proches. Les plus sceptiques sont les moins de 25 ans (56,5% de réponses « oui » et « plutôt oui »).

2.3.5.3.3 Le vaccin permet de protéger son entourage professionnel

75,8% des répondants pensent que la vaccination par le ROR et contre la coqueluche est un bon moyen de protéger ses collègues.

2.3.5.3.4 Je ne crois pas en l'efficacité de ces vaccinations

12,7% du personnel est sceptique quant à l'efficacité des vaccins recommandés contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et contre la coqueluche. Ces deux vaccins sont même jugés inefficaces pour 5,5% des répondants. La proportion de réfractaires à ces vaccinations augmente avec l'âge des individus.

2.3.5.3.5 Mon risque de contracter ces maladies est trop faible

42,6% du personnel pense que les risques de contracter les maladies sont trop faibles pour se faire vacciner contre celles-ci. Ce taux augmente avec l'âge des répondants.

2.3.6 Opinion sur les éléments facilitants la vaccination

Le personnel a été questionné sur les actions qui, selon lui, favoriseraient la vaccination.

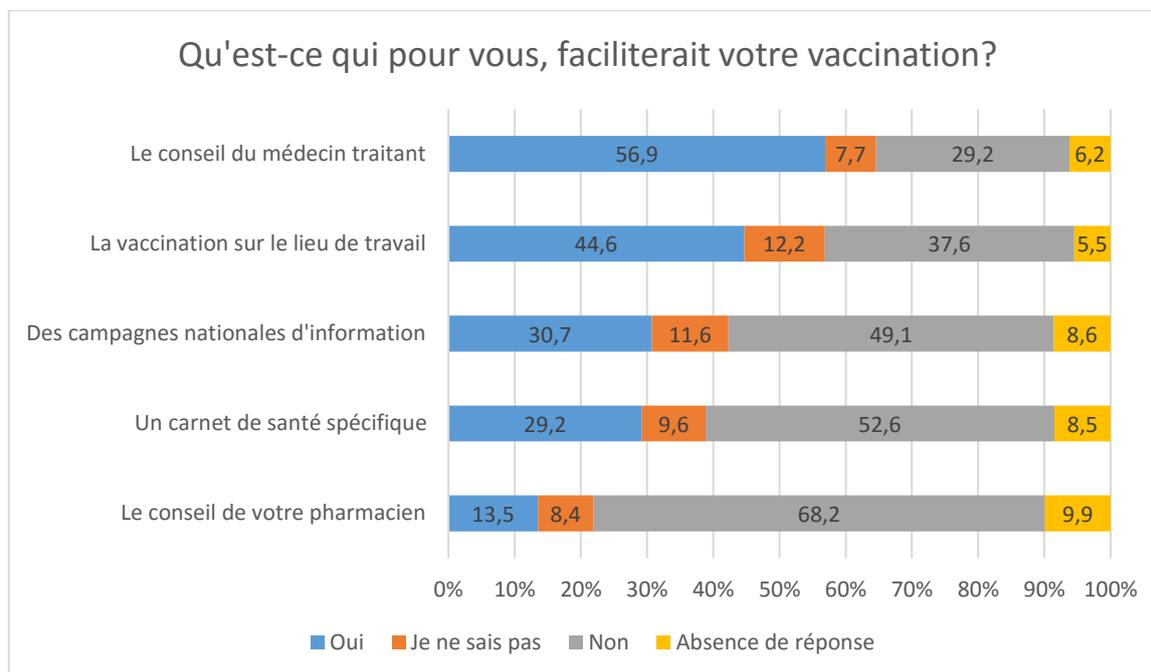


Figure 29 : Enquête 2014 : Eléments facilitants la vaccination

L'argument séduisant le plus de personnes est le conseil du médecin traitant (56,9%). C'est la proposition favorite des professions paramédicales (55,6%), techniques (55,6%) et administratives (72,9%). Les conseils du pharmacien semblent avoir moins d'impact puisque cet argument ne convainc que 13,5% des répondants. Ce dernier résultat semble d'autant plus étonnant que de récentes enquêtes nationales révèlent que la majorité Français est favorable à la vaccination en pharmacie car celle-ci permettrait une prise en charge immédiate et sans rendez-vous (55).

La vaccination sur le lieu de travail semble approuvée par 44,6% des répondants. Ce taux est plus important chez les plus de 55 ans (60,8%) et chez les personnes rarement en contact avec les patients (26%). Par contre, cette proposition ne satisfait qu'un peu plus d'1/4 des moins de 25 ans (25,6%). Il s'agit de la proposition favorite des professions médicales (59,3%).

Les campagnes nationales d'information ne faciliteraient la vaccination que pour 30,7% du personnel. Les professionnels médicaux, bien qu'étant les mieux informés sur la vaccination, sont particulièrement sensibles à cette proposition.

Enfin, l'argument accueilli avec le moins d'enthousiasme est la mise en place d'un carnet de santé spécifique (29,3% d'opinions favorables).

	Médicaux	Paramédicaux	Techniques	Administratifs	Total (IC95%)
Le conseil du médecin traitant	47,8%(±4,8)	55,6 (±5,8)	55,6 (±17,5)	72,9 (±9,7)	56,9 (±3,9)
La vaccination sur le lieu de travail	59,3 (±4,7)	43,5 (±5,8)	29,6 (±16,1)	55,9 (±10,9)	44,6 (±4,0)
Des campagnes nationales d'information	48,7 (±4,8)	30,5 (±5,4)	18,5 (±13,7)	30,5 (±10,1)	30,8 (±3,7)
Un carnet de santé spécifique	28,3 (±4,3)	30,5 (±5,4)	29,6 (±16,1)	20,3 (±8,8)	29,3 (±3,6)
Le conseil du pharmacien	15,9 (±3,5)	12,1 (±3,8)	18,5 (±13,7)	16,9 (±8,2)	13,6 (±2,7)

Tableau XIV : Enquête 2014 : Eléments favorisant la vaccination selon la catégorie professionnelle

2.3.7 Souhait d'implication dans les campagnes vaccinales organisée dans l'établissement

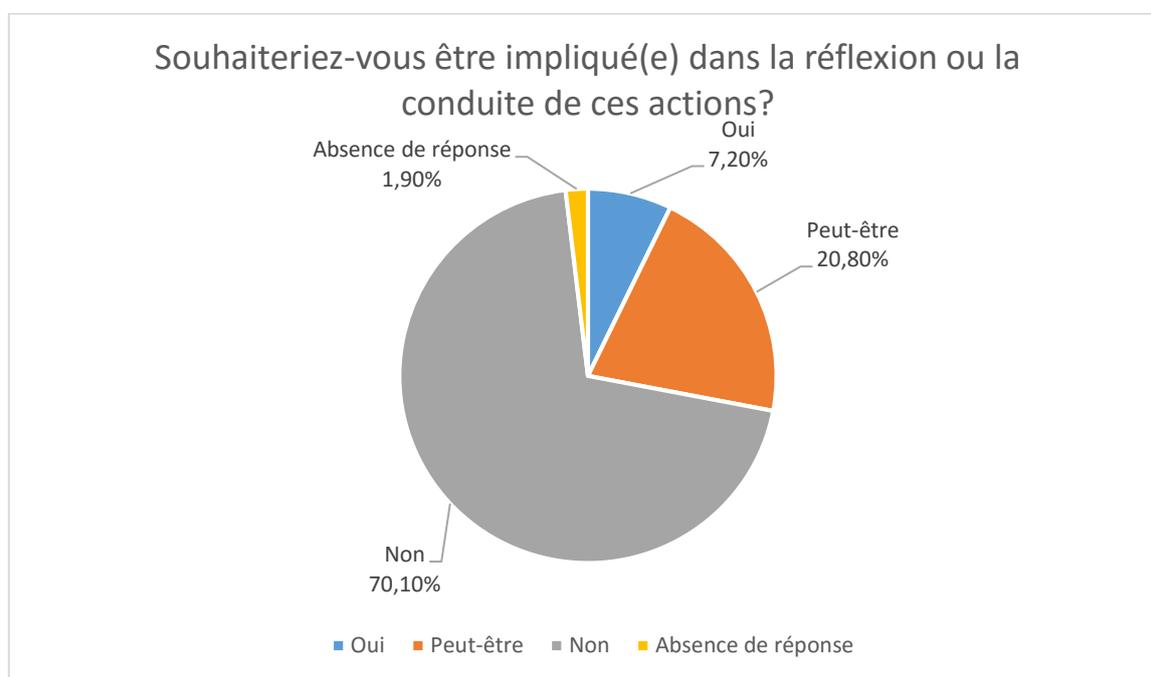


Figure 30 : Enquête 2014 : Souhait d'implication dans les campagnes vaccinales organisée dans l'établissement

Près de 30% du personnel désire être associé à la réflexion ou à la conduite des actions de vaccination menée par l'hôpital. Ce score est moins important chez le personnel administratif.

2.3.8 Propositions et commentaires

La question ouverte qui clôturait le questionnaire fut l'occasion pour le personnel de nous faire connaître ses attentes.

Ainsi, près de 40% des commentaires spontanés réclamaient plus d'information et de transparence sur la vaccination. Voici quelques exemples relevés :

- « Il faut plus d'info sur la grippe saisonnière. Quand vous êtes vacciné et que vous êtes malade, le docteur dit que ce n'était pas le vaccin pour cette grippe-là? Lequel est-ce? » (femme, profession médicale, 45-54 ans, en contact avec les patients) ;
- « Sensibilisation du personnel par le service, car on entend beaucoup d'idées fausses, presque autant que dans l'éducation nationale c'est pour dire... » (femme, profession médicale, 45-54 ans, en contact avec les patients) ;
- « Plus d'info, par de la communication, sur les effets secondaires des vaccins, car il y en a!... TRANSPARENCE sur la vaccination du personnel hospitalier et transmettre aux équipes de soignants l'importance de la vaccination pour qu'il y ait plus de candidats... » (femme, paramédical, 45-54 ans, en contact avec les patients) ;
- « L'information sur les maladies en question, le pourcentage de population concernée ces dernières années et les localisations géographiques afin de me sentir plus ou moins impliquée en fonction » (femme, administrative, 25-34 ans, sans contact avec les patients).

Des demandes d'échanges, de discussions ont également été formulées. Certaines personnes souhaitent pouvoir poser leurs questions, énoncer leurs doutes :

- « Je n'ai plus aucune confiance en la vaccination depuis la grippe H1N1 » (femme, paramédicale, 35-45 ans, en contact avec les patients),
- « Il faudrait qu'il y ait un peu plus de contrôle sur les vaccins (on ne sait pas ce qu'on prend) » (homme, technicien, 45-54 sans contact avec les patients).

Un commentaire libre sur sept réclame la vaccination sur le lieu et le temps de travail. Une proportion équivalente de commentaires réclame plus de contrôle et de suivi :

- « Afin de protéger nos patients et afin de rester pleinement opérationnel, la vaccination de tout type devrait être obligatoire pour tous les professionnels de santé » (homme, technicien, 35-44 ans, rarement en contact avec les patients),
- « Pourquoi ne pas mettre en place un carnet conseil des vaccinations obligatoires et recommandées et leur fréquence d'administration » (femme, paramédicale, 35-44 ans, en contact avec les patients),
- « En théorie nous sommes déjà suivis par le médecin du travail mais peut-être qu'il faudrait une surveillance personnelle (être vigilant) et de la médecine du travail » (femme, paramédicale, 25-34 ans)

2.3.9 Conclusion

Cette première enquête a permis de recueillir l'opinion de plus d'1/5 des personnels du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel.

Même s'ils trouvent justifiés les obligations vaccinales par le BCG et le DTP, des doutes sont couramment évoqués lorsqu'il s'agit de la vaccination contre l'hépatite B. En effet, le personnel administratif, moins en contact avec les malades et les plus anciens dans l'établissement émettent quelques réserves quant à cette vaccination.

Les couvertures vaccinales pour les vaccins recommandés sont variables en fonction des maladies ciblées. Au total, seulement 1/10^{ème} du personnel ne serait protégé contre les 6 maladies à vaccination recommandée.

La couverture antigrippale, bien que comparable à celles obtenues dans d'autres études, reste trop faible (24,8%). D'autant plus que moins d'1/4 des personnes non vaccinées accepteraient, éventuellement, de franchir le cap. Afin d'accentuer leur motivation, il serait peut-être nécessaire de mettre en avant des arguments altruistes car ces derniers semblent être des leviers de motivation relativement efficaces. De plus, la notion d'exemplarité vaccinale ne semble acquise que pour une minorité de personnes (moins de 25%).

En revanche, les couvertures concernant la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle sont plutôt élevées (plus de 70%), sauf pour la coqueluche où elle reste mitigée (moins de 60%).

Il semblerait finalement que la population de « pro-vaccins » soit équivalente à celle des « anti-vaccins » (17% chacune). Plus de 2/3 des agents n'auraient donc pas d'opinion tranchée sur la vaccination et auraient besoin d'arguments pour se décider. Ce besoin d'informations a d'ailleurs été notifié dans de nombreux commentaires au travers de la question ouverte.

Malgré tout, la perception de la vaccination reste positive. Parmi les actions permettant de la faciliter, les conseils du médecin traitant et la mise en place de vaccinations sur le lieu de travail ont été accueillis avec beaucoup de succès.

2.4 Résultats de l'enquête 2015

2.4.1 Taux de réponse

451 questionnaires ont été recueillis. 21,4% du personnel du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel a donc répondu à cette enquête.

2.4.2 Caractéristiques de l'échantillon

2.4.2.1 La catégorie professionnelle :

Comme lors de notre première enquête, la population médicale est surreprésentée au détriment de la profession paramédicale. Ces résultats sont donc biaisés par une question mal posée.

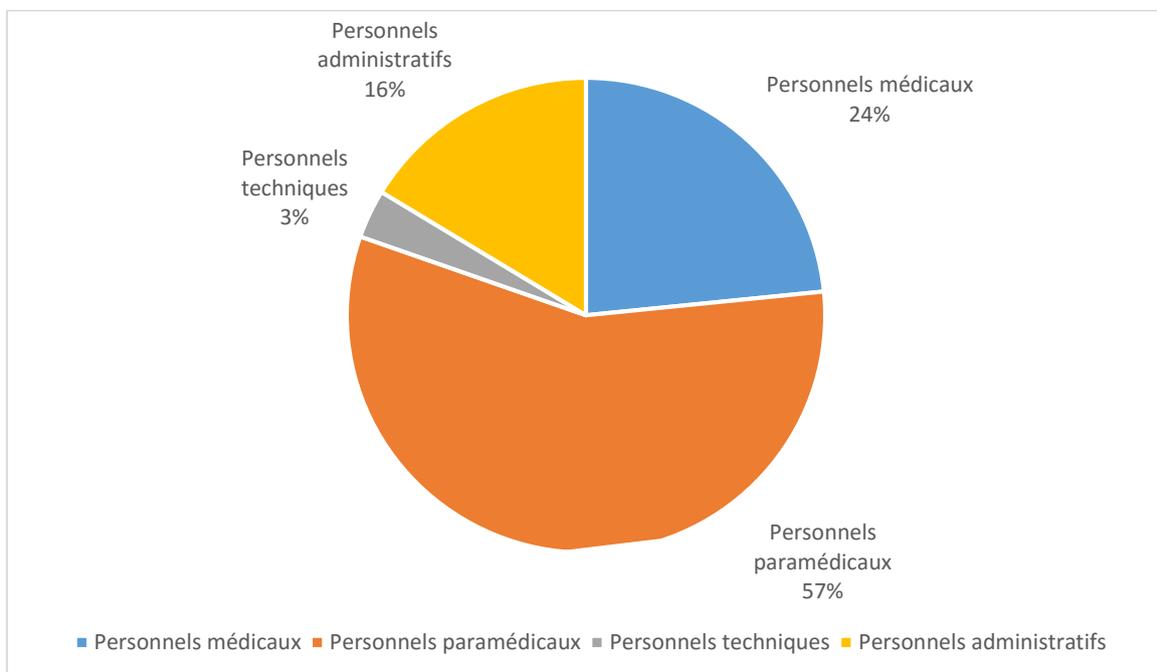


Figure 31 : Les catégories socio-professionnelles : effectifs obtenus dans l'enquête 2015

2.4.2.2 **Le sexe et l'âge**

La majorité des répondants est composée de femmes (86,5%).

Toutes catégories professionnelles confondues, l'âge moyen des répondants est de 43 ans. La classe médiane se situe entre 35 et 44 ans et la classe présentant le plus grand effectif est celle des 45-54 ans (31,6% des répondants).

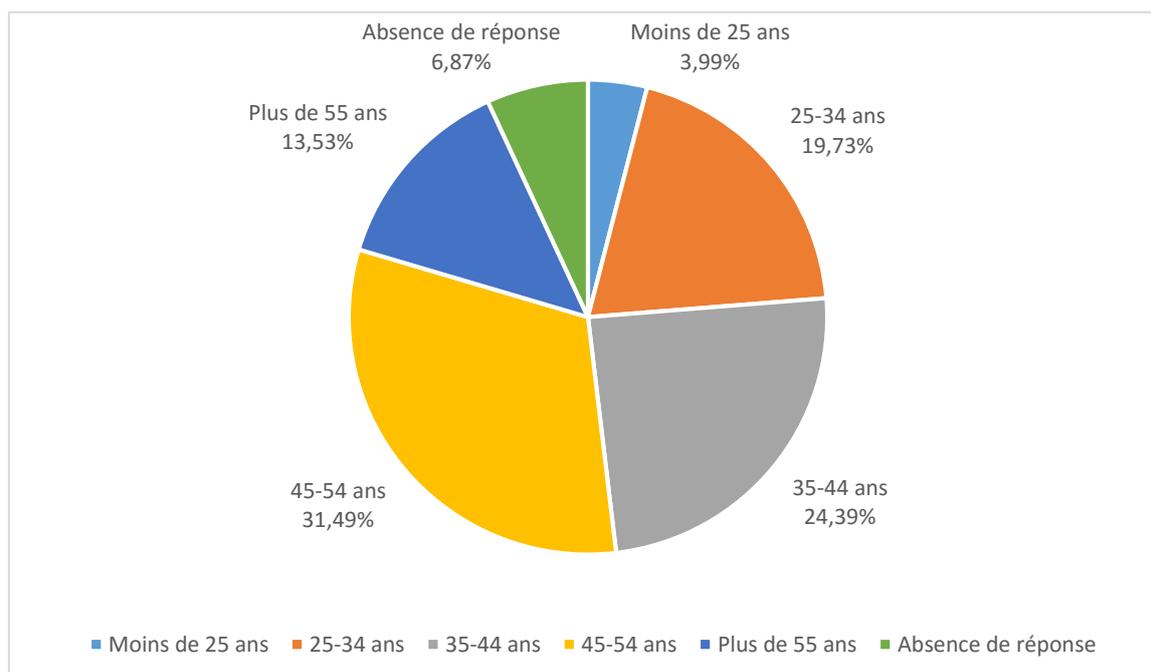


Figure 32 : Enquête 2015 : Age des répondants

2.4.2.3 Ancienneté

Concernant l'ancienneté, la classe la plus nombreuse est celle des 10-19 ans d'ancienneté. C'est également la classe médiane.

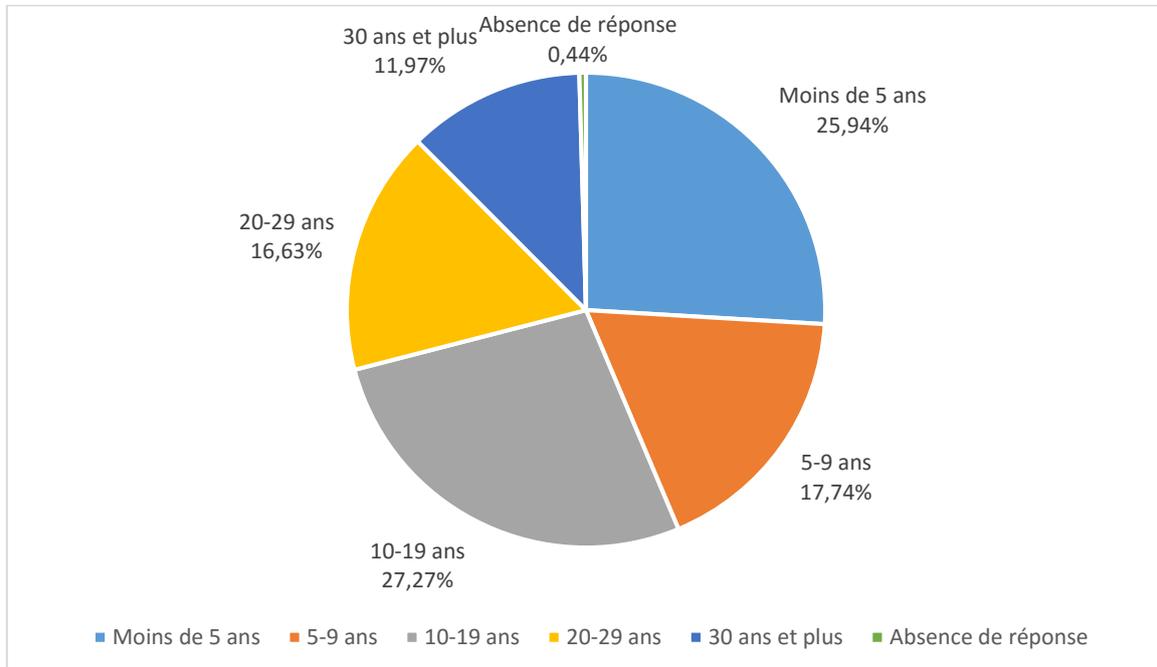


Figure 33 : Enquête 2015 : Ancienneté des répondants de l'enquête

2.4.2.4 Contact avec les patients

Les membres du corps médical et paramédical se considèrent en majorité en contact régulier avec les patients (respectivement 81,8% et 86,2% de réponses positives). Pour le personnel administratif ou technique, cette proportion est moins élevée : ils ne sont respectivement que 21,4% et 17,6 % à se considérer en contact.

Toute catégorie professionnelle confondue, 28,1% des répondants pense n'être jamais ou rarement en contact avec les patients.

2.4.3 La vaccination contre la grippe saisonnière

2.4.3.1 Couverture vaccinale

25,3% ($\pm 3,6$ IC 95%) du personnel du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel se sont fait vacciner contre la grippe lors de la dernière campagne de vaccination 2014-2015. Ce résultat est similaire à celui obtenu en 2014.

2.4.3.2 Facteurs de corrélation à la vaccination contre la grippe

	Effectifs	%
Sexe (p = 0,096, Vcramer = 0,078)		
Femme	90	23,6
Homme	22	34,2
Catégories professionnelles (p = 0,169, Vcramer = 0,105)		
Personnels médicaux	11	34,3
Personnels paramédicaux	77	23,7
Personnels techniques	15	35,7
Personnels administratifs	10	20,3
Age (p = 0,01, Vcramer = 0,239)		
Moins de 25 ans	1	1,9
Entre 25 et 34 ans	14	14,8
Entre 35 et 44 ans	22	19,9
Entre 45 et 54 ans	51	35,96
Plus de 55 ans	19	38,3
Ancienneté (p = 0,003, Vcramer = 0,188)		
Moins de 5 ans	18	15,4
Entre 5 et 10 ans	16	20,8
Entre 10 et 20 ans	40	34,1
Entre 20 et 30 ans	18	23,6
Plus de 30 ans	21	36,5
Contact avec les personnes hospitalisées (p = 0,001, Vcramer = 0,177)		
Oui	72	22,2
Rarement	24	46,1
Non	16	22,9

Tableau XV : Enquête 2015 : Caractéristiques des personnels du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel vaccinés contre la grippe pour la saison 2014-2015

Des différences significatives en matière de vaccination antigrippale s'observent notamment suivant l'âge et l'ancienneté du personnel mais également suivant leur fréquence de contact avec les patients.

Ces résultats sont toutefois à nuancer. En effet, l'analyse multivariée par régression logistique, bien que confirmant que la vaccination antigrippale progresse avec l'âge et est significativement plus forte chez les plus de 55 ans, démontre également que l'ancienneté n'est pas liée à la vaccination. En réalité, celle-ci est plutôt corrélée à l'âge de l'agent hospitalier.

Les deux critères de corrélation à la vaccination antigrippale sont donc l'âge et la fréquence de contact avec les malades.

Lors de l'analyse de ce dernier critère, on constate que ce sont les personnes « rarement en contact avec les personnes hospitalisées » qui sont significativement plus nombreuses à être vaccinées que les autres. Par contre, on n'observe aucune différence significative entre les

personnes régulièrement en contact avec les patients et celles qui ne le sont jamais, exception faite du personnel médical qui est proportionnellement plus vacciné que le personnel administratif.

2.4.3.3 Les facteurs influençant la vaccination antigrippale

2.4.3.3.1 Les facteurs favorisant la vaccination :

- **Les raisons invoquées pour la vaccination antigrippale**

Pour 86,6% des vaccinés, se faire vacciner contre la grippe est devenu automatique puisqu'ils le font tous les ans.

10% des vaccinés sont des « nouveaux vaccinés ». Leur opinion concernant la vaccination antigrippale a changé et, pour près de la moitié d'entre eux, cela est le résultat de la campagne de sensibilisation.

0,8% des répondants vaccinés invoque avoir contracté une grippe l'année précédente qui les a incités à se faire vacciner pour la saison 2014-2015.

Enfin, 5% évoquent d'autres raisons.

- **Les lieux de vaccination antigrippale**

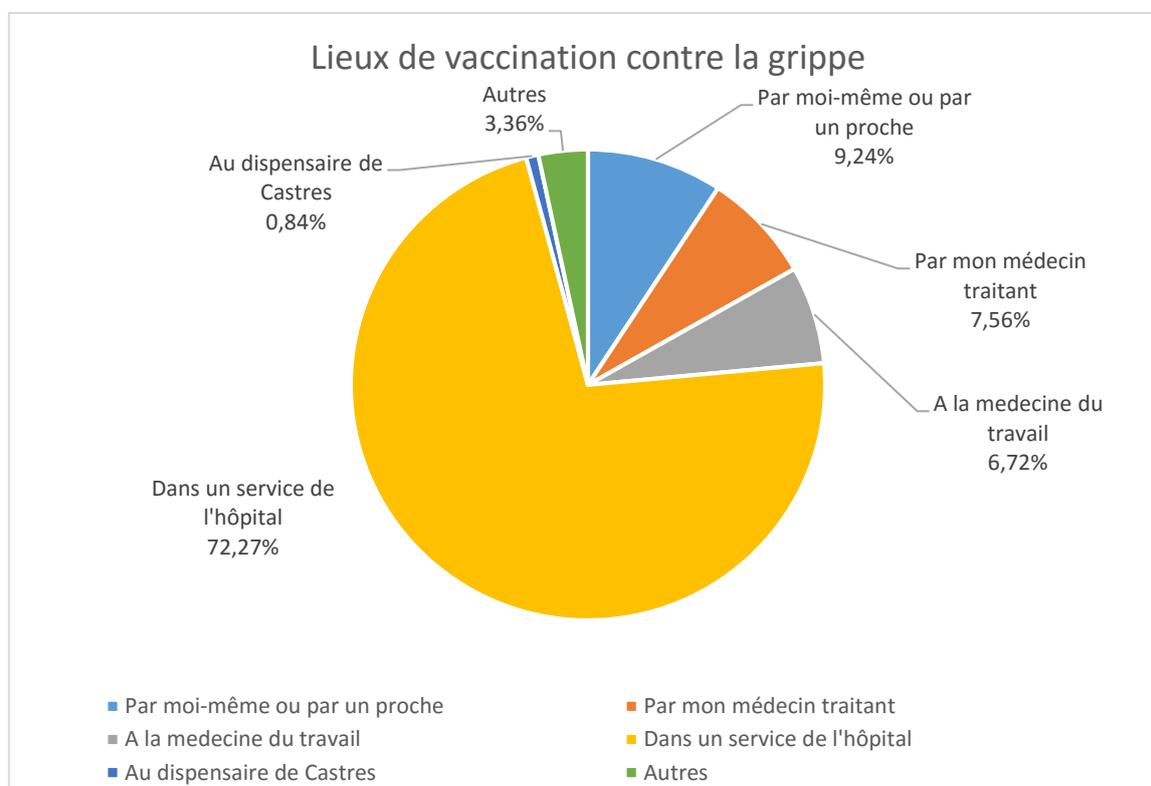


Figure 34 : Enquête 2015 : Lieux de vaccination antigrippale pour la saison 2014-2015

Pour près des 3/4 du personnel vacciné, l'injection a été réalisée dans un service de l'hôpital c'est-à-dire sur leur lieu de travail. Les agents hospitaliers ont donc profité de la praticité de ce lieu qui permet de trouver aisément, dans un même endroit, le vaccin et une personne apte à vacciner. Cela permet d'éviter les contraintes liées à la prise de rendez-vous avec une infirmière ou un médecin libéral et la récupération du vaccin dans une pharmacie. C'est non seulement un gain de temps pour le personnel mais également un moyen de limiter les aléas qui décourageraient une personne à se faire vacciner. Le fait de voir ses collègues recourir à la vaccination peut également être à l'origine d'un effet de groupe ayant un effet incitatif auprès des non-vaccinés.

La tranche d'âge des plus de 55 ans se caractérise par le fait de se rendre, plus que les autres, à la médecine du travail pour se faire vacciner. Ils ne sont que 55,2% de cette catégorie à se faire vacciner dans un service.

2.4.3.3.2 Les facteurs freinant la vaccination

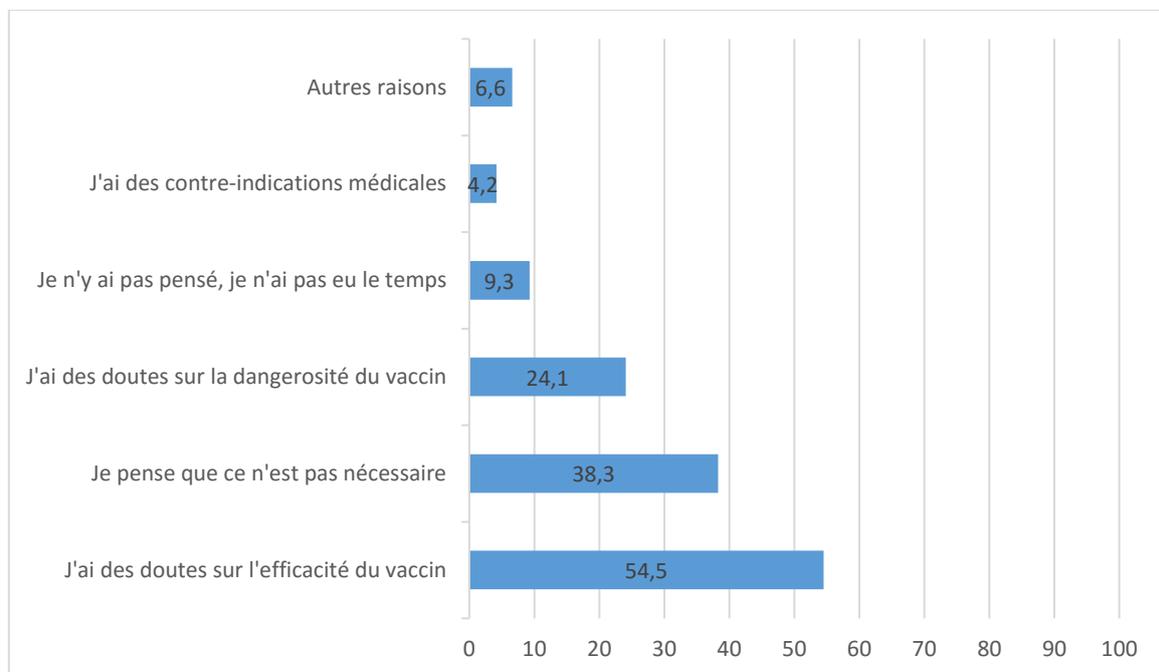


Figure 35 : Enquête 2015 : Raisons de non-vaccination contre la grippe saisonnière lors de la saison 2014-2015

Les membres du personnel non vaccinés évoquent des craintes sur le vaccin. En effet, plus de la moitié d'entre eux doutent de son efficacité (54,5%) et près de 25% émettent des réserves quant à son innocuité (24,1%). Les personnes les plus sceptiques quant à la dangerosité des vaccins sont les membres du corps médical (35,4%) et paramédical (23,4%).

L'inefficacité du vaccin antigrippal est une opinion très répandue chez les agents hospitaliers comme dans la population générale. Les résultats obtenus suite à cette enquête sont très proches de ceux de l'enquête réalisée au CH de Cochin en 2007 où l'inefficacité du vaccin était évoquée par 55% des répondants et la peur des effets indésirables par 21% d'entre eux [51]. Les résultats de cette enquête sont également à corréler au fait qu'un des trois virus composant le vaccin 2014 a muté après fabrication du vaccin, diminuant son efficacité.

Cette dérive antigénique, largement commentée par les médias, a contribué au fait que de nombreuses personnes vaccinées ont développé la grippe.

Parmi les autres raisons de non-vaccination, on retrouve également la croyance en de fausses idées. En effet, 38,3% des non-vaccinés pensent qu'il n'est pas nécessaire de se faire vacciner, ou, du moins, pas tous les ans. Le vaccin contre la grippe n'étant pas obligatoire mais seulement recommandé, de nombreuses personnes croient qu'elles ne font pas partie des personnes à risque, notamment les plus jeunes, qui minimisent également les effets de la maladie.

Le manque de temps, les contre-indications et les « autres raisons » ne sont évoqués que plus rarement (respectivement 9,3%, 4,2% et 6,6%). Les personnes avouant un oubli étaient effectivement davantage vaccinées l'année précédente. Elles sont, pour la plupart, plus favorables à l'exemplarité des soignants et à la poursuite des actions de sensibilisation au sein du centre hospitalier que leurs collègues.

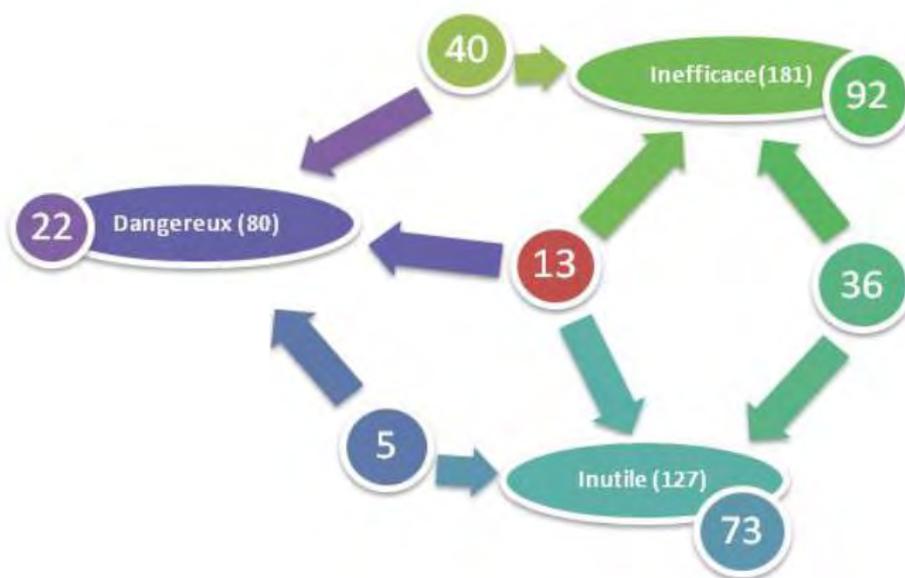


Figure 36 : Enquête 2015 : Liens entre les raisons négatives évoquées pour la non-vaccination

Grace à l'analyse des questionnaires, LAEPPS a distingué 3 groupes de répondants :

- « L'idée de dangerosité est énoncée par 28% des répondants non vaccinés, seule ou associée à une autre caractéristique.
- L'argument de l'inefficacité est avancé par 46% d'entre eux, seule ou associée avec l'inutilité.
- 6% des répondants non vaccinés évoquent pour seule raison l'inutilité du vaccin. »

2.4.4 Notion d'exemplarité pour la vaccination antigrippale

	Oui	Non	Je ne sais pas	Absence de réponse
Exemplarité des soignants (IC 95%)				
Enquête 2014	24,4% (± 3,4)	48,6% (± 4,3)	24,8% (± 3,4)	2,1% (± 1,1)
Enquête 2015	27,7% (± 4,1)	45,2% (± 4,6)	24,4% (4,0)	2,9% (± 1,5)
Exemplarité personnelle (IC 95%)				
Enquête 2014	21,4% (± 3,3)	58,6% (± 3,9)	16,6% (± 3,0)	3,6% (1,5)
Enquête 2015	22,2% (± 3,8)	56,1% (± 4,6)	17,1% (± 3,5)	4,7% (± 1,9)

Tableau XVI : Enquête 2015 : Notion d'exemplarité pour la vaccination antigrippale

Il n'y a pas de différence significative entre les résultats obtenus en 2014 et en 2015 sur l'exemplarité des soignants. Environ ¼ des répondants pense que les soignants doivent montrer l'exemple en matière de vaccination antigrippale. Ils sont près de la moitié à penser le contraire et ¼ à être indécis.

Les résultats concernant l'exemplarité personnelle (« je dois montrer l'exemple ») sont également similaires d'une année sur l'autre.

2.4.5 Evaluation de la campagne de sensibilisation à la vaccination

2.4.5.1 Connaissance et participation à la campagne de sensibilisation

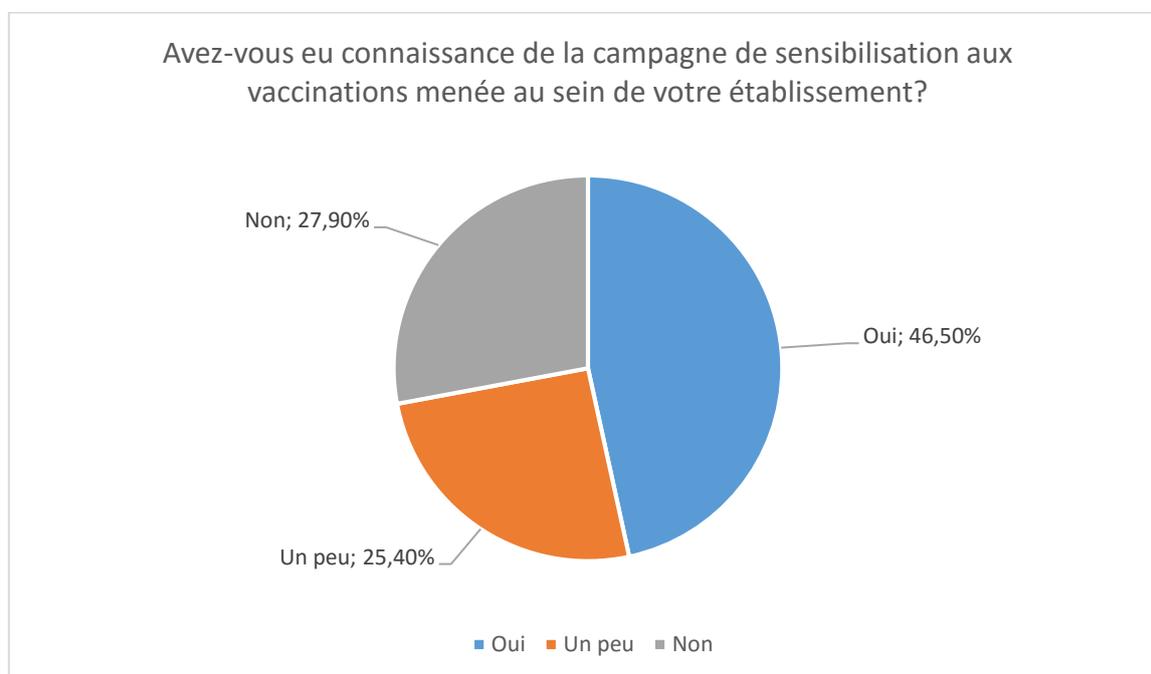


Figure 37 : Enquête 2015 : Connaissance de l'existence de la campagne de sensibilisation à la vaccination menée au sein des CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel en 2014-2015

72% du personnel déclare avoir eu connaissance de la campagne de sensibilisation à la vaccination qui se déroule dans leur établissement depuis près d'un an.

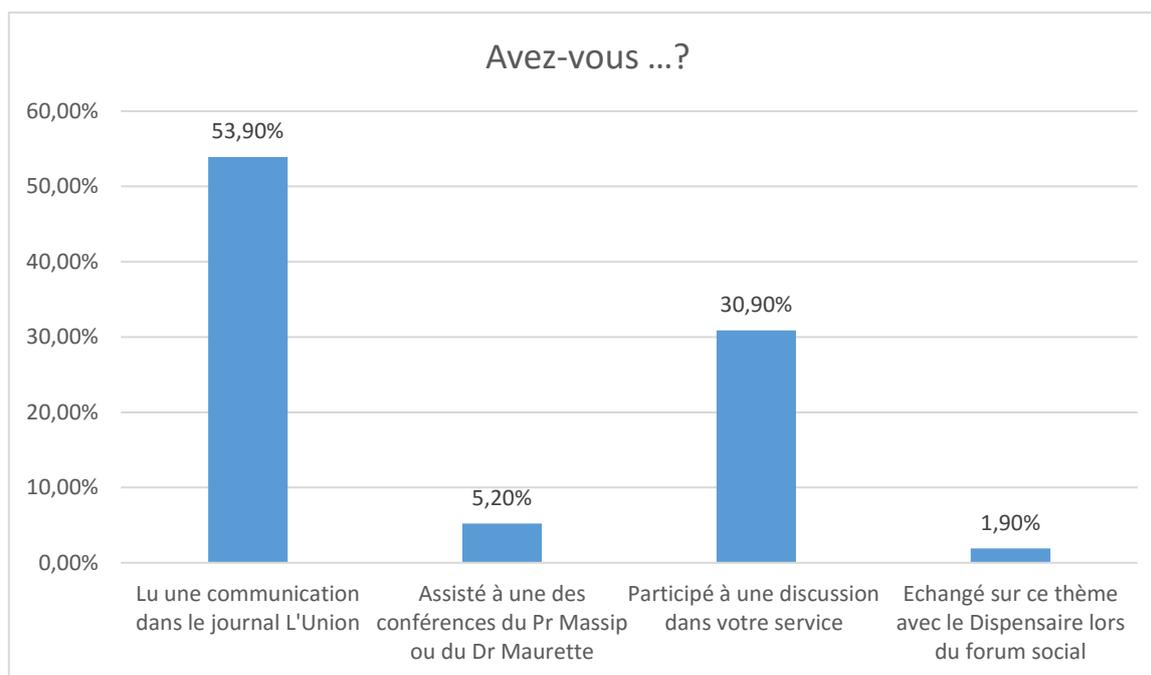


Figure 38 : Enquête 2015 : Participation à la campagne de sensibilisation à la vaccination

Le journal interne L'Union a été lu par plus de la moitié du personnel et 30% des agents hospitaliers ont participé à une discussion sur la vaccination dans leur service. En revanche, les conférences et le forum social n'ont attiré que peu de personnes.

Au sein du CHIC Castres-Mazamet, la sensibilisation a surtout été réalisée grâce à L'Union, qui a été lu par 61,7% du personnel. La lecture de ce journal progressant avec l'âge, ce sont les moins de 35 ans qui ont été le moins sensibilisés via ce moyen. L'analyse des questionnaires a également permis de démontrer que ce sont les agents rarement en contact avec les patients qui ont été proportionnellement le plus sensibilisés via ce canal. Ils ont également davantage participé à une discussion sur la vaccination et sont plus vaccinés contre la grippe que leurs collègues.

Les personnes ayant lu une communication dans L'Union sont également plus favorables que les autres en une poursuite de l'action (51,2% versus 36,45%).

Par contre, au CH Revel où ce journal n'est pas diffusé, ce sont les discussions sur la vaccination dans les services qui ont eu le plus d'échos.

2.4.5.2 Opinion sur la campagne de sensibilisation à la vaccination

Les personnes ayant eu connaissance de la campagne de sensibilisation ont été invitées à juger cette initiative.

Pour 59% d'entre eux, l'initiative est bonne. Les personnes qui ont une bonne image de cette campagne sont, en majorité, des personnes vaccinées. 48.3% du personnel souhaite même sa poursuite.

4 personnes sur 10 pensent, au contraire, que l'action de sensibilisation est inutile. En effet, 33,6% des répondants affirme que la vaccination est une question de choix individuel et que, par conséquent, l'action de sensibilisation n'a pas sa place au sein des établissements hospitaliers. 7,1% des réponses évoquent une campagne de sensibilisation inutile car c'est à chacun de se responsabiliser dans ce domaine

2.4.5.3 Opinion sur les nouvelles actions à mener pour renforcer la sécurité des patients

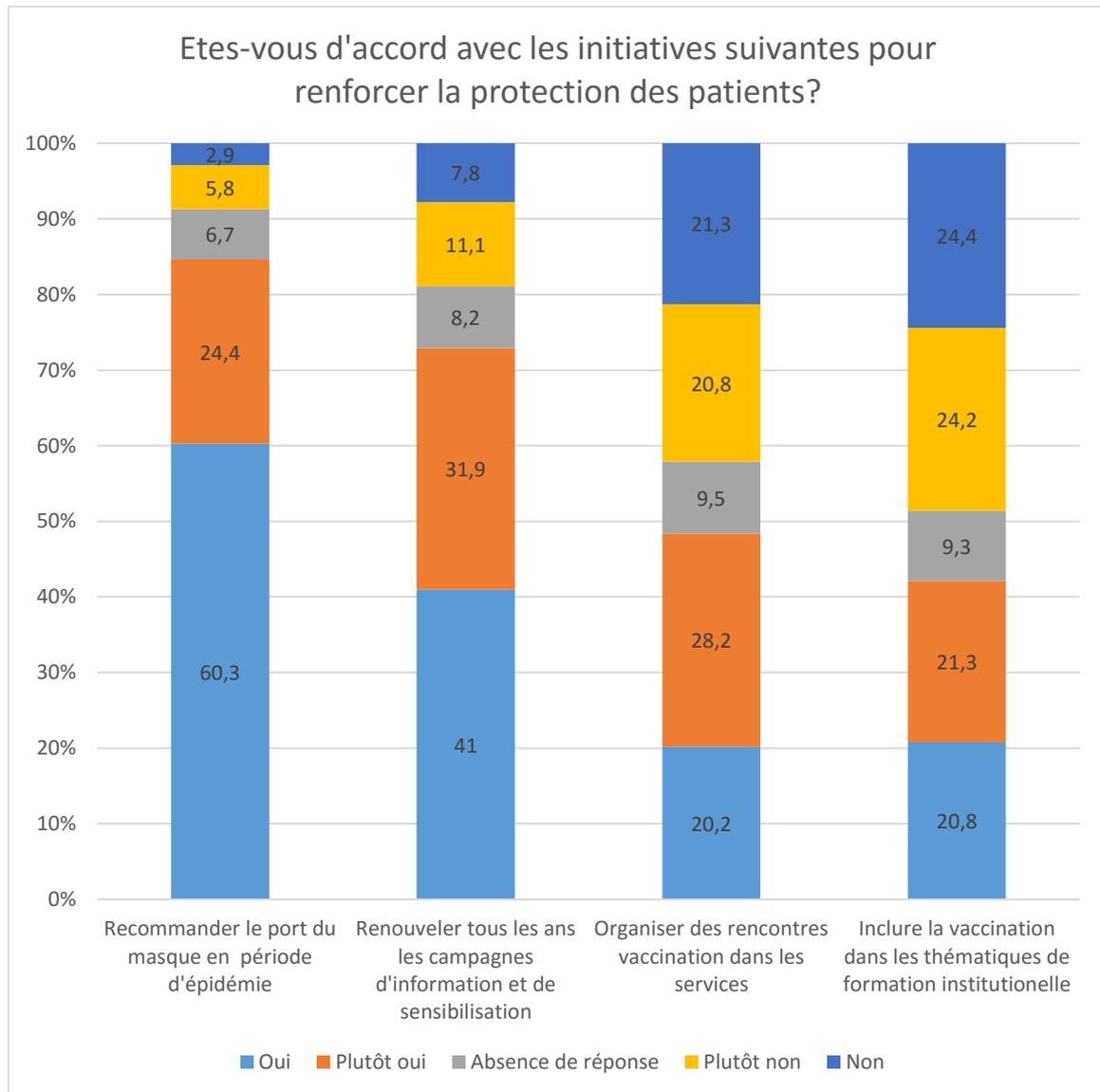


Figure 39 : Enquête 2015 : Avis sur les suites à donner à la campagne de sensibilisation à la vaccination

Parmi les actions proposées pour protéger les patients d'éventuelles contaminations, c'est la recommandation du port du masque en période d'épidémie qui a été accueillie avec le plus d'enthousiasme (60,3% de « oui » et 24,4% de « plutôt oui »).

Le renouvellement de campagnes de sensibilisation est souhaité par près de $\frac{3}{4}$ des répondants.

La moitié du personnel désirerait participer à des rencontres vaccination dans les services.

Par contre, une proposition recueille davantage de désaccord (48,6%) que d'approbation (42,1%) : il s'agit de l'inclusion de la vaccination dans les thématiques de formation institutionnelle. Nous pouvons supposer qu'elle a été peu appréciée par le personnel du fait de sa dimension « autoritaire ». En effet, c'est la seule proposition qui entraînerait une obligation de la part du personnel.

2.4.5.4 Profils des répondants en fonction de leur opinion sur les suites à donner à la campagne

LAEPPS a réussi à isoler 3 profils à partir des réponses aux 4 propositions d'actions évoquées dans le paragraphe précédents.

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques de chaque groupe :

	Profil A : Les « opposants »	Profil B : Les « alliés »	Profil C Les « indécis »
Avis concernant les initiatives proposées en vue d'améliorer la sécurité du patient	Réfractaires	Largement favorables	Hésitants
Proportion	18%	26 %	56%
Contact avec le patient majoritaire	Régulier	Rare	Divers
Taux de vaccination antigrippale (Khi2=51,6 ; ddl=2 ; p=0,001 et Vcramer=0,338)	8,7% Raisons de non-vaccination : Doutes sur l'efficacité et l'innocuité du vaccin	50,4% Raisons de non-vaccination : 20% d'oubli ou de manque de temps	20,9% Raisons de non-vaccination : doutes sur l'utilité du vaccin
Avis sur l'exemplarité des soignants en matière de vaccination (Khi2=120,1 ; ddl=4 ; p=0,001 et Vcramer=0,372)	Refus à 74,4% 20,5% d'indécis	Favorable à 66,7% 20,2% d'indécis	Refus à 51,9% 27,8% d'indécis
Taux de connaissance de la campagne de sensibilisation (Khi2=15,2 ; ddl=4 ; p=0,005 et Vcramer=0,132)	69,7% (53,2% de réponse « oui » et 16,5% de réponse « Un peu »)	75% (56,9% de réponse « oui » et 18,1% de réponse « Un peu »)	72,4% (40,2% de réponse « oui » et 32,2% de réponse « Un peu »)
Taux de participation à une discussion sur la vaccination dans leur service (Khi2=5,30 ; ddl=2 ; p=0,069 et Vcramer=0,112)	28,2%	39,6%	27,8%
Remarques	-Prône le libre choix		-Jeunes en majorité

Tableau XVII : Enquête 2015 : Répartition des répondants en 3 profils

Le profil A, des « opposants » aux propositions, est composé de 18% des personnels. Bien qu'ils soient souvent en contact avec les patients, ils ne sont généralement pas vaccinés contre la grippe car ils ont des doutes sur la dangerosité et l'efficacité du vaccin. Ils refusent, en tant que soignants, d'être un modèle en matière de vaccination.

Le profil B, des « alliés », représente 26% des répondants. Il s'agit de personnes favorables à la mise en place des initiatives proposées. Elles sont rarement en contact avec les personnes hospitalisées mais sont, pour la majorité, vaccinées contre la grippe. Celles qui ne le sont pas mettent en avant un manque de temps ou un oubli. 2/3 d'entre elles pensent que les soignants doivent montrer l'exemple en matière de vaccination. Elles sont nombreuses à avoir eu connaissance de la campagne de sensibilisation et à avoir discuté de ce thème dans leur service.

Le profil C représente la majeure partie du personnel soit plus de 56%. Ce sont des personnes indécises, jeunes et peu vaccinées contre la grippe car elles ne sont pas sûres de son efficacité.

Opinion sur la campagne en fonction du profil :

	Profil A	Profil B	Profil C
L'initiative est bonne et l'action est suffisante	17,8%	10,4%	15,9%
L'initiative est bonne et l'action doit se poursuivre	11,1%	82,1%	43,7%
L'action est inutile car chacun doit se responsabiliser	20,0%	7,5%	11,1%
L'action est inutile car la vaccination est une question de choix individuel	68,9%	7,5%	34,9%

Tableau XVIII : Enquête 2015 : Opinion sur la campagne de sensibilisation en fonction du profil des répondants

Alors que les opposants sont 68,9% à penser qu'il n'est pas nécessaire de continuer la campagne de sensibilisation à la vaccination car celle-ci doit être un choix personnel, les alliés, au contraire, souhaiteraient que l'action se poursuive.

2.4.6 Conclusion

En ce qui concerne la vaccination antigrippale, l'avancée en âge et le contact occasionnel avec les personnes hospitalisées semblent être des facteurs fortement corrélés à la vaccination. Le changement d'opinion sur cette vaccination semble possible comme en témoigne les 10% des répondants vaccinés qui indiquent avoir changé d'avis et s'être fait vacciner en 2014-2015. Par contre, cette vaccination étant jugée inefficace, inutile et dangereuse pour un grand nombre d'agents, il serait sans doute bénéfique de communiquer sur ces thèmes lors de la suite la campagne.

L'enquête confirme également le fait que de nombreux soignants pensent qu'ils n'ont pas à montrer l'exemple en matière de vaccination antigrippale. Selon LAEPPS, la notion de « vaccin recommandé » serait perçue « comme si le vaccin était facultatif, en minorant le fait que la recommandation s'appuie sur des données scientifiquement fondées, produites par les autorités sanitaires, et dans le souci premier de protéger les malades, pour lesquelles la grippe peut avoir de graves conséquences ».

La campagne de sensibilisation à la vaccination a toutefois été appréciée par une majorité du personnel puisque 60% ont trouvé l'initiative bonne. Bien que des détracteurs évoquent la notion de choix individuel pour justifier son arrêt, il n'en est rien pour près de la moitié du personnel qui souhaite sa poursuite.

La plupart des actions proposées en vue d'améliorer la sécurité des patients ont été accueillies avec bienveillance tant qu'elles s'accordent sur une dimension facultative (recommander le port du masque, organiser des rencontres vaccination sur le lieu de travail...) et non obligatoire (inclure la vaccination dans les formations institutionnelles).

Cette seconde enquête intervient alors que la campagne de sensibilisation ne fait que commencer et il est donc trop tôt pour mesurer l'impact de la sensibilisation sur les vaccinations du personnel. On peut toutefois saluer le fait qu'elle ait réussi à toucher plus de 7 personnes sur 10, notamment grâce aux « réunions vaccination » et au journal L'Union. Ce dernier n'étant conçu que pour le personnel du CHIC Castres-Mazamet, il serait sans doute intéressant de développer un moyen de communication similaire au CH Revel.

Enfin, cette enquête a permis de discerner trois profils de répondants :

- Les « alliés » (26%) : ce sont les plus vaccinés, les plus informés sur la campagne de sensibilisation et ceux qui ont le plus participé aux « réunions vaccination » ;
- Les « opposants » (18%) : ils sont souvent moins vaccinés que leurs collègues et refusent toute notion d'exemplarité des soignants. Ils évoquent de nombreux doutes quant à l'efficacité et l'innocuité des vaccins ;
- Les « indécis » (56%) : c'est sur cette population qu'il faut concentrer les actions en vue de leur apporter des arguments permettant de la rassurer et de lever ses réticences.

2.5 Résultats de l'enquête 2016

2.5.1 Taux de réponse

303 questionnaires ont été recueillis. 14,4% du personnel du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel a donc répondu à notre enquête. Ce taux est inférieur à celui des enquêtes 2014 et 2015 (22,4% et 21,4% respectivement). Cela peut être expliqué par le fait que cette dernière enquête ait été réalisée durant la même période que la certification du CHIC Castres-Mazamet. Par contre, le CH Revel ne participant pas à ces procédures, sa participation a augmenté, passant de 14,6% en 2015 à 25,7% en 2016, en particulier grâce à la mobilisation des techniciens qui ont été 10 fois plus nombreux à répondre à ce questionnaire.

Au total, les 3 enquêtes ont touché 730 personnes sur les 2105 agents de l'hôpital (32,6%).

2.5.2 Caractéristiques de l'échantillon

2.5.2.1 La catégorie professionnelle :

Pour pouvoir comparer les différentes enquêtes, les mêmes intitulés ont été conservés pour tous les questionnaires. La question concernant la catégorie professionnelle étant mal posée, les résultats lors de cette dernière enquête sont similaires à ceux obtenus auparavant.

	Étude 2014			Étude 2015			Étude 2016		
	Effectifs	%	Taux de retour	Effectifs	%	Taux de retour	Effectifs	%	Taux de retour
personnels médicaux	113	25,8%	72,9%	99	23,4%	63,9%	65	23,7%	41,9%
personnels paramédicaux	239	54,6%	15,6%	241	57,0%	15,8%	144	52,6%	9,4%
personnels techniques	27	6,1%	13,4%	14	3,3%	7,0%	23	8,4%	11,4%
personnels administratifs	59	13,5%	26,8%	69	16,3%	31,4%	42	15,3%	19,1%
<i>Total personnel</i>	438			423			274		
<i>NR personnel</i>	33			28			29		
Total	471	100,0%	22,4%	451	100,0%	21,4%	303	100,0%	14,4%

Tableau XIX : Enquête 2016 : Catégories professionnelles lors des 3 enquêtes

2.5.2.2 **Le sexe et l'âge**

La majorité des répondants est composée de femmes (82,8%).

Comme lors de l'enquête 2015, toutes catégories professionnelles confondues, l'âge moyen des répondants est de 43,6 ans (43 ans en 2015). Par contre, la classe médiane n'est plus celle des 35-44 ans mais celle des 45-54ans.

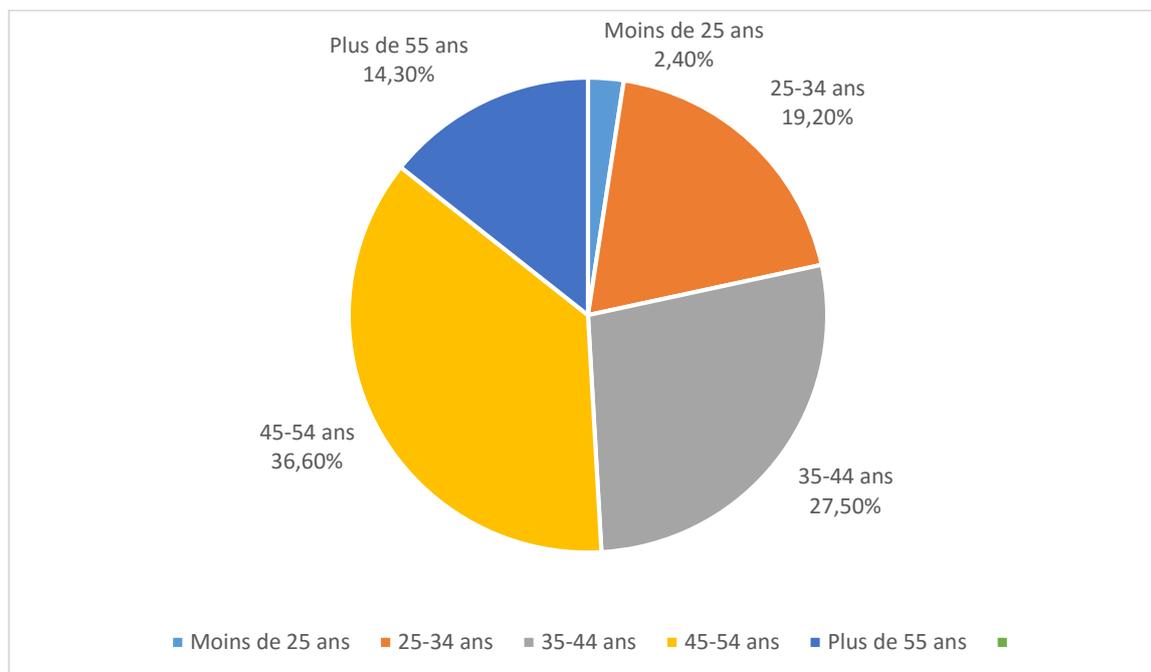


Figure 40 : Enquête 2016 : Age des répondants de l'enquête

2.5.2.3 *Contact avec les patients*

Comme auparavant, les membres du corps médical et paramédical se considèrent en majorité en contact régulier avec les patients (respectivement 84,6% et 85,1% de réponse positive). Pour le personnel administratif ou technique, cette proportion reste moins élevée : ils ne sont respectivement que 21,4% et 14,3 % à s'estimer en contact avec les patients.

Toute catégorie professionnelle confondue, 30,2% des répondants pense n'être jamais ou rarement en contact avec les patients.

2.5.3 Pratiques et attitudes du personnel vis-à-vis de la vaccination antigrippale

2.5.3.1 Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière

Il n'y a aucune différence significative entre la couverture vaccinale contre la grippe en 2015 (24,8% \pm 3,6 IC 95%) et en 2016 (29,4%, \pm 4,7 IC 95%). L'intervalle de confiance de cette dernière est plus grand que lors des enquêtes précédentes du fait du nombre moins importants de questionnaires retournés.

Comme lors des enquêtes précédentes, ce sont les professions médicales qui sont davantage vaccinées.

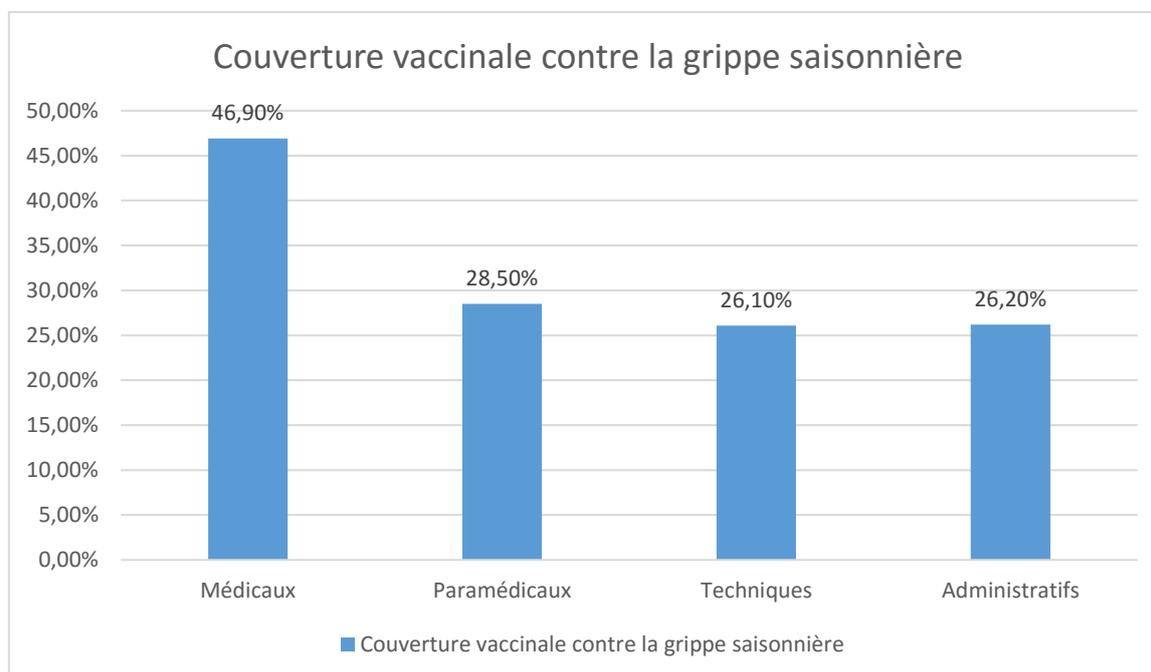


Figure 41 : Enquête 2016 : Couverture vaccinale contre la grippe en fonction de la catégorie professionnelle

Une augmentation relative du taux de vaccination dans toutes les catégories professionnelles, à l'exception du personnel technique est constatée. Toutefois, cette augmentation n'est pas significative d'un point de vue statistique. De la même manière, les personnes se déclarant en contact régulier avec les patients sont plus vaccinées que l'année précédente, sans que la différence ne soit significative.

Par contre, une augmentation significative de la couverture vaccinale antigrippale des 35-45 ans a été constatée. Elle passe de 19,9% en 2015 à 32,4% en 2016 ($p=0,037$).

D'après LAEPPS, « l'analyse multivariée par régression logistique confirme les résultats des analyses uni-variées. Le facteur le plus fortement corrélé avec la vaccination reste la fréquence du contact avec les patients. Sans que nous puissions l'expliquer, les personnes « rarement en contact avec les personnes hospitalisées » sont significativement plus nombreuses à être vaccinées que les autres. »

	Modalité	p	OR ajusté	Limite inf. 95%	Limite sup. 95%
Sexe	femmes		1		
	hommes	0,172	1,678	0,752	3,554
Personnels	personnels médicaux		1		
	personnels paramédicaux	0,076*	0,560	0,292	1,072
	personnels techniques	0,275	0,482	0,130	1,788
	personnels administratifs	0,051*	0,354	0,123	1,016
Âge	55 ans et plus		1		
	entre 45 et 54 ans	0,780	0,880	0,353	2,190
	entre 35 et 44 ans	0,715	0,839	0,329	2,141
	moins de 35 ans	0,325	0,603	0,221	1,648
Contact avec des hospitalisés	oui		1		
	rarement	0,044**	2,315	1,011	5,300
	non	0,257	0,546	0,191	1,560

Tableau XX : Enquête 2016 : Facteurs associés à la vaccination antigrippale

Alors qu'en 2015, la couverture vaccinale contre la grippe était supérieure pour les personnes ayant répondu aux enquêtes 2014 et 2015, il n'en est rien en 2016. Le fait d'être favorable au vaccin n'est donc pas un facteur incitatif pour répondre aux questionnaires.

2.5.3.2 Les facteurs influençant la vaccination antigrippale

2.5.3.2.1 Les facteurs favorisant la vaccination

Plusieurs réponses pouvaient permettre de justifier cette vaccination. Les résultats obtenus à cet item sont similaires à ceux obtenus en 2015.

Parmi les personnels vaccinés contre la grippe saisonnière :

- 84,2% sont des « habitués » car ils se font vacciner tous les ans, ou presque ;
- 15,8% se sont fait vacciner lors de la saison 2015-2016 alors qu'ils ne l'avaient pas fait en 2014-2015. Cette proportion de personnes qui a changé d'avis est plus importante que celle rapportée lors de l'enquête 2015 (10%). Ce changement dans les pratiques vaccinales est dû :
 - A la campagne de sensibilisation réalisée à l'hôpital (8,4%) ;
 - A un changement d'opinion sur le vaccin contre la grippe (4,2%) ;
 - A la volonté de ne pas contracter la grippe comme l'année passée (3,2%).
- 4,2% invoquent d'autres raisons qui les auraient incités à se faire vacciner.

2.5.3.2.2 Les facteurs freinant la vaccination

Comme en 2015, des doutes subsistent chez les non vaccinés quant à l'efficacité du vaccin (50,7%), en particulier au CH Revel, et en son innocuité (29,7%). 34,2% des non vaccinés pense que cette vaccination n'est pas nécessaire (34,2%).

Bien que la différence ne soit pas significative, les doutes concernant l'efficacité du vaccin ont baissé de 3,8 points. Le taux de personnes évoquant que ce vaccin n'est pas nécessaire a également diminué (-4,1 points). Par contre, les doutes sur la dangerosité du vaccin contre la grippe sont renforcés en 2016 (+5,6 points).

Une nouvelle proposition pouvant justifier l'absence de vaccination antigrippale a été ajoutée à cet item en 2016 : il s'agit des contre-indications médicales. Cet argument, qui n'existait pas en 2015, a recueilli 8,9% des voix.

Enfin, la proportion de personnes évoquant un manque de temps / un oubli ou une autre raison est de 6,9% chacune.

2.5.4 Couverture vaccinale pour les autres vaccins recommandés

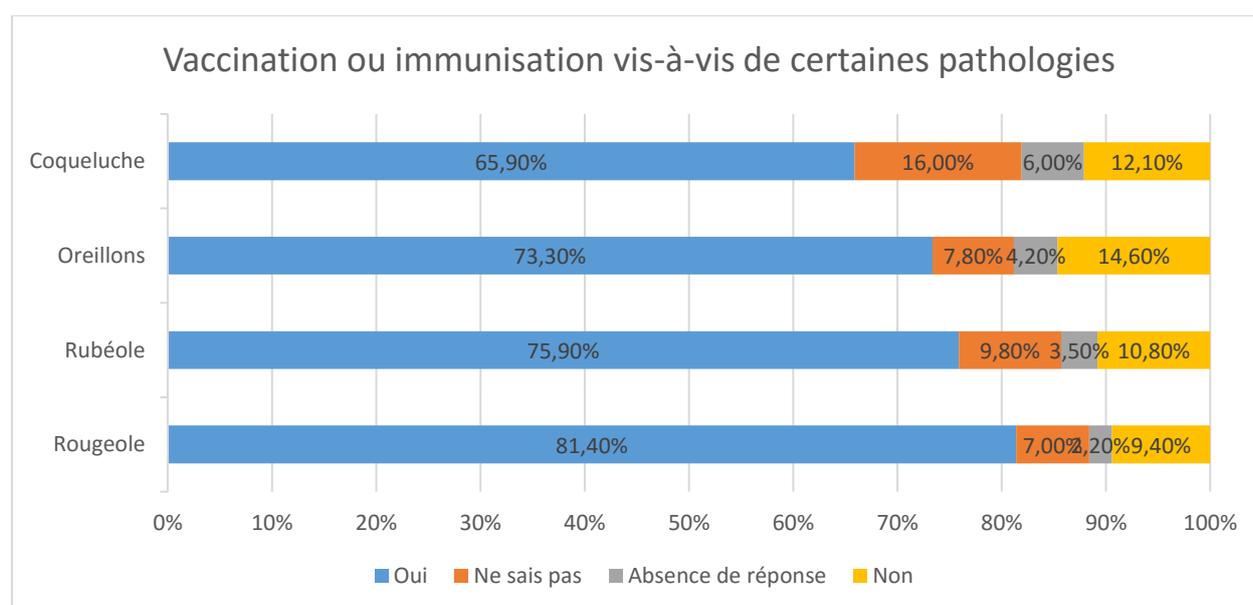


Figure 42 : Enquête 2016 : Couverture vaccinale contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons et la rubéole

Les couvertures vaccinales concernant la rougeole et les oreillons n'ont pas, statistiquement, évolué entre 2014 et 2016. Par contre, les couvertures vaccinales contre la rubéole et la coqueluche ont progressé en 2 ans : +5,2 pour la rougeole ($p=0,11$) et +6,2 points pour la coqueluche ($p=0,07$).

Couvert contre	Coqueluche		Rougeole		Oreillons		Rubéole	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Sexe (n=300)		p=0.14		0.99		0.78		0.22
femmes (n=255)	172	67,5	208	81,4	185	72,6	197	77,1
hommes (n=45)	25	54,8	36	80,4	34	75,7	30	67,2
Personnels (n=274)		0.45		0.48		0.20		0.77
personnels médicaux (n=65)	47	72,3	58	89,2	52	80,0	52	80,0
personnels paramédicaux (n=144)	96	66,7	116	80,6	106	73,6	110	76,4
personnels techniques (n=23)	15	65,2	19	82,6	18	78,3	17	73,9
personnels administratifs (n=42)	24	57,1	34	81,0	26	61,9	30	71,4
Âge (n=285)		0.93		0.54		<0.01		0.04
moins de 35 ans (n=59)	41	70,3	51	86,6	51	87,5	50	84,3
entre 35 et 44 ans (n=85)	58	67,9	72	84,3	70	81,5	78	79,7
entre 45 et 54 ans (n=111)	74	66,6	91	81,8	73	65,6	83	74,2
plus de 55 ans (n=30)	19	62,9	22	74,3	15	51,7	17	57,7
Contact avec hospitalisés (n=296)		0.13		0.49		0.24		0.54
oui (n=213)	144	68,6	177	83,0	162	76,3	166	77,9
rarement (n=39)	27	69,7	29	75,3	26	67,9	28	73,4
non (n=44)	24	53,5	39	79,5	29	65,7	31	70,8
Total	200	66,0	247	81,5	222	73,3	230	75,9
IC95% N=2105		±5,1%		±4,0%		±4,6%		±4,4%

Tableau XXI : Enquête 2016 : Couverture vaccinale contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons et la rubéole en fonction des caractéristiques du personnel (données redressées selon la profession)

Une régression logistique a été effectuée par LAEPPS. Elle met en évidence certaines différences significatives :

- « Pour la rubéole, ce sont les femmes et les plus jeunes qui présentent le meilleur taux de couverture.
- Pour les oreillons, les facteurs corrélés à la couverture sont l'âge (les plus jeunes) et le contact avec les personnes hospitalisées.
- Pour la coqueluche, les femmes et les personnes en contact avec les personnes hospitalisées sont les plus protégées.
- On ne constate aucune corrélation significative entre la protection contre la rougeole et les caractéristiques des personnels. »

2.5.5 Perception de la vaccination en général

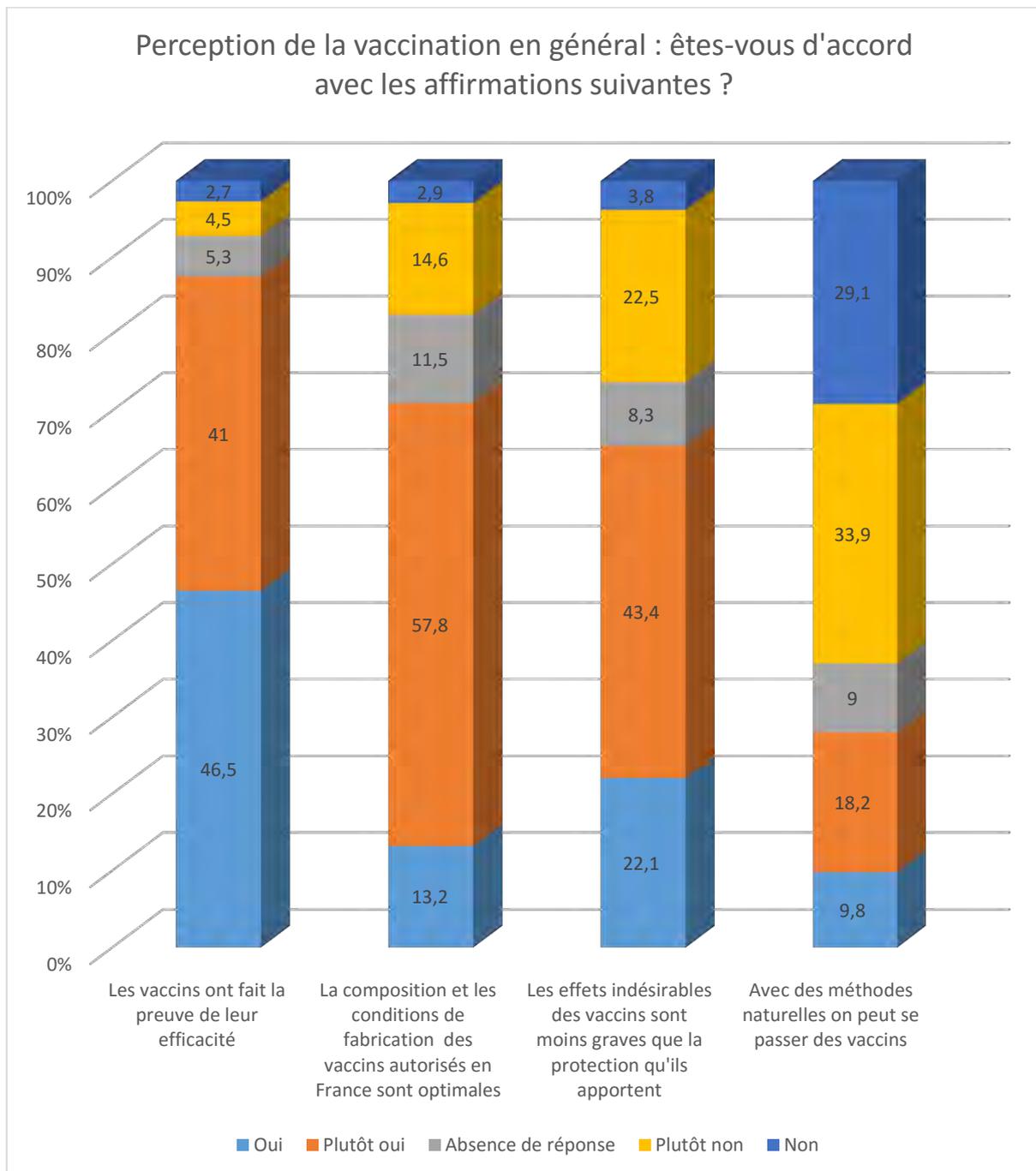


Tableau XXII : Enquête 2016 : Perception de la vaccination en général

2.5.5.1.1 Les vaccins ont fait la preuve de leur efficacité

La vaccination est jugée efficace par 87,5% du personnel en 2016. Cette affirmation a moins convaincu qu'en 2014 où elle avait été approuvée par 93,3% des agents. Il semblerait que cette différence soit corrélée à l'établissement d'exercice : alors que le CHIC Castres-Mazamet recueille 90,6% de réponses « oui » ou « plutôt oui », le CH Revel n'en récolte que 79,6%.

2.5.5.1.2 Les effets indésirables des vaccins sont moins graves que la protection qu'ils apportent

La crainte des effets indésirables liés à la vaccination s'est accrue en deux ans. Alors qu'ils étaient, en 2014, 73% à penser que les effets indésirables des vaccins étaient moins graves que la protection qu'ils confèrent, ils ne sont plus que 65,5% à le penser en 2016 (68,7% au CHIC de Castres-Mazamet et 57,3% à Revel).

2.5.5.1.3 Avec des méthodes naturelles on peut se passer des vaccins

Pour 28,1% du personnel, les méthodes naturelles sont une alternative aux vaccins. Ce taux a augmenté de 7,8 points depuis 2014. Cette idée est particulièrement répandue au CH Revel puisqu'il recueille 34,2% d'avis favorables contre 25,5% au CHIC Castres-Mazamet.

2.5.5.1.4 La composition et les conditions de fabrication des vaccins autorisés en France sont optimales

Les avis concernant cette affirmation n'ont pas changé en deux ans. En 2016, 71% du personnel est tout-à-fait (13,2%) ou plutôt d'accord (57,8%) avec cette affirmation (versus 74,5% en 2014). Il n'y a, pour cette question, aucune différence entre les établissements.

2.5.6 Evaluation de la campagne de sensibilisation à la vaccination

2.5.6.1 Connaissance et participation à la campagne de sensibilisation

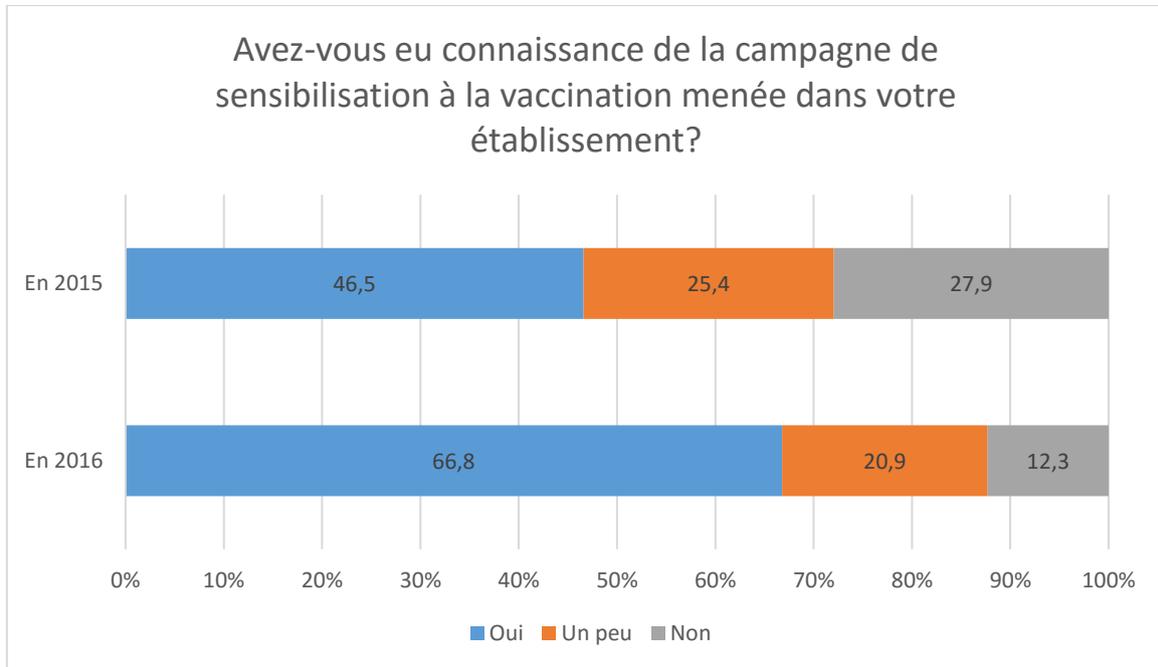


Tableau XXIII : Enquête 2016 : Connaissance en la campagne de sensibilisation à la vaccination en 2015 et 2016

87,7% du personnel déclare avoir eu connaissance de la campagne de sensibilisation à la vaccination en 2016. Ce taux a augmenté de 15,8 point en quelques mois.

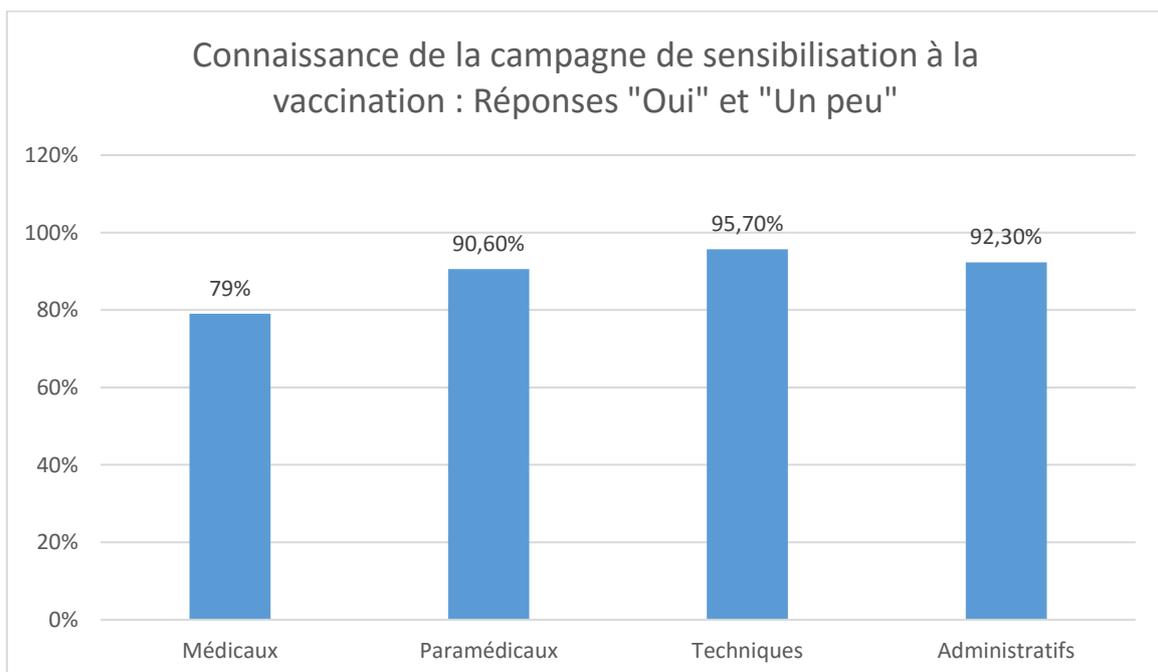


Figure 43 : Enquête 2016 : Connaissance de la campagne de sensibilisation à la vaccination menée au sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel

Plus de 90 % du personnel paramédical, technique et administratif a eu connaissance de la campagne de sensibilisation à la vaccination. Par contre, elle a moins touché le personnel médical (79%).

Si l'on considère les résultats obtenus en fonction de l'âge des répondants, on constate que la campagne est moins connue chez les moins de 35 ans (73,8% de réponses « Oui » et « Plutôt oui »). Par contre, passée cette tranche d'âge, elle a attiré l'attention d'environ 90% du personnel.

En revanche, aucune différence significative entre les personnes vaccinées et non vaccinées n'a été mise en évidence en ce qui concerne la connaissance de la campagne.

2.5.6.2 Impact des différents moyens de communication et de sensibilisation utilisés lors de la campagne

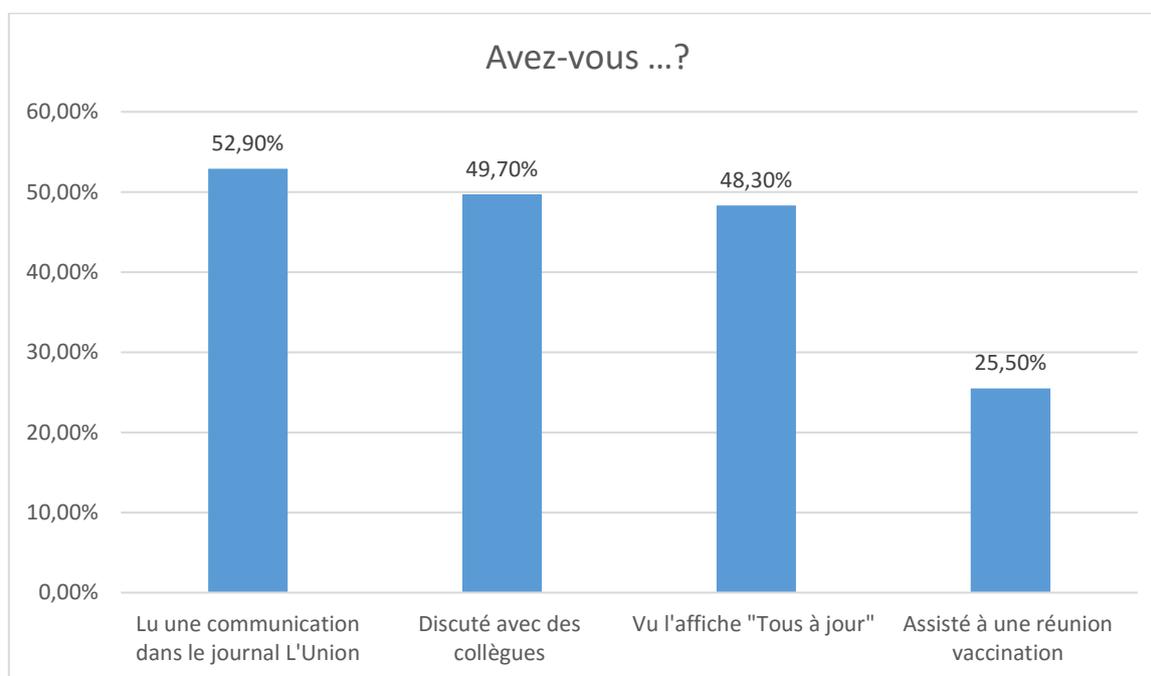


Figure 44 : Enquête 2015 : Participation à la campagne de sensibilisation à la vaccination

Lecture du journal interne L'Union :

Ce journal n'est distribué qu'au personnel du CHIC Castres-Mazamet. Si l'on considère donc uniquement cette population, 70,2% du personnel a été sensibilisé via ce canal en 2016 soit 8,5% de plus qu'en 2015.

Discussions entre collègues :

Près de la moitié des agents ont évoqué la campagne de sensibilisation à la vaccination avec leurs collègues en 2016 alors qu'en 2015, ils n'étaient que 31,0%. Pour ces deux années, ces discussions ont été plus nombreuses au CH Revel (45,2% en 2015 et 61,6% en 2016) qu'au CHIC Castres-Mazamet (28,5% en 2015 et 45,7% en 2016).

L'affiche « Tous à jour » :

Près d'une personne sur deux déclare avoir vu cette affiche au sein de son établissement. Les résultats sont similaires dans les deux hôpitaux.

Les « réunions vaccination » :

Elles ont permis de dialoguer avec ¼ du personnel : 43,6% du personnel administratif, 28,6% du personnel médical et 20,6% du personnel médicaux ont eu l'occasion d'y participer. Le personnel technique a été moins assidu lors de ces rencontres puisqu'elles n'ont touché que 13,6% de celui-ci.

2.5.6.3 *Opinion sur la campagne de sensibilisation à la vaccination*

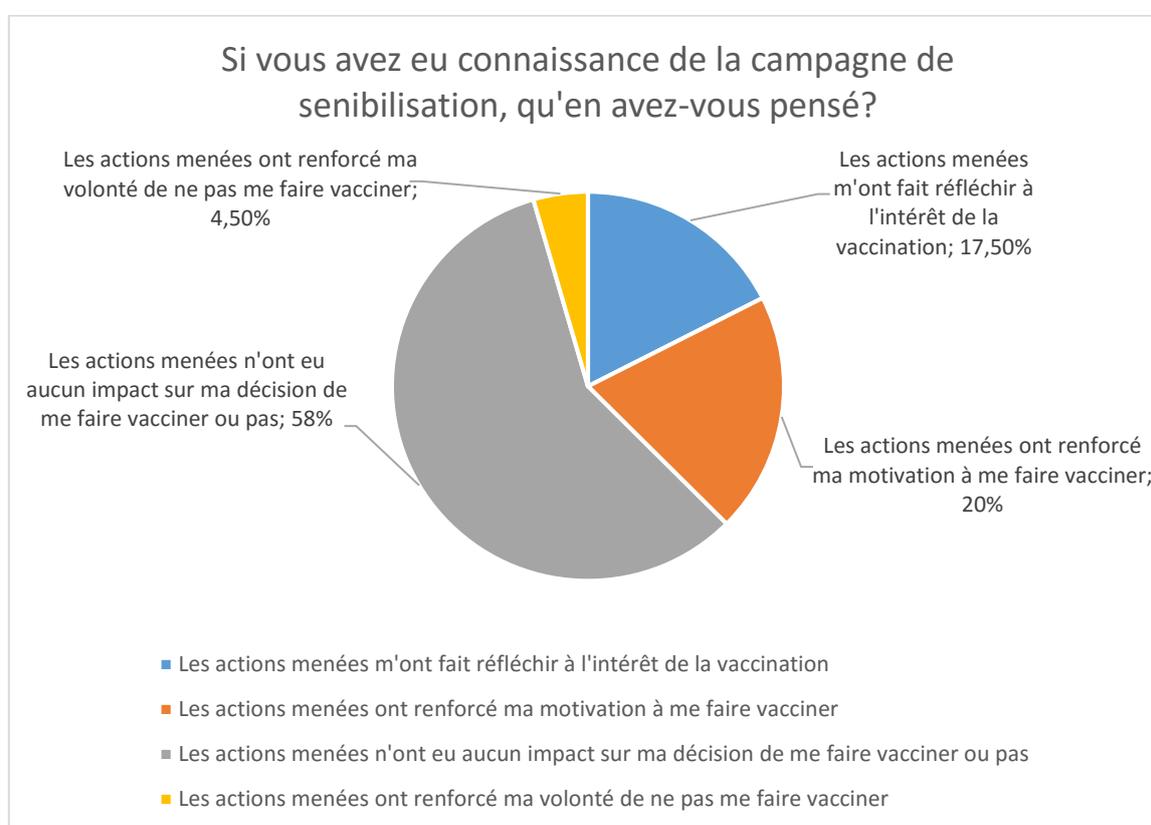


Figure 45 : Enquête 2016 : Impact de deux ans de campagne de sensibilisation à la vaccination

La campagne de sensibilisation à la vaccination a eu un impact positif pour 37,5% des personnels : elle a été un facteur de motivation pour 20 % d'entre eux et l'occasion de réfléchir sur l'intérêt de la vaccination pour 17,5% des agents. 58% est resté insensible à celle-ci et elle a eu un effet délétère pour 4,5% du personnel pour lequel elle a renforcé la volonté de ne pas se faire vacciner.

Si l'on considère la seule population des personnes non vaccinées, 21,8% affirme avoir réfléchi à l'intérêt de la vaccination grâce à la campagne et 2,3% à être davantage motivé pour se faire vacciner. Par contre, elle n'a eu aucun impact pour 70,7% d'entre eux et a même renforcé la volonté de 5,3% des agents de ne pas se faire vacciner.

2.5.7 Conclusion

Bien que le taux de participation à cette enquête soit plus bas qu'auparavant, les premiers résultats positifs de la campagne de sensibilisation à la vaccination ont pu être mis en lumière grâce à ce questionnaire.

Ce travail, mené depuis deux ans au sein du CHIC Castres-Mazamet et au CH Revel a permis de sensibiliser près de 90% du personnel à la vaccination.

Il a été à l'origine de nombreuses discussions dans les services, entraînant, petit à petit, des changements quant à la perception et aux pratiques liées à la vaccination, comme en témoigne d'ailleurs certaines couvertures vaccinales du personnel qui semblent s'améliorer au fur et à mesure des différentes enquêtes. En effet, celle concernant la grippe saisonnière a significativement augmenté auprès d'une certaine partie de la population hospitalière en moins d'un an (35-45 ans). De la même manière, les protections liées à la rubéole et à la coqueluche sont plus élevées qu'il y a deux ans.

Même si la perception de la vaccination reste bonne dans son ensemble, des doutes ainsi que de fausses idées reçues subsistent. Maintenant que ces freins ont été identifiés, il sera plus facile de lutter contre eux, en particulier au CH Revel où la vaccination souffre d'une image moins positive qu'au CHIC Castres-Mazamet.

3. Quelques pistes à suivre pour la suite de la campagne

La campagne menée depuis deux ans ne doit pas s'interrompre brutalement : elle doit au contraire s'inscrire dans la continuité. Un nouvel article dans L'Union devrait permettre au personnel du CHIC Castres-Mazamet de connaître les résultats de cette dernière enquête. Le compte rendu complet devrait également être disponible sur l'intranet des établissements. Une fois ces étapes réalisées, il sera sans doute nécessaire de réfléchir aux suites à donner à cette campagne. Voici quelques pistes à explorer :

3.1.1 Etablir une stratégie de communication

- Réévaluer constamment la stratégie de communication.
Les « hésitants » doivent constituer une cible prioritaire dans la campagne. Une fois convaincus, le travail pourra se concentrer autour des « anti-vaccins ».
- Valoriser le rôle du soignant dans la protection des patients et de ses proches en insistant sur le fait que cela passe par la protection des agents infectieux.
- Etre transparent et répondre aux doutes sur l'inutilité de la vaccination, expliquer son efficacité, parfois partielle (grippe) et réaffirmer son innocuité. Selon LAEPPS, « la communication sur tous les vaccins recommandés peut se développer selon le même principe : apporter des réponses fiables et concrètes aux doutes et aux inquiétudes des personnels hospitaliers, qui sont les mêmes que ceux de la population générale. Pour contrer les arguments des « opposants » à la vaccination, hostiles à la poursuite des campagnes de sensibilisation, il faut outiller les professionnels soignants « alliés » des campagnes, avec des arguments solides, alliant faits scientifiques et bon sens. Ces professionnels pourront jouer le rôle de référent, ou « personne de confiance » sur la thématique de la vaccination, auprès de leur entourage professionnel ».
- Varier les supports de communication : flyers, affiches, réunions, débats, conférences, article de presse...
- « Communiquer sur les éléments contradictoires : « nécessité de protéger les autres / liberté de disposer de son corps », « subir des contraintes collectives / être un acteur autonome de santé » afin de faire jouer les mécanismes de la dissonance cognitive (difficulté à affirmer deux positions antagonistes) » est également une piste à explorer selon LAEPPS.

3.1.2 Utiliser de nouveaux moyens de communication

Le but de toute campagne de sensibilisation est d'être connue à grande échelle afin d'avoir le plus de portée possible. Dans cet objectif, il pourrait être envisagé de :

- Créer, sur l'intranet de l'établissement, une Foire Aux Questions (FAQ) sur le thème de la vaccination. Cela permettrait de sensibiliser un plus grand nombre de personnes car tout le personnel n'a pu être rencontré lors des réunions dans les services.
- Créer un journal interne au CH Revel, du même type que L'Union. Ce dernier a joué un rôle important dans la connaissance de la campagne ainsi que dans l'évolution de la perception de la vaccination. Le personnel du CH Revel ayant une image plus négative de la vaccination que le CHIC Castres-Mazamet, la création d'un support papier permettant de communiquer sur la vaccination pourrait peut-être aider à améliorer l'image de la vaccination dans cet établissement comme cela a été réalisé au CHIC Castres-Mazamet.
- Utiliser les réseaux sociaux afin de mieux sensibiliser les plus jeunes, plus habitués à s'informer à l'aide des supports numériques que via les supports papier comme L'Union. Une collaboration avec l'école d'ingénieurs de Castres, spécialisée dans ce domaine, pourrait être envisagée afin de développer ces nouveaux moyens de communication.

3.1.3 Organiser de nouvelles rencontres avec le personnel

- Poursuivre les actions déjà menées avec succès : « réunions vaccination », semaine de la vaccination...
La proximité a joué un rôle important dans la sensibilisation du personnel. Les « réunions vaccination » ou encore les actions menées lors de la semaine de la vaccination ont permis de créer un lien de confiance entre les auteurs de la campagne, en particulier entre le médecin et l'infirmière du dispensaire et les agents hospitaliers. Celles-ci doivent donc perdurer dans le temps. Pour cela, leur contenu doit sans cesse se renouveler et s'adapter au public.
- Organiser des rendez-vous réguliers afin que la campagne s'ancre dans le quotidien de l'hôpital. Ceux-ci devraient permettre de convaincre les indécis et constituer un rappel pour tous ceux qui oublieraient de se faire vacciner. Ils devraient également renforcer le sentiment d'appartenance à la communauté médicale.

- Certaines propositions, envisagées pendant un temps, n’ont finalement pas abouties :
 - Inclure la vaccination dans les thématiques de formation institutionnelle au même titre que les formations « sécurité incendie » par exemple.
Réalisées sur les heures de travail, ces formations obligatoires auraient permis de sensibiliser la totalité du personnel. Malheureusement, le cadre de ces formations institutionnelles étant très strict, cette proposition ne peut être mise en place pour des raisons règlementaires.
 - Aborder le thème de la vaccination lors des séances d’accueil aux nouveaux arrivants.
Ces sessions, réalisées auprès du personnel venant d’être embauché, leur permettent de se familiariser avec le fonctionnement de la blanchisserie, des cuisines ou encore des logiciels. Rajouter le thème de la vaccination lors de ces entretiens déjà surchargés ne présenterait que peu d’intérêt au vue de la multitude d’informations déjà transmises aux nouveaux venus.
 - Proposer la création de « référent vaccination » au sein de chaque service.
Cette proposition a été abandonnée car, suite aux « réunions vaccination », le médecin et l’infirmière du dispensaire se sont vus spontanément attribuer ce rôle.

3.1.4 Lutter contre les idées fausses

- Réaliser un document rétablissant la vérité sur les vaccins.
De nombreux agents hospitaliers pensent encore qu’une infection bénigne est une contre-indication à la vaccination ou que les méthodes naturelles peuvent se substituer aux vaccins. Afin de lutter contre ces idées fausses, un document rétablissant la vérité sur de nombreuses idées reçues, sur le modèle de celui réalisé par Inpes (Annexe M), pourrait être envoyé à l’ensemble du personnel, accompagné de leur bulletin de salaire.
- Expliquer que «vaccination recommandée » ne signifie pas « vaccination facultative». En effet, d’après un rapport remis au Ministère chargé de la Santé en janvier 2016, 53% de la population pense que les vaccins recommandés sont moins importants que les vaccins obligatoires (56).

3.1.5 Améliorer le suivi des vaccinations

- Améliorer la procédure de commande de vaccins antigrippaux au sein des établissements.
Envoyer personnellement un bon de commande joint au bulletin de salaire permettrait, peut-être, de mieux sensibiliser le personnel à cette vaccination et d'obtenir une couverture vaccinale plus importante.
- Améliorer la traçabilité des vaccins en commençant par celui contre la grippe.
Pour cela, les pharmaciens d'officine pourraient apporter leur collaboration en fournissant un bon de traçabilité lors de chaque délivrance d'un vaccin antigrippal. Une attestation similaire pourrait également être distribuée avec les vaccins fournis gratuitement par l'hôpital. Il pourrait ensuite être transmis par le patient, s'il le souhaite, à la médecine du travail et au médecin généraliste. Ce système, s'il fonctionne, serait ensuite étendu à l'intégralité des vaccins.
- Vérifier plus consciencieusement si la réalisation des vaccinations obligatoires et recommandées a été effectuée.
Normalement réalisée à l'embauche et lors des visites annuelles, il se trouve qu'en pratique, cette vérification n'est pas systématique.

3.1.6 Trouver de nouveaux acteurs pour la campagne

- Demander une collaboration aux autres professions médicales (médecins et infirmiers libéraux, pharmaciens...) afin que la sensibilisation à la vaccination prenne plus d'ampleur et se développe au-delà du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel.
- Demander une coopération aux membres du personnel désirant s'impliquer dans l'action (30% en 2014).

3.1.7 Faciliter la vaccination

Permettre la vaccination sur les lieux et pendant les heures de travail du personnel pourrait permettre d'augmenter la couverture vaccinale du personnel.

3.1.8 **Etendre la campagne à d'autres lieux... et à d'autres thèmes**

Les actions de sensibilisation à la vaccination menées jusqu'à présent à l'Hôpital de Revel et à l'Hôpital du Pays d'Audan pourraient être étendues à d'autres établissements tels que les maisons de retraites et à d'autres thèmes.

Conclusion

Sensibiliser la population à la vaccination est une démarche qui demande de la pédagogie et de la disponibilité. Elle doit s'inscrire sur le long terme et ne peut aboutir qu'en obtenant la confiance du public, ce qui la rend très chronophage. C'est en s'adaptant à chaque type de public et en répétant les actions de sensibilisation qu'il est possible d'améliorer les comportements en lien avec la vaccination, comme l'a démontré notre enquête.

Les couvertures vaccinales des personnels hospitaliers sont insuffisantes et hétérogènes. Elles dépendent de plusieurs paramètres dont l'âge et la profession de l'agent. Elles diffèrent également en fonction des vaccins. En effet, certains souffrent d'une mauvaise image, notamment à cause de controverses relayées par les médias (vaccin contre l'hépatite B par exemple).

Les professionnels de santé, bien que disposant d'une multitude d'informations à ce sujet ont besoin, comme le grand public, d'être rassurés. Ils sont demandeurs d'informations claires, précises et transparentes comme l'a révélé notre étude.

Il est non seulement nécessaire de les impliquer afin que chacun d'entre eux comprenne l'intérêt des recommandations vaccinales mais également de tenter de rationaliser leurs craintes inhérentes à la vaccination et/ou aux vaccins.

Améliorer leur perception vis-à-vis de la vaccination ne peut avoir que des conséquences positives, qu'elles soient directes ou indirectes. En effet, une meilleure image de la vaccination devrait permettre d'accroître les couvertures vaccinales des agents.

Ainsi, en plus d'être protégé contre certaines maladies, le personnel augmente la protection des patients qu'il côtoie. Les coûts liés aux arrêts maladie et aux soins étant largement supérieurs aux coûts liés à la vaccination, ils participent ainsi à l'économie de santé.

De même, les professionnels de santé seront d'autant plus crédibles et motivés pour proposer la vaccination à leurs patients et dissiper leurs doutes s'ils sont convaincus des bénéfices d'une couverture vaccinale optimale.

Enfin, bien qu'ils le réfutent, les professionnels de santé servent d'exemple au grand public en matière vaccinale. Une absence de vaccination de leur part ne peut donc que conforter les craintes de ce dernier et constituer ainsi un frein aux campagnes de sensibilisation.

Au-delà de cette notion d'exemplarité qu'ils semblent négliger, les professionnels de santé paraissent également sous-estimer l'importance de leur rôle au sein de la société. Etant au service d'une population souvent fragile et dépendante, que ferait-on, en cas d'épidémies, si les agents de santé n'étaient pas aptes à assurer leur rôle ?

Bibliographie

1. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Vaccines. Elsevier Health Sciences; 2008. 1748 p.
2. Poland GA, Jacobson RM. Understanding those who do not understand: a brief review of the anti-vaccine movement. *Vaccine*. mars 2001;19(17-19):2440-5.
3. Balinska M-A, Léon C. Opinions et réticences face à la vaccination. *Rev Médecine Interne*. janv 2007;28(1):28-32.
4. Haas C. L'essor de la vaccination antivariolique en France, au XIXe siècle. *Ann Médecin Interne*. déc 2000;151(7):523.
5. Vaccination Info | Histoire de la vaccination [Internet]. Vaccination-info.be. 2015 [cité 24 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.vaccination-info.be/vaccination-bon-a-savoir/histoire-de-la-vaccination>
6. Lambert R. L'exemple de la variole. *Presse Médicale*. juill 2015;44(7-8):837-41.
7. Berche P. La menace de la variole. *C R Biol*. 8 mars 2002;325(8):845-50.
8. Pasteur L, Chamberland C, Joubert J, others. Théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie. 30 avr 1878;1-23.
9. Petit M-M. Histoire de la lutte contre les maladies infectieuses depuis Pasteur. Paris: Ellipses; 2012. 224 p.
10. Bazin Hervé. Histoire des vaccinations, 2ème partie : des vaccins pastoriens aux vaccins modernes. *Bull Société Fr Hist Médecine Sci Vét*. 2013;13:45-63.
11. Aubry P, Rotivel Y. Rage. In: EM-Consulte Maladie infectieuse [Internet]. Elsevier - Masson; 2001 [cité 9 mars 2016]. p. [8-065-C-10]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/11853/resultatrecherche/5>
12. Troisième époque : 1877-1887 [Internet]. Institut Pasteur. 2013 [cité 9 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/l-histoire/louis-pasteur/l-oeuvre-louis-pasteur/troisieme-epoque-1877-1887>
13. Code de la santé publique - Article L3111-1. Code de la santé publique.
14. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
15. Ministre du travail, de l'emploi et de la santé - Direction générale de la Santé - Sous-direction prévention des risques infectieux. Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2012 [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_d_amelioration_de_la_politique_vaccinale_2012-2017_2_.pdf

16. Direction générale de la santé, Comité technique des vaccinations. Guide des Vaccinations, Edition 2012 [Internet]. Inpes; 2012 [cité 27 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1133.pdf>
17. Haut Conseil de Santé Publique. Les vaccinations. Actual Doss En Santé Publique. 2010;(71):56.
18. Haut Conseil de Santé Publique. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016 [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2016 [cité 5 avr 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf
19. OMS | Organisation mondiale de la Santé [Internet]. WHO. [cité 5 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/>
20. Launay O, Réseau national de recherche clinique en vaccinologie. Vaccins et vaccination [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2015 [cité 5 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/vaccins-et-vaccination>
21. Debacker P. Facteurs déterminant les conseils de vaccination du nourrisson chez les médecins et chez les internes de pédiatrie : étude en analyse conjointe. Université Lille 2; 2012.
22. Arrêté du 1er février 2011 relatif au comité technique des vaccinations.
23. Leclerc J. La vaccination : Histoire et conséquences épidémiologiques. Université de Limoges; 2011.
24. Haut Conseil de Santé Publique. Avis et rapports du HCSP [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique. [cité 5 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Accueil>
25. Code de la santé publique - Article L3111-2. Code de la santé publique.
26. Code de la santé publique - Article L3111-3. Code de la santé publique.
27. Code de la santé publique - Article L3116-4. Code de la santé publique.
28. Code de la santé publique - Article R3111-17. Code de la santé publique.
29. Code de l'action sociale et des familles - Article R227-7. Code de l'action sociale et des familles.
30. Code de la santé publique - Article L3111-4. Code de la santé publique.
31. Code du travail - Article R231-65-1. Code du travail.
32. Abiteboul D. Vaccination des professionnels de santé : obligations et recommandations. J Anti-Infect. mars 2011;13(1):56-64.

33. Bayeux-Dunglas M-C, Ferreira M. Vaccinations en milieu de travail. In: EMC - Pathologie professionnelle et de l'environnement [Internet]. Elsevier-Masson. 2016 [cité 6 avr 2016]. p. 16-675-NaN-10. Disponible sur: https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/showarticlefile/1026307/16-30165_plus.pdf
34. GERES, Raisin, InVS. Etude VAXISOIN : Vaccination chez les soignants des établissements de soins de France, 2009. Couverture vaccinale. Connaissance et perceptions vis-à-vis des vaccinations. Protocole d'étude. Version finale du 14-04-2009 [Internet]. 2009 [cité 6 avr 2016] p. 51. Disponible sur: <http://www.geres.org/docpdf/EnqVAXISOINProtocole.pdf>
35. Guthmann J-P, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Levy-Bruhl D, et al. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. Bull Epidemiologique Hebd. 2011;2011(35-36):371-6.
36. Institut de veille sanitaire (InVS) [Internet]. [cité 6 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/>
37. Haut Conseil de Santé Publique. Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions [Internet]. 2010 avr [cité 7 avr 2016] p. 284. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
38. Denis F, Cohen R, Martinot A, Stahl J-P, Lery T, Le Danvic M, et al. Evolution of hepatitis B vaccine coverage rates in France between 2008 and 2011. Médecine Mal Infect. juill 2013;43(7):272-8.
39. AFFSAPS. Bilan de pharmacovigilance et profil de sécurité d'emploi des vaccins contre l'hépatite B [Internet]. 2012 [cité 7 avr 2016]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/content/download/38801/509771/version/1/file/Bilan-VHB.pdf>
40. Haut Conseil de Santé Publique. 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. Rapport du groupe de travail du Comité 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 [Internet]. 2010 [cité 7 avr 2016] p. 36. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20100305_BCG.pdf
41. Guthmann J-P, de La Rocque F, Boucherat M, van Cauteren D, Fonteneau L, Lécuyer A, et al. [BCG vaccine coverage in private medical practice: First data in children below two years old, seven months after the end of compulsory vaccination in France]. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. mai 2009;16(5):489-95.
42. Chamoux A, Denis-Porret M, Rouffiac K, Baud O, Millot-Theis B, Souweine B. Étude d'impact d'une campagne active de vaccination antigrippale du personnel hospitalier du CHU de Clermont-Ferrand. Médecine Mal Infect. mars 2006;36(3):144-50.
43. Hanslik T, Launay O. Vaccination contre la grippe saisonnière : pour quelle efficacité chez l'adulte ? Rev Médecine Interne. déc 2013;34(12):727-9.

44. Lévy-Bruhl D. Vaccination contre la varicelle. *Antibiotiques*. sept 2009;11(3):185-9.
45. Blaizeau F, Lasserre A, Rossignol L, Blanchon T, Kernéis S, Hanslik T, et al. Practices of French family physicians concerning varicella vaccination for teenagers. *Médecine Mal Infect*. sept 2012;42(9):429-34.
46. Dorosz P, Vital Durand D, Le Jeune C. Guide pratique des médicaments Maloine / Dorosz, Ph. Paris: Maloine; 2011.
47. Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010 [Internet]. [cité 18 avr 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_elimination_rougeole.pdf
48. Présentation des Instances du CHIC Castres-Mazamet [Internet]. Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet. [cité 4 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.chic-cm.fr/chic/instances.php>
49. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Gautier A, others. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. Inpes; 2011 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
50. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C, Institut de veille sanitaire (France). Enquête Nicolle 2006: connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis: INPES; 2008.
51. Dutheil F, Kelly C, Biat I, Provost D, Baud O, Laurichesse H, et al. Relation entre le niveau de connaissance et le taux de vaccination contre le virus de la grippe parmi le personnel du CHU de Clermont-Ferrand. *Médecine Mal Infect*. nov 2008;38(11):586-94.
52. InVS, GERES. Vaccination chez les soignants des établissements de soins de France, 2009. Couverture vaccinale, connaissances et perceptions vis-à-vis des vaccinations. Rapport final [Internet]. 2011 [cité 12 mai 2016] p. 79. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7347
53. Launay O. Vaccination anti-grippale des personnels de santé : enquête de perception [Internet]. 2007 [cité 22 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.geres.org/docpdf/j18%20OL%20par2.pdf>
54. Balbo L. Les communications de santé : l'effet du cadrage du message et de l'objectif annoncé (prévention versus dépistage) et la médiation par la valence de l'imagerie mentale. [Internet] [phdthesis]. Université Grenoble Alpes; 2011 [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01062097/document>
55. Tran Thimy L. Vaccination à l'officine : huit patients sur dix favorables [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. 2016 [cité 22 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/160404-vaccination-a-l-officine-huit-patients-sur-10-favorables.html>
56. Hurel S. Rapport sur la politique vaccinale. Janvier 2016. *J Pédiatrie Puériculture*. avr 2016;29(2):72-126.

Annexes

Annexe A : Recommandations vaccinales particulières aux professionnels de santé

3.5 Tableau 2016 des vaccinations en milieu professionnel à l'exclusion des vaccinations recommandées en population générale, pour les voyageurs, pour les militaires ou autour de cas de maladie

Domaine concerné	Professionnels concernés	Vaccinations obligatoires (Obl) ou recommandées (Rec) selon les professions exercées												
		BCG	D T P	Coqueluche	Grippe saison.	Hépatite A	Hépatite B	Leptospirose	Rage	Rougeole (vaccin ROR)	Typhoïde	Varicelle	FJ	IIM
Santé	Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques	Obl	Obl	Rec	Rec									
		Obl (exposés)	Obl	Rec	Rec		Obl (si exposés)			Rec (y compris si nés avant 1980, sans ATCD)		Rec (sans ATCD, séronég.)		
	Professionnels des établissements ou organismes de prévention et /ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé	Obl	Obl	Rec	Rec									
		Obl (exposés)	Obl	Rec	Rec		Obl (si exposés)							
	Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins	Obl	Obl	Rec	Rec									
		Obl	Obl	Rec	Rec		Rec (si exposés)				Obl (si exposés)			
	Personnels des laboratoires d'analyses médicales exposés aux risques de contamination : manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être (cf. chap. 2.12 et 2.15)	Obl	Obl	Rec	Rec									
		Obl	Obl	Rec	Rec		Obl (si exposés)							
	Personnel de laboratoire exposé au virus de la fièvre jaune : cf. chap 2.3	Obl	Obl	Rec	Rec									
		Obl	Obl	Rec	Rec		Obl (si exposés)						Rec	
Personnel de laboratoire de recherche travaillant sur le méningocoque: cf. chap 2.9	Obl	Obl	Rec	Rec										
	Obl	Obl	Rec	Rec		Obl (si exposés)							Rec	
Personnels des entreprises de transport sanitaire	Obl	Obl	Rec	Rec										
	Obl	Obl	Rec	Rec		Obl (si exposés)								
Secours	Personnels des services de secours et d'incendie (SDIS) Secouristes	Obl	Obl	Rec	Rec									
		Obl	Obl	Rec	Rec		Obl (si exposés)							

Obl = obligatoire Rec = recommandé Exposés = exposés à un risque professionnel évalué par médecin du travail ATCD = antécédents
 Coq = Coqueluche VHA = Hépatite A VHB = Hépatite B Lepto = Leptospirose Typh = Typhoïde FJ = Fièvre jaune IIM = Infection invasive à méningocoque

Annexe B : **Tableau schématisant l'ensemble de la**
campagne de sensibilisation à la vaccination menée au
sein du CHIC Castres-Mazamet et du CH Revel

Année	2013				2014				2015				2016			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Trimestre																
1 ^{er} Copil, discussions des objectifs																
Présentation de l'action et demande de partenariat avec le CHSCT, la CPAM 81, l'URPS des pharmaciens de MP, l'URPS des pharmacies de MP et l'ARS MP																
Réunions préparatoires l'organisation et la communication de l'action																
Elaboration du Questionnaire 2014, validation et test sur un petit groupe de personnes																
Validation de l'action de sensibilisation par le CHSCT																
Sensibilisation des cadres à l'action en cours																
Semaine de la vaccination : Stand du dispensaire au sein du CHIC																
Semaine de la vaccination : Conférence réservée aux professionnels de santé																
Article sur la vaccination dans l'Union																
Diffusion du questionnaire 2014																
« Resensibilisation, à chacun son action »																
Réunions vaccination dans les services																
Diffusion des résultats du questionnaire 2014																
Demande de collaboration avec les pharmaciens et médecins du Tarn																
Sensibilisation à la vaccination antigrippale (affiche, forum social...)																
Diffusion du questionnaire 2015																
Diffusion des résultats du questionnaire 2015																
Diffusion de l'affiche : « Vaccination : Tous à jour »																
Diffusion du courrier « Pourquoi vacciner les soignants contre la grippe ? »																
Diffusion du questionnaire 2016																

Annexe C : Questionnaire 2014



Dans des établissements de santé tels que le CHIC Castres-Mazamet et l'hôpital de Revel, la vaccination des personnels poursuit deux objectifs : protéger les professionnels et protéger les patients. Dans le cadre de la promotion de la santé au travail et avant d'engager une campagne d'information sur la vaccination, il est apparu nécessaire de faire un point sur votre perception de la vaccination et de votre couverture vaccinale. C'est pourquoi, il vous est proposé de remplir le questionnaire anonyme ci-joint et de le déposer dans votre service **avant le 30 mai**. La synthèse des réponses vous sera communiquée en septembre 2014.

Votre situation

Vous êtes : une femme un homme

Vous faites partie des : personnels médicaux
 personnels paramédicaux
 personnels techniques
 personnels administratifs

Vous êtes : moins de 25 ans
 entre 25 et 34 ans
 entre 35 et 44 ans
 entre 45 et 54 ans
 plus de 55 ans

Vous êtes en contact avec les personnes hospitalisées : oui rarement non

Vous êtes en contact avec les personnes hospitalisées : moins de 5 ans entre 5 et 10 ans entre 10 et 20 ans entre 20 et 30 ans plus de 30 ans

Les vaccins obligatoires

Plusieurs vaccins sont obligatoires pour les personnels des établissements de soins. C'est le cas du BCG (tuberculose), du dTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite) et de l'hépatite B.

Pensez-vous que cette obligation est justifiée, pour :	BCG	dTP	HépB
Tout-à-fait justifiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assez justifiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas vraiment justifiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas du tout justifiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les vaccins recommandés

Plusieurs vaccins sont recommandés pour les personnels des établissements de soins. C'est le cas de la grippe, de la coqueluche, de la rougeole oreillon rubéole (ROR) et de la varicelle.

Etes-vous vacciné-e aujourd'hui contre :	oui	non	ne sait pas
la grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la rougeole oreillon rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

j'ai eu la coqueluche
 j'ai eu la rougeole
 j'ai eu les oreillons
 j'ai eu la rubéole
 j'ai eu la varicelle

Si vous n'êtes pas vacciné-e pour au moins une de ces maladies, seriez-vous prêt-e à le faire?

oui peut-être non

Si vous avez répondu oui ou peut-être, contre quelles maladies? (plusieurs réponses possibles)

grippe coqueluche rougeole oreillon rubéole la varicelle

Votre perception de la vaccination en général:

Etes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

	Oui	Plutot Oui	Plutot Non	Non
Les vaccins ont fait la preuve de leur efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des méthodes naturelles on peut se passer des vaccins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chacun est libre de disposer comme il l'entend de son corps et de sa santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La composition et les conditions de fabrication des vaccins autorisés en France sont optimales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les effets indésirables des vaccins sont moins graves que la protection qu'ils apportent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vaccination est encouragée pour des raisons économiques plus que pour protéger la population	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parmi les arguments suivants, lesquels vous motiveraient pour vous faire vacciner contre la grippe saisonnière?

	Oui	Plutot Oui	Plutot Non	Non
Les conseils d'un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vaccin permet d'éviter la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vaccin évite d'être contaminé par les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vaccin permet d'éviter de contaminer les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vaccin permet de protéger ses collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vaccin permet de protéger sa famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vaccin permet d'éviter les arrêts maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pensez-vous que les personnels hospitaliers doivent montrer l'exemple en se vaccinant contre la grippe?

oui non Je ne sais pas

Pensez-vous que vous devez montrer l'exemple en vous vaccinant contre la grippe?

oui non Je ne sais pas

A propos de la vaccination contre la coqueluche et la rougeole oreillons rubéole (ROR), êtes-vous d'accord avec les phrases suivantes:

	Oui	Plutot Oui	Plutot Non	Non
Le vaccin permet d'éviter la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vaccin permet de protéger sa famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vaccin permet de protéger son entourage professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne crois pas en l'efficacité de ces vaccinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon risque de contracter ces maladies est trop faible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qu'est ce qui pour vous, faciliterait votre vaccination?

Le conseil de votre médecin traitant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Le conseil de votre pharmacien	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Un carnet de santé spécifique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Des campagnes nationales d'information	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
La vaccination sur votre lieu de travail	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas

Dans le cadre de la campagne d'information sur la vaccination au CHIC :

Souhaiteriez-vous être impliqué-e dans la réflexion ou la conduite de ces actions?

oui peut-être non

Si oui ou peut être, quelles actions aimeriez-vous voir mises en place?

Propositions, commentaires :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Campagne de sensibilisation à la vaccination

La campagne de sensibilisation à la vaccination de tout le personnel du CHIC Castres-Mazamet et de l'Hôpital de Revel a débuté le 22 avril 2014, par une conférence-débat, réunissant dans les nouveaux amphithéâtres de PIFSI, le professeur Patrice Massip, professeur de maladies infectieuses au CHU Toulouse Purpan, le personnel hospitalier, toutes catégories professionnelles confondus, les représentants des médecins libéraux, des pharmaciens et des infirmières libérales, sur le thème : **la vaccination en 2014 : réticences et intérêts.**

Un exposé clair et argumenté du professeur P.Massip, a rappelé l'intérêt de la vaccination, qui a permis la disparition de certaines maladies (variole) de la surface du globe, et la diminution majeure de certaines autres, au premier rang desquelles, le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie. La baisse de vigilance, c'est-à-dire la diminution du nombre de gens vaccinés (couverture vaccinale) a permis la réémergence de la rougeole et de la coqueluche.

Il a souligné le paradoxe, que l'on se méfie de plus en plus des vaccins (nouveaux, mais aussi anciens), sauf de ceux nécessaires pour partir en voyages intertropicaux ou aventureux... et que l'on attend, depuis plus de 20 ans le vaccin contre le Sida.

Le débat, avec les professionnels de santé, a mis l'accent sur l'importance de l'« information » sur les réseaux sociaux, véritable amplificateur de données (jamais vérifiées) des ligues anti-vaccinales.

Pour lutter contre ces « informations », il existe le réseau national et international de **pharmacovigilance**, qui permet de répertorier tous les effets secondaires et anormaux des vaccins.

Il a été ainsi démontré que la population vaccinée, ne présentait pas davantage de maladies auto-immunes (lupus...), ni de maladie neurologique démyélinisante (sclérose en plaque) par rapport à celle non vaccinée. Il a donc été rappelé par tous les participants, que deux événements qui se suivent, ne sont pas forcément liés !

Enfin il a été souligné la faible couverture vaccinale contre la grippe saisonnière, qui demeure une recommandation forte de la Haute Autorité de Santé, pour le personnel soignant, dont les chiffres ne dépassent que rarement 25% dans la plupart des établissements de santé.

Cette campagne de sensibilisation a été initiée pour connaître le **ressenti** du personnel, vis-à-vis de la vaccination. Le dépouillement du questionnaire et les résultats seront connus et restitués aux personnels dans le courant du mois de septembre.

Dr Max MAURETTE
DPS Castres



Annexe E : Conférence « Intérêts et questionnement face à la vaccination » du 22 avril 2014 : les principaux thèmes abordés.

Présentation « Polémiques – Risques – Désinformation ? » du professeur Massip, médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales :

- La vaccination a permis l'éradication de la variole et la diminution de l'incidence du tétanos, de la poliomyélite et de la diphtérie
- Les médecins généralistes réalisent 90% des vaccinations
- Certaines vaccinations ne font pas peur (vaccins conseillés lors de départ en voyages tropicaux) et certains vaccins sont même très attendus (vaccins contre le VIH)
- Particularité française : peur des effets indésirables et fortes suspicions (HPV, sclérose en plaques, aluminium) souvent sans réelles preuves
- Les effets indésirables sont bien réels, il ne faut pas le nier mais :
 - ⇒ Risque maladie / risque vaccinal > 1 000
 - ⇒ Risque d'effets indésirables graves < 1/100 000
 - ⇒ Intérêt de la pharmacovigilance
- Couverture vaccinale en France : peu de personnes sont à jour de leurs vaccinations
 - ⇒ Recrudescence de rougeole et coqueluche
- Présentation du dernier calendrier vaccinal
- Vrai ou faux ?
 - Les patchs anesthésiants comme l'Emla® peuvent désactiver certains vaccins : Vrai
 - Le paracétamol administré en systématique après un vaccin diminuerait son efficacité : Faux
 - L'aluminium dans les vaccins est très dangereux : Faux
La quantité d'aluminium dans un vaccin est infime. C'est la même quantité que l'on peut boire dans un litre de tisane ou absorber en mangeant 1kg de chocolat.
 - Les vaccins anti-HPV protègent du cancer ?
Pour l'instant, il n'y aucune preuve. Il faut encore attendre une vingtaine d'années avant d'en savoir plus. Ce qui est sûr, c'est qu'ils protègent de certains virus (incidence du papillomavirus divisée par 3 avec le vaccin) et selon certaines études des condylomes. Dans tous les cas, en cas d'infection, celle-ci guérit dans 90% des cas. Le frottis est une bonne alternative mais le problème, c'est que tout le monde n'en fait pas régulièrement.
 - Il y a un risque d'invagination intestinale dans les 7 jours suivant la vaccination contre le Rotavirus : Vrai mais un simple lavement résout le problème. Aucune opération n'est nécessaire.
 - La vaccination contre l'hépatite B provoquerait des scléroses en plaques : Faux
Il n'y a pas plus de scléroses en plaques dans la population vaccinée que dans la population non vaccinée.

- Pour plus de crédibilité, il faudrait que tous les professionnels de santé soient vaccinés et que les sites officiels sur la vaccination soient référencés avant certains sites internet comme Doctissimo qui sont la source de fausses informations.
- Importance des réseaux sociaux

Intervention de JP. Ramont, médecin généraliste :

- Problème de traçabilité pour les vaccins. Par exemple, pour les vaccins antigrippaux, la vaccination par les infirmières est pratique pour une majeure partie de la population mais le médecin référent n'a aucun moyen de savoir qui a réellement été vacciné.

Intervention d'A. Rinatto, coordinatrice des soins au CHIC Castres-Mazamet :

- Même problématique en milieu hospitalier : l'Hôpital n'a aucune preuve matérielle quant à la vaccination de son personnel.

Intervention de B. Champanet, pharmacien d'officine :

- Le carnet de vaccination électronique a été expérimenté dans certaines régions mais est très compliqué à mettre en place.
- Autre problème : respect de la chaîne de froid

Annexe F : **Courrier transmis aux pharmaciens d'officine** reprenant les principaux **résultats de l'enquête 2014**



Castres le, 08 Octobre 2014

Chère Consœur, Cher Confrère,

La vaccination étant un véritable enjeu de santé publique, le CHIC Castres-Mazamet et l'Hôpital de Revel ont lancé auprès de leurs salariés une **action de sensibilisation à la vaccination**. A cette occasion une réunion de lancement de cette campagne avait eu lieu le 22 avril 2014 à l'IFSI de Castres et à laquelle vous étiez conviés.

La première étape de cette action de sensibilisation fut de recueillir, au travers d'une enquête, la perception de la vaccination auprès de tout le **personnel administratif, technique, médical et para médical**

Les premiers résultats de cette enquête ont été analysés par un cabinet indépendant d'évaluation en santé et le rapport complet est à votre disposition si vous le souhaitez (contact Dr Maurette DPS Castres m-maurette@chic-cm.fr)

Les principaux résultats à retenir sont :

- **Pour la vaccination contre la grippe:**
 - La couverture vaccinale globale contre la grippe est de **22,8%** et de **33,6%** pour les professionnels de santé
 - 23,9% du personnel non vaccinés contre la grippe accepteraient de le faire

- **La perception de la vaccination pour le personnel hospitalier est globalement positive**

- **Le conseil du médecin traitant arrive en tête des éléments qui favoriseraient la vaccination** pour près de 57% des personnes interrogées, et le **conseil de votre pharmacien recueille simplement 13,5%, notre implication doit être donc plus importante**

Ces résultats témoignent de **notre rôle à renforcer en terme de prévention**.

Le taux de couverture vaccinale, notamment pour la grippe, reste un enjeu fort de santé publique (encore plus pour le personnel hospitalier) et doit nous amener à sensibiliser et inciter les patients à la mise à jour de leurs vaccinations.

Bernard CHAMPANET

Président URPS Pharmaciens Midi-Pyrénées

Blanche GONZALES

Elu URPS Pharmaciens Midi-Pyrénées

Partenaires du programme : CHIC Castres-Mazamet - Hôpital de Revel- Dispensaire de Prévention Sanitaire de Castres
URPS Médecins Libéraux Midi Pyrénées - URPS Pharmaciens Midi Pyrénées
Partenariats Institutionnels GSK

Premiers résultats de l'Enquête Vaccination auprès du personnel du CHIC Castres Mazamet Revel

Au vue du contexte épidémiologique de la vaccination et de l'enjeu de santé publique dont nous sommes responsables en tant qu'établissement de santé, le CHIC Castres Mazamet, l'Hôpital de Revel, dont la mission est de protéger son personnel hospitalier et les patients y séjournant, ont décidé de s'engager avec le Dispensaire de Prévention Sanitaire de Castres dans une **campagne d'information sur la vaccination**.

Un questionnaire sur votre perception de la vaccination et votre situation vaccinale vous a été proposé au mois de mai 2014, et comme nous nous y étions engagés, voici les **premiers résultats dans un premier temps sur la vaccination contre la grippe, et sur votre perception plus générale de la vaccination** ; les résultats sur les autres vaccinations recommandées vous seront communiqués en début d'année 2015.

Résultats

Le taux de réponse à ces questionnaires est de 22,4%, ce qui est un bon score et a permis à la société en charge du traitement statistique « L'Atelier de l'évaluation » de présenter des résultats de qualité.

Concernant la couverture vaccinale contre la grippe, le taux global est de 24,8%, comprenant le personnel médical, para médical, administratif et technique. Même si ce taux est proche des autres études réalisées dans d'autres établissements en France au cours des 10 dernières années, cette situation n'est pas satisfaisante et doit nous amener à nous interroger sur l'importance de cette vaccination.

L'étude montre que la **perception de la vaccination par le personnel hospitalier est globalement positive** et que 23,9% des personnels non vaccinés contre la grippe accepteraient de le faire.

Et parmi les arguments majeurs favorisant la vaccination contre la grippe, « protéger sa famille », « éviter de contaminer les patients », et « protéger ses collègues », arrivent en tête et démontrent bien la démarche « altruiste » du personnel.

À la question : « Qu'est ce qui faciliterait votre vaccination ? » Les 3 principaux éléments exprimés sont :

Le conseil du médecin traitant (56,9%), la vaccination sur le lieu de travail (44,6%) et des campagnes d'information (30,7%).

Partager ces résultats

Les résultats de cette enquête seront bientôt mis en ligne sur Intranet et des échanges au sein de vos services vous seront proposés afin d'engager le dialogue sur la vaccination en générale et de répondre à vos interrogations, mais aussi pour recueillir vos suggestions en la matière.

Le Service de Santé au travail et le Dispensaire, impliqués dans ces programmes, sont à votre disposition, ainsi que votre médecin traitant et votre pharmacien d'officine.

Vos contacts :

• Service de Santé au travail

05 63 71 62 20

• Dispensaire de Prévention Sanitaire

05 63 71 84 98

Dr Max MAURETTE
DPS Castres

Annexe H : Poster servant de support pour présenter les **principaux résultats de l'enquête 2014**



Résultats de l'Enquête Vaccination CHIC Castres Mazamet Revel (1^{ère} vague)

- ✓ **22,4% de taux de retour** du questionnaire
- ✓ **4 catégories de professionnels**
Médical, Paramédicale, Technique, Administratif

- ✓ **Les vaccinations obligatoires** BCG, DTP sont perçues comme justifiées dans **77%** des réponses et dans **62%** pour l'HépatiteB
- ✓ Une **perception majoritairement positive** de la vaccination

- ✓ **Le taux global de couverture vaccinale contre la grippe est de 24,8%**

- ✓ **Les 3 arguments majeurs favorisant la vaccination contre la grippe sont « Altruistes »**
 - Protéger sa famille
 - Eviter de contaminer les patients
 - Protéger ses collègues

- ✓ **Les 3 principales réponses qui favoriseraient la vaccination sont :**
 - Le Conseil du médecin traitant (56,9%)
 - La vaccination sur le lieu de travail (44,6%)
 - Des campagnes d'information (30,7%)

Enquête réalisée par une société indépendante « Atelier de L'Evaluation »
Octobre 2014

Pour tous:

Vous étiez-vous fait vacciner lors de la campagne 2013-2014?

oui non

Pensez-vous que les personnels soignants doivent montrer l'exemple en se vaccinant contre la grippe?

oui non ne sait pas

Pensez-vous que vous devez montrer l'exemple en vous vaccinant contre la grippe, quelle soit votre fonction ?

oui non ne sait pas

Campagne de sensibilisation à la vaccination du CHIC Castres Mazamet - CH Revel 2014-2015

Avez-vous eu connaissance de la campagne de sensibilisation aux vaccinations menée au sein de votre établissement de santé? oui un peu non

Avez-vous:

Assisté à la conférence du 22 avril 2014 à l'IFSI Castres (Pr Patrice MASSIP)

oui non

Assisté à la conférence du 24 juin 2014 à Revel (Dr Max MAURETTE)

oui non

Lu une communication sur ce thème dans le journal l'Union

oui non

Echangé sur ce thème avec le Dispensaire lors du forum Social le 09/12/2014

oui non

Participé à une discussion sur la vaccination dans votre service

oui non

Si vous avez eu connaissance de cette campagne, qu'en avez-vous pensé?

- l'initiative est bonne et l'action est suffisante
- l'initiative est bonne et l'action doit se poursuivre
- l'action est inutile car chacun doit se responsabiliser
- l'action est inutile car la vaccination est une question de choix individuel

Etes-vous d'accord avec les initiatives listées ci-dessous pour renforcer la protection des patients?

- Renouveler tous les ans les campagnes d'information et de sensibilisation
- Recommander le port du masque en période d'épidémie
- Inclure la vaccination dans les thématiques de formation institutionnelle
- Organiser des rencontres vaccination dans les services

oui	plutôt oui	plutôt non	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres idées pour favoriser la vaccination au sein des établissements de santé?

Propositions, commentaires :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Avec le soutien institutionnel du Laboratoire GlaxoSmithKline

FR/PPM/0002/15- février 2015

★ V A C C I N A T I O N ★

Tous à jour !

Je me protège



Je protège les patients



Je protège mon entourage



“ L'amélioration des mesures d'hygiène et les vaccins constituent les avancées les plus importantes dans la prévention de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies infectieuses. ”

REPRODUCTION - Juin 2016



CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL
CASTRES-MAZAMET



Centre Hospitalier
REVEL



DPS
Dispensaire de Prévention Sanitaire

TECHNICITÉ ET HUMANITÉ

En partenariat avec le Laboratoire GlaxoSmithKline

VOS CONTACTS | Service de santé au travail : 05 63 71 62 20 | Dispensaire de Prévention Sanitaire : 05 63 71 84 98

05190016

Annexe K : Lettre envoyée au personnel : Pourquoi vacciner les soignants contre la grippe ?



CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL
CASTRES - MAZAMET

Pourquoi vacciner les soignants contre la grippe ?

La grippe est une maladie grave pour beaucoup de patients :

- nourrissons, personnes âgées, femmes enceintes
- patients immunodéprimés ou fragiles (maladies respiratoires, cardiaques, insuffisance rénale, diabète...)

Elle provoque des complications respiratoires et la décompensation de maladies chroniques.

La vaccination est indispensable pour les personnes fragiles, mais elle est impossible chez les nourrissons de moins de 6 mois, inefficace chez certains immunodéprimés et d'efficacité diminuée dans certaines maladies chroniques et chez le jeune enfant.

Le but essentiel de la vaccination des soignants est de protéger ces patients fragiles, outre le bénéfice pour nous-mêmes et nos proches.

Les études ont montré la diminution du risque de grippe nosocomiale en améliorant la vaccination des soignants ; de même, dans les services de personnes âgées elles-mêmes vaccinées contre la grippe, la vaccination des soignants a entraîné une diminution de la mortalité des patients de 30%.

Ayons conscience que nous faisons partie de la chaîne de transmission d'un virus très contagieux.

Le risque de grippe est 2 à 4 fois plus élevé pour le soignant par rapport à la population générale.

Pour un patient hospitalisé, le risque est 6 fois plus élevé au contact d'un soignant grippé et 18 fois plus élevé au contact d'un autre patient grippé.

Le respect des règles d'hygiène diminue beaucoup ce risque mais il ne suffit pas car l'infection n'est pas toujours apparente :

- un tiers des adultes infectés ont très peu, voir aucun signe clinique
- la grippe est contagieuse 1 journée avant le début des signes cliniques.

Néanmoins, les mesures d'hygiène restent fondamentales et ont prouvé leur efficacité.

Pour ceux d'entre vous qui craignent les effets indésirables du vaccin, rappelons :

- que ce vaccin ne contient pas du virus vivant ; il ne peut pas donner la grippe (mais ne protège pas contre les autres virus respiratoires circulant en automne et en hiver)
- il peut donner une douleur au point d'injection (30% des sujets) et des signes généraux (fièvre, douleurs musculaires et articulaires pendant 48h) chez < 10% des sujets.
- les effets indésirables graves sont très rares (<1 cas/million, 10 fois plus rares que la grippe elle-même).

En pratique, merci de vous référer au cadre de votre service connaissant la procédure de cette vaccination.

RESTONS SOLIDAIRES ; A L'HOPITAL SOYONS BIEN VACCINES.

Dr GILQUIN
PH Médecine interne – Maladies infectieuses.

Dr REGIS
Centre de vaccination.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CASTRES - MAZAMET
6, avenue de la Montagne Noire - BP30417 - 81108 CASTRES Cedex
Tél : 05 63 71 63 71 • Fax: 05 63 72 07 15 • www.chic-cm.fr
Etablissement certifié sans réserve par la Haute Autorité de Santé

Annexe L : Questionnaire 2016

 CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL CASTRES-MAZAMET	 CHIC de Castres-Mazamet	Etude Vaccination Décembre 2015 CHIC de Castres-Mazamet CH de Revel	 DPS Département de Pharmacie
--	--	--	--

Ce troisième questionnaire sur la vaccination est le dernier. Il s'agit en effet d'évaluer les effets de nos campagnes de sensibilisation. Comme les fois précédentes, nous vous invitons à remplir le questionnaire anonyme ci-joint et à le déposer dans votre service avant le 17 janvier. Une synthèse des réponses vous sera communiquée au printemps 2016

Votre situation

Vous travaillez au CHIC Castres Mazamet CH Revel

Vous êtes: une femme un homme Votre âge : moins de 25 ans

Vous faites partie des: personnels médicaux entre 25 et 34 ans
 personnels paramédicaux entre 35 et 44 ans
 personnels techniques entre 45 et 54 ans
 personnels administratifs plus de 55 ans

Vous êtes en contact avec les personnes hospitalisées: oui rarement non

Vous avez rempli ce questionnaire au printemps 2015 : oui non en 2014: oui non
je ne sais plus

La vaccination contre la grippe saisonnière

Vous êtes-vous fait vacciner lors de la campagne 2015-2016 contre la grippe saisonnière? oui non

Si oui, pour quelles raisons: je me fais vacciner tous les ans, ou presque
Plusieurs réponses possibles je ne l'avais pas fait auparavant, mais j'ai eu la grippe l'année dernière
 j'ai modifié mon opinion sur le vaccin contre la grippe saisonnière
 la campagne de sensibilisation à la vaccination faite à l'hôpital m'y a incité-e
 autres raisons, lesquelles:

Si non, pour quelles raisons: je n'y ai pas pensé, je n'ai pas eu le temps
Plusieurs réponses possibles je pense que ce n'est pas nécessaire
 j'ai des doutes sur l'efficacité du vaccin
 j'ai des doutes sur la dangerosité du vaccin
 des contre indications ou réactions allergiques m'en empêchent
 autres raisons, lesquelles:

Pour tous:

Vous étiez-vous fait vacciner lors de la campagne 2014-2015? oui non je ne sais plus

Vous étiez-vous fait vacciner lors de la campagne 2013-2014? oui non je ne sais plus

Les autres vaccins recommandés

Etes-vous vacciné-e ou protégé-e aujourd'hui ?

contre:	oui	non	ne sait pas		
la coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j'ai eu la coqueluche	<input type="checkbox"/>
la rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j'ai eu la rougeole	<input type="checkbox"/>
les oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j'ai eu les oreillons	<input type="checkbox"/>
la rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j'ai eu la rubéole	<input type="checkbox"/>

Etes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

	oui	plutôt oui	plutôt non	non
Les vaccins ont fait la preuve de leur efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des méthodes naturelles on peut se passer des vaccins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La composition et les conditions de fabrication des vaccins autorisés en France sont optimales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les effets indésirables des vaccins sont moins graves que la protection qu'ils apportent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Campagne de sensibilisation à la vaccination du CHIC Castres Mazamet - CH Revel 2015-2016

Avez-vous eu connaissance de la campagne de sensibilisation à la vaccination menée dans votre établissement?

de santé? oui un peu non

Avez-vous assisté à une réunion "vaccination" à l'hôpital?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous vu l'affiche "Tous à jour" à l'hôpital?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous lu une communication sur ce thème dans le journal l'Union?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
En avez-vous discuté avec des collègues?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si vous avez eu connaissance de cette campagne, qu'en avez-vous pensé?

- Les actions menées m'ont fait réfléchir à l'intérêt de la vaccination
- Les actions menées ont renforcé ma motivation à me faire vacciner
- Les actions menées n'ont eu aucun impact sur ma décision de me faire vacciner ou pas
- Les actions menées ont renforcé ma volonté de ne pas me faire vacciner

Commentaires :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Enquête menée avec le soutien des partenariats institutionnels GlaxoSmithKline

FR/PPM/002/15 - Décembre 2015

Annexe M : Vaccination contre la grippe saisonnière : 5 (fausses) idées reçues



LE POINT SUR

RISQUES INFECTIEUX
> Vaccinations

Vaccination contre la grippe saisonnière

5 (fausses) idées reçues

Document élaboré le 14 octobre 2014

Idée reçue n° 1 : La grippe n'est pas une maladie grave. Faux !

La grippe est une maladie contagieuse qui guérit spontanément le plus souvent. Cependant, elle peut entraîner des complications sérieuses et être dangereuse chez certaines personnes fragiles. Elle est responsable d'un nombre important de décès chaque hiver, estimé en moyenne à environ 9 000 pour les seules personnes âgées de 65 ans et plus. Si vous êtes considéré comme une personne ayant un risque de développer des formes compliquées ou graves de grippe, il est recommandé de vous faire vacciner.

Idée reçue n° 2 : Le vaccin contre la grippe saisonnière n'est pas efficace. Faux !

Le vaccin n'assure pas une protection à 100 % et l'efficacité est moindre chez les personnes âgées. La vaccination réduit néanmoins les risques de complications et de formes graves. Les épidémiologistes ont estimé qu'elle permet ainsi d'éviter 2 000 décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus et en éviterait davantage si la couverture vaccinale pour les personnes à risque était plus importante.

Idée reçue n° 3 : Le vaccin contre la grippe est dangereux. Faux !

Les effets indésirables des vaccins sont connus et il est bien plus dangereux d'avoir une grippe que de se faire vacciner. La plupart des effets secondaires locaux (douleur, inflammation au point d'injection) ou généraux (fièvre, malaise général) sont transitoires et bénins. Le risque de survenue d'effets secondaires graves liés au vaccin comme le syndrome de Guillain Barré reste très inférieur au risque de complications graves, directement liées à la survenue de la grippe elle-même, dont le syndrome de Guillain Barré.

Idée reçue n° 4 : Les traitements homéopathiques sont aussi efficaces que les vaccins contre la grippe. Faux !

Seuls les vaccins grippaux ont une efficacité démontrée dans la prévention de la grippe. Par conséquent, ils ne peuvent être remplacés par un traitement homéopathique.

Idée reçue n° 5 : J'ai été vacciné l'année dernière donc je n'ai pas besoin de me refaire vacciner cette année. Faux !

La composition du vaccin contre la grippe saisonnière est actualisée tous les ans car d'une année à l'autre, les virus qui circulent peuvent être différents. Le vaccin est dirigé contre les 3 types de virus qui ont le plus circulé durant l'hiver précédent et qui sont donc susceptibles d'être présents lors de l'hiver suivant. Ainsi, même si j'ai été vacciné l'année dernière, je ne serai peut-être pas protégé cette année. Je dois donc, me faire vacciner de nouveau contre la grippe saisonnière cette année, si je veux être protégé au mieux.



Sites Internet à consulter pour plus d'informations

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes :
www.sante.gouv.fr, dossier grippe saisonnière
Institut de veille sanitaire (InVS) :
www.invs.sante.fr

Haut Conseil de la santé publique :
www.hcsp.fr, rubrique avis et rapports
Assurance Maladie :
www.ameli-sante.fr/grippe-saisonniere.html



**MISE EN PLACE D'UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION A LA VACCINATION AU SEIN DU
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CASTRES-MAZAMET ET DU CENTRE HOSPITALIER
DE REVEL**

Par Angeline ISSANCHOU

Thèse soutenue le 30 juin 2016 à la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de Toulouse

RESUME en français :

En France, dans la population générale comme chez les professionnels de santé, les objectifs de couverture vaccinale fixés par la loi de santé publique ne sont pas atteints pour la plupart des vaccinations.

C'est dans ce contexte qu'une campagne de sensibilisation à la vaccination a été réalisée au sein du Centre Hospitalier Intercommunal de Castres-Mazamet et du Centre Hospitalier de Revel entre janvier 2014 et avril 2016. Trois enquêtes, effectuées à différents moments de la campagne, ont permis de mieux connaître la perception et les craintes des personnels hospitaliers vis-à-vis de la vaccination. Elles ont également permis de chiffrer certaines couvertures vaccinales et de suivre leurs évolutions au cours du temps. L'analyse des résultats a mis en évidence les effets positifs de la campagne tant sur la couverture vaccinale que sur l'évolution des comportements des personnels de santé.

TITLE : Launch of awareness vaccine campaign within Castres-Mazamet and Revel Hospital Centers.

ABSTRACT :

In France, the objectives of vaccinal cover fixed by public health law are not reached for the most part of vaccinations no more by the population generally than the specialists of healthcare. This is the context in which awareness vaccine campaign was implemented within the two Hospital Centers (Castres-Mazamet and Revel) between January 2014 and April 2016. Three surveys performed during this period allowed to better identify and evaluate perception and fears of hospital staff towards vaccination. They also allowed to quantify certain vaccinal covers and to monitor their development over time. Results evaluation highlighted the positive effects of the campaign both on vaccinal cover and on evolution of healthcare workers behavior.

DISCIPLINE administrative : Pharmacie

MOTS-CLES : Vaccin, Vaccination, Campagne de sensibilisation, Enquête, Questionnaire, Professionnel de santé, CHIC Castres-Mazamet, CH Revel

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Paul Sabatier Toulouse III
Faculté des sciences pharmaceutiques
35 chemin des maraichers
31062 TOULOUSE CEDEX 9

Directeur de thèse : Docteur Champanet Bernard