

IL N'Y A PAS DE JOURNÉE SANS LENDEMAIN

Au sortir de la première journée nationale des vaccinations, l'opinion la plus commune était : « C'était très bien d'avoir mis en exergue l'organigramme du Ministère, les mesures de réflexion propres à construire une politique vaccinale nationale, les difficultés restantes à promouvoir le concept de vaccination ».

Les questions étaient bien posées, mais beaucoup étaient en fait sans réponse. Voilà pourquoi, dans le calendrier des rencontres autour de la politique vaccinale française, une deuxième journée était très attendue. Pour la population, les acteurs de santé, les médias, la vaccination a désormais droit de cité ne serait-ce que par l'arrivée de nouveaux vaccins ou de la modification des objectifs vaccinaux.

Aucun pouvoir politique ne peut aujourd'hui échapper à la libéralisation de la vaccination dès l'instant où elle est enfin reconnue comme l'un des supports d'une politique générale de prévention.

Dans le même état d'esprit, que ce soit au niveau des tutelles ou du public, la montée en puissance des responsabilités individuelles renforce le libre choix qui, par corollaire, doit être le résultat d'une connaissance collective.

> Suite p. 5

Dossier

Lutte contre les risques pandémiques : NOUVEAUX ASPECTS

Pr François Bricaire

Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP).

Depuis l'alerte lancée par l'OMS, mettant en garde contre un risque de pandémie grippale due au virus aviaire H5N1, les autorités d'un certain nombre de pays ont décidé de s'organiser au mieux pour lutter contre ce risque s'il devait se concrétiser.

Les mesures déjà prises sont nées des réflexions conduites depuis la menace du bio-terrorisme, mais aussi de la soudaine épidémie de SRAS, des craintes émanant des poussées épidémiques de fièvres hémorragiques virales sévissant en Afrique. En France ont été diffusés des plans précisant les modalités d'organisation de protection déjà établies.

Mais chacun sait que cette préparation est complexe. Elle repose sur des données souvent hypothétiques, incertaines. Chaque question soulevée en pose d'autres, difficiles. C'est dire que les plans de lutte doivent être évolutifs, modifiables, apportant de nouvelles précisions. De fait, plusieurs versions du plan de lutte contre la grippe aviaire ont été publiées, la dernière très récemment. Les compléments ou modifications apportés tiennent compte à la fois des données scientifiques qui apparaissent régulièrement, fruits de travaux de recherche, des considérations émanant de réunions et des expertises nationales et internationales. Réflexion et pragmatisme s'allient pour affiner des décisions souvent difficiles à prendre, aux conséquences nombreuses et volontiers lourdes. Les enjeux pratiques en termes d'organisation, de financement, les enjeux éthiques pour nos sociétés justifient que cette évolution se fasse et continue à se poursuivre.

Plusieurs orientations peuvent ainsi être schématiquement évoquées :

● Chacun se rend compte au fur et à mesure des discussions sur ce sujet que la complexité de

l'organisation peut et doit aboutir à amender certaines décisions. La pratique d'autres pays peut utilement moduler les orientations des autres.

● Au-delà de la nécessité qui reste de règle de se protéger au mieux pour retarder le phénomène épidémique, d'en réduire les conséquences, il apparaît ainsi que la société devra également pouvoir vivre. Ceci veut dire de s'organiser pour que les activités économiques, industrielles et sociales demeurent. Ainsi l'idée initiale d'arrêter les transports a-t-elle été revue et modifiée. Il faut pouvoir faire circuler personnes et marchandises, avec sans doute des mesures de restriction et de protection adaptées. Il faut pouvoir s'approvisionner, donc être approvisionné, il faut travailler, assurer la garde de ses enfants, gérer l'absentéisme et permettre à ceux qui seront guéris de reprendre des activités normales et complètes.

● La modulation de l'application des mesures sera essentielle. L'intensité du phénomène épidémique devra déterminer l'importance des mesures à prendre. La préparation à un haut niveau, ce qui est légitime, ne signifie pas que le phénomène sera nécessairement intense. Il est à l'évidence inutile de mettre en application certaines actions si l'épidémie est mineure.

● L'importance de ce qu'il est convenu d'appeler les mesures « barrières » des règles d'hygiène a

> Suite p. 2

- > Pages 1 et 5 - **Edito** : Il n'y a pas de journée sans lendemain
- > Pages 1 et 2 - **Dossier** : Lutte contre les risques pandémiques : Nouveaux aspects
- > Page 2 - **Actualité vaccinale** : Le point sur la coqueluche
- > Page 3 - **Enquête** : Connaissance et état vaccinal des internes à la Pitié-Salpêtrière
- > Page 4 - **Actualités professionnelles** : L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans les services de Santé au Travail
- > Page 6 - **Actualité** : Politique de lutte contre la tuberculose

Lutte contre les risques pandémiques : NOUVEAUX ASPECTS

Suite de la page 1

conduit le Ministère de la santé à mettre en place récemment une campagne d'information. Rappeler, surtout aux plus jeunes, les règles du lavage des mains, de la nécessité de ne pas tousser ou éternuer sans mettre la main devant la bouche, repose sur des actions conduites en milieu scolaire, ainsi qu'avec l'aide de médias audio-visuels.

● **L'utilisation du matériel conduit aussi à quelques remarques.** Ainsi l'utilisation des masques peut être modulée. Choix des masques, modalités d'emploi : circonstances, durée. L'absolu en matière de protection par les masques FFP2 peut être évalué. L'utilisation des moyens chirurgicaux plus faciles à supporter, moins onéreux, peut se révéler aussi plus réaliste dans nombre de circonstances. Approvisionnement, stockage, péremption, utilisation dans notre société de ce matériel et son renouvellement sont autant de données justifiant la poursuite des réflexions.

● **L'une des avancées les plus récentes et sûrement les plus intéressantes concerne le vaccin dit pré-pandémique.** Il y a encore peu de temps le vaccin préparé à partir de la souche aviaire était considéré comme intéressant seulement pour avancer dans les recherches, régler certains problèmes techniques pour préparer le futur vaccin efficace contre le futur et hypothétique mutant. Aujourd'hui, l'importance des travaux réalisés par l'industrie, les progrès en matière d'adjuvants ont abouti à envisager une possible protection croisée entre une préparation vaccinale avec du virus issu de l'oiseau et le futur mutant. Plusieurs travaux ont publié cette possibilité de réactivité croisée de ces candidats vaccins anti-H5N1 avec plusieurs autres souches de virus de grippe aviaire.

Cette notion est à l'évidence essentielle lorsque l'on sait que la lutte contre des infections virales repose essentiellement sur la vaccination. La politique de protection pourrait en être considérablement modifiée. L'achat de vaccin prépandémique et la mise au point d'une stratégie de vaccination deviendraient alors très vite indispensables.

● **Les progrès dans l'organisation de la lutte viennent aussi des avancées dans l'implication et l'organisation de la médecine de ville.** Le maintien à domicile des malades ne relevant pas d'une hospitalisation amène à définir les modalités d'exercice du corps médical en ville : organisation des cabinets, visites à domicile, protection du corps de santé, modalités de distribution des antigrippaux. Les formations qui accompagnent ces évolutions sont également très importantes. L'implication des structures de l'état, des communes se révèle ici également essentielle : organisation de lieux d'accueil, de centres de soins permettant de recevoir des malades et à des praticiens de se regrouper pour assurer dans de bonnes conditions la prise en charge des sujets grippés.

● **Enfin, l'implication de nombreuses entreprises, sociétés, organismes, doit être soulignée.** Le désir affiché d'assurer une protection de leur personnel, de maintenir leur activité au mieux en fonction de l'absentéisme, des conditions de l'épidémie, les ont conduit à mettre en place des organisations précises, des achats de

matériels de protection, des plans de formation. A cet égard, une **fiche spéciale du plan grippe aviaire** vise à répondre à la demande d'aide de ces établissements et précise certaines modalités de mise en place de telles mesures.

● **Le développement, l'intensification et la meilleure organisation de l'aide internationale apportée aux pays atteints par la panzootie** sont sans doute à part, mais certainement essentiels dans cette lutte. Tout ce que pourraient faire les services vétérinaires dans un pays en matière d'abattage, de vaccination des animaux, des mesures d'hygiène, sera autant pour éviter le développement de l'infection et le risque de mutation du virus H5N1 pour s'adapter à l'homme.

Ainsi ces évolutions, ces précisions, ces modulations régulières conduisent à une volonté permanente d'amélioration et de clarté. C'est sans doute ainsi que sera progressivement globalisée la lutte contre l'ensemble des phénomènes infectieux épidémiques, s'appuyant sur des moyens communs ainsi que des moyens spécifiques tenant compte du type de phénomène épidémique, de son intensité, du lieu où il se développe. L'efficacité n'en sera que plus grande, tout en réduisant peut-être les inquiétudes, les angoisses dans la population à l'égard de ces risques, ainsi que les à-coups médiatiques toujours peu souhaitables en ce domaine.

Actualité vaccinale

Le point sur la coqueluche

Docteur Sylvie Larnaudie, Médecin Chef au Service des Vaccinations de la Mairie de Paris.

La coqueluche reste un problème majeur de santé publique en France, malgré une couverture vaccinale élevée depuis 50 ans.

Dans les populations bien vaccinées, on observe des cycles de coqueluche tous les 3 à 5 ans, avec des pics d'incidence avant l'âge de 1 an (surtout avant 6 mois), chez l'adolescent et l'adulte jeune.

La transmission se fait alors de l'adulte vers le bébé, non encore ou incomplètement vacciné. Une enquête de D. Floret à Lyon en 2001 a montré que la coqueluche était la troisième cause de mortalité chez le nouveau-né en France. L'incidence chez le bébé de moins de 3 mois varie entre 115 et 476 pour 100 000, soit 250 à 1 571 cas, dont 15 % sont hospitalisés en réanimation. On enregistre 1 à 13 décès suivant les années.

Le réseau Renacoq, en 1996, montre que les bébés sont contaminés par leur entourage proche (36 % les parents, 24 % la fratrie).

C'est pourquoi, un rappel avec un vaccin coquelucheux acellulaire a été rajouté chez l'adolescent en 1998, à 11 / 13 ans (Tétravac® ou Infanrix® Tétrax).

En 2006, la couverture vaccinale à 11 ans n'est que de 37 %.

On connaît mal l'épidémiologie de la coqueluche chez l'adulte, cependant, deux études apportent un éclairage.

S. Gilberg montre en 2002 qu'en médecine générale 30 % des adultes toussent depuis plus de 6 jours, ont la coqueluche. Une étude séro-épidémiologique multicentrique réalisée en 2005 dans des centres de vaccinations montre que dans une population d'adultes jeunes (18 - 30 ans) fréquentant les centres de vaccinations, 13 % ont des anticorps antitoxine pertussique témoignant d'une infection récente ou en cours, par *Bordetella pertussis*.

Enfin, les résultats de Renacoq en 2004 montrent que les bébés sont majoritairement contaminés par leurs parents et que la proportion augmente. L'âge moyen du contamineur est de 28 ans (médiane à 27 ans).

Un rappel coquelucheux acellulaire est rajouté au calendrier vaccinal en 2005 chez le jeune adulte au contact d'enfants de moins de 6 mois (personnel de santé ou de la petite enfance) ou autour d'une grossesse, la maman étant vaccinée en post-partum.

Les vaccins utilisables sont Repevax® ou Boostrix® Tétrax. Ce vaccin peut être administré lors d'un rappel décennal de dTPolio, mais le CHSPF a émis un avis réduisant à 2 ans le délai minimal entre les deux vaccins, si cela est nécessaire.



Une enquête instructive : Connaissance et état vaccinal des internes du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière durant le semestre d'hiver 2006

Isabelle Choudat¹, Laetitia Gambotti¹, Philippe Bossi², Martine Louet³, François Bricaire², Amélie Liou⁴, Pascal Astagneau¹

1. Département Santé Publique, Biostatistiques et Information Médicale - 2. Service de Maladies infectieuses - 3. Service de Médecine du Travail - 4. Pharmacie à usage intérieur Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47-83 boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13

INTRODUCTION

Les recommandations du calendrier vaccinal⁽¹⁾ préconisent des **vaccinations obligatoires et des vaccinations recommandées pour les professionnels de santé**. En effet, il existe un risque de transmission d'agents infectieux aussi bien de soignant à soigné que de soigné à soignant. L'objectif des vaccinations est de minimiser ce risque. Les professionnels de santé en formation, comme les internes, sont aussi concernés par ces recommandations.

Cette enquête a pour but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des internes en semestre d'hiver 2006 au sein du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS) concernant les recommandations sur les vaccinations des professionnels de santé.

MÉTHODE

Durant 3 semaines, les 250 internes du GHPS ont été interrogés sur leur lieu de stage par les externes et internes de Santé Publique. Les informations ont été collectées sur un questionnaire standardisé qui comportait 5 parties : les caractéristiques de l'interne, les connaissances sur les vaccins obligatoires et recommandés auprès des professionnels de santé, la couverture vaccinale déclarée et le recours à la médecine du travail pour des vaccinations.

RÉSULTATS

Au total, 177/250 des internes du GHPS ont été enquêtés. Les trois quarts d'entre eux étaient

titulaires. Un tiers était dans leurs 2 premières années d'internat.

Les réponses des internes concernant la classification des vaccins en obligatoire ou recommandé figurent dans le tableau.

Le vaccin anti-typhoïde (obligatoire en laboratoire) a été correctement classé par 67 % des biologistes versus 19 % des non-biologistes ($p = 0,0002$).

Près de 90 % des internes déclaraient que leur carnet de vaccination était à jour. Tous étaient vaccinés contre l'hépatite B (74 % avaient réalisé un contrôle sérologique) mais ils n'étaient que 84 % à avoir effectué un rappel anti-DTP au cours des 10 dernières années.

Concernant la vaccination antigrippale, 22 % des internes se faisaient vacciner tous les ans et 43 % ne s'étaient jamais fait vacciner. Parmi les internes qui ne s'étaient pas fait vacciner tous les ans 48 % ne le faisaient pas car ils oubliaient ou n'avaient pas le temps, 33 % pensaient que cette vaccination n'était pas nécessaire et 19 % estimaient ne pas avoir eu l'opportunité de se faire vacciner.

Au cours de leur formation, la moitié des internes a été en contact avec la Médecine du Travail pour effectuer des vaccinations (66 % de « faisant fonction d'interne » versus 48 % de titulaires, $p = 0,03$). Les principales raisons de ce contact étaient : visite systématique (62 %) et accident d'exposition au sang ou accident du travail (28 %).

DISCUSSION/CONCLUSION

Des actions d'information pourraient être mises en œuvre pour améliorer les connaissances des internes sur les vaccinations recommandées mais aussi obligatoires, par exemple par l'intermédiaire d'affiches dans les services. Les internes doivent être mieux informés des bénéfices du vaccin contre la grippe. Il faudrait également leur proposer régulièrement de se faire vacciner : dès leur accueil dans l'hôpital, lors de journées de vaccinations organisées dans les services ou par la mise en place de visites systématiques à la médecine du travail plus régulières.

Vaccins obligatoires et recommandés									
Recommandations officielle	Réponses des internes	Obligatoire		Recommandé		Non obligatoire Non recommandé		Ne sait pas	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Obligatoire (O)	BCG ⁽¹⁾	154	(87)	13	(7)	6	(3)	4	(2)
	Diphthérie ⁽¹⁾	154	(87)	10	(6)	11	(6)	2	(1)
	Tétanos ⁽¹⁾	166	(94)	8	(5)	2	(1)	1	(1)
	Poliomyélite ⁽¹⁾	157	(89)	11	(6)	7	(4)	2	(1)
	Hépatite B ⁽²⁾	165	(93)	11	(6)	0	(-)	1	(1)
	Typhoïde ⁽³⁾	40	(23)	20	(11)	108	(61)	8	(5)
Recommandé (R)	Grippe ⁽²⁾	13	(7)	142	(80)	20	(11)	2	(1)
	Rougeole ⁽⁴⁾	60	(34)	53	(30)	56	(32)	8	(5)
	Oreillon ⁽¹⁾	49	(28)	53	(30)	63	(26)	12	(7)
	Rubéole ⁽¹⁾	52	(29)	53	(30)	59	(33)	13	(7)
	Coqueluche ⁽⁵⁾	58	(33)	44	(25)	56	(32)	19	(11)
	Varicelle ⁽⁶⁾	22	(12)	21	(12)	119	(67)	15	(9)
Non O non R	Pneumocoque	4	(2)	22	(12)	139	(79)	12	(7)

(1) Recommandation identique à la population générale

(2) Spécifique aux professionnels de santé

(3) Obligatoire pour le personnel de laboratoire

(4) Recommandé pour les personnes de plus de 25 ans non vaccinées, sans antécédent de rougeole, dont la sérologie est négative et qui exercent dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave

(5) Recommandé pour les professionnels de maternité, des services de néonatalogie et des services de pédiatrie prenant en charge des nourrissons de moins de 6 mois

(6) Pour les personnes sans antécédents de varicelle et dont la sérologie est négative qui travaillent dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immunodéprimé, services de gynéco-obstétrique, néonatalogie, maladies infectieuses)

(1) Calendrier Vaccinal 2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire N° 29/30 du 18 juillet 2006.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans les services de Santé au Travail

Professeur Jean-François Caillard, Service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle. CHU de Rouen.

L'évaluation des pratiques professionnelles s'impose aujourd'hui aux médecins du travail comme à tous les médecins, qu'ils appartiennent au secteur libéral ou au secteur salarié.

Il importe de la mettre en œuvre en tenant compte des particularités de notre exercice, en sachant qu'il associe toujours aux activités de surveillance de la santé l'étude des situations de travail et des résultats de l'évaluation des risques.

Cette double mission, centrée sur le milieu, envisagée dans une approche globale (poste de travail, entreprise, société) et sur l'homme (facteurs de risque individuel, capacités fonctionnelles, perception qu'a le salarié de son travail et des conditions dans lesquelles il le réalise, actions de prévention et de promotion de la santé), est unique.

De telle sorte que les méthodes traditionnelles d'évaluation des pratiques professionnelles ne sont pas transposables et qu'il importe d'en inventer de nouvelles. Il n'existe en effet que peu de référentiels spécifiques qui soient largement diffusés et c'est la réglementation qui s'impose souvent comme leur substitut, alors qu'elle est loin d'être fondée sur des consensus scientifiques ou des recommandations validées.

Même si, dès 1990, les journées nationales de médecine du travail avaient abordé la question de l'évaluation des actions de prévention en santé au travail, l'obligation d'évaluer les pratiques professionnelles est récente, issue de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et du décret du 14 avril 2005 sur la formation médicale continue. Chaque médecin doit définir pour lui-même, ou se soumettre à un programme d'évaluation des pratiques dont il devra justifier qu'il l'a suivi sur chaque période de 5 ans au long de sa carrière.

L'objectif est tout d'abord d'adapter les services rendus aux besoins des parties prenantes que sont les salariés, les entreprises et la société dans son ensemble. Il est également de définir quelles sont les bonnes pratiques et de les faire évoluer en permanence. Ceci constitue en outre un devoir que rappelle le code international d'éthique pour les professionnels de santé au travail (Commission Internationale de la Santé au Travail) qui pose l'obligation de rapporter sur son activité en incluant une approche d'évaluation critique.

D'autres arguments sont également à prendre en considération :

- les contraintes économiques qui imposent d'assurer des prestations dont le rapport entre les coûts qu'elles génèrent et les résultats qu'elles produisent soient optimum ;

- le risque causé par la « juridiciarisation » de l'exercice des professionnels de santé : il justifie qu'autant que possible, les pratiques, qu'elles soient ou non définies dans des référentiels ou des recommandations officielles, soient conformes avec ce que reconnaît la communauté professionnelle comme devant être fait.

Le renouvellement rapide des connaissances médicales, la variété des thématiques d'intérêts des médecins du travail, l'obligation, pour offrir aux bénéficiaires le meilleur service, de s'entourer de compétences complémentaires (c'est tout l'enjeu de la multidisciplinarité) sont également des éléments de contexte incontournables.

Enfin, il faut ajouter que, dans les pays développés, quelle que soit l'organisation du système de santé, l'évaluation des pratiques s'est, au cours des dernières années, imposée à tous.

Évaluation des actions de prévention, amélioration de la qualité du service rendu et évaluation des pratiques professionnelles, en vue d'une certification ou d'une accréditation, sont cependant des approches qu'il importe de différencier, même si elles ont des points communs.

L'évaluation des actions de prévention repose sur une méthodologie de type systémique, partant de la définition des objectifs de prévention à atteindre jusqu'à la mesure des effets en terme de résultats et d'impacts auxquels elles ont abouti. Sont étudiées les ressources disponibles, leurs mises en œuvre, leur cohérence entre elles et par rapport aux éléments extérieurs, leur pertinence par rapport aux objectifs fixés. Les programmes d'évaluation des actions de prévention sont encore trop rares dans les services de santé au travail alors qu'ils devraient être inscrits systématiquement dans les plans et programmes qui, aujourd'hui, sous l'effet des différentes réformes, permettent de passer d'un exercice de la santé au travail « routinier » à un exercice fondé sur une démarche de projet.

L'amélioration de la qualité est largement fondée sur l'analyse de l'écart entre les pratiques observées et les référentiels construits par la profession ou normalisés. Le but est de concourir à la

réduction de cet écart. L'exemple en est la démarche de progrès initialisée par le CISME, dans le référentiel d'auto-évaluation des services interentreprises de santé au travail qu'il a mis au point.

L'évaluation des pratiques professionnelles se définit quant à elle comme l'analyse des pratiques en référence à des recommandations, lesquelles sont élaborées selon une méthode validée par la Haute Autorité de Santé ou par des organismes qu'elle agré. Dans ce cas, on parle d'évaluation normative. Mais il peut aussi s'agir d'une simple confrontation des pratiques entre professionnels, dans le but de leur amélioration permanente. Il s'agit alors d'évaluation formative dont le but est d'inscrire l'activité médicale dans une culture d'évaluation de manière continue.

Le lien entre l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue est étroit.

L'objectif de cette dernière est, en effet, le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients - notamment dans le domaine de la prévention - ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique (loi du 4 mars 2002).

De son côté, le décret du 14 avril 2005 confirme que l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.

C'est ainsi que différentes actions de perfectionnement des connaissances sont « validantes » pour l'obtention des 250 crédits obligatoires par période de 5 ans : participation à des enseignements post-universitaires, à des congrès et autres séminaires ; auto-formations individuelles à partir de données de la littérature spécialisée ou des connaissances disponibles sur supports électroniques, réunions de pairs visant à confronter des pratiques et à permettre à chaque praticien de s'auto-évaluer.

D'ores et déjà, plusieurs associations de formation médicale continue, plusieurs universités, des groupes de praticiens, parfois regroupés en associations de pairs, se sont investis dans cette démarche nouvelle, à même de contribuer à l'identification de nouvelles règles professionnelles.

L'ensemble des médecins du travail devrait suivre, d'autant qu'on peut y voir une opportunité de redonner aux médecins du travail une certaine maîtrise de leur propre profession.

IL N'Y A PAS DE JOURNÉE SANS LENDEMAIN

Suite de la page 1

Les acteurs porteurs de cette connaissance, dans le but de la diffuser eux-mêmes, sont en train de changer. La régionalisation des institutions en sera probablement un acteur essentiel.

L'établissement de cartes à risques, d'évaluations de proximité, le profil des nouveaux vaccins nous engage vers une démocratie sanitaire.

Une deuxième journée de vaccinations devrait donc participer à la continuité du savoir révélé et de la communication liée à la transparence de la vaccination et de ses effets.

À ce jour, il devient possible de redéfinir l'outil-vaccin qui nous offre la possibilité

de rendre le concept vaccinal évolutif. L'exemple de la mise à disposition du gardasil nous a pratiquement fait oublier son intérêt protecteur à l'encontre d'une maladie sexuellement transmise au profit d'une nouvelle étape vers l'éradication d'un cancer. Bien plus, ce type de vaccin porte en lui par ses limites la valorisation d'une politique de dépistage.

Cet exemple montre bien que nous sommes entrés dans une nouvelle stratégie de prévention avec de nouveaux objectifs pour de nouvelles populations où le libre choix pourrait s'accompagner de la prise de conscience de l'intérêt de ces vaccins par les collectivités publiques. C'est une façon comme une autre de favoriser l'égalité des chances.

En instaurant une deuxième et donc d'autres réunions nationales, il nous semble que cela peut être une bonne préparation à participer activement aux futures rencontres européennes et, pourquoi pas, d'en être l'un des moteurs.

Dans cet esprit, on peut déjà se féliciter de la participation de 5 régions françaises à la dernière semaine européenne de la vaccination qui s'est déroulée du 16 au 22 avril 2007. La France novatrice historique de la vaccination doit prolonger sa mission anticipatrice et s'en donner les moyens ; c'est pourquoi préparer la deuxième journée vaccinale est pour nous une urgence du temps.

Max Micoud pour le Cercle Prévention et Travail

Brève

Un outil indispensable : LE GUIDE DES VACCINATIONS

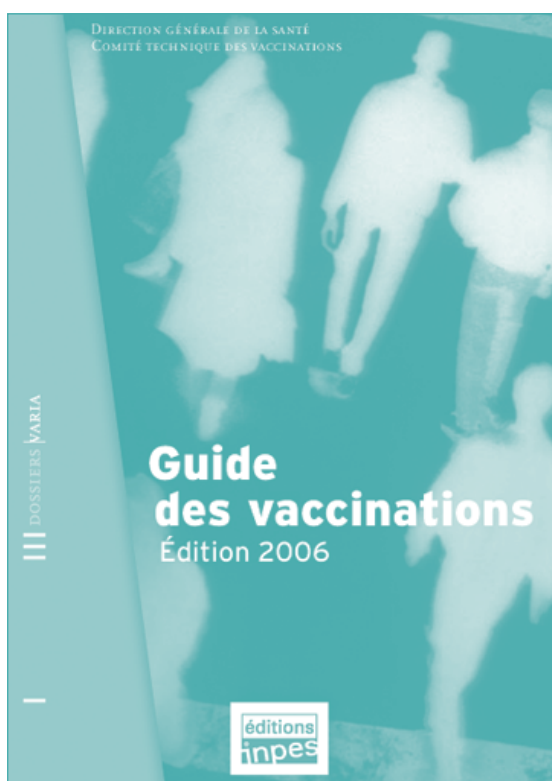
Le guide des vaccinations révisé en 2006 participe à aider les professionnels de santé à actualiser leurs connaissances sur la vaccination, l'épidémiologie des maladies infectieuses.

Cet ouvrage conçu et mis à jour par le **Comité technique des vaccinations**, groupe de travail permanent de la section Maladies transmissibles du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, présente le calendrier vaccinal, la politique vaccinale en population générale et vis-à-vis de populations spécifiques, les principes et bases immunologiques, les aspects pratiques de la vaccination.

Puis chaque type de vaccination est abordé, en précisant les différentes spécialités.

Ce guide est disponible auprès de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, soit sous forme imprimée, soit sous forme électronique.

www.inpes.sante.fr



CONTACTEZ-NOUS

Faites-vous et faites-nous connaître :

Si certains de vos amis, collègues et relations sont intéressés par notre Journal, n'hésitez pas à les inciter à nous contacter. *Le Journal du Cercle* est envoyé **gracieusement** à toute personne impliquée dans les aspects liés à la prévention des risques infectieux en milieu professionnel. Plus vous serez nombreux et plus nous pourrons nous faire le reflet de vos préoccupations.

N'hésitez pas à vous exprimer en adressant vos questions, remarques ou suggestions :

*Cercle Prévention et Travail
191, av. Aristide Briand
94234 Cachan cedex*

Fax : 01 55 01 21 75

> e-mail : lob@lob.fr

Politique de lutte contre la tuberculose : Obligation vaccinale par le BCG et plan de lutte contre la tuberculose

Docteur Sylvie Larnaudie, Médecin Chef au Service des Vaccinations de la Mairie de Paris.

Docteur Elisabeth Nicand, Chef de Service - Service de Biologie - CNR VHE.HIA - Val de Grâce - Paris.

La tuberculose est un fléau mondial dont le poids est inégalement réparti entre les pays du Sud et du Nord, les pays de l'Est et de l'Ouest.

La France, comme tous les pays occidentaux, a enregistré une décroissance majeure de l'incidence de cette affection. En 2005, elle est de 8,9 pour 100 000 habitants.

Cependant, il existe de fortes disparités régionales et au sein d'une même région, en fonction des populations, des zones géographiques. C'est ainsi qu'en Ile-de-France, l'incidence est supérieure à 10 / 100 000 habitants, pour atteindre 31,5 / 100 000 habitants à Paris. La région PACA et le département de Guyane sont les plus touchés avec pour la ville de Cayenne, une incidence très élevée : 60 / 100 000 habitants.

En Europe de l'Ouest, la situation épidémiologique est comparable à celle de la France avec les mêmes disparités d'incidence. En revanche, l'Europe Centrale et de l'Est sont nettement plus touchées par la tuberculose avec une incidence moyenne supérieure à 21 / 100 000.

C'est pourquoi depuis plusieurs années, une réflexion est menée à la fois sur le dépistage des cas secondaires et sur l'intérêt de la vaccination par le BCG.

Le BCG est un vaccin dit « égoïste » qui protège contre les formes graves de la maladie avec une efficacité de 70 à 80 % vis-à-vis des méningites et miliaires tuberculeuses de l'enfant, de 50 % vis-à-vis des tuberculoses pulmonaires. Toutefois, il n'a pas d'impact sur la circulation du bacille de Koch et donc sur la réduction de la transmission de la maladie.

Dans le même temps, la vaccination par multipuncture disparaît au profit du seul vaccin BCG SSI®. Ce vaccin est injecté par voie intradermique stricte. Ce dernier est plus efficace que le Monovax® mais plus difficile à administrer, ce qui a favorisé l'augmentation d'effets indésirables, essentiellement locorégionaux, surtout dans le cas où la technique est mal maîtrisée.

Dès lors, la question du maintien d'une vaccination obligatoire et généralisée se

pose. Les 13 et 14 novembre 2006, une audition publique a été organisée par la Société Française de santé publique. L'objectif était d'évaluer le bénéfice et les risques de ce vaccin, au vu de l'épidémiologie de la tuberculose en France.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France a pris en compte les conclusions du jury et a fait les propositions suivantes :

- Suspension de l'obligation vaccinale généralisée chez l'enfant
- Maintien d'une vaccination dans les régions de forte prévalence (> 10 x 10⁵) pour les enfants vivant dans un milieu à risque et pour tous ceux jugés à risque par leur médecin.

Cette vaccination doit être la plus précoce possible. La couverture vaccinale pour ces enfants à risque doit être de 95 % pour éviter tout cas de tuberculose supplémentaire pour eux et pour les enfants non vaccinés.

Cette modification de politique vaccinale doit s'accompagner de la mise en place du plan de lutte contre la tuberculose. Celui-ci s'articule autour de 6 axes.

- 1) Diagnostic précoce et traitement adapté des cas de tuberculose maladie.
- 2) Dépistage des formes contagieuses et systématisation des enquêtes autour d'un cas. Le dispositif doit être adapté aux différences régionales.
- 3) La stratégie vaccinale : avec une vaccination précoce (avant 1 mois) des enfants à risque et la formation des professionnels de santé à la technique intradermique.
- 4) La prévention des multirésistances au traitement.
- 5) L'amélioration de la surveillance épidémiologique : déclaration obligatoire – signalements immédiats et amélioration de l'information des issues de traitement.
- 6) L'adaptation des dispositifs aux nouveaux enjeux, en intensifiant notamment les efforts vers les populations à risque.

Ces dispositions sont prioritaires, mais doivent s'appuyer sur la recherche, notamment en matière de diagnostic, de traitement et de vaccin plus efficaces.



Le bacille de Koch, l'agent étiologique de la tuberculose.

Chez les professionnels de santé et les personnels inscrits dans les écoles et les établissements préparant aux professions à caractère sanitaire et social et exerçant une activité professionnelle dans les établissements à caractère sanitaire et social, le BCG reste obligatoire suivant les articles L3112-1, R3112-1C et R3112-2 du code de la santé publique.

LE CERCLE PRÉVENTION ET TRAVAIL

Le Cercle Prévention et Travail regroupe à la fois des spécialistes de la médecine du travail mais aussi des infectiologues. Il est aujourd'hui animé par :

• **Le Professeur François Bricaire**,
Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP).

• **Le Professeur Jean-François Caillard**,
Service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle. CHU de Rouen.

• **Le Docteur Sylvie Larnaudie**,
Médecin Chef au Service des Vaccinations de la Mairie de Paris.

• **Le Professeur Max Micoud**,
Professeur des Maladies Infectieuses.
Faculté de Médecine de Grenoble.

• **Le Docteur Elisabeth Nicand**,
Chef de Service. Service de Biologie - CNR VHE.
HIA Val de Grâce. Paris.