

**L**e Cercle Prévention et Travail a voulu, tout en vous apportant les derniers points de l'actualité sur la prévention des risques infectieux en milieu professionnel, faire de ce nouveau numéro de votre Journal, un outil de réflexion et d'échanges prospectifs, dans cette véritable période de mutation.

En effet, que ce soit en matière d'évolution de la politique de Santé en général, des orientations prises, notamment pour les professionnels de la Santé en milieu du Travail et de leurs implications avec les autres acteurs de santé, nous vivons un moment primordial pour chacun d'entre nous.

Dans ce contexte, nous tenons à saluer les propos de M. W. Dab, Directeur de la DGS, et ne pouvons qu'espérer que la politique de santé au travail dans notre pays saura se moderniser, à l'instar de la politique de santé publique...

Outre, nous l'espérons, une aide à la réflexion, les propos tenus ont également pour objectif de provoquer vos réactions et d'entretenir un dialogue plus que précieux et instructif.

Nous sommes donc plus que jamais à l'écoute de vos questions et commentaires.

Le Cercle Prévention et Travail

## Dossier

# Vaccination antivariolique dans le plan variole Organisation d'une équipe "dédiée": où le principe de précaution n'est pas un concept uniquement philosophique

Professeur François Bricaire

La crainte d'un acte "bioterroriste" est devenue, ces derniers temps, de plus en plus d'actualité.

Parmi les agents possiblement utilisables, figure le virus de la variole. Même considéré comme extrêmement faible, il n'est pas possible pour les différentes tutelles d'ignorer ce risque. Il faut donc le prévoir et l'organiser pour lutter au mieux contre cet agent si, par malheur, il devait, un jour, être utilisé.



Or, à ce jour, le seul moyen de lutte efficace contre la variole est la vaccination par le virus de la vaccine poxvirus proche du virus de la variole. En dehors de cette prophylaxie, il n'existe pas de substance prouvée active utilisable contre cet agent.

L'originalité de la variole tient au fait que grâce à cette vaccination, la maladie a disparu aboutissant, en conséquence, à un arrêt de sa pratique. Le seul risque aujourd'hui est de voir, à partir de souches détenues par des laboratoires ou des

> Suite p. 2

## SOMMAIRE

- > Pages 1 et 2 - Dossier : Vaccination antivariolique dans le plan variole
- > Page 2 - Mise au point : Vaccin hépatite B et sclérose en plaques
- > Pages 3 et 4 - Actualité : 28<sup>ème</sup> Congrès National de Médecine de Santé au Travail
- > Page 5 - Réflexion : Créer, préserver et développer les capacités de travail...
- > Page 5 - Actualité vaccinale : Nouveau rappel vaccinal contre la coqueluche
- > Page 6 - Tribune libre : Vaccination : engagement et responsabilisation
- > Page 6 - Information : 17 novembre 2004 : 3<sup>ème</sup> Journée Mondiale de Lutte contre la BPCO

# Vaccination antivariolique dans le plan variole

Suite de la page 1

terroristes, émerger un, voire plusieurs cas, sans doute davantage par malveillance que par accident.

Si la population de plus de 25 – 30 ans a reçu une ou plusieurs injections de vaccin et se révèle peut-être, au moins partiellement, immunisée, les sujets jeunes, de moins de 25 ans, eux, n'ont jamais reçu cette vaccination et ne sont donc pas protégés.

Les réflexions conduites en matière de prévention doivent donc intégrer ces données mais aussi d'autres éléments : d'abord la vaccination antivariolique est médiocrement tolérée avec un risque d'effets secondaires non négligeables, soit bénins le plus souvent, mais aussi possiblement sévères : survenue d'une vaccine généralisée, d'une vaccine progressive, d'une encéphalite vaccinale. Le vaccin dont nous disposons actuellement est le vaccin jennérien, éventuellement amélioré par des techniques de cultures plus modernes, mais ne supprimant pas les risques de complications.

Il faut donc intégrer l'élément bénéfice-risque, tenant compte d'un vaccin loin d'être idéal en qualité, pour un risque de voir apparaître la maladie difficile à chiffrer, mais, sans doute très très faible.

Par ailleurs, dans un pays comme le nôtre, dans une société avant tout sécuritaire absolue, où le principe de précaution est devenu maître mot, ne rien faire, c'est-à-dire ne pas vacciner, conduirait à de gravissimes critiques si un acte terroriste avec un pox-virus arrivait. À l'inverse, vacciner de nombreux sujets pour un risque très hypothétique, avec sûrement de possibles complications, provoquerait inmanquablement des remarques acerbes et des condamnations.

Enfin, il faut considérer qu'en période calme, l'esprit civique de la population ne la pousse pas beaucoup à accepter volontairement le vaccin. Si en revanche on se trouvait en période épidémique, cette même population exigerait des tutelles la vaccination dans les meilleurs délais.

Ainsi, la plupart des états principalement concernés s'orientent-ils vers une vaccination ciblée destinée à quelques personnes dont les activités justifient qu'elles doivent être protégées au préalable. L'importance de cette population à vacciner varie. En France, il a été décidé de rester prudent et de ne vacciner qu'une équipe dite nationale dédiée, limitée.

Dans le cadre du plan Biotox, il a donc été retenu de vacciner des volontaires qui formeraient une équipe située dans la zone de défense d'Ile de France. Au départ, il a été souhaité que 150 personnes soient vaccinées, soit appartenant à différentes catégories du corps de santé (médecins, infirmiers, aides-

soignants, ambulanciers...), soit à des personnels non médicaux (militaires, sapeurs-pompiers, police, membres de la justice).

Les sujets à vacciner devaient être volontaires, ayant fait la preuve d'une vaccination antivariolique antérieure, les accidents étant plus rares en revaccination qu'en primo vaccination et n'ayant pas de contre-indications personnelles ou familiales à l'injection de ce virus vivant : affections dermatologiques, antécédents d'eczéma, toute cause d'immunodépression, grossesse...

L'objectif de cette équipe dédiée est de pouvoir intervenir en première ligne dès qu'un cas serait suspecté pour aider à sa prise en charge, en attendant que la vaccination puisse être déclenchée dans la zone géographique où le varioleux a pu être repéré et selon les nécessités sur d'autres zones, voire l'ensemble du territoire.

Ainsi, plusieurs séances de vaccinations ont été réalisées dans le cadre de la zone Ile de France sous la responsabilité de l'AP-HP avec l'aide du service de Santé des Armées. A été vacciné au cours de ces séances successives le nombre de 150 personnes prévu, dont 69 appartiennent au corps de santé de l'Assistance Publique. Parmi les médecins, étaient vaccinés les infectiologues d'Ile de France auxquels se sont joints les infectiologues d'autres zones de défenses, des réanimateurs, des pédiatres, des membres du SAMU. La sélection des sujets à vacciner était assurée par la Médecine du Travail et le service des Maladies Infectieuses de la Pitié-Salpêtrière à Paris. Aucun effet secondaire grave n'a été observé. Seules des réactions locales "fortes"

ont été notées chez certaines personnes. La surveillance régulière des vaccinés, le renouvellement des pansements étaient effectués par des équipes d'infectiologues surtout de la Pitié-Salpêtrière et de Bichat.

Parmi les vaccinés, certains ont accepté de subir par la suite des plasmaphères pour reconstituer un stock de gammaglobulines anti-vaccine. Des contrôles d'immunité ont pu être effectués.

L'équipe dédiée a de plus reçu, au sein de l'AP-HP, une formation et une information visant à ce qu'elle puisse être mise en action et opérationnelle dans les meilleurs délais en cas de crise.

À ce jour, l'objectif est de compléter l'équipe nationale lors de séances ultérieures en ciblant vers des membres du SAMU, des ambulanciers. Il est prévu aussi d'élargir progressivement le nombre de vaccinés en assurant la protection d'autres équipes zonales.

Cette vaccination de l'équipe nationale dédiée répond ainsi au premier niveau dit "0" du plan variole France. Si le niveau 1, soit la notion d'un risque vérifié apparaissait, la vaccination concernerait toutes les équipes zonales des territoires préalablement déterminés. Au niveau 2, seraient vaccinés tous les intervenants de première ligne soit entre 2 et 4 millions de personnes. Au niveau 3, les sujets contacts et exposés autour d'un cas repéré. En cas de niveau 4, ce serait la vaccination de masse en urgence avec des centres de vaccinations dits de base, se mettant en action avec réquisition des personnels et fonctionnement 24 heures sur 24. On imagine les problèmes stratégiques que soulèvent d'ores et déjà une telle organisation. ■

## Mise au point : Vaccin hépatite B et sclérose en plaques

Une nouvelle étude (M.A. Hernan, S.S. Jick, M.J. Olek, and H. Jick, Recombinant hepatitis vaccine and the risk of multiple sclerosis: A prospective study, Neurology 2004; 63: 838) a relancé le débat sur le lien potentiel entre la vaccination contre l'hépatite B et la sclérose en plaques. Cette étude est la 10<sup>ème</sup> étude publiée sur le sujet.

Si elle montre une association statistique entre la vaccination contre l'hépatite B et la sclérose en plaques, ce résultat n'est pas suffisamment convaincant pour :

- remettre en question les conclusions des 9 précédentes études qui démontrent l'absence d'association.
- établir un lien de cause à effet entre le vaccin et la maladie.

Ceci est la conclusion adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé qui maintient sa recommandation sur les programmes de vaccination actuels. Les données accumulées à travers le monde pendant les 20 dernières années prouvent l'efficacité et la sécurité du vaccin contre l'hépatite B.

C'est également la position adoptée par le Comité Technique des Vaccinations français, convoqué en urgence par le Ministre de la Santé qui maintient ses recommandations de vaccination contre l'hépatite B pour les nourrissons et les adolescents, ainsi que pour les adultes à risque.

La procédure adoptée, la rapidité de la mobilisation des instances concernées (aussi bien au niveau mondial que français) ont été exemplaires et ont confirmé que ce sujet fait toujours preuve d'une grande attention, mais que le rapport bénéfice-risque de cette vaccination chez les personnes concernées n'est pas remis en cause. ■

# Médecine de Santé au Travail : Interrogations et... Perspectives

Un Congrès de transition : Bordeaux 2004 ou le 28<sup>ème</sup> Congrès National de Médecine de Santé au Travail

Professeur Jean-François Caillard

Près de 3 000 participants se sont rendus à Bordeaux entre les 8 et 11 juin derniers à l'invitation du Dr Patricia Gabinski, Présidente du Congrès, et du Pr Patrick Brochard, en charge du programme scientifique.

Un palais neuf, à l'architecture sobre, élégante, chaleureuse, tout comme le fut l'équipe en charge de l'accueil des congressistes ; un programme scientifique que l'on peut qualifier de complet tant furent nombreux les thèmes abordés, centrés autour de 4 sujets majeurs qui donnèrent lieu chacun à une synthèse en fin de journée, synthèse résultant autant des discussions parfois passionnées au cours des séances que des exposés des intervenants.

**Un environnement très particulier cette année, marqué par l'attente du dernier décret réformant la prévention des risques professionnels, le plus attendu par les médecins puisque traitant... des services de santé au travail.**

En effet, après l'accord des partenaires sociaux de septembre 2000 – 4 ans déjà ! – le paysage du dispositif de sécurité sanitaire appliqué à la santé au travail a beaucoup évolué :

- parution de décrets sur les risques cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction, sur l'évaluation des risques, sur la prévention du risque chimique, tous trois donnant priorité à la réduction des risques sur le dépistage de leurs effets précoces ;
- évolution de la jurisprudence imposant la notion de faute inexcusable de l'employeur et attestant la responsabilité de l'État dans la crise de l'amiante ;
- rapport de l'Inspection générale des affaires sociales critiquant sévèrement l'approche française de la médecine du travail ;
- publication du rapport d'orientation du plan national santé-environnement, faisant une large place au risque professionnel et préfigurant un futur plan santé-travail ;
- déficit chronique du nombre des médecins du travail, mal compensé par les mesures palliatives en œuvre depuis 1998 ;
- réflexion sur l'indemnisation des maladies professionnelles et des accidents de travail ;



- discussion de la Loi de santé publique, fixant des objectifs à la prévention des risques professionnels et tendant à régionaliser les actions de santé publique ;
- relance, au moins dans les intentions, de la politique européenne de santé et de sécurité au travail... ;

le tout dans le contexte de la mondialisation, de la compétition économique, du développement massif des nouvelles technologies et de l'irruption de droits nouveaux des citoyens.

Un congrès qui a témoigné d'une étonnante vitalité de la médecine du travail et des disciplines qui lui sont liées, d'une profonde implication des médecins et des autres professionnels de santé au travail, d'une démarche d'évolution permanente, malgré, jusqu'à présent, de faibles marges de manœuvres réglementaires, et qui a dégagé un certain nombre de lignes de force :

- 1 **Une exigence nouvelle de compétence des professionnels** dont l'action doit de plus en plus être fondée sur des preuves, où l'irruption, malgré les difficultés nombreuses, de "l'Evidence Based Medicine",
- 2 **La confirmation de la réalité croissante des atteintes à la santé mentale et de ses effets somatiques et du rôle des facteurs psychosociaux et organisationnels**, alerte majeure dans un monde du travail où, paradoxalement ce sont les fonctions mentales qui sont les plus sollicitées.
- 3 **La reconnaissance de l'interaction des déterminants de santé**, liés à la vie de travail, à la vie privée, à la vie sociale, favorisée par la réduction et la flexibilité du temps de travail à laquelle répond une demande de flexibilité de l'organisation du temps individuel, rendant nécessaire **une vision sociétale de la santé au travail en lieu et place d'un territoire cloisonné et jalousement gardé.**
- 4 **La recherche de nouveaux modèles d'action préventive** vis-à-vis des formes de travail atypiques, de la mobilité des salariés, et le besoin d'une couverture améliorée pour certaines populations.

qui s'accompagne aujourd'hui d'une disponibilité du savoir grâce à la communication électronique, et des savoir-faire grâce au développement des réseaux, même si ce dernier aspect en est encore à un stade de début.

⑤ **Le développement d'une démarche de qualité**, qu'il importe de savoir situer vis-à-vis d'autres, liés aux processus d'accréditation et de certification, toutes différentes de celle de l'évaluation des actions de prévention qui, 14 ans après qu'on l'eut introduite lors des 21<sup>èmes</sup> Journées nationales à Rouen, peine encore à trouver sa place.

⑥ **L'exigence éthique liée à celle de la pertinence des services offerts et des conditions dans lesquels ils sont produits**, qui ont donné lieu à nos débats de fond et à l'idée d'écrire, pour notre pratique française, **un code d'éthique pour tous les professionnels de santé au travail inspiré de celui de la Commission Internationale de Santé au Travail (CIST)**.

⑦ **Le travail de collaboration entre tous ces professionnels**, dicté par le souci de mettre au service des bénéficiaires des services de santé au travail l'ensemble des connaissances utiles à l'atteinte des objectifs de prévention, et la nécessaire participation des employeurs et des travailleurs à des fins de coopération et aussi de contrôle social.

⑧ Le souci, abondamment illustré, de **développer et d'utiliser les outils existants de surveillance des risques et de la santé les plus performants**, susceptibles de conduire à l'élaboration de normes les plus proches d'un objectif de sécurité sanitaire absolu. L'examen attentif des conséquences de la **"judiciarisation" croissante de la santé** qui n'a aucune raison d'épargner la santé au travail, ouvrant la réflexion sur le **principe de précaution**.

⑨ Enfin, la nécessité, qui est apparue urgente, d'inclure dans les objectifs fondamentaux des services de santé au travail la question du **maintien et de la promotion de la capacité de travail** (voir article sur ce sujet).

Au terme de ces trois journées, d'une particulière densité, c'est peu de dire à quel point fut attendue la présentation finale par **Monsieur Jean-Denis Combrexelle, Directeur des Relations du Travail**, des principales orientations du **décret, aujourd'hui paru, sur les services de santé au travail**.

De vives réactions émaillèrent cette dernière, traduisant l'inquiétude d'une large fraction des médecins présents.

**Il est indéniable que notre corps professionnel est désormais placé face à un challenge nouveau, qui nécessitera la vigilance de toutes les parties prenantes, afin que le dispositif nouvellement créé parvienne à entraîner les nécessaires collaborations entre les différents professionnels, que la vitalité de la médecine du travail et des disciplines qui y sont liées, ne se trouve pas stérilisée, si les inquiétudes manifestées devenaient réalités.**

Face à ce challenge, il apparaît urgent de voir se développer une recherche scientifique attachée à évaluer les effets de ces réformes, permettant de piloter les nécessaires évolutions de ce dispositif, dans le cadre d'un processus continu de progrès et d'adaptation mutuelle des moyens aux besoins.

Ceci fut le mot de la fin. ■

## Point de vue : La santé publique et la santé au travail : un modèle de fécondation croisée

Extraits de l'intervention de **M. William DAB**, Directeur Général de la Santé, lors du Congrès de Bordeaux

Dispositif ouvert à la protection de la santé de plus d'un tiers de la population française, beaucoup plus si l'on inclut les effets retardés des expositions professionnelles (il faut alors ajouter 12 millions de retraités), **la médecine du travail est, à certains égards, en avance sur la santé publique dont elle est un des principaux instruments opérationnels sur le terrain. Telle fut la tonalité générale du message de William Dab, Directeur Général de la Santé et lui-même professeur de santé publique lors de la séance de clôture du Congrès de Bordeaux.**

Santé au travail et santé publique partageant des enjeux et des méthodes dont beaucoup d'aspects sont communs. Ceci plaide en faveur d'un modèle de fécondation croisée plutôt que celui d'une dominance de l'une sur l'autre.

• **Le risque, moteur de l'histoire, dit W. Dab, doit être connu et quantifié au plus près de sa réalité.** C'est vrai en matière de santé environnementale et donc en santé au travail, et absolument nécessaire quand des décisions sont à prendre. **Améliorer la détection des menaces, notamment la sensibilité et la spécificité de leurs méthodes d'identification précoce ; surveiller les risques et les indicateurs d'effets ; étendre à tous secteurs la mission de surveillance de la santé de la population, sont des objectifs prioritaires.**

• **Il importe également de renforcer la couverture préventive de la population**, dans un pays qui a, à la fois une des meilleures espérances de vie à 65 ans du monde, et la pire mortalité prématurée par cancer avant 60 ans. **La Loi d'Orientation de Santé Publique (LOSP)** organisera une consultation périodique de prévention, incluant dans sa cible la population en retraite, associera l'ensemble des médecins qui, volontaires, seront librement choisis par la population, agiront selon des protocoles précis et fourniront de l'information épidémiologique. **La vaccination de l'adulte sera relancée.**

• **L'expertise est devenue une dimension essentielle du processus de prise de décision en santé publique.** Elle doit être confiée à des spécialistes, certes expérimentés, mais qui doivent en plus être rompus à ses méthodes, lesquelles doivent garantir leur indépendance, être écrites, connues et discutées avec les différentes parties prenantes. **Dans le domaine de la santé au travail, l'expertise indépendante pourrait être confiée à une agence spécialisée.**

• **La veille prospective est à développer, qu'il s'agisse des agents biologiques ou chimiques de l'environnement et pas seulement ceux liés à des menaces terroristes, qu'il s'agisse des nouvelles formes de pathologie mentale, dont celles liées à l'accélération des changements dans le milieu du travail, ou bien des questions nouvelles de sécurité collective liées aux pratiques croissantes de sous-traitances et d'intérim.**

• **Enfin, il faut associer la population aux choix de santé.**

**La Loi d'Orientation de Santé Publique (LOSP) crée de nouvelles tendances et de nouveaux outils, que l'on peut résumer ainsi :**

• Diffusion d'une culture de résultat dans les actions de santé, et établissement d'un "bilan de santé du système de santé".

• Affirmation du rôle et de la responsabilité de l'état quand il s'agit de la santé de la population.

• Rationalisation du travail dans tous les domaines de la santé publique, en développant la notion de programmes et en confrontant ensuite les moyens aux résultats.

• Régionalisation des actions afin de mieux développer l'initiative et de rendre cohérents programmes nationaux et besoins locaux.

• Organisation de réseaux de partenariats, au moyen notamment des 26 Groupements d'intérêts publics et Groupements régionaux de santé publique permettant de mutualiser les moyens autour de contrats d'objectifs. La santé au travail sera partie prenante de ces groupements sur chaque thème défini.

Ceci pose le problème du type d'organisation qu'elle choisira pour travailler en leur sein, pas celui de l'objectif qu'en conclusion W. DAB appelle de ses vœux : faire que le travail ne soit qu'une source de santé. ■

# Créer, préserver et développer les capacités de travail ou l'aptitude au travail revisitée

Professeur Jean-François Caillard

“Créer, préserver et développer les capacités de travail devient primordial dans une économie flexible”.

Cet extrait du Rapport Supiot publié en 1999 sous l'intitulé “Au delà du travail” reflète une réalité de l'époque, durement ressentie par certains, sans doute inéluctable pour ceux qui entrent dans le monde du travail et qui devront y rester plus longtemps qu'aujourd'hui, mais qui ne s'exprime pas comme telle dans les objectifs fixés aux services de santé au travail.

À l'occasion du 28<sup>ème</sup> Congrès de médecine et de santé au travail, où ce thème, intitulé “Maintien dans l'emploi et états de santé” avait été choisi par les organisateurs, c'est à partir de l'expérience Finlandaise qu'a été présenté le concept de Promotion et de Maintenance de l'Aptitude au Travail (ProMAT).

Pour le Pr Juhani Ilmarinen, qui en est le père, il s'agit de mettre en œuvre et en synergie, dans une approche très largement participative, associant employeurs, salariés, professionnels de santé au travail et partenaires extérieurs à l'entreprise, tout un ensemble d'activités qui portent essentiellement sur le milieu de travail, mais aussi sur la personne elle-même. L'objectif étant d'assurer le maintien de l'aptitude au travail de chaque personne professionnellement active, tout au long de sa carrière.

L'aptitude au travail y est définie comme un équilibre entre le travail et les ressources de chaque individu. Ainsi, toutes les caractéristiques importantes du travail (contenu des tâches, demande, autonomie, organisation, facteurs environnementaux, collectif de travail...), sont prises en compte, tandis que l'état de santé du travailleur, les valeurs qui sont les siennes et qui interagissent avec celles de l'entreprise et de la société, sa motivation, qui résulte souvent de cette interaction, ses connaissances et ses savoir-faire, sont également considérés. Ainsi, la question de la compétence est incluse, faisant référence à l'éducation, à la formation et aux nécessaires ajustements en fonction de l'âge (cf les travailleurs vieillissants), ainsi que des méthodes pédagogiques.

La santé et la capacité physique, mentale et sociale d'un individu sont considérées en tant que fonctions qu'il est capable de développer.

La ProMAT fait appel au concept de promotion de la santé et prend des mesures qui visent à faire en sorte que la demande du travail soit mieux adaptée à la santé et à la capacité fonctionnelle de chaque individu.

En Finlande, une méthode pour évaluer l'aptitude au travail a été proposée : l'index d'aptitude au travail (“Work Ability Index”). Il est suivi au long de la carrière, et sa mesure à différentes étapes, ou au sein de différentes catégories professionnelles, est aussi un moyen d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention qui sont prises, et leur retentissement sur la possibilité qu'a chacun de maintenir un lien avec un emploi.

Le concept d'aptitude au travail et la pratique de la ProMAT, conduisent à un élargissement des approches traditionnelles de la médecine du travail visant à agir sur l'ensemble des déterminants de santé des employés.

Table 1. Items covered by the WAI questionnaire and range of scores per item [4]

Item	Range of scores
1. Current work ability compared with lifetime best	0-10
2. Work ability in relation to the demands of the job	2-10
3. Number of current diseases diagnosed by a physician	1-7
4. Estimated work impairment due to diseases	1-6
5. Sick leave during the past 12 months	1-6
6. Personal prognosis of work ability 2 years from now	1, 4 or 7
7. Mental resources	1-4
WAI score	7-49

Il est une façon de concilier (ou de réconcilier ?) l'approche individuelle et globale de la personne, et la dimension ergonomique des situations de travail, ce qui inclut la question aujourd'hui majeure du contexte relationnel et psychosocial du travail, de l'organisation du travail, de la relation avec le temps. Il impose une pratique de la santé au travail qui ne peut être que multidisciplinaire et participative.

À l'heure où un cadre réglementaire nouveau est aujourd'hui dessiné en France, ce qui était attendu depuis l'accord des partenaires sociaux de septembre 2001, il est possible que le débat sur l'aptitude médicale au travail, qui a pris un tour nouveau depuis une période récente, suite à la parution du décret “CMR”, s'ouvre enfin.

Il apparaît utile de considérer l'intérêt du concept de ProMAT, qui ne se limite pas à une aptitude “médicale”, faisant porter sur l'individu (et sur le médecin du travail) une responsabilité démesurée, mais se rapproche du concept d'aptitude du poste de travail, soutenu par certains.

**Note du traducteur.** L'expression originale de l'auteur, “work ability”, a été volontairement traduite par “aptitude au travail”. Il ne s'agit pas ici du concept français traditionnel de l'aptitude médicale au travail, mais de celui qui définit l'aptitude au travail comme le résultat de l'adaptation optimum de la relation homme-travail, qui suppose qu'est prioritaire l'action sur le travail (amélioration de l'ensemble de ses paramètres), mais que ne doit pas être négligée l'action sur l'homme (amélioration de ses capacités fonctionnelles). ■

## Actualité vaccinale

### Nouveau rappel vaccinal contre la coqueluche

Docteur Sylvie Larnaudie

Le calendrier vaccinal 2004 a introduit un nouveau rappel vaccinal contre la coqueluche.

Cette recommandation était attendue pour deux raisons :

Malgré l'introduction d'un rappel chez le grand enfant (11-13 ans), le réseau Renacoq estime encore à 600 le nombre d'enfants de moins de 5 mois atteints par la coqueluche chaque année avec 40 % de maladies sévères et une létalité de 1,7 %.

La proportion d'enfants contaminés par leurs parents est estimée entre 35 et 54 %.

En effet, l'immunité vaccinale diminue progressivement et les grands enfants et les adultes constituent un réservoir de germes avec un risque majeur de transmission aux nourrissons non encore immuns. Quelques épidémies de coqueluche au sein du personnel hospitalier font également craindre une contamination nosocomiale dans les services concernés. Par ailleurs, et bien que la coqueluche de l'adulte soit bénigne dans la plupart des cas, les manifestations peuvent être prolongées et invalidantes. Des décès ont également été rapportés chez des sujets fragiles (insuffisance respiratoire et cardiaque).

Par conséquent ce rappel doit être proposé :

- à tous les jeunes adultes de 20 à 30 ans,
- aux jeunes parents : aux pères pendant la grossesse de la mère et à la mère le plus tôt possible après l'accouchement,
- aux professionnels en contact avec des nourrissons trop jeunes pour avoir reçu trois doses de vaccins coquelucheux. Cette

recommandation s'adresse particulièrement aux personnels médical et paramédical des maternités, des services de néonatalogie et de pédiatrie ainsi qu'aux élèves des écoles médicales et paramédicales et aux personnels de la petite enfance.

Cette mesure devrait permettre à terme de réduire le réservoir de *Bordetella Pertussis* dans la population générale, d'interrompre sa transmission des adultes aux nouveaux-nés non protégés par le vaccin et de réduire la morbidité par coqueluche chez l'adulte.

Dans l'attente de la mise sur le marché d'un vaccin monovalent, il est recommandé d'utiliser le vaccin tétravalent TdCaPolio en une seule dose à l'occasion d'un rappel décennal de vaccin Diphtérie Tétanos Polio. Ce vaccin ne doit pas être utilisé chez un adulte ayant reçu un vaccin DTP ou TP depuis moins de 5 ans ou en cas de grossesse. Le vaccin Repevax est le seul vaccin combiné disponible en France pour la vaccination de l'adulte. Il est immunogène et sa formulation est adaptée pour une bonne tolérance chez l'adulte du fait de sa teneur réduite en antigènes diphtérique et pertussique. Il sera commercialisé dès l'automne en pharmacie au prix de 27,70 euros et est d'ores et déjà disponible pour les collectivités.

Le médecin du travail est concerné à plusieurs titres : en tant qu'adulte et professionnel de santé, donc potentiellement exposé et contaminé, mais aussi en tant que prescripteur dans le cadre de son exercice professionnel. ■

# Vaccination : engagement et responsabilisation

Professeur Max Micoud

Aujourd'hui, en France, nombreux sont ceux qui œuvrent pour rendre encore plus efficace la politique vaccinale proposée par les tutelles.

Certaines propositions paraissent encore inaccessibles à nos moyens, telles que l'accès à des bons de gratuité relayé par la médecine du travail ou la création de consultations de prévention assurées par les médecins généralistes.

D'autres paraissent encore iconoclastes telles que la mise en commun des données épidémiologiques et des besoins entre les différents acteurs qu'ils soient sollicités au titre de l'état, de la recherche, de la production industrielle ou de la distribution.

Par contre, il est notoire que l'importance donnée à des structures institutionnelles comme l'Institut National de Veille Sanitaire, le Comité Technique des Vaccinations, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, l'AFSSAPS, est génératrice d'idées novatrices et d'actions ayant déjà fortement amélioré la formation, l'information et la communication portant sur nos stratégies de prévention.

Il reste cependant beaucoup à faire. Comment ne pas s'interroger sur les données disparates de la couverture vaccinale en France ? Comment ne pas s'interroger sur le manque d'incitation à faire de la vaccination un objectif principal de santé publique au même titre par exemple que la lutte contre le tabagisme ? Comment ne pas s'interroger sur le manque d'information du grand public sur les bénéfices de la vaccination alors que le moindre incident fait les choux gras des médias ?

Il est temps de responsabiliser tous les acteurs de la vaccination que ce soit au titre de la citoyenneté, de la transparence ou de l'économie de santé. La vaccinologie ne se résume pas à la vaccination des personnes âgées contre la grippe. C'est une façon d'être acteurs positifs dans la mondialisation des risques infectieux, c'est un moyen de conforter le niveau de santé de notre collectivité nationale, c'est une réponse individuelle à notre souci d'éviter la maladie et les risques de dépendance. Certes toute politique de prévention a un coût, mais il est bien établi que la vaccination est un choix stratégique

qui a fait ses preuves quant à son efficacité et à ses conséquences socio-économiques.

Reste à le faire savoir, reste à améliorer le monitoring vaccinal, c'est-à-dire essentiellement le contrôle de qualité des produits en continu et le contrôle d'efficacité et de tolérance. Reste à donner à chaque niveau de responsabilité sa part d'intervention et pourquoi pas sa part de participation financière.

En ce sens, je pense qu'il y a aujourd'hui 3 types de vaccination :

- vaccination fortement recommandée par l'état et, au titre d'intérêt collectif, gratuite ;
- vaccination dite de confort, au choix de chacun et prise en charge à titre privé ;
- vaccination dite professionnelle, surtout s'inscrivant dans une charte de qualité intéressant autant les employés que les consommateurs, prise en charge par l'employeur. ■

## 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.

## Information

### 17 novembre 2004 : 3<sup>ème</sup> Journée Mondiale de Lutte contre la BPCO

La BPCO (Bronchopneumopathie Chronique Obstructive) est une maladie définie par un rétrécissement permanent et progressif des bronches en rapport avec un épaississement de leur paroi et une destruction du poumon.

Elle affecte de 5 à 10 % de la population adulte en France et est responsable d'au moins 15 000 décès par an.

Placée au 6<sup>ème</sup> rang en 1990, l'OMS prévoit qu'en 2020 elle sera la troisième cause de mortalité dans le monde.

Ces raisons ont conduit l'OMS à mettre en place une Journée Mondiale de Lutte contre la BPCO après les recommandations du groupe de travail GOLD (Global initiative on Obstructive Lung Disease). En France, le CNMR (Comité National de Lutte contre les Maladies Respiratoires) s'est associé à cette manifestation et se mobilise pour la 3<sup>ème</sup> année pour mieux informer l'ensemble de la population sur les risques encourus par cette maladie, sa meilleure prévention et sa meilleure prise en charge.

Le thème retenu en France pour cette 3<sup>ème</sup> Journée qui aura lieu le Mercredi 17 novembre 2004 est :

**"Le souffle : les femmes aussi..., et même de plus en plus souvent, sont victimes de la BPCO".**

Dans le cadre de cette journée, après une conférence de presse grand public nationale, un numéro téléphonique, communiqué par les médias, sera mis à disposition du public les 17 et 18 novembre (N° Indigo 0826 10 80 80).

Des actions d'information auprès du public seront aussi organisées localement par les Comités Départementaux.

Nous considérons que la médecine de Santé au Travail doit pouvoir jouer un rôle important dans cette campagne de sensibilisation et c'est pourquoi

nous vous invitons à nous contacter pour obtenir les différents documents préparés pour cette action d'envergure nationale et internationale.

Nous vous remercions par avance pour votre concours.  
Pr Gérard Huchon, Président du CNMR

CNMR - 66, boulevard Saint-Michel - 75006 PARIS  
Tél. : 01 46 34 58 80 - Fax : 01 43 29 06 58

Le site du CNMR est également consultable à tout moment : [www.lesouffle.org](http://www.lesouffle.org)



## 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, Avenue Aristide Briand  
94234 Cachan cedex

Fax : 01 55 01 21 75

> e-mail : [lob@lob.fr](mailto:lob@lob.fr)

