

Université Paris Descartes – Paris V

Faculté Cochin – Port – Royal

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU D.I.U.
DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD**

Présenté et soutenu le vendredi 22 novembre 2013

Par le Docteur Olivier CUZIN

**ETUDE DU STATUT VACCINAL DES EHPAD
DE HONFLEUR ET ELABORATION DE
STRATEGIES VACCINALES**

Directeur de Mémoire :

Mr le Docteur Eric LEROYER

année universitaire : 2012 - 2013

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 : LA VACCINATION DU PERSONNEL DES EHPAD

- 1- Textes réglementaires
- 2- Vaccins obligatoires
 - 2-1- Les textes
 - 2-2- DTP – Hépatite B – Typhoïde
 - 2-3- BCG
 - 2-4- Contre indications à la vaccination
- 3- Vaccins non obligatoires
 - 3-1- Rubéole – Rougeole
 - 3-2- Grippe
 - 3-3- Coqueluche
 - 3-4- Hépatite A
 - 3-5- Varicelle
- 4- Conclusions

CHAPITRE 2

- 1- Méthodologie de l'étude
- 2- Questionnaire remis aux personnels de l'EHPAD

CHAPITRE 3

- 1- Résultats de l'étude
- 2- Tableaux statistiques et discussions

CHAPITRE 4

- 1- Opinions et pratiques vaccinales
- 2- Singularité des EHPAD de Honfleur vis à vis de la vaccination
- 3- Grippe et EHPAD
- 4- Motivation à la vaccination

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Médecin coordonnateur des EHPAD de Honfleur, depuis janvier 2013, j'ai pris cette fonction six mois avant de prendre ma retraite de médecin généraliste libéral.

Ce métier passionnant je l'ai exercé pendant 27 ans, au centre médical de Honfleur qui regroupe dix généralistes, chacun différents et pourtant tous animés du désir de prendre en charge avec pertinence et efficacité leurs patients et pour cela s'impliquant dans la formation médicale continue, l'enseignement, la formation et l'accueil des étudiants, mais aussi la vie syndicale, l'Urml, l'ordre des médecins et bien d'autres mouvements professionnels. Historiquement, c'est le plus ancien centre médical libéral de France avec plus de 50 ans d'existence (1960).

Les EHPAD de Honfleur sont constitués de 2 bâtiments, l'un des années 60 obsolète et une unité des années 80 plus moderne et adaptée, la capacité est de 130 résidents, le GMP est de 676 et le PMP de 80 (pour ce dernier après une très mauvaise évaluation).

Dix jours après mon arrivée dans l'établissement, survint la première épidémie de grippe avec tous les problèmes que nous connaissons : contaminations faciles et rapides car les résidents sont très âgés, atteints de pathologies lourdes, souvent multiples, donc très fragiles, très vulnérables, avec statut immunitaire dégradé...

Je constate aussi très rapidement la contamination de nombreux soignants de la structure, ce qui complique évidemment la prise en charge des résidents malades au moment où nous aurions besoin de la mobilisation de tous, pour faire face à une situation qui nécessite au contraire un renforcement des équipes et pour répondre aux exigences d'une bonne prise en charge conforme aux bonnes pratiques gériatriques.

Je rappelle que le respect de ces bonnes pratiques fait partie intégrante de la cinquième mission du médecin coordonnateur, qui a été complétée depuis le 11/04/2007 par une douzième mission, qui lui attribue justement un rôle important dans la gestion des risques exceptionnels tel que la grippe. C'est une mission de santé publique qui doit respecter les recommandations de la HAS, et se faire en relation avec les exigences de l'ARS, ici celle de Basse-Normandie.

Dépité, je m'inquiète immédiatement du statut vaccinal du personnel (soignants, personnels administratifs et d'entretien) de la maison de retraite. D'emblée je note et m'étonne qu'il existe à l'interrogatoire des uns et des autres, une grande défiance vis à vis des vaccinations.

Je m'interroge : quelle est la réglementation ? Quel est le statut vaccinal du personnel de l'EHPAD ? Pourquoi une telle défiance ? Quelle peut être l'action du médecin coordonnateur dans l'établissement ?

Faire un travail sur ce sujet peut être le point de départ d'une action de formation du personnel (septième mission du médecin coordonnateur) et s'inscrire dans une action de prévention dans l'EHPAD pour 2014 en collaboration avec le médecin du travail. Enfin ce travail peut aussi enrichir la réflexion de la commission de coordination gériatrique que je dois animer chaque année, et le rapport annuel d'activité médicale (neuvième mission). Enfin ce statut vaccinal peut devenir la base d'un indicateur pour les années avenir dans l'élaboration de celui-ci.

CHAPITRE 1 : LES VACCINATIONS DU PERSONNEL HOSPITALIER

1- Textes réglementaires :

Ces textes s'appuient sur deux éléments :

- Le décret du 4 mai 1994 relatif à « la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques » Code du travail : Art. R.231-60 à R.231-65-3
- La Lettre circulaire du 26 avril 1998 précisant que les vaccinations sont effectuées par le médecin du travail et qu'elles sont sous la responsabilité de l'employeur avec délégation au médecin du travail

2- Vaccinations obligatoires :

2-1- Les Textes :

Ils sont précisés par l'Article L 3111- 4 du Code de la Santé Publique : arrêtés des 15.03.1991, 23.08.1991 et 26.04.1999, ainsi que suit :

- vaccination et/ou immunisation contre : hépatite B, diphtérie, tétanos et poliomyélite pour toute personne exposée à un risque de contamination (profession médicale et autres professions de santé).
- vaccination contre la fièvre typhoïde pour les personnels de laboratoire d'analyse et de biologie médicale.

2-2- DTP - Hépatite B – Typhoïde :

La preuve de la vaccination est authentifiée par un certificat médical qui doit comporter la dénomination du vaccin utilisé, le numéro du lot, les doses et les dates des injections ou prises orales.

Les conditions d'immunisation sont :

– pour le DTP

Le dernier rappel doit être de moins de 10 ans.

Il doit exister un rappel tous les 10 ans (à partir de 18 ans) avec vaccin ayant une dose d'anatoxine diphtérique dosée au 1/10^e

S'il existe un retard de rappel supérieur à 20 ans ou date inconnue, il est nécessaire de faire 2 injections à 1 mois d'intervalle.

– pour la Typhoïde

Il doit exister une attestation du vaccin par 1 injection puis de son rappel tous les 3 ans

– pour l' Hépatite B

Il doit exister une attestation médicale indiquant les dates de vaccinations et un résultat récent du dosage des AC anti-Hbs.

Selon l'avis du CSHPF (Conseil supérieur d'hygiène publique de France) du 16/04/1999 (BO du 05/06/1999) et l'arrêté du 26/04/1999, il est précisé :

En cas de primo-vaccination, le schéma vaccinal est de 3 injections à 0 - 1 - 6 mois

Avant 25 ans : il n'y a pas de rappel à réaliser

Après 25 ans s'il s'agit d'une primo-vaccination, et en l'absence de titrage d'AC anti Hbs > 10 mUI/ml, il faudra faire un rappel à 5 ans avec dosage des AC Anti Hbs 1 à 2 mois après.

Si le dosage des AC anti Hbs > 10 mUI/ml, il n'y a plus de rappel de dose additionnelle à faire.

Si AC anti Hbs < 10 mUI/l, il convient de faire une dose additionnelle sans jamais dépasser 6 injections au total.

Les Modalités de contrôle de l'immunité ont été précisées par les recommandations du CSHPF des 27 juin et 7 novembre 2003 mais l'arrêté est en attente...

2-3- BCG - réglementation 2004

- Il n'est pas nécessaire de revacciner par le BCG et ce même si l'intradermoréaction est négative et qu'il s'agit d'une profession exposée, par contre il persiste l'obligation de la primo-vaccination par le BCG.

- Le BCG doit être réalisé par voie intradermique chez l'adulte

- Il n'y a pas de contrôle systématique après BCG par intradermoréaction (IDR) en population générale, mais une IDR de référence doit être réalisé à l'embauche pour les professionnels exposés.

- Une IDR doit être réalisé lorsqu'il y a des enquêtes autour d'un contagé.

Selon les Articles R. 3112-1 / R.3112-2 et R. 3112-4 du Code de la Santé Publique :

- Pour le BCG

Une vaccination par le BCG, même ancienne, sera exigée à l'embauche. Sont considérées comme ayant satisfait à l'obligation vaccinale par le BCG :

- les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination (date d'injection, modalités techniques de la vaccination, n° lot, date de péremption)
- les personnes présentant une cicatrice vaccinale pouvant être considérée comme la

preuve de la vaccination par le BCG (s'il n'y a pas d'ATCD de vaccination antivariolique)

- Pour l'intradermoréaction (Tubertest)

Une intradermoréaction à la tuberculine de 5 UI de tuberculine liquide (Tubertest) est obligatoire à l'embauche.

Le résultat de sa mesure doit être noté, il servira de test de référence

- Lecture à 48 ou 72 heures
- IDR à la tuberculine est positive si le diamètre de l'induration > 5 mm
- IDR est négative si le diamètre induration < 5 mm

Il faut faire la preuve écrite de la vaccination, il n'y a pas de revaccination s'il y a eu une injection.

2-4- Les Contre-indications des vaccinations et leurs conséquences

- Pour le DTP et le Vaccin de l'hépatite B

– Le certificat médical de contre indication est obligatoire mais le médecin du travail juge :

- du caractère temporaire ou définitif de la contre indication,
- de la nécessité d'un changement de poste (aptitude médicale), de façon temporaire ou définitive.

- Pour le BCG

– Les contre indications définitives sont les déficits immunitaires acquis ou congénitaux.

– Les contre indications temporaires sont les dermatoses étendues en évolution.

– Le médecin évalue l'aptitude médicale au poste.

3- Les vaccinations non obligatoires :

- Les vaccinations, voire l'immunisation, sont à la charge de l'employeur en fonction des risques professionnels.

- L'employeur ne peut pas exiger la vaccination.

- L'acceptation de la vaccination est un libre choix du salarié après information par le médecin du travail (le salarié peut refuser une vaccination recommandée).

- Si le salarié refuse la vaccination il n'y a pas d'éviction du poste possible par l'employeur

pour cette raison, sauf s'il existe un risque particulièrement important et s'il existe un vaccin ayant une efficacité et une innocuité reconnues.

3-1- Rubéole – Rougeole

○ Il n'y a pas de recommandations du CSHPF pour la rubéole :

- Mais l'exposition au virus rubéole est interdite aux femmes enceintes sauf s'il existe une preuve écrite de l'immunité à la rubéole. (art.231-62-2 CT)

- Il est nécessaire de faire une sérologie à l'embauche selon le secteur d'activité (pédiatrie, maternité).

- Si la sérologie est négative : il faut conseiller la vaccination.

○ Il existe des recommandations du CSHPF (27 mai 2005) pour la rougeole :

Doivent recevoir une dose de vaccin trivalent :

- Les personnels, âgés de plus de 25 ans, non vaccinés, sans ATCD de rougeole (ou histoire douteuse) et qui ont une sérologie négative,

- Les professionnels de santé en formation, à l'embauche ou en poste,

- Les personnels exerçant dans les services accueillant des sujets à haut risque de rougeole grave.

3-2- Grippe

- Il existe des recommandations CSHPF du 14 mai 2004 (reprises en 2005)

- La vaccination contre la grippe est recommandée :

- Pour les professionnels de santé en contact régulier et prolongé avec sujets à risque (néonatalogie, pédiatrie, immunodéprimés)

- Et le personnel en contact avec le public

- La Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la Sécurité Sociale dans son Art.63 : il existe une modification de l'article L 3111-4 du CSP/ sur la vaccination de la grippe obligatoire pour les professionnels exposés... Mais :

- La DGS a dit que *c'était une loi contraire aux obligations vaccinales*

- Et donc, en l'absence d'autres textes : cette vaccination n'est pas obligatoire !

3-3- Coqueluche

Il existe des recommandations du CSHPF du 19 mars 2004 :

- Le vaccin est recommandé pour certains professionnels de santé (des maternités, des unités de pédiatrie accueillant les nourrissons de moins de six mois, les étudiants en médecine et les paramédicaux).
- La vaccination doit utiliser un vaccin coqueluche acellulaire : TdCaPolio à l'occasion d'un rappel décennal de diphtérie-tétanos-polio ou de tétanos-polio.
- Il ne faut pas administrer plus d'une dose de vaccin TdCaPolio chez un adulte quelque soit le délai entre ces vaccinations.
- Il ne faut pas utiliser le vaccin TdCaPolio pendant la grossesse.

La recommandation du CSHPF du 24 mars 2006 complète les précédentes :

- Lors de la survenue d'un ou plusieurs cas de coqueluche : il convient de réduire le délai entre 2 rappels de 10 ans à 2 ans.

3-4- Hépatite A

La vaccination est recommandée pour :

- Le personnel de crèche
- Le personnel des services de restauration collective

Le schéma vaccinal est simple : Il convient de faire la sérologie hépatite A (AC anti-HAV) puis si elle est négative, faire une injection avec rappel entre 6 et 12 mois.

3-5- Varicelle

Recommandation du CSHPF 19 mars 2004

- Le vaccin est recommandé pour les professionnels de santé :
 - A l'entrée en 1ère année des études médicales et paramédicales aux étudiants sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative
 - A l'ensemble du personnel de santé sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, que ce soit à l'embauche

ou à défaut pour les personnels déjà en poste, avec une priorité pour les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immunodéprimés, gynéco-obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, maladies infectieuses),

- Les sujets vaccinés devront être informés de la nécessité d'une éviction de 10 jours en cas de rash généralisé »
- En post-exposition le vaccin est recommandé :
 - Dans les 3 jours suivant l'exposition, à un patient avec éruption,
 - Et chez les adultes (> 18 ans) immunocompétents sans ATCD de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse), en sachant que le contrôle de la négativité de la sérologie est facultative.
- Le schéma vaccinal comporte 2 doses à 1 mois d'intervalle du vaccin vivant atténué (Varivax®, Varilrix®)
- Toute vaccination contre la varicelle chez une jeune femme en âge de procréer doit être précédée d'un test négatif de grossesse.

4- Conclusions :

- Pour les vaccinations obligatoires : (CSP) Code de la Santé Publique
 - Le Médecin du travail doit s'assurer qu'elles ont été réalisées et que l'immunité des salariés, selon le vaccin, est compatible avec l'activité professionnelle, sans nuire à leur santé
- Pour les vaccinations recommandées : (CSHPF) Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
 - Le médecin du travail évalue et analyse les risques, en fonction des connaissances de l'efficacité des vaccinations
 - Le médecin du travail a un rôle de conseil auprès de l'employeur, des salariés et leurs représentants, il peut décider d'entreprendre des campagnes de vaccination adaptée au risque.

CHAPITRE II

1- METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Élaboration d'un questionnaire :

Ce questionnaire fut rempli de façon anonyme par le personnel des 2 EHPAD de Honfleur : « les Monts » et « Montpensier ».

Aucune identité n'était requise, la fonction et l'âge étaient seulement demandés.

Il portait sur :

- Les vaccinations obligatoires pour le personnel de santé : DPT – Hépatite B – BCG,
- La typhoïde (obligatoire que pour certains agents),
- Mais aussi sur des vaccins obligatoires maintenant pour les enfants : rougeole, oreillons, rubéole
- D'autres vaccins très recommandés en EHPAD : en particulier grippe et pneumocoque,
- La méningite pour essayer de voir le degré d'adhésion à la culture vaccinale.

Ce questionnaire était accessible librement.

Les questionnaires, une fois remplis, étaient remis dans une urne disposée dans l'entrée des 2 EHPAD

Ces règles furent établies pour respecter l'anonymat, obtenir une coopération libre et valorisante dans le respect des personnes, et ne pas exercer une pression sur le recueil des données.

Bien évidemment j'ai préalablement indiqué pendant les réunions de transmissions les jours précédents, que j'élaborai un travail, pour la réalisation d'un mémoire qui était nécessaire à l'obtention du DIU de médecin coordonnateur, afin de susciter le plus d'adhésion possible et le recueil du plus grand nombre de réponses possibles.

Effectif de l'EHPAD de Honfleur

Infirmières	Aides-soignantes	ASH	Cadre de santé	Personnel administratif	Médecin coordonnateur
8	29	25	4	1	1

Personnel susceptible d'intervenir :

Equipe des transports	Equipe des cuisines	Equipe des ateliers
3	2+2	6/8

2- EXEMPLAIRE DU QUESTIONNAIRE REMIS AU PERSONNEL DE L'EHPAD

Dans le cadre de ma nouvelle fonction de médecin coordinateur d'un EHPAD, j'ai à réaliser un mémoire. Je vous propose de participer à une **étude concernant le statut vaccinal des soignants et intervenants en EHPAD**. Ce questionnaire, strictement anonyme, ne vous demandera que moins de 5 minutes à remplir. Merci donc de prendre de votre temps et de déposer le questionnaire, une fois rempli, dans le casier prévu à cet effet.

Très cordialement et avec tous mes remerciements,

Dr Olivier CUZIN

1- Fonctions (cocher la case correspondante) :

- 1-1 IDE
- 1-2 Aide-soignant
- 1-3 Cadre Santé
- 1-4 Animateur
- 1-5 Médecin
- 1-6 Kinésithérapeute
- 1-7 Pédicure
- 1-8 Personnel Technique et administratif

2- Age :

3- Sexe : M F

4- Statut vaccinal (Avez-vous été vacciné contre... ?) :

- | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 4-1 Diphtérie : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 4-2 Tétanos : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 4-3 Poliomyélite : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 4-4 Coqueluche : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Si NON : Oubli Refus (et dans ce cas, pouvez-vous en donner le ou les motifs) :

.....
.....
.....

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 4-5 Hépatite B : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 4-6 Hépatite A (Avaxim, Havrix) : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Si NON : Oubli Refus (et dans ce cas, pouvez-vous en donner le ou les motifs) :

.....
.....
.....

4-7 Typhoïde (*Typhim Vi, Typherix*) : Oui Non Ne sait pas

Si NON : Oubli Refus (*et dans ce cas, pouvez-vous en donner le ou les motifs*) :
.....
.....
.....

4-8 Rougeole : Oui Non Ne sait pas
4-9 Oreillons : Oui Non Ne sait pas
4-10 Rubéole : Oui Non Ne sait pas

Si NON : Oubli Refus (*et dans ce cas, pouvez-vous en donner le ou les motifs*) :
.....
.....
.....

4-11 Grippe :
4-11-1 2012 : Oui Non Ne sait pas
4-11-2 2011 : Oui Non Ne sait pas
4-11-3 2010 : Oui Non Ne sait pas
4-11-4 2009 : Oui Non Ne sait pas
4-11-5 2008 : Oui Non Ne sait pas

Si NON : Oubli Refus (*et dans ce cas, pouvez-vous en donner le ou les motifs*) :
.....
.....
.....

4-12 Méningite : Oui Non Ne sait pas

Si NON : Oubli Refus (*et dans ce cas, pouvez-vous en donner le ou les motifs*) :
.....
.....
.....

4-13 Tuberculose (BCG) : Oui Non Ne sait pas

Si NON : Oubli Refus (*et dans ce cas, pouvez-vous en donner le ou les motifs*) :
.....
.....
.....

4-14 Pneumocoque (*Pneumo 23*) : Oui Non Ne sait pas

Si NON : Oubli Refus (*et dans ce cas, pouvez-vous en donner le ou les motifs*) :
.....
.....
.....

Merci du temps passé à remplir ce questionnaire

CHAPITRE 3

1- RESULTATS DE L'ETUDE :

Fonctions :

1.1 IDE	8/8	100%
1.2 AS+ASH	32/54	60%
1.3 Cadre de Santé	1/4	25%
1.4 Animatrice	1/1	100%
1.5 Médecin	1/1	100%
1.6 Kinésithérapeute	Aucun	(Non recensé)
1.7 Pédicure	Aucun	(Non recensé)
1.7 Technicien + Administratif	3/7	43% (Adm. : 1 Transports : 3 Cuisine : 3)

Age moyen :

1.1	IDE	46.5 ans
1.2	AS, ASH	39.5 ans (+4 non réponses : 28/32)
1.3	Tech Ad	49 ans

Sexe:

1.1	IDE	86% F	14% H
1.2	AS ASH	97% F	3% H

Concernant les vaccins obligatoires :

Diphthérie :

1.1	Oui : 87.5% (7/8)	Non : 0%	NSP : 12.5% (1/8)
1.2	Oui : 71% (23/32)	Non : 9% (3/32)	NSP : 15.5% (5/32) (+1 non réponse)

Tétanos :

1.1	Oui : 87.5% (7/8)	Non : 0%	NSP : 12.5% (1/8)
1.2	Oui : 97% (31/32)	Non : 3% (1/32)	NSP : 0%

Poliomyélite:

1.1 Oui : 87.5% (7/8) Non : 0% NSP : 12.5% (1/8)

1.2 Oui : 81% (26/32) Non : 6% (2/32) NSP : 9% (3/32) (+1 non réponse)

Tuberculose :

1.1 Oui : 100% (8/8)

1.2 Oui : 81% (26/32) Non : 6% (2/32) NSP : 12.5 (4/32)

Hépatite B :

1.1 Oui : 75% (6/8) Non : 12.5% (1/8) NSP : 12.5% (1/8)

1.2 Oui : 87.5% (28/32) Non : 3% (1/32) NSP : 9% (3/32)

Concernant les vaccins obligatoires pour le personnel de laboratoire :

Typhoïde :

1.1 Oui : 25% (2/8) Non : 62.5% (5/8) NSP : 12.5% (1/8)

1.2 Oui : 15.5% (5/32) Non : 56% (18/32) NSP : 28% (9/32)

Concernant les vaccins obligatoires chez les enfants :

Rougeole :

1.1 Oui : 62.5% (5/8) Non : 25% (2/8) NSP : 12.5% (1/8)

1.2 Oui : 65.5% (21/32) Non : 22% (7/32) NSP : 12.5% (4/32)

Oreillons :

1.1 Oui : 62.5% (5/8) Non : 25% (2/8) NSP : 12.5% (1/8)

1.2 Oui : 65.5% (21/32) Non : 25% (8/32) NSP : 9% (3/32)

Rubéole :

1.1 Oui : 62.5% (5/8) Non : 25% (2/8) NSP : 12.5% (1/8)

1.2 Oui : 65.5% (21/32) Non : 22% (7/32) NSP : 12.5% (4/32)

Concernant les vaccins facultatifs:

Coqueluche:

1.1 Oui : 62.5% (5/8) Non : 12.5% (1/8) NSP : 12.5% (1/8) (+1 non réponse)

1.2 Oui : 62.5% (20/32) Non : 18.5% (6/32) NSP : 15.5% (5/32) (+1 non réponse)

Hépatite A :

1.1 Oui : 75% (6/8) Non : 12.5% (1/8) NSP : 12.5% (1/8)

1.2 Oui : 9% (3/32) Non : 34% (11/32) NSP : 34% (11/32) (22% non réponses : 7/32)

Concernant la vaccination anti grippale des cinq dernières années :

Grippe 2012 :

1.1 Oui : 12.5% (1/8) Non : 87.5% (7/8)

1.2 Oui : 9% (3/32) Non : 84% (27/32) (2 non réponses : 6%)

Grippe 2011 :

1.1 Oui : 12.5% (1/8) Non : 87.5% (7/8)

1.2 Oui : 6% (2/32) Non : 84% (27/32) NSP : 3% (1/32) (2 non réponses : 6%)

Grippe 2010 :

1.1 Oui : 25% (2/8) Non : 75% (6/8)

1.2 Oui : 6% (2/32) Non : 84% (27/32) (3 non réponses : 9%)

Grippe 2009 :

1.1 Oui : 0% Non : 100% (8/8)

1.2 Oui : 9% (3/32) Non : 81% (26/32) (3 non réponses : 9%)

Grippe 2008 :

1.1 Oui : 0% Non : 100%

1.2 Oui : 6% (2/32) Non : 78% (25/32) (5 non réponses : 15.5%)

Mais aussi les vaccins marqueurs d'un « climat » vaccinal :

Méningite :

1.1 Oui : 0% Non : 87.5% (7/8) NSP : 12.5% (1/8)

1.2 Oui : 15.5% (5/32) Non : 69% (22/32) NSP : 12.5% (4/32) (1 non réponse : 3%)

Pneumocoque :

1.1 Oui : 0% Non : 62.5% (5/8) NSP : 37.5% (3/8)

1.2 Oui : 12.5% (4/32) Non : 34% (11/32) NSP : 47% (15/32) (2 non réponses : 6%)

2- DISCUSSIONS ET TABLEAUX STATISTIQUES :

En exergue, signalons que nous avons consacré l'essentiel de notre analyse aux personnels soignants proprement dit, à savoir les IDE et les AS/ASH, l'effectif des personnels des autres fonctions étant par trop restreint. De même, nous avons négligé la différenciation sexuelle, le personnel masculin étant nettement limité.

La réalisation de tableaux permet de visualiser les résultats :

- Sur le tableau 1 : taux de vaccinations obligatoires des soignants à l'EHPAD de Honfleur, soit : Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite, Tuberculose et Hépatite B :

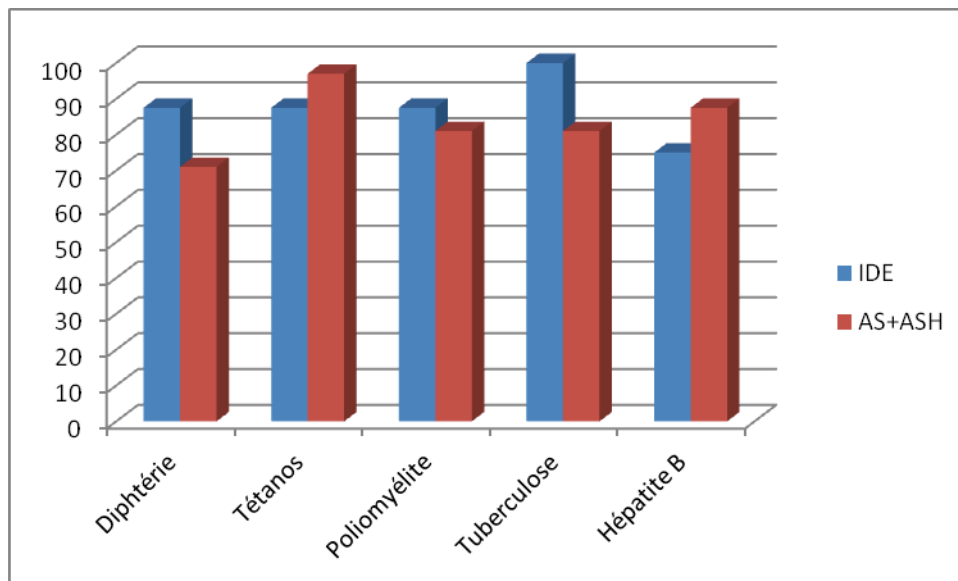


Tableau 1 : Taux des vaccinations obligatoires des soignants à l'EHPAD de Honfleur

- Le pourcentage de vaccination est élevé, il l'est un peu plus pour les IDE que pour le groupe AS/ASH
- Les pourcentages tournent autour de 80%, avec pratiquement 100 % pour le groupe IDE en ce qui concerne la Tuberculose
- Le pourcentage le plus faible concerne la Diphtérie pour le groupe AS/ASH avec 71 % de vaccinations
- Il apparaît que les vaccinations obligatoires sont très correctement réalisées avec un taux d'adhésion élevé. Ces résultats sont à mettre au crédit du médecin du travail, à savoir le Dr Isabelle PIVERT pour notre établissement.

- Sur les tableaux 2 et 3 : Evolution du statut vaccinal antigrippal des soignants à l'EHPAD de Honfleur pendant 5 ans de 2008 à 2012 :

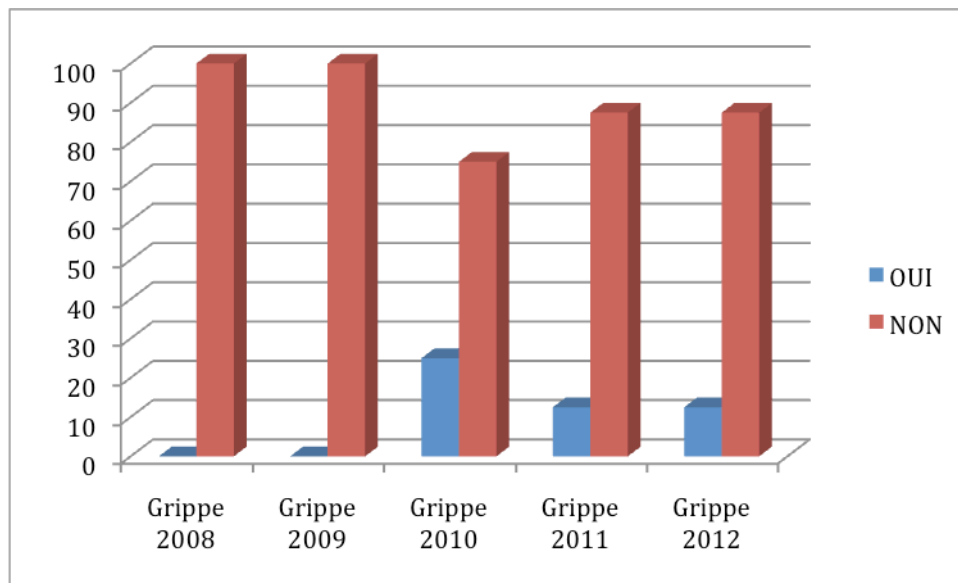


Tableau 2 : Evolution de la vaccination antigrippale des IDE à l'EHPAD de Honfleur

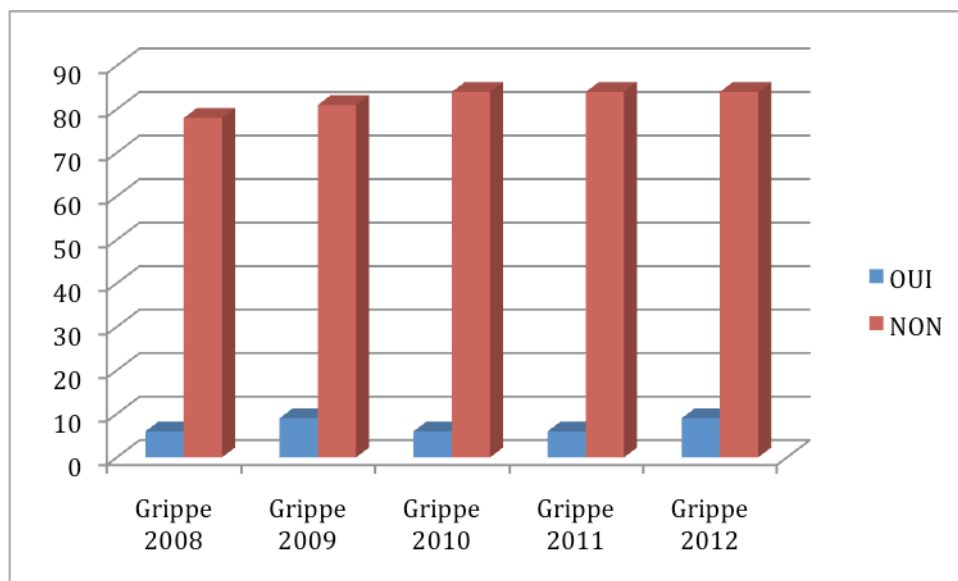


Tableau 3 : Evolution de la vaccination antigrippale des AS et ASH à l'EHPAD de Honfleur

- o Nous voyons qu'il existe un pourcentage de vaccination antigrippale pratiquement nul de façon constante.

- Sur le tableau 4 : Evolution des pratiques vaccinales antigrippales en fonction de l'âge des soignants, nous objectivons encore, de façon patente, la non adhésion à cette vaccination des I.D.E à la vaccination antigrippale :

2012											
2011											
2010											
2009											
2008											
non	oui	22	24		41	42	44	45		51	57

Tableau 4 : Evolution des pratiques vaccinales antigrippales des IDE en fonction de l'âge

- Le tableau 5 nous permet d'objectiver, là aussi, la non adhésion à la vaccination des AS/ASH le refus de cette vaccination anti grippal quelque soit la tranche d'âge du personnel de cet EHPAD

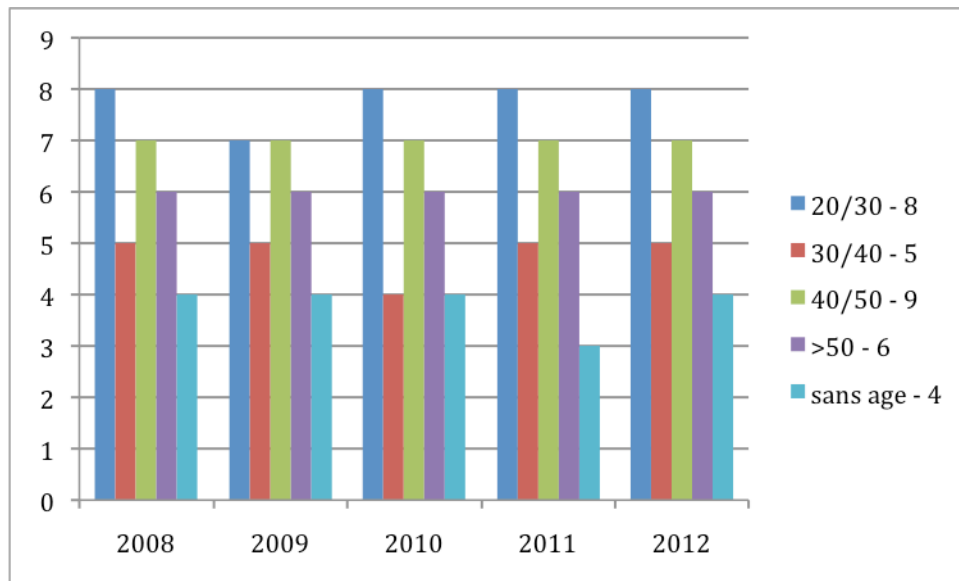


Tableau 5 : Évolution des pratiques de vaccination antigrippale des AS/ASH en fonction de l'âge

CHAPITRE 4

1- OPINIONS ET PRATIQUES VACCINALES

La vaccination est l'un des grands succès de la médecine et des politiques de santé publique.

Des millions de vie ont pu être sauvées grâce à ce moyen très efficace de prévention des maladies infectieuses.

En France certaines maladies comme la poliomyélite et la diphtérie ont pu être éradiquées et d'autres comme le tétanos sont devenues très rares.

En France la population et les médecins adhèrent bien à ces vaccinations comme l'indique les baromètres santé de l'enquête NICOLLE sur la perception des risques infectieux. [2]

Cependant l'épidémie de grippe A (H1N1) a remis sous les feux de l'actualité les ambivalences suscitées par les vaccinations quand elles sont organisées à grande échelle. Depuis leur apparition les vaccinations ont toujours suscité des réactions passionnées, voire passionnelles, chez les politiques, les leaders d'opinion, les médecins et les professionnels de santé en général.

Le modèle de R. CHEN [3] décrit ainsi comment lorsqu'une maladie infectieuse sévit, le vaccin est très attendu. Devenu disponible, médecins et population l'accueillent favorablement, la population cible se fait vacciner, puis les cas et les complications se font plus rares. Ce sont alors les effets secondaires dont on parle. La part de la population et des médecins réticents, voire réfractaires, à la vaccination augmente et entrave les efforts fait pour éradiquer la maladie.

Les arguments sont connus :

- La négligence,
- La méconnaissance de la sévérité potentielle de la maladie,
- Les occasions manquées,
- Les craintes des effets secondaires,
- La nécessité de laisser faire la nature,
- Plus rarement en France, les idées religieuses ou philosophiques,
- La théorie du complot ou celle des intérêts de l'industrie pharmaceutiques.

Les nouveaux médias véhiculent plus rapidement les informations qu'elles soient scientifiquement validées ou fantaisistes. Le lecteur n'est pas en mesure de vérifier ce qu'il lit. Il ne connaît pas les modalités d'action des vaccins, le processus de fabrication, la rigueur des études et des contrôles qui accompagnent les procédés de fabrication et les autorisations nécessaires à leur mise à disposition.

2- SINGULARITE DES EHPAD D'HONFLEUR, VIS A VIS DE LA VACCINATION

Il existe une histoire particulière dans cet EHPAD, puisqu'il y a quelques années, une infirmière de l'établissement a été affecté à celui ci après avoir débuté une sclérose en plaque, qui a été pris en charge dans le cadre d'un accident du travail, un lien ayant été établi entre le vaccin hépatite B et cette pathologie.

Puis cette infirmière a été mise en invalidité, compte tenu de l'évolution de la maladie.

A partir de là, et compte tenu des craintes largement diffusées dans les medias sur la relation possible entre vaccin hépatite B et S.E.P, sans jamais avoir été démenti de façon structurée ensuite, le doute est resté dans beaucoup d'esprits dans la population générale.

A l'EHPAD, qui est un microcosme, compte tenu de cette histoire particulière, on imagine aisément les craintes, exprimées ou non, sur les vaccinations confirmant le modèle de R. CHEN.

Faire passer un message scientifique, après tout cela n'est pas simple, demande du temps, de l'énergie, de la conviction.

Qui en effet sait que l'AFSSAPS (à présent ANSM) a publié le 1/10/2008 un communiqué résumant les débats de la Commission Nationale de Pharmacovigilance stipulant :

- Que jusqu' à présent chez l'enfant, aucune étude épidémiologique n'a démontré d'association entre le vaccin contre l'hépatite B et la S.E.P.
- Que chez l'adulte, parmi la douzaine d'études réalisées, seule l'étude Hernan, publiée en 2004, a montré une association significative chez les patients adultes vaccinés dans les 3 ans et la survenue des premiers symptômes.

La commission nationale a, en effet, considéré :

- Qu'il n y avait pas de lien entre vaccin de l'hépatite B et le risque de S.E.P.
- Et confirmé que l'ensemble des données de pharmacovigilance et de pharmaco-épidémiologie évaluées depuis plus de 13 ans chez l'enfant et chez l'adulte, ne remet pas en cause le rapport bénéfice/risque du vaccin contre l'hépatite B.

Remarquons, que paradoxalement, le taux de vaccination contre l'hépatite B est élevé à l'EHPAD parce qu'il est obligatoire et qu'il est réalisé dès l'embauche par le médecin du travail, si cette vaccination n'a pas déjà été faite.

Mais cette histoire particulière et locale, plus les rumeurs, la diffusion plus ou moins claire de l'étude Hernan dans les grands medias, ont contribué et contribuent aux craintes à l'égard de l'ensemble des vaccins, alimentant le doute, participant à la défiance.

Intuitivement, il apparait d'emblée, qu'il ne sera pas possible d'augmenter le pourcentage de vaccination, sur le grippe, le pneumocoque, au sein de cette EHPAD, sans aborder ces problèmes, sans discuter des représentations établies, des uns et des autres ...

Ce sentiment est confirmé par les publications faites dans la littérature sur les stratégies vaccinales.

3- GRIPPE EN EHPAD

L'influenza, communément appelée grippe, demeure une cause importante de mortalité et de morbidité.

Les personnes les plus vulnérables sont celles âgées et celles ayant des problèmes de santé chroniques sous-jacents.

En effet, plus de 90 % des décès attribuables aux pneumonies à l'influenza se produisent chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les EHPAD accueillent de nombreuses personnes qui, en raison de leur âge ou de leur état de santé, risquent de développer des complications si elles contractent une infection causée par le virus de la grippe.

De plus, le regroupement de ces personnes dans un espace fermé favorise la transmission du virus.

Les travailleurs de la santé, de même que les visiteurs infectés par le virus, peuvent servir de porte d'entrée à l'influenza dans ces milieux. Les contacts répétés des travailleurs de la santé avec les résidents infectés favorisent aussi la transmission du virus d'un résident à un autre, particulièrement si les mesures de prévention ne sont pas respectées.

Ainsi, en quelques jours, une éclosion d'influenza peut affecter une grande partie des résidents avec un taux d'attaque pouvant atteindre 60 % (K. G. NICHOLSON, R. G. WEBSTER et A. J. HAY, 1998).

Une éclosion d'influenza peut également entraîner l'exacerbation de maladies chroniques, par exemple affections cardiaques ou pulmonaires, diabète, et causer le décès de plusieurs résidents.

Il a été démontré que l'administration du vaccin contre l'influenza chez les patients âgés en EHPAD est associée à une diminution du nombre de cas d'influenza, de pneumonie, d'hospitalisations.

Mais la protection contre l'influenza est cependant incomplète chez ces personnes, probablement en raison d'une réduction de leur fonction immunitaire (J. J. GORONZY et al. 2001).

En effet, lorsque la souche vaccinale correspond à la souche circulante, la vaccination de cette clientèle ne prévient la maladie que dans 30 à 40 % des cas, alors que l'hospitalisation et le décès sont respectivement évités dans 50 à 60 % des cas et dans 80 % des cas.

Bien que la vaccination annuelle des résidents soit primordiale, elle ne suffit pas à elle seule à prévenir la transmission du virus de l'influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

C'est pourquoi des taux élevés de couverture vaccinale chez le personnel soignant mais aussi une bonne préparation à la surveillance, à la prévention et au contrôle des éclosions avant la saison d'activité grippale sont indispensables.

En effet, le principal réservoir du virus est l'humain.

- La transmission se fait principalement par gouttelettes infectées de sécrétions

respiratoires, par contact direct (de personne à personne) ou par contact indirect (contamination des mains par un objet, suivi d'auto inoculation des muqueuses : nez, yeux, bouche)

- La transmission par les surfaces environnementales n'a pas été démontrée par des études épidémiologiques, mais n'a pas été infirmée non plus.

Les travailleurs de la santé peuvent constituer un véhicule important pour les infections transmises dans les établissements de santé, et leur vaccination contre la grippe réduit cette transmission.

Le virus peut survivre cinq minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées et jusqu'à 48 heures sur des objets.

Il a été démontré que la vaccination des travailleurs des établissements de santé réduisait la mortalité totale chez les patients, les syndromes grippaux et les cas de grippe confirmés par sérologie.

De même, le nombre annuel d'éclotions dans un milieu fermé décroît avec l'augmentation du taux de couverture vaccinale du personnel soignant.

Ainsi, tous les soignants qui décident de ne pas recevoir le vaccin doivent savoir qu'ils pourront contribuer directement à la transmission, à plusieurs des résidents qu'ils soignent, d'un virus potentiellement mortel. *« En l'absence de contre-indications, leur refus de se faire vacciner contre la grippe peut être assimilé à un manquement à leur obligation de diligence envers leurs patients ».*

Cette démonstration assez culpabilisante, ce discours scientifique est connu, publié, et pourtant il ne marche pas, il n'incite pas à la vaccination, comme en témoigne le très faible pourcentage de personnel vacciné contre la grippe, ici à Honfleur, mais aussi dans beaucoup d'autres établissements comme en témoignent les nombreuses publications sur ce problème

Pourquoi ?

Comment motiver à la vaccination ?

4- MOTIVATION A LA VACCINATION

Toutes les études de motivation pour la vaccination, que l'on retrouve dans la littérature, montre que l'on se fait vacciné avant tout pour soi, pour se protéger.

Le modèle de R. CHEN démontre que les obstacles à la vaccination surviennent dès que les individus relativisent les dangers d'une pathologie infectieuse, dès que la perception du risque s'éloigne.

Obtenir une adhésion aux vaccinations qui ne sont pas obligatoires, c'est donc convaincre par l'information, la pédagogie, du grand danger potentiel, pour chacun d'entre nous, d'agents pathogènes tels que : hemophilus influenzae, pneumocoques, bordetella pertussis...

Alors qu'ils sont vécus comme lointains, peu redoutables, pour beaucoup de raison : antibiotiques, système de santé pensé comme performant, banalisation de ces infections imaginées comme très guérissables...

Dire qu'en adhérant individuellement à la vaccination, nous protégeons et par la même soignons, les membres de notre entourage dont nos enfants, et bien évidemment les personnes âgées dont on s'occupe chaque jour n'est pas suffisant, même si c'est vrai et démontré par de nombreuses études.

Bien évidemment, dire que ce sont des recommandations de nos « institutions », un devoir, que le personnel de santé se doit d'être responsable et exemplaire n'est pas non plus audible.

A partir de là, nous voyons bien qu'il est difficile d'obtenir une adhésion collective, ici (en France) et maintenant (2013) compte tenu de notre culture.

Pour la vaccination, en dehors du contexte obligatoire, il est nécessaire d'obtenir une adhésion individuelle basé sur l'information, dans le but de créer une motivation suffisante pour dépasser les freins, les craintes que ce soit : douleurs au point d'injection, érythème réactionnel, effets secondaires... et encore faut-il que cette vaccination soit gratuite, soutenue par la direction, l'ensemble des cadres et médecins, et qu'elle ne soit pas dérangeante en terme d'emploi du temps, et donc de la proposer sur site, en plusieurs fois ...

La motivation à la vaccination, quand elle n'est pas obligatoire, est une démarche individuelle, longue, difficile, complexe.

C'est dire que c'est très différent de la représentation que personnellement j'avais de la vaccination en EHPAD, habitué comme médecin généraliste à intervenir dans le cadre d'un contexte particulier, d'une consultation basée sur la confiance et la reconnaissance de chacun. J'imaginai une vaccination collective, sans grande explication sur sa nécessité individuelle surtout mise en place pour protéger les résidents dans le cadre d'une action de santé publique

cohérente et validée, ou la gratuité et la réalisation sur site à différents moments m'apparaissait comme généreuse alors qu'elle est totalement indispensable.

On voit bien, d'ailleurs que le médecin du travail, qui réalise très bien les vaccinations obligatoires, bute sur ces vaccinations facultatives, même, ce qui est le cas, s'il se rend disponible pour venir vacciner sur site. Il est perçu comme le médecin de l'institution et non pas le médecin de la personne.

Le médecin généraliste a lui, une place et un rôle privilégié dans ce contexte.

On mesure encore plus, à la lumière de ces réflexions l'absurdité des décisions de Madame Bachelot et de ses mauvais conseillers au moment de la grippe H1N1, préférant mettre en place une prise en charge médico-administrative assez délirante, très coûteuse et anonyme, au prétexte de la traçabilité, plutôt que de laisser le médecin traitant au centre du dispositif. En ce qui concerne la vaccination de la grippe, cette expérience a encore aujourd'hui un impact négatif dans la population, illustrant parfaitement, là encore, la théorie de R. CHEN.

Le médecin coordonnateur en EHPAD, doit tenir compte de l'ensemble de ces éléments, c'est à dire qu'il doit s'appuyer sur les médecins traitants si cela est possible, ou intervenir dans un rapport plus individuel qu'institutionnel. Cela apparaît comme fondamental pour obtenir une modification significative du pourcentage des vaccinations facultatives, dont la grippe, du personnel des établissements médicosociaux.

CONCLUSIONS

A mon arrivé à l'EHPAD de Honfleur, confronté à une épidémie à Hemophilus influenzae touchant les résidents, je me suis étonné du très faible pourcentage du personnel vacciné contre la grippe.

L'intérêt en était pour moi évident, mais rapidement je me suis aperçu que ce n'était pas un jugement partagé.

A partir cette situation, ce mémoire :

- Fait le point sur la réglementation en matière de vaccination pour le personnel des EHPAD
- Définit, le statut vaccinal de l'EHPAD de Honfleur, à partir d'un questionnaire qui a été distribué cet hiver pendant un mois et dont les résultats étaient anonymisés.

L'étude de ce statut vaccinal révèle :

- Un bon pourcentage des vaccinations obligatoires
- L'importance et la constance de la non-adhésion aux vaccins non obligatoires, et en particulier la grippe, de l'établissement conforme à la théorie de R. CHEN, aggravé par l'histoire particulière d'un membre de cet EHPAD.

La réflexion à partir de ces données, pour améliorer le statut vaccinal, en particulier pour les vaccinations non obligatoires comme celle de la grippe, et la consultation des nombreux travaux publiés permet de comprendre les raisons de cette frilosité voire de cette opposition aux vaccins proposés.

L'amélioration de cette situation passe par des campagnes de vaccinations, qui doivent permettre de faire comprendre par de l'information la gravité potentielle des agents infectieux pour chacun, et pas seulement pour le groupe.

Elle passe par des campagnes de vaccinations, documentalisées, annoncées à l'avance, renouvelées.

Ces campagnes de vaccinations doivent rechercher une adhésion et une motivation individuelle. Elles doivent être gratuites, sur site, différents jours, et à différents moment de la journée et elles doivent bénéficier de l'appui de la direction et de tous les cadres.

BIBLIOGRAPHIE

[1] JESTIN C. FONTENEAU L. LEVY-BRUHL D. GAUTHIER A.

Baromètre santé médecins généralistes 2009 : Opinions et pratiques vaccinales des médecins généralistes

INPES éditions

[2] NICOLAY N. LEVY-BRUHL D. FONTENEAU L. JAUFFRET-ROUSTIDE M.

Vaccinations : perceptions et attitudes in : GAUTHIER A. JAUFFRET-ROUSTIDE M. JESTIN C.

Enquête NICOLLE 2006. Connaissances, attitudes et comportements face aux risques infectieux. Saint Denis: INPES; coll. Etudes Santé; 2008. p 89–101

[3] CHEN R.T.

Vaccine risk: real, perceived and unknown.

Vaccine October 1999, vol17 suppl. 3: p 41-46

[4] THOMAS R.E. JEFFERSON T. LASSERSON T.J.

Vaccination antigrippale pour les travailleurs de la santé travaillant avec des personnes âgées

[En ligne]

http://cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=3904&recherche=&Itemid=537

(Consulté le 03/09/2013)

[5] SERINGUE E.

Vaccination des professionnels de santé,

Arlin, Ile de France

[En ligne]

http://www.cclinparisnord.org/NCHH/2011/290911/ES_vaccination.pdf

(Consulté le 03/09/2013)

[6] PUISIEUX F.

Le risque infectieux en EHPAD

[En ligne]

Doc'CISMeF

(Consulté le 01/10/2013)

[7] ABITEBOUL D. BOUVET E.

Les vaccinations des personnels de santé

Journée de vaccination – Paris 03/05/2010

[En ligne]

Doc'CISMeF

(Consulté le 01/10/2013)

[8] BAUDE A. & Clin réseau Franc-Comtois

Création d'un outil promotion de la vaccination en établissement de santé et établissement médico-social. 23/6/2011

[En ligne]

Doc'CISMeF

(Consulté le 01/10/2013)

[9] SCHWARTZENTRUBER E.

Politique vaccinale en EHPAD : Journée régionale de la lutte contre les infections nosocomiales,

ARLIN Languedoc-Roussillon 26 avril 2012, Carcassonne. ARS DT 11

[En ligne]

Doc'CISMeF

(Consulté le 01/10/2013)

[10] INSPQ

Promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière, des stratégies efficaces pour rejoindre les travailleurs de santé

Canada 2013

[En ligne]

Doc'CISMeF

(Consulté le 01/10/2013)

[11] BELMIN J.

Prévention des maladies infectieuses chez les personnes âgées

Gériatrie – Masson p 753-758

[12] SERINGUE E.

Vaccination dans la gestion du risque infectieux en EHPAD

Arlin Ile de France 14/02/13

[En ligne]

Doc'CISMeF

(Consulté le 01/10/2013)

[13] BORSU K. KRAMMISH H. FRANCKH M. GIET D.

Vaccin anti-pneumococcique chez l'adulte, comparaison des recommandations et discussion de son intérêt.

Revue médicale de Liège 2010 p 191-198

[En ligne]

Doc'CISMeF

(Consulté le 01/10/2013)

[14] MANGTANI P. CUTTS F. HALL A.J.

Efficacy of pneumococcal vaccine in adults in more developed countries: the state of evidence.

The Lancet Infect. Dis. 2003, 3. p 71-78

TITRE : ETUDE DU STATUT VACCINAL DES EHPAD D'HONFLEUR ET ELABORATION DE STRATEGIES VACCINALES

RESUME :

A l'occasion d'une épidémie de grippe aux EHPAD de Honfleur (Calvados) l'auteur s'interroge sur les raisons de la faible implication du personnel à la vaccination anti grippale.

A partir de cette interrogation, ce mémoire fait le point sur la réglementation des vaccinations pour le personnel des établissements médicosociaux, en France, en 2013.

Une enquête a été menée à partir d'un questionnaire élaboré et distribué pour connaître avec précision le statut vaccinal du personnel de l'établissement

A partir de là, le mémoire, fait le point sur les opinions à propos des pratiques vaccinales, en les rapprochant de l'histoire particulière de cet EHPAD.

Puis un résumé des multiples publications récentes sur la vaccination antigrippale des personnels de maison de retraite, montre que malgré son intérêt élevé, et la pertinence scientifique de toutes les recommandations, il existe une faible adhésion à la vaccination.

A partir de là, le mémoire, en s'appuyant sur les informations recueillies, propose des moyens pratiques, pour obtenir une motivation à la vaccination des équipes, et une conduite à tenir, adaptée, au médecin coordonnateur.

MOTS CLES : Personnel EHPAD, Statut vaccinal, Stratégies vaccinales.