

CONTRIBUTION DE L'ANFIIDE A L'ETAT DES LIEUX SUR LA VACCINATION EN FRANCE



ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES INFIRMIERES
ET INFIRMIERS DIPLOMES ET ETUDIANTS

www.anfide.com

Sommaire

CONTRIBUTION DE L'ANFIIDE A L'ETAT DES LIEUX SUR LA VACCINATION EN FRANCE (SEPTEMBRE 2016)	0
SOMMAIRE	1
1. LES CONSTATS	3
CONSTAT N°1 : LA DIFFERENTIATION ACTUELLE ENTRE LES VACCINS OBLIGATOIRES ET LES VACCINS RECOMMANDES N'EST PLUS PERTINENTE	3
CONSTAT N°2 : LA POLITIQUE VACCINALE ABOUTIT A DES RESULTATS CONTRASTES	3
CONSTAT N°3 : L'ADHESION A LA VACCINATION NE PEUT PAS ETRE CONSIDEREE COMME ACQUISE D'EMBLEE	4
CONSTAT N°4 : LES OBLIGATIONS VACCINALES DES DIFFERENTS PAYS DOIVENT ETRE ETUDIEES EN INTEGRANT LES OBLIGATIONS QUI CONDITIONNENT L'ADMISSION EN COLLECTIVITE	4
CONSTAT N°5 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE VACCINALE SUPPOSE DE PRENDRE EN COMPTE LA QUESTION DE LA DISPONIBILITE DES VACCINS	5
CONSTAT N°6 : AVANT TOUT CHOIX ENTRE OBLIGATION ET RECOMMANDATION VACCINALE, UN DEBAT PUBLIC ET UNE CONFERENCE DE CONSENSUS SCIENTIFIQUES SONT INDISPENSABLES	5
2. ETAT DES LIEUX DE LA COUVERTURE VACCINALE EN FRANCE	6
ROUGEOLE	6
HEPATITE B	6
PAPILLOMAVIRUS, PREVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	6
TUBERCULOSE	6
COQUELUCHE	7
PNEUMOCOQUE	7
MENINGOCOQUE C	7
DIPHTERIE	7
GRIPPE : BILAN DE LA CAMPAGNE 2010/2011	7
2016 : MODIFICATION DU CALENDRIER VACCINAL : SIMPLIFICATION DES RECOMMANDATIONS	8
3. LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LA POLITIQUE VACCINALE	9
LE DROIT DE VACCINATION DES INFIRMIERS : VACCINATION ANTI-GRIPPALE	9
L'OBLIGATION DE VACCINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	10
4. ENQUETE SUR LA VACCINATION REALISEE PAR L'ANFIIDE	12
METHODOLOGIE ET LIMITES	12
RESULTATS	12
<i>Profil des répondants</i>	12
<i>Connaissance du statut vaccinal</i>	13
<i>Facteurs d'influence (en pourcentages)</i>	13
DISCUSSION	14
<i>Statut du répondant</i>	14
<i>Statut vaccinal</i>	14
<i>Facteurs d'influence</i>	14
<i>Exploration du Verbatim</i>	15
5. LES INFORMATIONS ACCESSIBLES AUX CITOYENS : EXEMPLE DE QUATRE ARTICLES PUBLIES LE 26 SEPTEMBRE 2016 DANS « LA DEPECHE DU MIDI »	17
6. LES STRATEGIES OPERATIONNELLES	18
<i>Une information et une communication régulière sur les sujets relatifs à la vaccination sont indispensables à l'adhésion des professionnels de santé et du public concerné</i>	18
<i>L'adhésion à la vaccination nécessite une transparence et une clarté des messages qui suppose un pilotage du système où chacun des acteurs de la politique vaccinale trouve sa place</i>	19

<i>L'absence de reste à charge pour le patient apparaît comme un vecteur d'adhésion à la vaccination mais pas la gratuité.....</i>	<i>20</i>
<i>La simplification du parcours vaccinal permettrait d'améliorer l'adhésion à la vaccination ..</i>	<i>21</i>
<i>L'adhésion des patients à la vaccination suppose une implication des différents professionnels de santé</i>	<i>22</i>
CONCLUSION ET PRECONISATIONS DE L'ANFIIDE.....	24
1. TOUTE REFLEXION SUR LA POLITIQUE VACCINALE, AVANT MEME TOUTE PRISE DE DECISION, DEVRAIT S'APPUYER SUR UNE ETUDE SCIENTIFIQUE VISANT A METTRE EN EVIDENCE DE MANIERE OPPOSABLE PAR SA METHODOLOGIE LES REPRESENTATIONS DE LA POPULATION.....	24
2. LA POPULATION DEVRAIT POUVOIR BENEFICIER D'UNE INFORMATION VULGARISEE, HONNETE ET LOYALE SUR LA VACCINATION.....	24
3. ACCOMPAGNER L'INFORMATION DE MESSAGES POSITIFS	25
4. COMMUNICATION ET FORMATION DOIVENT COEXISTER DANS UN SYSTEME COORDONNE	25
5. VALORISER LES PERSONNELS INFIRMIERS DANS LA PROMOTION ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE VACCINALE.....	25
6. AMELIORER LA TRAÇABILITE DU STATUT VACCINAL	26
7. REINTERROGER LE CARACTERE OBLIGATOIRE DE LA VACCINATION EN PRIVILEGIANT L'EDUCATION ET LA NEGOCIATION AVEC LES PERSONNES EN POPULATION GENERALE	26
8. MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES EFFETS SECONDAIRES	27
9. FACILITER LE PARCOURS VACCINAL	27
10. GENERALISER LE TIERS-PAYANT S'AGISSANT DE L'ACCES A LA VACCINATION.	27
ANNEXE I. ARRETE DU 02 AOUT 2013 FIXANT LES CONDITIONS D'IMMUNISATION DES PERSONNES MENTIONNEES A L'ARTICLE L.3111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	28
Article 1.....	28
Article 2.....	29
Article 3.....	29
Article 4.....	29
Article 5.....	29
Article 6.....	29
Article 7.....	30
Article 8.....	30
ANNEXE I - CONDITIONS D'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B.....	30
ANNEXE II - CONDUITE À TENIR SI UNE PERSONNE PRÉSENTE UN TAUX D'ANTICORPS ANTI-HBs INFÉRIEUR À 10 UI/l APRÈS AVOIR REÇU UN SCHÉMA COMPLET DE VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B.....	31
ANNEXE II. LES INFORMATIONS ACCESSIBLES AUX CITOYENS : EXEMPLE DE 6 ARTICLES PUBLIES LE 26 SEPTEMBRE 2016 DANS « LA DEPECHE DU MIDI »	33
Article N°1 : Cécilia, 2 ans, et tous ses vaccins	33
Article N°2 : En Ariège, des villages réfractaires	33
Article N°3 : « Mes enfants ne sont pas vaccinés ».....	34
Article N°4 : « J'ai refusé de vacciner mon fils contre l'hépatite B ».....	34
Article N°5 : Faut-il avoir peur des vaccins ?.....	34
Article N°6 : Le professeur Bruno Marchou : « On se protège et on protège les autres ».....	35
ANNEXE III. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS. LETTRE DU 07 OCTOBRE RELATIVE AU ROLE DES INFIRMIERS DANS LA POLITIQUE VACCINALE.....	38
ET SI LES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DE CE PAYS SE FAISAIENT ENTENDRE SUR CE SUJET?	39
"A NOUS DE PRENDRE LA PAROLE... EN 2 SECONDES, IL SUFFIT DE REPRENDRE L'UN DES TEXTES CI-DESSOUS OU ALORS DE PRENDRE VOTRE PLUME" (A CET INSTANT SEULEMENT 9322 CONTRIBUTIONS SONT APPORTEES).	39

1. Les Constats¹

Les débats sur la politique vaccinale ont longtemps été l'apanage des scientifiques et des pouvoirs publics, la population se limitant à considérer l'acte vaccinatoire comme utile au plan de la santé publique. Aujourd'hui, dans un monde complexifié, existe une controverse durable liée en grande partie à la méfiance instaurée vis à vis des laboratoires pharmaceutiques, méfiance donnant lieu à des interrogations sur l'innocuité des vaccins dans un contexte qui voit la persistance de certaines maladies à prévention vaccinale. Il en résulte une remise en question des recommandations vaccinales qui ne trouve plus l'écho consensuel qui était le sien jusqu'alors.

Constat N°1 : la différenciation actuelle entre les vaccins obligatoires et les vaccins recommandés n'est plus pertinente

A ce jour, seules sont obligatoires les vaccinations contre la diphtérie et le tétanos (primo-injection puis rappel à 11 mois) et contre la poliomyélite (primo-injection puis rappels jusqu'à l'âge de 13 ans). Les autres vaccinations ne sont que recommandées, en particulier chez les enfants et les adolescents : oreillons, rubéole, rougeole, coqueluche, pneumocoque, méningocoque C, hépatite B, infections à *Haemophilus influenzae* type B et à Papillomavirus humain. Ces maladies à transmission interhumaine ont fait l'objet de recommandations vaccinales relevant plus de l'opportunité historique que de la réalité épidémiologique, d'où une certaine confusion dans les choix des parents de faire vacciner ou non leur progéniture contre telle ou telle pathologie.

Constat N°2 : La politique vaccinale aboutit à des résultats contrastés

Une enquête de l'InVS² montre que la politique vaccinale donne des résultats :

- tout à fait satisfaisants pour la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos, chez l'enfant,
- beaucoup plus nuancés pour les maladies invasives à méningocoque, la rougeole, la rubéole, la grippe, et l'hépatite B.

Cet impact épidémiologique mitigé remet en question la relation existant entre les résultats de la politique vaccinale et l'obligation de certaines vaccinations. En effet, si l'on observe une bonne corrélation entre couverture vaccinale et obligation de vaccination (Cf. DTP), on remarquera le même niveau de protection pour un vaccin non obligatoire comme le PCV-13 contre les pneumocoques, peut-être en lien avec la peur de la méningite, maladie perçue comme grave, voire fatale, et dont les médias se font régulièrement l'écho lorsqu'un cas se présente dans une collectivité comme un collège ou un lycée. Il suffit de

¹ Source principale : Rapport sur la Politique Vaccinale, par Mme Sandrine Hurel, publié en Janvier 2016.

² Institut National de Veille Sanitaire / Santé Publique France.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Publications>

taper « nouveau cas de méningite » sur un moteur de recherche pour se rendre compte que ce ne sont pas les agences de santé ou les tutelles, mais les médias, qui communiquent. Par ailleurs, si la politique vaccinale gomme les inégalités géographiques et sociales par son caractère équitable sur l'ensemble du territoire, elle s'inquiète également de l'innocuité de la vaccination. A ce titre, l'ANSM³ est chargée d'évaluer en continu la balance bénéfice/risque de chaque vaccin et d'établir des recommandations actualisées qui reflètent la connaissance des effets indésirables.

Constat N°3 : L'adhésion à la vaccination ne peut pas être considérée comme acquise d'emblée

Les difficultés d'adhésion diffèrent selon les vaccins et les pathologies qu'ils préviennent. La vaccination est tout autant acte individuel que collectif. Son impact sur les épidémies et son intérêt pour la santé publique sont rarement remis en question. En revanche, pour les patients comme pour les médecins, la balance bénéfice/risque reste le premier élément pris en compte pour orienter la prise de décision, et le dialogue entre le médecin et le patient ou son représentant est primordial si l'on veut aboutir à un consentement éclairé. En effet, le rapport note que selon une enquête de la DREES⁴, un peu moins de la moitié des médecins généralistes interrogés se sent à l'aise pour donner des explications et aborder avec leurs patients la question des adjuvants.

D'une manière plus générale, certains points orientent le débat et préfigurent les orientations stratégiques :

1. Une information et une communication régulière sur les sujets relatifs à la vaccination sont indispensables à l'adhésion des professionnels de santé et du public concerné
2. L'adhésion à la vaccination nécessite une transparence et une clarté des messages qui suppose un pilotage du système où chacun des acteurs de la politique vaccinale trouve sa place
3. L'absence de reste à charge pour le patient apparaît comme un vecteur d'adhésion à la vaccination mais pas la gratuité
4. La simplification du parcours vaccinal permettrait d'améliorer l'adhésion à la vaccination
5. L'adhésion des patients à la vaccination suppose une implication des différents professionnels de santé

Constat N°4 : Les obligations vaccinales des différents pays doivent être étudiées en intégrant les obligations qui conditionnent l'admission en collectivité

La comparaison avec d'autres pays ayant des politiques vaccinales souvent plus adaptables que les nôtres montre que notre couverture est meilleure pour les vaccins

³ Agence Nationale de Sécurité des médicaments et des produits de santé.

[http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-vaccins/Surveillance-des-vaccins-politique-vaccinale/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-vaccins/Surveillance-des-vaccins-politique-vaccinale/(offset)/0)

⁴ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. N°910. Mars 2015.

obligatoires, mais plutôt moins bonne pour ce qui concerne les vaccins recommandés. Dans le même temps, on assiste à des flambées épidémiques de diphtérie en Espagne, et de rougeole dans de nombreux autres pays, ce qui induit une actualisation de la politique vaccinale des pays concernés allant plutôt vers le durcissement.

L'interrogation légitime sur la pertinence de la politique vaccinale et l'opportunité éventuelle de lever une obligation fait naître aujourd'hui une vigilance accrue liée à un contexte instable de conflits internationaux, de déplacements de populations, ou de voyages à une échelle mondialisée.

Constat N°5 : La mise en œuvre de la politique vaccinale suppose de prendre en compte la question de la disponibilité des vaccins

Une obligation vaccinale ne peut-être respectée que si le vaccin est disponible ! Les ruptures de stock ne sont pas rares, et les causes sont multiples : retrait du marché, changement de formulation, problème de production, demande supérieure à l'offre en période épidémique. Les tensions d'approvisionnement et les ruptures sont classiquement liées à des intérêts industriels et économiques sous-tendus par une logique de profit bien éloignée des stratégies de santé publique.

L'Etat, via l'ANSM, suit, gère et communique sur toute modification intervenant dans le circuit de distribution des vaccins, mais n'a pas de réelle action sur la gestion des stocks et l'anticipation du besoin. Le rapport propose qu'une négociation sur le prix s'accompagne d'une obligation de fournir un volume minimal sous peine de devoir s'acquitter d'une indemnité compensatoire.

Constat N°6 : Avant tout choix entre obligation et recommandation vaccinale, un débat public et une conférence de consensus scientifiques sont indispensables

Le Conseil Constitutionnel a été amené à se positionner sur l'obligation vaccinale, et a jugé qu'elle n'était pas contraire à notre Constitution datant de 1958. Ce jugement ne définit pas les caractères obligatoires ou recommandés des vaccins, laissant au Parlement la responsabilité de définir la politique vaccinale. Or, la transparence du processus démocratique en jeu lors de la prise de telles décisions est aujourd'hui remis en question au point que certains réclament l'instauration de débats publics et une conférence de consensus avant toute actualisation de la politique vaccinale.

L'enjeu n'est pas tant de se substituer au Parlement que de savoir s'il est opportun de substituer les vaccinations obligatoires par d'autres stratégies, plus ou moins nuancées, qui conduiraient à une adhésion éclairée et consentie à la vaccination. Il s'agira bien entendu de bien s'assurer que la couverture vaccinale n'en souffrira pas et de faire clarifier par les scientifiques le lien entre cette couverture et les résultats épidémiologiques.

2. Etat des lieux de la couverture vaccinale en France⁵

Rougeole

Le chiffre de 90% de couverture semble acquis pour la première dose du vaccin trivalent rougeole-rubéole-oreillons à 24 mois. Fin 2010, seuls 58% des enfants ont reçu une seconde dose à cet âge. Près de 10 % des cas déclarés début 2010 sont âgés de moins d'un an et près de 40 % ont 20 ans ou plus, alors que les complications, neurologiques ou pulmonaires notamment, sont plus fréquentes et plus sévères dans ces groupes d'âge. Cette situation souligne le niveau d'immunité insuffisant des jeunes adultes. Parmi les cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 82,5 % n'étaient pas vaccinés, 13 % n'avaient reçu qu'une dose de vaccin, 2,5 % avaient reçu deux doses, et le nombre de doses était inconnu pour 2 % des cas.

Hépatite B

70% des nourrissons ont été vaccinés contre l'hépatite B. C'est insuffisant, même si la couverture vaccinale est en net progrès : elle est passée de 30% en 2007 à 70% en 2009. On reste très loin de l'objectif du plan de santé chez les adolescents de 15 ans qui est d'atteindre une couverture vaccinale de 75% : seuls 55,1% des adolescents de 14-16 ans ont initié leur vaccination (1 dose), et moins de 4 adolescents sur 10 (37,7%) ont reçu le schéma complet.

Papillomavirus, prévention du cancer du col de l'utérus

Plus de 50% des jeunes filles âgées de 17 ans en 2010 avaient reçu au moins une dose de vaccin.

Tuberculose

La vaccination du BCG n'est plus obligatoire depuis 2007 (mais recommandée dans certaines régions comme l'Ile de France) et est remplacée par un programme de lutte visant à lutter contre la maladie, lorsqu'elle est encore importante régionalement. En Ile-de-France, la tuberculose est toujours à risque. La couverture vaccinale pour les enfants de 2 ans en Ile-de-France est de 90%, proche de l'objectif de 95%. A la réserve près que ce chiffre relativement satisfaisant de 90% ne concerne que les enfants suivis en PMI (ce qui ne correspond pas à la majorité des enfants). Chez les enfants suivis par un médecin libéral, les chiffres sont très médiocres : 68% seulement en Ile de France. Dans le reste du pays, elle n'est que de 60%, ce qui est jugé « insuffisant » par la Direction Générale de la Santé (DGS).

⁵ Source LEEM (Les Entreprises du Médicament), 2012.

Coqueluche

Les nourrissons sont contaminés par des adolescents et des adultes dont l'immunité a diminué, en l'absence de rappels. La vaccination comporte trois injections de vaccin à l'âge de 2, 3 et 4 mois, avec un rappel entre 16 et 18 mois. Un deuxième rappel est préconisé entre 11 et 13 ans, mais la couverture vaccinale de cette tranche d'âge est d'environ 75%. Il faudrait qu'elle soit de 95%.

Pneumocoque

La vaccination des enfants par le vaccin conjugué comporte une primo-vaccination en 2 injections à l'âge de 2 et 4 mois, et un rappel à l'âge de 12 mois. Le taux de couverture vaccinale en primo-vaccination est satisfaisant (91% en décembre 2010). En revanche, le taux de couverture vaccinale du rappel n'a pas progressé depuis 2009 et reste insuffisant : seuls deux tiers des enfants âgés de 16 à 24 mois ont reçu leur rappel.

Méningocoque C

46% des enfants nés en 2009 sont vaccinés, contre moins de 10% des adolescents nés avant 1998.

Diphtérie

45 000 cas en 1950, 5 cas en 1980, pas de cas entre 1990 et 2001. Recrudescence de cas depuis 2002 : cas « importés » de personnes non vaccinées ou n'ayant pas reçu de rappel vaccinal. Couverture insuffisante des plus de 50 ans qui peuvent être contaminés notamment par les animaux de compagnie.

Grippe : bilan de la campagne 2010/2011

Sur les 10 millions d'assurés du régime général invités à se faire vacciner, 51,8% se sont fait vacciner, ce qui représente une baisse d'un peu plus de 8 points par rapport à la campagne 2009/2010 (60,2% de réponse positive). Le taux de couverture vaccinale des plus de 70 ans reste le plus élevé avec 60,4%. Pour les 65/69 ans, tranche d'âge d'entrée dans le dispositif, le taux de vaccination demeure insuffisant en 2010 : 43,8% contre 55,3% en 2009. S'agissant des personnes âgées de moins de 65 ans atteintes de certaines maladies chroniques, le taux de vaccination des patients en ALD est de 40,1% en 2010 contre 54,4% en 2009. Le taux de couverture des patients souffrant d'asthme ou d'insuffisance respiratoire passe sous la barre des 40% avec 34% en 2010 contre 40,2% en 2009.

2016 : Modification du Calendrier vaccinal : simplification des recommandations

Les nouveautés par rapport à 2015 concernent principalement les vaccinations contre :

- le zona : recommandation d'administrer une dose de vaccin Zostavax® chez les sujets non immunodéprimés âgés de 65 à 74 ans révolus. Rattrapage possible, durant un an, pour les personnes âgées de 75 à 79 ans révolus.
- la fièvre jaune : suppression du rappel anti-amarile pour les personnes résidant en Guyane ou souhaitant s'y rendre. Un rappel reste néanmoins recommandé dans les cas suivants :
 - Enfants vaccinés avant l'âge de 2 ans : administration d'une 2e dose à partir de l'âge de 6 ans et dans un délai maximal de 10 ans après la 1ère dose
 - Femmes primo-vaccinées en cours de grossesse, personnes immunodéprimées ou vivant avec le VIH : rappel recommandé 10 ans après la 1re dose
 - En cas de circulation active du virus amaril : rappel recommandé pour les personnes vaccinées contre la fièvre jaune depuis plus de 10 ans, résidant ou séjournant en Guyane.

Âge approprié	Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG												
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite												Tous les 10 ans
Coqueluche												
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)												
Hépatite B												
Pneumocoque												
Méningocoque C												
Rougeole-Oreillons-Rubéole												
Papillomavirus humain (HPV)												
Grippe												Tous les ans
Zona												

Calendrier vaccinal 2016 – Présentation simplifiée

3. Les professionnels de santé et la politique vaccinale

Le droit de vaccination des infirmiers : vaccination anti-grippale

Le Code de la Santé Publique ajoute la mention suivante à la définition de l'infirmière :

« L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique. »

Le Décret N°2008-877 du 29 Août 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières apporte quelques précisions :

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal, à l'exception de la première injection, dans les conditions définies à l'article R.4311-3 et conformément au résumé des caractéristiques du produit annexé à l'autorisation de mise sur le marché du vaccin injecté, sur certaines personnes dont les conditions d'âge et les pathologies dont elles peuvent souffrir sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé. » .

Le décret précise ensuite, parallèlement à l'obligation de traçabilité, une obligation de vigilance et de déclaration inédite jusqu'alors :

« L'infirmier ou l'infirmière indique dans le dossier de soins infirmiers l'identité du patient, la date de réalisation du vaccin ainsi que le numéro de lot du vaccin lors de l'injection. Il ou elle déclare au centre de pharmacovigilance les effets indésirables portés à sa connaissance susceptibles d'être dus au vaccin. »

L' « Arrêté du 29 Août 2008 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal effectuée par l'infirmière selon les modalités prévues à l'article R. 4311-5-1 du code de la santé publique » vient parachever le dispositif.

Notons que si les injections vaccinales relèvent réglementairement du rôle prescrit des infirmières, ces dispositions y dérogent pour la première fois en ce sens qu'un acte considéré comme « invasif » relève désormais du rôle autonome. En effet, l'histoire de la médecine nous apprend comment le Droit français a instauré dans le Code Civil un monopole médical pour ce qui concerne les actes attentant à l'intégrité du corps humain :

Article 16-3 du Code Civil :

*« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.
Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »*

Arrêté du 19 juin 2011 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal saisonnier pratiquée par un infirmier ou une infirmière.

Cet arrêté actualise la liste des personnes pouvant bénéficier de la revaccination antigrippale pratiquée par un infirmier. La revaccination antigrippale par les infirmiers avait été autorisée en septembre 2008 avec la publication du Décret N°2008-877 du 29 Août 2008 introduisant au code de la santé publique l'article R.4311-5-1 ainsi que de l'Arrêté du 29 Août 2008 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal effectuée par l'infirmière.

Le présent texte remplace l'arrêté du 29 août 2008. Les personnes âgées de 65 ans et plus figurent toujours parmi les personnes pouvant bénéficier de la revaccination antigrippale par les infirmiers. Les femmes enceintes en sont toujours exclues. En revanche, la liste des personnes atteintes de certaines pathologies pouvant en bénéficier est modifiée. Les personnes VIH+ sont désormais incluses dans le dispositif. Sont également ajoutées parmi les bénéficiaires les patients souffrant d'insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives, de maladies des coronaires, d'antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC), des formes d'affections neurologiques et musculaires (dont une myopathie, une poliomyélite, une myasthénie, la maladie de Charcot) et de paraplégie et tétraplégie avec atteinte diaphragmatique.

L'obligation de vaccination des professionnels de santé

L'Article L3111-4 du Code de la Santé Publique précise :

« Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe.

Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale doivent être immunisées contre la fièvre typhoïde. »

Cet article s'impose également aux étudiants :

« Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre les maladies mentionnées à l'alinéa premier du présent article. »

L'arrêté du 02 Août 2013⁶ vient compléter le Code en décrivant diverses dispositions dont le contexte professionnel amenant à l'obligation vaccinale, ainsi que les conditions de fourniture de la preuve de cette vaccination :

« Les personnes exerçant leur activité dans les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins mentionnés dans l'Arrêté du 15 Mars 1991 susvisé sont exposées à un risque de contamination lorsqu'elles exercent une activité susceptible de présenter une exposition à des agents biologiques à l'occasion du contact avec des patients, avec le corps de personnes décédées, ou avec des produits biologiques soit directement, y

⁶ Cf. Texte intégral en Annexe I.

compris par projection, soit indirectement, notamment lors de la manipulation et du transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge ou de déchets d'activité de soins à risque infectieux. »

« La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la fièvre typhoïde est apportée par la présentation d'une attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections. La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté. »

Le texte précise par ailleurs les conditions de dispense de vaccination ainsi que les critères de validation de l'immunisation, en particulier pour ce qui concerne l'hépatite B.

Il se termine par une liste fixant la typologie des établissements concernés, lesquels sont tous référencés au regard du Code de la Santé Publique (pour le secteur sanitaire) ou du Code de l'Action Sociale et des Familles (pour les établissements médico-sociaux et éducatifs). Nous remarquerons que les cabinets de soins infirmiers à domicile ne figurent pas dans cette liste, alors qu'ils sont administrativement considérés comme des établissements de soins au sens de leur enregistrement au répertoire SIRENE⁷.

⁷ Les articles R.123-220 à R. 123-234 du Code du Commerce instituent un système national d'identification des personnes physiques et morales et de leurs établissements articulé autour du répertoire des entreprises et des établissements (Sirene : système informatique pour le répertoire des entreprises et des établissements). La gestion de ce répertoire est confiée à l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

4. Enquête sur la vaccination réalisée par l'ANFIIDE

Méthodologie et limites

Réalisation de l'enquête en Septembre 2016 (Deadline au 30/09/2016) par diffusion d'un questionnaire via les réseaux associatifs (essentiellement SIDERAL-Santé en région toulousaine, CA ANFIIDE en région PACA, et adhérents ANFIIDE au niveau national). La provenance géographique des répondants n'a pas été retenue devant le caractère urgent de mise en œuvre de l'enquête qui s'est focalisée sur quatre items à renseigner :

- Identité du répondant : Patient / Famille (Soignants non audités car non représentatifs de la population générale du fait de leur formation et de leur obligation d'exécution des actes vaccinatoires, y compris le cas échéant contre leurs propres convictions).
- Avis sur la vaccination : Favorable / Défavorable
- Recueil de mots clés argumentant la position favorable ou défavorable à la vaccination
- Connaissance de son statut vaccinal : à jour / pas à jour / ne sait pas

L'item « Favorable / Défavorable » a servi de discriminant au profil des répondants (« Patient / Famille ») ainsi qu'aux facteurs d'influence (mots clés) et à l'évaluation de la connaissance du statut vaccinal.

Au regard de ces choix méthodologiques, sur l'ensemble des fiches récoltées (N=260), ont été exclues les fiches identifiées comme provenant de soignants (-14), ainsi que celles montrant un double cochage, ou au contraire une absence de cochage, des items « Favorable / Défavorable » (-6), ce qui porte le nombre total de fiches exploitées à N=240. Les valeurs brutes et les pourcentages ont été formulés arrondis sans décimale.

Les tests de significativité n'ont pas pu être réalisés dans le temps imparti à l'enquête. Les analyses et discussions qui découlent de ces résultats ne constituent donc qu'une photographie à un temps T, et ne sauraient en aucun cas revêtir de caractère scientifique au sens strict.

Les mots-clés ont eux-mêmes fait l'objet de certains regroupement (exemple : « logique, essentiel, important, normal ») afin de ne pas diluer à outrance les témoignages des personnes audités.

Résultats

Profil des répondants

	Favorable N=181 (75%)	Défavorable N=59 (25%)
Patient	N=83 (46%)	N=26 (44%)
Famille	N=88 (49%)	N=30 (51%)
Ni l'un ni l'autre, ou les deux	N=10 (5%)	N=3 (5%)

Connaissance du statut vaccinal

	Favorable N=181 (75%)	Défavorable N=59 (25%)
A jour	N=131 (72%)	N=13 (22%)
Pas à jour	N=15 (8%)	N=27 (46%)
Ne sait pas	N=35 (19%)	N=17 (29%)

Facteurs d'influence (en pourcentages)

En gras, les résultats paraissant significatifs (tests statistiques non réalisés).

	Favorable	Défavorable
Prévention (<i>perçue au plan collectif</i>)	20	2
Vigilance	1	0
Effets secondaires (signes d'intolérance, apparition d'une autre maladie,...)	4	42
Essentiel, important, normal, logique, nécessaire	8	0
Inefficace, pas fiable, n'immunise pas	2	17
Efficace, a fait la preuve de son utilité	6	0
Dangereux (adjuvants dont l'aluminium, mélange de plusieurs vaccins, maladie concomitante)	1	14
Santé publique (éviter la contagion, les pandémies, éradiquer les maladies, protéger les enfants)	33	0
Oubli ou risque d'oubli des rappels	3	3
Profits de l'industrie pharmaceutique	0	2
Pas confiance (discours des médias, informations sur la composition)	2	15
Santé individuelle, bien-être, éviter d'être malade, peur de la maladie	16	0
Protection (<i>perçue au plan individuel</i>)	11	0
Coût (moins cher de prévenir que de guérir)	1	0
Balance Bénéfice / Risque	3	8
Prescription, conseil d'un tiers, caractère obligatoire, nécessité professionnelle	5	7
Ne rejette pas en bloc, non favorable à certains vaccins	10	7
Inutile au regard du mode de vie (pas d'exposition, ne voyage pas, âge avancé)	1	8

Discussion

Quels enseignements tirer de cette enquête ?

Statut du répondant

Que l'on soit dans le groupe des personnes favorables ou dans celui des personnes défavorables, nous noterons une équivalence de profil : patients : 46% Vs. 44% ; famille : 49% Vs. 51% ; ni l'un ni l'autre ou les deux : 5% dans les deux groupes.

Nous considérerons donc que le statut du répondant n'a pas d'incidence significative sur la répartition des mots-clés collectés.

Statut vaccinal

Ce critère se lit en conformité avec le choix des facteurs discriminants. En toute logique, les personnes favorables à la vaccination sont majoritairement à jour (72% Vs. 22%) et celles qui y sont défavorables ne sont par conséquent « pas à jour » (46% Vs. 8%).

Cependant, nous notons une différence importante entre les deux catégories : 72% pour la logique « favorable / à jour » contre 46 % pour la logique « défavorable / pas à jour ». Au regard des mots-clés relevés, on peut expliquer ce phénomène par l'obligation vaccinale et/ou la nécessité professionnelle qui impliquent que certaines personnes défavorables se font vacciner contre leurs valeurs.

L'autre explication vient du choix d'accepter certains vaccins et pas d'autres. En effet, les répondants ne sont pas radicalement « pour » ou « contre » mais « plutôt favorables » ou « plutôt défavorables ». Face à la méthodologie binaire retenue pour le questionnaire, il semble que la balance ait penché plutôt du côté « favorable ». D'autant que selon l'enquête, sont majoritairement remis en question les vaccins contre la grippe, l'hépatite B, et/ou le papillomavirus, c'est à dire des vaccins qui ne sont pas obligatoires en population générale⁸, et qui visent une population assez spécifique.

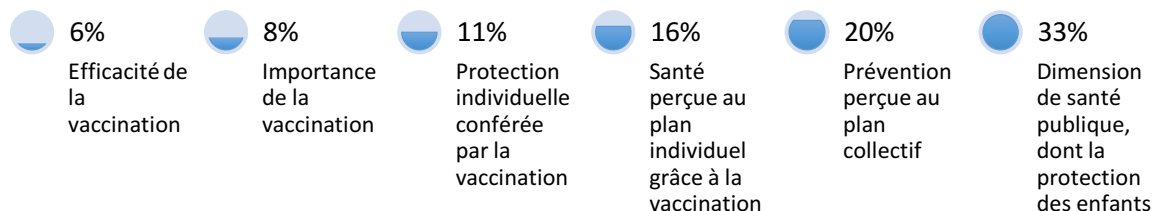
Plus inquiétant est le fait de ne pas connaître son statut vaccinal, pour environ 1 personne favorable sur 5, et plus logiquement, 1 personne défavorable sur 3. Ce point démontre à la fois le manque de motivation individuelle à gérer sa santé, mais aussi la nécessité de mettre à disposition de la population un outil facilement accessible de centralisation et de traçabilité de ses vaccinations.

Facteurs d'influence

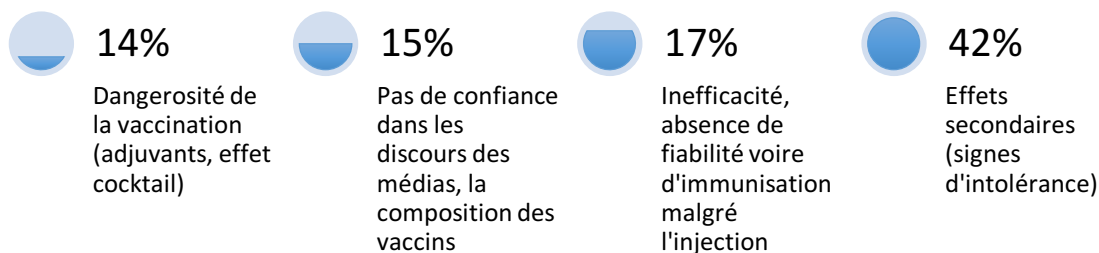
La répartition des commentaires et mots-clés des fiches collectées nous permet d'identifier et de hiérarchiser les représentations les plus importantes en lien avec la dimension favorable ou non de la vaccination. En écho au tableau présenté précédemment, nous les proposons ci-après en fonction des pourcentages d'occurrence et dans leur dimension différentielle au regard du discriminant considéré.

Les éléments présentés pourront servir de point d'appui aux stratégies de promotion de la vaccination puisque sur le modèle de la balance décisionnelle de Janis et Mann, nous pourrions à la fois consolider les éléments favorables, et au contraire déstabiliser les éléments défavorables.

⁸ L'hépatite B et la grippe sont obligatoires pour certains professionnels, en particulier, et sous certaines conditions, pour les soignants et les personnes travaillant en laboratoire d'analyse médicale.



Principaux éléments influençant un avis favorable sur la vaccination



Principaux éléments influençant un avis défavorable sur la vaccination

Exploration du Verbatim

L'analyse des commentaires renforce et éclaire les pourcentages tout en ouvrant des voies d'exploration supplémentaires.

Par exemple, le rapport à l'âge est vu par chacun de manière fort différente :

- pour certaines personnes âgées (au delà de 80 ans), il n'est plus utile de se vacciner ;
- pour certains adultes « *entre deux âges* », la vaccination ne concerne que les personnes âgées et les enfants ;
- pour la majorité, la vaccination sert surtout à protéger les enfants.

Notons sur ce dernier point qu'un consensus se dégage sur l'utilisation du terme « prévention » dans une acception collective, et de celui de « protection » dans un usage individuel.

Autre point, celui du choix des vaccins. La quasi totalité des répondants ne remet pas en question le caractère obligatoire des vaccinations « classiques » comme la Diphtérie, la Poliomyélite et le Tétanos. Ces références semblent ancrées dans un schéma historique qui a fait ses preuves depuis longtemps. Les trois vaccins qui sont aujourd'hui remis en question sont ceux contre la Grippe, l'Hépatite B et le Papillomavirus, trois spécialités d'apparition plus récente dans l'histoire de l'immunologie, et qui ont régulièrement défrayé la chronique médiatique par la mise en avant d'effets indésirables parfois graves (maladie de Guillain-Barré, Sclérose en Plaques) mais rarissimes au plan statistique, et pour lesquels la relation de cause à effet n'a toujours pas été établie scientifiquement. Il est intéressant à ce niveau de s'interroger sur le poids des médias dans la diffusion de

représentations souvent erronées. Bourdieu décrivait déjà en son temps les effets du « fast-thinking » et « l'empirisme » de la télévision⁹.

A la marge des propositions, un autre point concerne celui des connaissances. Nous trouvons par exemple des références au manque de connaissance sur la vaccination qui peuvent aller jusqu'à la remarque suivante « on m'injecte un microbe ! ». Le choix du mot « microbe », s'il dénote une culture déjà un peu ancienne (on parle aujourd'hui plus volontiers de bactérie ou de micro-organisme), révèle une interprétation de la réalité pas totalement fausse. Nous disposons en effet de vaccins « vivants atténués » comme la fièvre jaune, et pour d'autres vaccins, ne cultive-t-on pas des virus dans des œufs avant de les injecter ? On a juste oublié qu'après leur culture, les virus sont neutralisés. Il semble plus que jamais indispensable de renforcer l'éducation de la population sur la vaccination, que ce soit en milieu scolaire, ou via des médias « fiables ».

Enfin, comment ne pas aborder dans ce chapitre la question de la composition des vaccins, et plus particulièrement de leurs adjuvants parmi lesquels l'aluminium et le squalène. Cette dernière molécule, dont personne n'avait jamais entendu parler avant l'épisode de la grippe aviaire géré par la ministre de la santé, Mme Roselyne Bachelot, en 2009-2010, avait déjà été utilisée auparavant dans des millions de doses sans que jamais une alerte de pharmacovigilance n'ait été enregistrée au niveau international. Qui sait par ailleurs que le squalène est une molécule présente chez tout être humain puisqu'il fait partie de la chaîne de métabolisation du cholestérol (c'est un précurseur stéroïdien), et qu'on le retrouve dans le sébum ?!...

Et si l'on se penche sur la composition des vaccins, qui sait que tous les vaccins antigrippaux sans exception contiennent un antibiotique de la famille des aminosides ?¹⁰ Là encore, une information claire et loyale semble un préalable à toute opération de promotion de la vaccination.

Nous clôturerons ce chapitre avec quelques éléments singuliers du verbatim :

- la vaccination est un acte citoyen ;
- elle demande un suivi ;
- elle prend du temps ;
- c'est un progrès scientifique ;
- l'injection est douloureuse.



⁹ Bourdieu P. Sur la télévision. Paris ; Raisons d'agir : 1996.

¹⁰ Source dictionnaire Vidal TM: néomycine, framycétine, gentamicine, kanamycine, paramomycine, ribostamycine, streptomycine, tobramycine...

5. Les informations accessibles aux citoyens : exemple de quatre articles publiés le 26 Septembre 2016 dans « La Dépêche du Midi »

La Dépêche du Midi est un quotidien régional français diffusé dans les huit départements de l'ex- région Midi-Pyrénées (Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Gers, Lot, Hautes-Pyrénées, Tarn, Tarn-et-Garonne) ainsi que dans les départements voisins du Lot-et-Garonne et de l'Aude, soit un bassin de population de près de 3 millions d'habitants. Sa diffusion s'élève à environ 150 000 exemplaires en 2015 (en baisse de 4 % par rapport à l'année précédente), pour 17 éditions quotidiennes différentes.

Le 26 Septembre dernier, faisant suite à la publication d'une enquête commandée par la London School of Hygiene & Tropical Medicine, (« Vaccine Confidence Project », revue EBioMedicine, 09/09/2016¹¹), un dossier thématique est proposé à la une de l'édition papier du journal. Une série d'articles¹² vient illustrer le propos.

Ces articles sont déclinés séparément dans la version internet du journal, référencés soit sous un bandeau « Actu Santé », soit sous un bandeau territorial. Ce choix implique une fragmentation du dossier papier initial ce qui a pour conséquence une sélection des articles selon :

- le menu choisi par le lecteur
- ou les mots-clés qu'il utilisera dans le moteur de recherche interne du site..

Notons que dès le 10 Septembre, le journal « Le Monde » se faisait l'écho de cette enquête en publiant un article de deux pages décrivant les principaux résultats de l'enquête dans sa dimension internationale (dimension non reprise par « La dépêche du midi »), et proposant un encart explicatif de la singularité française en matière de défiance envers la vaccination. Cette approche sociologique sera explicitée dans le chapitre suivant relatif aux stratégies opérationnelles.

¹¹ Publication disponible au format PDF à l'adresse : [http://www.ebiomedicine.com/article/S2352-3964\(16\)30398-X/pdf](http://www.ebiomedicine.com/article/S2352-3964(16)30398-X/pdf)

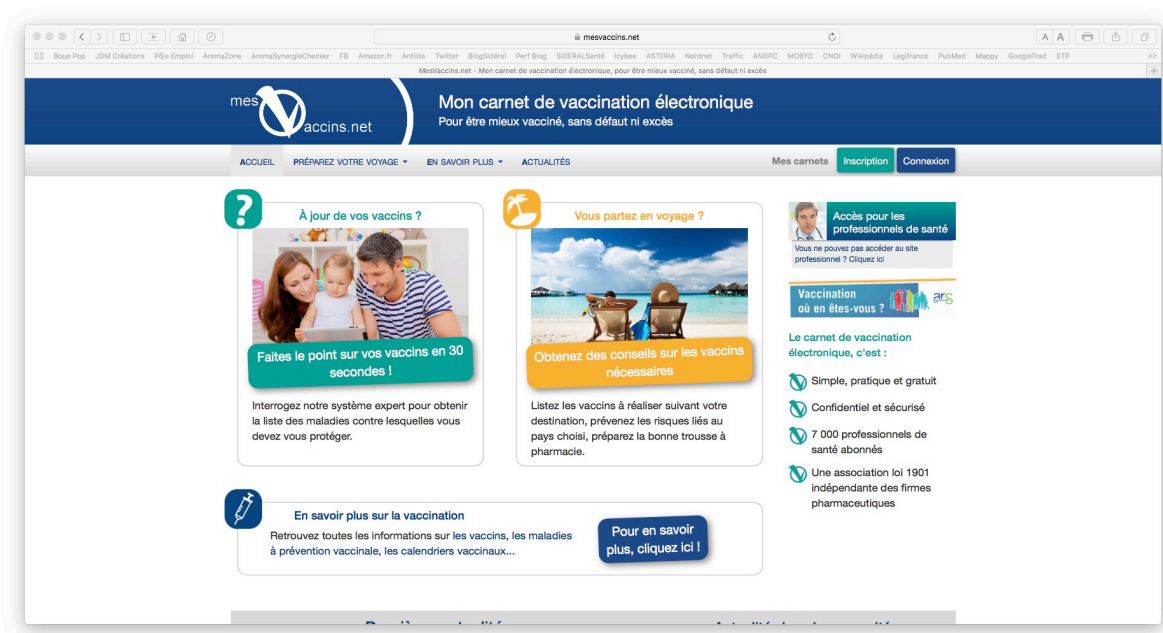
¹² Cf. Annexe II.

6. Les stratégies opérationnelles

Une information et une communication régulière sur les sujets relatifs à la vaccination sont indispensables à l'adhésion des professionnels de santé et du public concerné.

Les nouveaux modes de communication (internet, réseaux sociaux) supplantent les spots télévisés et les affiches des panneaux publicitaires. Ils devraient être plus massivement investis, de manière structurée, régulière, transparente, facilement accessible.

Le site de l'INPES / Santé Publique France propose par exemple des outils destinés aux particuliers comme au professionnels, dont une roue permettant de faire rapidement le point sur le calendrier vaccinal¹³. Ailleurs, à l'initiative d'un groupe privé¹⁴, existe sur le net un site dédié à la vaccination : <https://www.mesvaccins.net>. Mais qui fait la promotion de cette ressource médiatique ? Et la question se pose de la souhaitable interopérabilité de ce carnet de vaccination électronique avec le futur Dossier Médical Partagé (DMP) dont l'Assurance Maladie s'est vue confier la mission de le développer.



Par ailleurs, l'exemple proposé avec les articles de la Dépêche du Midi illustre l'éclatement des dossiers thématiques de la version papier en une multitude de « mini » articles internet que tout lecteur sur son ordinateur lira de manière aléatoire, au grès de l'intérêt suscité par un titre ou par le choix d'un menu ou d'un mot-clé. Ainsi, l'immédiateté de l'accès à l'information et la posture d'auteur qui caractérise le lecteur par la liberté de choix qui est la sienne de sélectionner tel ou tel article, retirent toute dimension pédagogique aux écrits.

¹³ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1664.pdf>

¹⁴ Site créé et géré par l'association Groupe d'Études en Préventologie, déclarée à la préfecture de la Gironde sous le numéro 487 en 2009. Le directeur de la publication du site est le Pr Jean-Louis Koeck. Le site est indépendant des firmes pharmaceutiques.

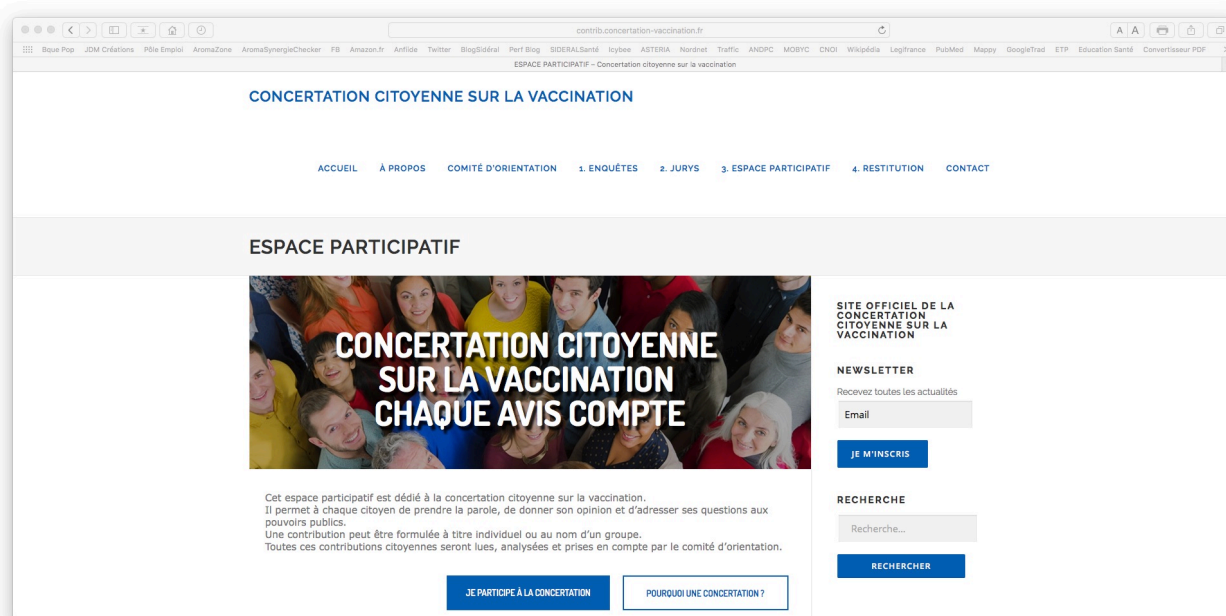
L'adhésion à la vaccination nécessite une transparence et une clarté des messages qui suppose un pilotage du système où chacun des acteurs de la politique vaccinale trouve sa place

L'on pourrait croire que la défiance des français à l'égard de la vaccination date de l'époque de l'épidémie de grippe aviaire gérée avec plus ou moins de succès par Roselyne Bachelot, ministre de la santé de l'époque. Il n'en est rien ! L'article du journal « Le Monde » daté du 10 Septembre 2016 propose un éclairage sociologique sur cette défiance qui fait trôner les français au top du hit-parade des pays suspicieux des décisions prises par les autorités sanitaires.

L'auteur développe deux arguments majeurs :

- le premier concerne une longue série de scandales sanitaires qui ont vu le jour au début des années 90 avec l'affaire du sang contaminé, et se sont poursuivis avec le Médiator™, les pilules contraceptives, la Dépakine™, les effets secondaires du vaccin contre l'hépatite B, peut-être bientôt le paracétamol... Autant de scandales généralement en lien avec l'industrie pharmaceutique qui ont trouvé un fort écho médiatique de nature à influencer durablement les auditeurs-spectateurs.
- le second est en lien avec le développement des réseaux sociaux et leur impact sur l'opinion, autant que la persistance d'informations qui continuent de circuler sur le web alors même qu'elles ont pu être contredites, discréditées, voire supprimées.

Faisant suite à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé au début de l'année 2016, le gouvernement a lancé récemment sur internet une vaste concertation citoyenne sur la vaccination¹⁵. Treize jours avant la fin de la consultation, seules 5854 personnes ont participé à cette enquête dont aucune promotion n'a été faite au plan des médias de masse. Quant à l'adresse URL du site, elle est inaccessible pour quiconque ne la connaît pas à l'avance ! L'initiative n'aura probablement pas le succès escompté...



¹⁵ <http://contrib.concertation-vaccination.fr> Site découvert et consulté le 30 Septembre 2016.

Exemple de témoignage lisible sur Facebook en réaction à la promotion du site portant la concertation gouvernementale sur la vaccination :

« On en veut pas de tes vaccins ! Les antigènes des vaccins solubles sont très peu immunisant, alors on ajoute des adjuvants (aluminium, mercure) pour déclencher une réponse immunitaire. En gros on nous explique que les antigènes solubles dans la seringue n'éveillent pas l'immunité, alors on y ajoute des cochonneries chimiques pour que l'immunité réagisse. Mais l'immunité réagit à quoi ? A l'antigène ou au mercure ou l'aluminium ? Qu'est ce que c'est que ce mic mac. Et que deviennent l'aluminium et le mercure ensuite ? La France est un des rare pays d'Europe qui rend obligatoire le vaccin contre le tétanos, la polio et la diphtérie. En Allemagne, Danemark, Finlande, Royaume Uni, Pays Bas, Suède, aucun vaccin n'est obligatoire. N'y a t'il pas un problème là ? Est ce qu'on ne se moque de nous en nous imposant le tétanos, ce vaccin imaginaire. Avec le mythe des vaccins c'est tout un paradigme qui s'effondre, et le plus dure c'est d'admettre cette trahison perpétuée par big pharma qui s'appuie sur les médias, les politiciens et les médecins qu'elle pré formatte. »

Au sujet de cet appel à contribution, le Conseil national de l'Ordre des Infirmiers s'est exprimé dans une lettre datée du 07 Octobre 2016¹⁶, date de début de la campagne de vaccination contre la grippe. Il rappelle les nombreuses expériences étrangères et les préconisations de nombreux rapports qui invitent les autorités à élargir le champ des personnes vaccinables par des infirmières sans prescription médicale.

En face, les médecins généralistes s'interrogent eux-aussi sur leurs pratiques vaccinales et lancent en 2012 le projet DIVA (Déterminants Intentions Vaccinations), programme de recherche initié par la SFMG¹⁷ sensé comprendre les représentations des médecins généralistes par rapport à la vaccination, jusqu'à prédire leur engagement dans la politique vaccinale grâce à l'utilisation d'un questionnaire validé début 2015. La SFMG a présenté DIVA le 30 septembre 2016 au Comité d'Orientation National de la Vaccination présidé par le Pr Alain Fisher. Le 05 Octobre suivant est prévu un débat animé par la société savante sur le même sujet en présence de médecins, parlementaires, institutionnels et parlementaires. Une tribune sera adressée à cette occasion à la ministre de la Santé faisant écho à la concertation citoyenne lancée mi-Septembre.

Pour clore ce modeste tour d'horizon sur la place des acteurs de la politique vaccinale, nous noterons que l'amélioration de la couverture vaccinale fait partie des orientations génériques applicables à tous les professionnels concernés par le Développement Professionnel Continu (DPC), soit l'ensemble des soignants médicaux et paramédicaux inscrits au Code de la Santé Publique, jusqu'aux aides-soignantes et auxiliaires de puériculture.

L'absence de reste à charge pour le patient apparaît comme un vecteur d'adhésion à la vaccination mais pas la gratuité

Il apparaît que le reste à charge lié à l'achat des vaccins est moins un frein que la peur de leurs effets secondaires. Les études épidémiologiques montrent d'ailleurs qu'il n'existe pas de corrélation entre la couverture vaccinale et le prix du vaccin. Pour autant, toute dépense de santé remboursable, mais pour laquelle il faut avancer les frais, fait courir le

¹⁶ Texte intégral en Annexe III.

¹⁷ Société Française de médecins Générale

risque d'un refus de payer, surtout dans un contexte économique contraint. Les observateurs le constatent déjà pour les soins dentaires, par exemple, y compris pour leur part remboursée.

La promotion de la vaccination anti-grippale par l'Assurance Maladie passe par la prise en charge du vaccin en application des articles L.262-1 et R.261-2 du Code de la Sécurité Sociale. Cette gratuité suppose pour la patient de se rendre chez le médecin, puis chez le pharmacien, puis chez une infirmière libérale. Nous ne pouvons que constater la complexité de ce parcours vaccinal qui constitue en soi un vrai frein (voir ci-après).

Enfin, parmi les pistes envisagées pour contrôler le prix des vaccins, l'achat groupé paraît être une solution viable, mais elle nécessite une logistique adaptée. Cela suppose de ne pas transférer l'économie réalisée par le groupage des achats sur les coûts de fonctionnement de l'organisation chargée de ces achats.

La simplification du parcours vaccinal permettrait d'améliorer l'adhésion à la vaccination

La proposition de disposer de vaccins au cabinet médical se heurte à une organisation logistique complexe (variété des vaccins, conditions de stockage, gestion du stock) et à la nécessité de connaître précisément le statut vaccinal des patients, ce qui n'est pas la norme aujourd'hui. Un effort doit être fait afin d'intégrer de manière plus lisible un carnet vaccinal électronique *a minima* dans le logiciel métier du praticien, idéalement dans le Dossier Médical Partagé (DMP) dès que celui-ci sera pleinement déployé.

Ce carnet électronique existe déjà, comme nous avons pu le constater, mais il reste à ce jour une initiative privée. Par ailleurs, nous ne sommes pas en capacité aujourd'hui d'intégrer une quelconque traçabilité vaccinale dans la carte VITALE¹⁸ des patients, cette dernière pouvant être collective (assuré et ayant(s)-droit), et non encore synchronisée avec le DMP.

Une autre piste de simplification concerne la vaccination par d'autres personnels que les médecins.

La vaccination anti-grippale par les infirmières a été évoquée *supra*, et nous voyons que si elle constitue un premier pas, elle reste limitée à un seul type de vaccin, et à destination de catégories de patients bien ciblés. Le développement de la Pratique Avancée en France pourrait ouvrir à des infirmières de nouveaux rôles en matière de pratiques vaccinales.

A ce jour, la seule dérogation aux dispositions légales en vigueur est un Protocole de Coopération (Voir ci-dessous) nommé « *Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin* » qui vise

¹⁸ La carte Vitale est la carte d'assuré social. Elle atteste de l'affiliation et des droits à l'assurance maladie. Elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement des soins et à la prise en charge en cas d'hospitalisation : identité et celle des ayants droit de moins de 16 ans, numéro d'immatriculation, régime d'assurance maladie, caisse d'assurance maladie de rattachement, et le cas échéant, droits à une exonération du ticket modérateur (ALD, maternité, AT/MP...), à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou au tiers payant intégral au titre de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). La carte Vitale est délivrée à tout bénéficiaire de l'assurance maladie à partir de l'âge de 16 ans, et dès 12 ans sur demande. Elle est valable partout en France (France métropolitaine et départements d'outre-mer), ne contient aucune information d'ordre médical, et n'est en aucun cas une carte de paiement.

à augmenter la couverture vaccinale pour tous les publics en diminuant les délais d'attente et consiste à confier à un(e) infirmier(e) la prise en charge des personnes d'au moins 6 ans, souhaitant être vaccinées et plus précisément à :

- décider et prescrire le(s) vaccin(s),
- pratiquer l'administration vaccinale (non dérogatoire),
- mettre à jour le carnet vaccinal,
- gérer les effets secondaires.

Protocole de Coopération :

La loi du 21 Juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (dite loi « HPST »), promeut dans son article 51, le développement de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en leur permettant de déroger à leurs conditions légales d'exercice, dans le cadre de protocoles de coopération. Ces protocoles de coopération, élaborés par les professionnels de santé, volontaires, peuvent porter sur des transferts d'activités ou d'actes de soins ou sur la réorganisation de leur mode d'intervention auprès du patient. Pour être mis en œuvre, ils sont autorisés par le directeur général de l'ARS après avis conforme de la HAS.

L'actualité récente a également évoqué la possibilité de vaccination à leur officine par des pharmaciens, ce qui a généré un tollé de la part des professionnels infirmiers. L'Ordre National s'en est fait l'écho dans un communiqué du 12 Février 2015¹⁹ rappelant que 91% des infirmières s'opposaient à cette proposition du projet de loi de modernisation de la santé.

L'adhésion des patients à la vaccination suppose une implication des différents professionnels de santé

Si le rôle central des médecins paraît être une évidence, l'implication de l'ensemble des professionnels de la chaîne des soins devrait être la règle. Or, cet engagement se heurte à plusieurs éléments.

Le premier est le nécessaire temps passé à informer et expliquer les intérêts de la vaccination. Il restera à préciser laquelle car comme nous l'avons vu, le choix de se faire vacciner résulte d'une négociation qui doit tenir compte à la fois des obligations légales et de la balance bénéfices/risques de chaque vaccin envisagé. L'enquête de la DREES déjà citée montre qu'une minorité seulement des médecins (moins d'un tiers) revendique une compensation financière spécifique à ce temps passé. C'est heureux car cela constituerait une source de défiance supplémentaire de la part des patients.

Le second est constitué des représentations des soignants eux-mêmes, car sur ce point, il peut exister de vrais conflits entre les valeurs personnelles et la fonction professionnelle.

Il apparaît donc essentiel d'informer de manière loyale les professionnels de santé afin de s'assurer qu'ils seront en capacité de relayer de manière adaptée ces informations auprès de la population. Cela suppose peut-être de les entraîner à gérer les arguments de résistance, ce qui nécessite l'acquisition de véritables compétences discursives.

¹⁹ http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/20150211_CP_enquete_PL_sante-VDEF.pdf

Concernant la formation, le Développement Professionnel Continu (DPC) y contribue, mais à la marge si l'on tient compte des priorités de formation des professionnels, face à l'obligation minimaliste qui leur est faite de justifier d'une activité de formation par période de trois ans. L'arrêté listant les orientations nationales de DPC propose une première thématique « *Renforcer la prévention et la promotion de la santé : Soutenir et valoriser les initiatives pour faciliter l'accès à la prévention et à la promotion de la santé* » dans laquelle s'inscrivent les actions facilitant l'accès des patients à la prévention et à la promotion de la santé, sous la coordination du médecin traitant. Ces actions contribuent à renforcer la prévention, en accompagnant les programmes de dépistage des cancers, en soutenant la politique vaccinale, en renforçant l'accès à la contraception et en développant l'utilisation des tests rapides et auto-tests.

L'orientation n° 2 de cette liste s'intitule « *Amélioration de la couverture vaccinale de la population* », sans plus de précisions. Nous noterons, en référence à l'argument du thème, que cette orientation est indissociable de la coordination d'un médecin traitant.

Le développement professionnel continu (DPC)

C'est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé²⁰. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins. Pour satisfaire leur obligation triennale, l'Agence nationale du DPC met à disposition des professionnels de santé l'offre de DPC composée d'actions et de programmes de DPC :

- Action cognitive (concernant l'approfondissement des connaissances) ;
- Action d'analyse des pratiques professionnelles (permettant une réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique professionnelle effective du professionnel) ;
- Gestion des risques (visant à identifier, évaluer et prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation).

Parues au Journal Officiel n°0292 du 17 décembre 2015, les orientations nationales du Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé définies pour les années 2016 à 2018 répondent aux priorités nationales de santé publique par profession et/ou spécialité. Trente quatre orientations de DPC s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé sont classées sous 3 thématiques principales :

- renforcer la prévention et la promotion de la santé ;
- faciliter au quotidien les parcours de santé ;
- innover pour garantir la pérennité de notre système de santé.

²⁰ Aide-soignant, audioprothésiste, biologiste médical, chirurgien-dentiste, auxiliaire de puériculture, diététicien, épithésiste, ergothérapeute, infirmier diplômé d'Etat, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, médecin, oculariste, opticien-lunetier, orthopédiste-orthésiste, orthophoniste, orthoprothésiste, orthoptiste, pédicure-podologue, pharmacien, podo-orthésistes, préparateur en pharmacie, préparateur en pharmacie hospitalière, psychomotricien, sage-femme, technicien de laboratoire médical.

Conclusion et préconisations de l'ANFIIDE

Ces quelques pages de contribution nous montrent combien le thème de la vaccination est d'actualité en France, tout autant dans ses dimensions polémiques que réflexives.

Face à cet état des lieux qui ne saurait être exhaustif, et au regard des enjeux que représente la politique vaccinale dans l'objectif de santé publique qui nous préoccupe, l'ANFIIDE fait 10 propositions autour de trois grandes thématiques : les stratégies de communication, les ressources humaines, et la politique vaccinale.

1. Toute réflexion sur la politique vaccinale, avant même toute prise de décision, devrait s'appuyer sur une étude scientifique visant à mettre en évidence de manière opposable par sa méthodologie les représentations de la population.

La contribution proposée par le gouvernement, si elle a le mérite d'exister et d'ouvrir un espace de parole, n'est en rien représentative des opinions et représentations de la population générale, laquelle n'est d'ailleurs quasiment pas informée de l'existence de cette concertation. Or, « rouler avec les résistances » en matière de politique vaccinale suppose de connaître les freins et les leviers témoignés par la population. Toute argumentation générant une contre-argumentation, il est capital de ne pas confronter, mais d'accompagner.

2. La population devrait pouvoir bénéficier d'une information vulgarisée, honnête et loyale sur la vaccination.

Quel que soit le média utilisé, la vulgarisation suppose d'utiliser un vocabulaire accessible au plus grand nombre, ce qui, en ces temps d'appauvrissement sémantique généralisé, suppose une vraie stratégie de communication. Selon des études déjà anciennes²¹, les enfants de banlieue ne maîtrisent que 800 mots en moyenne, alors que les autres enfants français en possèdent plus de 2 500 ; et à l'échelle nationale, 10% des enfants qui entrent au cours préparatoire disposent de moins de 500 mots, au lieu de 1 200 en moyenne pour les autres. Il faut en tenir compte, par exemple en généralisant une relecture des documents pédagogiques par des représentants des futurs lecteurs eux-mêmes.

L'honnêteté, dans sa dimension de conformité à la probité et à la morale, implique à nos yeux l'absence de conflits financiers entre les laboratoires qui produisent l'information initiale, et les « médiatiseurs » de cette information.

Quant à la loyauté qui repose sur la fidélité à un engagement (celui de la protection de la population par la politique de santé publique), nous la relierons à l'objectif, à l'intention de l'information. Nous cherchons ici à éduquer la population, non à la convaincre.

²¹ Cf. article de l'Express du 07 Octobre 2002, consulté le 07 Octobre 2016.

http://www.lexpress.fr/education/il-existe-en-france-une-inegalite-linguistique_497804.html

3. Accompagner l'information de messages positifs

L'utilisation des slogans est l'une des techniques de facilitation des apprentissages décrites par Golay et Giordan²² dans leur modèle allostérique d'éducation thérapeutique. Ce procédé est déjà largement utilisé dans nos publicités : « *Manger, Bouger* », « *A consommer avec modération* », ou « *Les antibiotiques, c'est pas automatique* », sont autant de petites phrases qui ancrent par leur simplicité et leur répétition les messages de santé publique. Sur ce modèle, toute information relative à la vaccination pourrait s'accompagner de divers slogans proposant des messages de nature à positiver la dimension thérapeutique de la vaccination dans ses dimensions collective (prévention) et individuelle (protection).

4. Communication et formation doivent coexister dans un système coordonné.

La communication à destination de la population devrait pouvoir intégrer des contenus de nature cognitive (par exemple, des rappels sur les principes de l'immunologie puisqu'ils fondent les principes de la vaccinothérapie), mais ces mêmes contenus devraient pouvoir être proposés aux professionnels soignants, dans un format qui leur sera adapté, afin de parfaire leur compréhension, donc leur capacité à informer, conseiller, éduquer la population.

A ce titre, au regard de l'urgence en santé publique, et de l'importance du sujet, nous proposons que le thème de DPC « Amélioration de la couverture vaccinale de la population » soit proposé aux professionnels sous une forme hors quota, à l'instar du thème PAERPA qui envisage le dépistage de la fragilité des personnes âgées. Ces contenus pourraient être standardisés en amont par une autorité scientifique reconnue de confiance, et par la population, et par les professionnels, par exemple la Haute Autorité de Santé (HAS).

5. Valoriser les personnels infirmiers dans la promotion et la mise en œuvre de la politique vaccinale

Toutes les études internationales le montrent : confier le suivi de la couverture vaccinale à des infirmières contribue à améliorer cette couverture dans des conditions de qualité et de sécurité des soins qui n'ont jamais été remises en question à ce jour.

En France, la vaccination antigrippale par les infirmiers a sensiblement permis d'améliorer le taux de vaccination de la population alors même que cette habilitation très encadrée cible une frange très conscrée de la population, constituée des personnes les plus fragiles : celles de plus de 65 ans atteintes de (certaines) pathologies chroniques.

L'évocation de confier cette responsabilité à des infirmiers pourrait par ailleurs s'accompagner d'une gradation des niveaux d'intervention, en prévoyant par exemple certains nouveaux droits aux professionnels diplômés d'état, et des droits plus élargis pour les professionnels intervenant en pratique avancée.

²² Golay A, Giordan A. Guide d'éducation thérapeutique du patient. L'école de Genève. Paris ; Maloine : 2016.

Quoi qu'il en soit, ouvrir les droits actuels aux infirmiers paraît être une nécessité, s'agissant de mobiliser une profession accessible aux personnes, déjà habilitée et compétente à pratiquer des injections et des vaccinations en population générale (certes sur rôle prescrit), ce qui n'est pas le cas des pharmaciens.

En écho à cette proposition, et pour rester dans le domaine des interventions infirmières, il serait pertinent d'intégrer les dispositions du protocole de coopération « *Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin* » dans le droit général. En effet, ces protocoles de coopérations n'ont pas vocation à se pérenniser en tant que convention liant nominativement un médecin et un ou plusieurs professionnels infirmiers, habilités de manière dérogatoire à réaliser des actes considérés par le droit actuel comme médicaux, mais dont l'habilitation s'éteint dès lors que l'une des parties quitte le champ territorial de mise en œuvre du protocole. En d'autres termes, la compétence acquise par l'infirmière n'est ni valorisée financièrement, ni transférable à une autre équipe, ni à un autre territoire. L'ouverture du droit à la vaccination évoqué *supra* ne pourra que s'enrichir de cette expérience de coopération, mais aussi de sa disparition en tant que système dérogatoire créant une inégalité d'accès aux soins pour les populations hors territoire du protocole.

6. Améliorer la traçabilité du statut vaccinal

En complément du suivi par le médecin traitant, utiliser la compétence des infirmières en matière de suivi et de traçabilité de la vaccination relève du simple bon sens, s'agissant d'une intervenante à domicile ayant accès parfois pluri-quotidiennement aux patients et à leur famille.

La question logistique est plus ambitieuse : en attendant la généralisation du Dossier Médical Partagé (DMP), quel outil simple, accessible et fiable faut-il mettre en place pour formaliser le suivi vaccinal tout en prévoyant sa future interopérabilité avec le DMP ?

7. Réinterroger le caractère obligatoire de la vaccination en privilégiant l'éducation et la négociation avec les personnes en population générale

Sauf cas particuliers liés à des risques particulièrement établis, il apparaît judicieux de permettre à la population de faire des choix éclairés pour ce qui concerne l'acceptation ou le refus de certains vaccins. Notre enquête a montré que de nombreuses personnes « défavorables » sont défavorables à certains vaccins, et pas au principe de la vaccination en tant que stratégie thérapeutique.

Pour encadrer ces choix, il sera nécessaire de s'appuyer sur une véritable approche éducative et motivationnelle de la part de tous les professionnels de santé intervenant dans le parcours de santé afin d'améliorer l'adhésion des patients aux vaccinations pertinentes les concernant. Cela passe autant par l'acquisition de nouvelles compétences discursives des professionnels, que par un véritable engagement du système de soins dans la promotion de la santé.

On parle là d'un changement de paradigme timidement initié avec les Stratégies Nationales de Santé publiées en Décembre 2014 : plus l'organisation du système de santé laissera de place aux politiques préventives, plus la population adhèrera à ces politiques,

dont la politique vaccinale. Les citoyens d'aujourd'hui sont trop souvent considérés comme des usagers du système de soin, alors qu'ils ont vocation à devenir des acteurs, voire des auteurs, de leur parcours de santé. C'était déjà l'esprit de la Loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé. Plus de dix ans après sa promulgation, nous ne pouvons que constater le retard pris à modifier cette posture des patients en lien avec la compréhensible inertie d'une organisation sanitaire et sociale extrêmement complexe.

Par ailleurs, au regard de notre enquête, et même si la dimension « citoyenne » a été peu évoquée, force est de constater que les notions de prévention et de santé publique apparaissent de manière prévalente parmi les réponses favorables collectées. Utiliser ces personnes comme ambassadeur de la vaccination pourrait constituer une stratégie de « propagation » en miroir aux discours prescriptifs et aux obligations réglementaires.

8. Mieux prendre en compte les effets secondaires

Nous l'avons vu, la peur ou l'expérience d'effets secondaires, qu'ils soient graves ou non, constitue le premier frein au choix vaccinal. La première stratégie à mettre en place serait donc de proposer aux personnes qui les ont subis de pouvoir les déclarer de manière simple et anonyme via un portail internet dédié. Si cette mesure ne remplace pas la nécessaire pharmacovigilance essentiellement entretenue par les professionnels de santé, elle aurait au moins l'avantage de permettre aux patients de révéler leurs symptômes, de prendre en compte leur vécu, et d'obtenir *a minima* des données pouvant servir aux études épidémiologiques.

9. Faciliter le parcours vaccinal

Le parcours de santé tel qu'il est organisé aujourd'hui impose de passer un temps important chez le médecin (prescription), puis chez le pharmacien (achat), puis chez l'infirmière libérale, pour la réalisation d'un acte vaccinateur qui ne prend que quelques secondes ! Fluidifier ce parcours est l'une des stratégies envisageables pour améliorer le recours à la vaccination. En ce sens, le recours direct aux infirmiers est l'une des voies possibles.

10. Généraliser le tiers-payant s'agissant de l'accès à la vaccination.

Même en considérant que le principal frein à la vaccination est aujourd'hui la peur des effets indésirables plus que le coût de la vaccination, le fait d'avancer les frais dus au médecin et aux infirmières, éventuellement au pharmacien, fait courir le risque d'une moindre adhésion des patients. A ce titre, plus que la gratuité, c'est le principe du tiers-payant qui pourrait être généralisé à toute intervention de vaccinothérapie.

ANNEXE I. Arrêté du 02 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique

JORF n°0187 du 13 août 2013 page 13795, texte n° 5
(NOR: AFSP1320695A)

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3111-1, L. 3111-4 et L. 4151-2
Vu le code du travail, notamment ses articles L. 4621-1 et suivants

Vu l'arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005

Vu l'arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, pris en application de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique

Vu le rapport du Haut Conseil de la santé publique de juin 2011 relatif à la prévention de la transmission du virus des hépatites virales B et C et du virus de l'immunodéficience humaine aux patients par le personnel de santé

Vu l'avis du Haut Conseil de la santé publique en date du 21 décembre 2012

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 5 juillet 2013

Arrête :

Article 1

Les personnes exerçant leur activité dans les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins mentionnés dans l'arrêté du 15 mars 1991(*) susvisé sont exposées à un risque de contamination lorsqu'elles exercent une activité susceptible de présenter une exposition à des agents biologiques à l'occasion du contact avec des patients, avec le corps de personnes décédées, ou avec des produits biologiques soit directement, y compris par projection, soit indirectement, notamment lors de la manipulation et du transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge ou de déchets d'activité de soins à risque infectieux.

Ces personnes sont soumises aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique et doivent apporter la preuve de leur immunisation au moment de leur entrée en fonction. A défaut, elles ne peuvent exercer dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins une activité les exposant à un risque de contamination.

Le médecin du travail apprécie individuellement l'exposition au risque de contamination de ces personnes en fonction des caractéristiques du poste occupé par celles-ci et prescrit les vaccinations nécessaires.

Article 2

Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4. A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.

Article 3

La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la fièvre typhoïde est apportée par la présentation d'une attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections.

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté.

Article 4

La vaccination des personnes mentionnées aux articles 1er et 2 peut être effectuée au choix de l'intéressé, notamment par le médecin du travail ou de prévention, le médecin traitant ou une sage-femme.

Cette vaccination est réalisée conformément au calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique.

Article 5

Sont exemptées de tout ou partie des obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique les personnes mentionnées à l'article 1er du présent arrêté qui justifient, par la présentation d'un certificat médical, d'une contre-indication à une ou plusieurs vaccinations.

Le médecin du travail apprécie le caractère temporaire ou non de la contre-indication et l'exposition au risque de contamination par des agents biologiques des professionnels en poste au regard des actes que ceux-ci sont amenés à effectuer dans le cadre de leur activité professionnelle. Il détermine s'il y a lieu de proposer un changement d'affectation de ces personnes.

Article 6

Les personnes, élèves ou étudiants mentionnés aux articles 1er et 2 qui ont satisfait à l'obligation de vaccination mais qui ne présentent pas de réponse à la vaccination contre l'hépatite B, ainsi que cela est défini au 5° de l'annexe II jointe au présent arrêté, sont considérés comme non répondeurs et nécessitent une surveillance prévue aux deuxième et troisième alinéas du présent article.

Les personnes considérées comme non répondeuses à la vaccination peuvent être admises ou maintenues en poste, sans limitation des actes qu'elles sont amenées à effectuer dans le cadre de leur activité professionnelle, sous réserve de l'avis du médecin

du travail ou de prévention. Elles sont soumises à une surveillance au moins annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B.

Les élèves ou étudiants considérés comme non répondeurs à la vaccination peuvent cependant être admis dans un établissement d'enseignement. Dans ce cas, ils sont soumis à une surveillance au moins annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B.

Article 7

L'arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées par l'article L. 3111-4 du code de la santé publique est abrogé.

Article 8

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE I - CONDITIONS D'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B

I. Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article 1er du présent arrêté sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100 UI/l.

II. Si les personnes susmentionnées ne présentent pas le résultat mentionné au I, il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite B.

II-1. Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum.

II-1.1. La vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal :

II-1.1.1. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est supérieur ou égal à 10 UI/l : La personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.

II-1.1.2. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est inférieur à 10 UI/l, la conduite à tenir est définie dans l'annexe II.

II-1.2. La vaccination n'a pas été réalisée, est incomplète ou sans preuve documentaire :

1° Si le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur à 100 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

2° Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, la vaccination doit être complétée. A l'issue de cette vaccination, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

3° Si le taux d'anticorps anti-HBs est inférieur à 10 UI/l, la vaccination doit être réalisée ou complétée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant la dernière injection ;

4° Si, à l'issue du dosage mentionné au 3°, le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur ou égal à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

5° Si, à l'issue du dosage mentionné au 3°, le taux d'anticorps anti-HBs est inférieur à 10 UI/l, la conduite à tenir est définie à l'annexe II.

II-2. Les anticorps anti-HBc sont détectés dans le sérum.

Une détection de l'antigène HBs et une détermination de la charge virale du virus de l'hépatite B sont nécessaires.

II-2.1. Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.

II-2.2. Si le taux d'anticorps anti-HBs est inférieur à 10 UI/l, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, un avis spécialisé est demandé pour déterminer si la personne peut être considérée comme immunisée ou non.

II-2.3. Si l'antigène HBs et/ou une charge virale sont détectables dans le sérum, la personne est infectée par le virus de l'hépatite B et sa vaccination n'est pas requise.

ANNEXE II - CONDUITE À TENIR SI UNE PERSONNE PRÉSENTE UN TAUX D'ANTICORPS ANTI-HBs INFÉRIEUR À 10 UI/l APRÈS AVOIR REÇU UN SCHÉMA COMPLET DE VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

1° Une dose additionnelle de vaccin contre le virus de l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection ;

2° Si, à l'issue du dosage mentionné au 1°, le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

3° Si, à l'issue du dosage mentionné au 1°, le taux d'anticorps anti-HBs est toujours inférieur à 10 UI/l, une dose additionnelle de vaccin contre l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection. Les injections vaccinales pourront être ainsi répétées jusqu'à obtention d'un taux d'anticorps anti-HBs supérieur à 10 UI/l, sans dépasser un total de six injections. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant la dernière injection ;

4° Dans le cas où la personne aurait déjà reçu six doses ou plus en vertu d'un schéma vaccinal précédemment en vigueur, le médecin du travail ou le médecin traitant détermine s'il y a lieu de prescrire l'injection d'une dose de vaccin supplémentaire. Dans

l'affirmative, un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection ;

5° Si, à l'issue du dosage mentionné aux 3° et 4°, le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. A défaut, elles sont considérées comme non répondeuses à la vaccination.

Fait le 2 août 2013.

Pour la ministre et par délégation : par empêchement du directeur général de la santé : le chef de service, secrétaire général adjoint au directeur général de la santé, C. Poiret.

() Liste extraite de l'Arrêté du 15 Mars 1991 :*

Etablissements ou organismes figurant aux nomenclatures applicables aux établissements sanitaires et sociaux en exécution de l'arrêté du 3 novembre 1980 modifié susvisé:

- établissements relevant de la loi hospitalière;
- dispensaires ou centres de soins;
- établissements de protection maternelle et infantile (P.M.I.) et de planification familiale;
- établissements de soins dentaires;
- établissement sanitaire des prisons;
- laboratoires d'analyses de biologie médicale;
- centres de transfusion sanguine;
- postes de transfusion sanguine;
- établissements de conservation et de stockage de produits humains autres que sanguins;
- établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées;
- établissements et services d'hébergement pour adultes handicapés;
- établissements d'hébergement pour personnes âgées;
- services sanitaires de maintien à domicile;
- établissements et services sociaux concourant à la protection de l'enfance;
- établissements de garde d'enfants d'âge préscolaire;
- établissements de formation des personnels sanitaires.

Autres établissements et organismes:

- services communaux d'hygiène et de santé;
- entreprises de transport sanitaire;
- services de médecine du travail;
- centres et services de médecine préventive scolaire ;
- services d'incendie et de secours.

Sont assimilés aux établissements et organismes mentionnés à l'article précédent, dans la mesure où ils participent à l'activité de ces derniers:

- les blanchisseries;
- les entreprises de pompes funèbres;
- les entreprises de transport de corps avant mise en bière.
- services d'incendie et de secours.

Annexe II. Les informations accessibles aux citoyens : exemple de 6 articles publiés le 26 Septembre 2016 dans « La Dépêche du Midi »

Article N°1 : Cécilia, 2 ans, et tous ses vaccins

Kery, 38 ans, d'origine anglaise est maman d'une charmante Célia depuis 2 ans. Elle vit à Toulouse. «C'est mon premier enfant», annonce-t-elle. Pour elle, les vaccins sont une obligation. «Tout le monde doit les faire, on vit en société et c'est le seul moyen d'éviter une recrudescence des maladies.» Kery a donc respecté le calendrier vaccinal à la lettre. «J'ai tout fait : diphtérie, tétanos, polio, coqueluche, hépatite B et pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole, méningite, l'haemophilus influenzae de type B...», énonce-t-elle, après avoir consulté le carnet de santé de Cécilia. «Sans oublier les injections de rappel à deux, quatre et onze mois.»

Article N°2 : En Ariège, des villages réfractaires

Nota : Cet article n'est accessible dans son intégralité qu'à la condition de s'inscrire sur le site du journal (inscription couplée avec un compte Facebook), ce qui ouvre le droit à 20 « crédits », c'est à dire à 20 consultations gratuites au delà desquelles il faudra s'abonner.

Etienne Foisset, 37 ans, est médecin généraliste à La bastide-de-Sérou en Ariège, depuis 4 ans. Au cours de sa pratique, il a constaté qu'une partie de la population du Seronais était réticente aux vaccins. «C'est assez spécifique à certains coins d'Ariège. Il y en a aussi dans la région de Massat », annonce-t-il. Ce phénomène se manifeste de différentes façons selon les familles. «Cela peut être un refus total y compris des vaccins obligatoires sachant que l'obligation n'est que théorique. Un enfant dont le parent ne veut pas le vacciner va aller à l'école et faire tout comme les autres. Les poursuites sont exceptionnelles.»

Parmi ses patients, le docteur Foisset rencontre aussi des parents qui demandent seulement les vaccinations obligatoires «autrement dit la DTPolio et seulement les premières injections». D'autres vont accepter de faire les vaccins obligatoires et même les recommandés. «Il y a vraiment tous les cas de figure», précise-t-il.

Arguments scientifiques

Quand on lui demande d'identifier le profil des parents récalcitrants, le docteur Foisset répond qu'il est avant «médecin et non sociologue. D'un point de vue scientifique, il n'y a aucune raison de les refuser. Les données acquises par la science sont en faveur de ces vaccins.»

Le médecin, a pris conscience du phénomène en consultant les carnets de vaccination : «ça fait partie des questions que je pose au cours de mes visites au même titre que l'alimentation, le sommeil.»

Plein de convictions, le docteur Foisset a tenté dans un premier temps de convaincre ses patients par le biais d'arguments scientifiques. «Je n'ai aucun moyen de pression et de toute façon cela ne sert à rien. Alors je discute bien que mon discours scientifique ne soit pas du tout entendu. A un moment, j'avais récupéré tout un fascicule sur le sujet dans la

revue «Prescrire» pour engager la conversation. Certains ne l'ont pas lu et ceux qui l'ont fait, cela n'a rien changé. Pour moi, le refus de la vaccination ne se base pas du tout sur des choses scientifiques. On est sur de la superstition, de la pseudoscience.»

Aujourd'hui, le docteur Foisset continue sa démarche d'information «mais j'y consacre moins de temps. J'avoue que j'ai moins d'espoir de convaincre les gens» même s'il a l'impression d'essuyer moins de refus. «Mais, je suis réputé comme étant favorable à la vaccination donc les gens qui sont contre ne viennent plus me voir.»

Il y a deux ans, Etienne Foisset a même organisé une rencontre avec un médecin spécialisé du CHU Purpan de Toulouse.. À sa grande surprise, les personnes les plus réfractaires ne se sont pas déplacées pour dialoguer. «On n'est pas dans le rationnel dans cette affaire», répète-t-il.

Article N°3 : «Mes enfants ne sont pas vaccinés»

Jacques Bessin est président l'Union nationale des associations citoyennes de santé. Père de deux enfants, il a fait le choix de ne pas les vacciner. «Parce que c'est dangereux, dit-il. Quand ma fille Ophélie est née, elle a dû être hospitalisée en raison d'une anorexie du nourrisson. A l'hôpital, les équipes étaient plus préoccupées par son absence de vaccins que par sa maladie», se souvient Jacques Bessin, lequel est tombé sous le coup de la loi pour avoir remis en cause l'obligation vaccinale. «Je me suis retrouvé au commissariat, accusé de refus de vaccination et de mauvais traitement de l'enfant. J'ai été convoqué devant un juge pour expliquer mon comportement. Quatre ans de procédure ont suivi, lesquelles ont débouché sur un non-lieu. J'ai démontré d'un point de vue scientifique que la vaccination était une supercherie. Ce n'est pas parce qu'on est vacciné qu'on est immunisé.» Pour lui, les vaccins ne sont «qu'un produit commercial.»

Article N°4 : «J'ai refusé de vacciner mon fils contre l'hépatite B »

« Alice, 58 ans, travaille dans le domaine de la santé. Elle connaît bien le sujet de la vaccination. «Je ne peux pas dire que je suis anti-vaccins mais certaines choses que j'ai vues m'ont refroidie», confie-t-elle. Maman d'un fiston de 15 ans, elle a refusé qu'il soit vacciné contre l'hépatite B. «Cela a coïncidé avec une époque où j'accompagnais des personnes en rééducation. Il y en avait une notamment qui avait eu des répercussions sur le plan moteur suite à un vaccin contre l'hépatite B. J'avais eu une autre expérience avec une patiente qui avait perdu son autonomie suite à trois injections contre la tuberculose. D'où mes réticences. Mais je suis consciente que les vaccins ont permis d'éradiquer de nombreuses maladies dont la polio.»

Article N°5 : Faut-il avoir peur des vaccins ?

Près de quatre sondés français sur dix pensent que les vaccins ne sont pas sûrs. C'est ce que disent les résultats d'un sondage commandé par la London School of Hygiene & Tropical Medicine. D'où vient cette méfiance ? Est-elle nouvelle ? Se faire vacciner ou pas ? En France, la question ne devrait pas se poser dans la mesure où il existe des vaccins obligatoires : il s'agit de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite. Tandis que d'autres sont recommandés voire très recommandés. Cela concerne les oreillons, la rougeole, le pneumocoque, la méningocoque, le papillomavirus...

Pourtant, un climat de suspicion s'est créé autour des vaccins qui n'inspirent plus confiance, c'est du moins ce que montre un récent sondage Vaccine Confidence Project qui révèle que quarante et un pour cent des Français pensent qu'ils ne sont pas sûrs. Une croyance qui va pourtant à l'encontre des conclusions des scientifiques. En effet, les

nombreuses études publiées à ce sujet confirment depuis longtemps l'innocuité des vaccins. C'est ce que s'évertue à répéter à ses patients réfractaires le docteur Etienne Foisset, installé à Lasbastide-de-Sérou, en Ariège, fief reconnu pour avoir un taux de vaccination inférieur à la moyenne nationale. «Se faire vacciner, c'est se protéger et protéger son entourage», affirme à son tour le professeur Bruno Marchou qui rappelle que les effets secondaires des vaccins restent limités.

Une baisse des vaccinations «recommandées» peut entraîner le retour de certaines maladies infectieuses comme ce fut le cas en France, en 2011, avec l'épidémie de rougeole.

Des maladies éradiquées

D'ailleurs, les campagnes de vaccination à travers le monde témoignent de l'efficacité des vaccins en réduisant grandement l'incidence de nombreuses maladies infectieuses. L'OMS estime que la vaccination évite entre deux et trois millions de morts chaque année, en luttant principalement contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole. De nombreuses maladies ont même disparu après la mise au point de leurs vaccins. C'est le cas de la variole, qu'une grande campagne mondiale a pu éradiquer totalement en 1980. Cette maladie très contagieuse a tué près de 300 millions de personnes au XXe siècle.

La méfiance à l'égard des vaccins n'est pas une spécificité française. D'autres pays affichent un grand scepticisme notamment la Bosnie-Herzégovine, la Russie, l'Ukraine, la Grèce, l'Arménie et la Slovaquie. Le doute est très fort aussi en Mongolie et au Japon. À l'inverse, c'est en Asie du Sud-Est que les vaccins sont les mieux considérés.

Article N°6 : Le professeur Bruno Marchou : «On se protège et on protège les autres»

Le professeur Bruno Marchou est médecin au service des maladies infectieuses et tropicales au CHU Purpan de Toulouse. Il analyse la méfiance des Français à l'égard des vaccins.

Comment expliquez ce phénomène ?

Tout d'abord, je tiens à préciser que la méfiance ne concerne pas que les Français et qu'elle ne date pas d'aujourd'hui. Dès qu'il y a eu des obligations vaccinales au XIXe siècle, il y a eu des précédents de manifestations contre les vaccins. En France, les médias ont rapporté les propos des lobbies anti-vaccins, qui à mon sens ne représentent pas la majorité de l'opinion des citoyens, il suffit de se reporter à la couverture vaccinale qui montre qu'une majorité de Français est vaccinée selon les recommandations. Les lobbies anti-vaccins ont connu une recrudescence à la fin des années 90 jusqu'à aujourd'hui en raison de la campagne de vaccination contre l'hépatite B. Elle a suscité des émois au sujet d'un possible lien entre cette vaccination et l'apparition de la sclérose en plaque. Après une longue procédure judiciaire, on est arrivé à un non-lieu.

Pourquoi faut-il vacciner les enfants dès le plus jeune âge ?

Parce que l'enfance est la période où nous nous immunisons. On a vécu une époque où l'on disait : «Il faut avoir une bonne rougeole pour être immunisé contre la rougeole.» Je dis toujours qu'il n'y a que ce que sont toujours en bonne santé et en vie pour l'affirmer. C'est quand même mieux de se faire protéger par un vaccin que d'attraper la maladie naturelle pour être immunisé contre elle. C'est la raison pour laquelle on vaccine tôt, afin que l'enfant ne courre pas le risque de faire une infection, comme la pneumocoque, dans les premiers mois de sa vie.

Y a-t-il des vaccins obligatoires et d'autres facultatifs ?

En France, il n'y a que des vaccins obligatoires et d'autres recommandés. Dans d'autres pays, il n'y a que des vaccins recommandés. Les vaccins obligatoires, ce sont : diphtérie, tétanos, polio. Le BCG n'est plus obligatoire depuis 2007, il n'en reste pas moins que c'est un vaccin fortement recommandé car il protège contre les formes graves de la tuberculose.

Quels sont les autres vaccins recommandés ?

La liste est longue : coqueluche, haemophilus influenzae, hépatite b, rougeole, oreillons, pneumocoque, méningocoque, papillomavirus... Le plus important est de savoir que si aujourd'hui le calendrier vaccinal permet de se protéger contre un grand nombre d'agents infectieux, le nombre des antigènes est beaucoup moins important qu'avant. Par exemple, le vaccin contre la coqueluche est purifié, il comprend trois ou quatre antigènes, contre une foudrature avant. La vaccination aujourd'hui assure une bien meilleure tolérance en comparaison aux vaccins de première génération.

Quels sont les risques que court une personne non vaccinée en général ?

On ne peut pas parler de façon générale car il y a des maladies plus présentes que d'autres. Si vous n'êtes jamais exposé à un agent infectieux, avec certitude, effectivement, il n'y a aucun intérêt à être vacciné. Mais si au cours de sa vie on est amené à rencontrer un agent infectieux contre lequel on a aucune immunité, on risque de développer une maladie qui généralement est plus grave à l'âge adulte que chez l'enfant.

Les vaccins ont-ils permis d'éradiquer certaines maladies ?

Prenons le cas de la variole : jusqu'au début des années 80, la vaccination antivariolique existait. Depuis l'éradication de cette maladie grâce à la vaccination, on a supprimé le vaccin.

Quels sont les effets secondaires des vaccins ?

Dans la majorité des cas, ce sont des effets indésirables sans aucune gravité : fièvre, boutons, douleurs articulaires... Il y a d'authentiques effets indésirables qui se situent à un niveau de fréquence qui est de l'ordre de 1 pour 1 million.

Y a-t-il un profil type des parents hostiles à la vaccination ?

Je ne pense pas, ça reste une faible minorité qui généralement est plutôt soucieuse de la bonne santé de leurs enfants et ne souhaite pas qu'ils soient malades. Il y a ceux qui se disent : «Les autres étant protégés, in fine, cela va protéger mon enfant et me protéger.» Ils n'ont pas tout à fait tort, dans le cadre d'une immunité collective, le risque pour l'individu reste faible. Ils disent merci à ceux qui se sont fait vacciner, à mon sens, c'est manquer de générosité. Il peut y avoir des situations où il vaut mieux ne pas se faire vacciner mais ça reste exceptionnel. Dans les récalcitrants, on trouve aussi ceux qui sont un peu contre tout.

Quel est l'intérêt d'être vacciné ?

Il est double : on se protège soi-même et on protège les autres. Notamment quand on se trouve face à un risque d'infection qui menace des sujets fragilisés qui, eux, ne peuvent pas être vaccinés. Le fait que dans leur entourage, il y ait une immunité vaccinale, les

protège.

En Ariège, il existe des villages réfractaires, les connaissez-vous au CHU de Toulouse ?

Oui. Il y en a en Ariège et ailleurs en Midi-Pyrénées. Dans certaines régions du Lot, Il y a quelques années, la couverture vaccinale n'était pas optimale. On s'en est rendu compte au moment où la rougeole est sortie de son nid en 2011. Pour moi, il s'agit là d'un fait qui ne va pas disparaître du jour au lendemain. Fort heureusement, la couverture vaccinale en France est supérieure à 80 %.

Recommandez-vous la vaccination contre la grippe ?

C'est une question délicate. Pour moi, une vaccination dès lors qu'elle est recommandée, c'est bon pour la population et l'individu. En revanche, il y a un cas qui pose problème, c'est le vaccin contre la grippe. Si on prend, le cas du personnel hospitalier, seulement 25 % se fait vacciner contre la grippe, cela prouve bien qu'il y a un problème. La difficulté tient au fait que le vaccin doit être renouvelé tous les ans. Le refaisant tous les ans, comme l'efficacité n'est pas optimale (elle est de 60 à 70 %), un discrédit est jeté sur la vaccination. Au final, ce vaccin n'est pas aussi bien suivi que ce que les recommandations le préconisent. Il n'empêche que, en dehors des cas de grippe qui peuvent atteindre des sujets jeunes, l'incidence de la grippe a fortement diminué chez les gens de 65 ans et plus, pour lequel la vaccination est relativement bien suivie. Elle permet de réduire le nombre d'hospitalisations et la mortalité.

Annexe III. Conseil National de l'Ordre des Infirmiers. Lettre du 07 Octobre relative au rôle des infirmiers dans la politique vaccinale.

« Alors que la campagne annuelle de vaccination contre la grippe débute ce vendredi 7 octobre, les médias relaient les préoccupations de certains professionnels de santé qui souhaitent également vacciner... Il est nécessaire de rappeler qu'aujourd'hui, les infirmières ont un rôle considérable à jouer vis à vis de ce problème de santé publique qui a fait plus de 18300 morts en France durant l'hiver 2015, dans la population la plus vulnérable.

Et si avant d'inventer de nouveaux dispositifs, on regardait ce qui fonctionne ?

L'Ordre National des Infirmiers rappelle que les infirmiers sont parfaitement formés et compétents pour effectuer toutes les vaccinations sur prescription médicale. De surcroît les infirmiers libéraux sont les professionnels de santé de premier recours les plus nombreux (plus de 90 000) et les seuls quasiment à encore se rendre au domicile des patients et disposant de cabinets de soins adaptés. Sur prescription médicale, les infirmiers sont déjà habilités à pratiquer les injections destinées aux vaccinations. C'est d'ailleurs ce qu'ils pratiquent quotidiennement. Depuis 2008, les infirmiers vaccinent sans prescription médicale préalable les personnes fragiles contre la grippe, à l'exception de la primo-vaccination. Cette mesure de santé publique permet ainsi la vaccination de près d'un million de personnes par des infirmières, et ceci chaque année.

Ne serait-il pas préférable que les pouvoirs publics reconnaissent d'abord l'efficacité des infirmiers et envisagent d'élargir les vaccinations sans prescription médicale ?

Infirmières, infirmiers, prenons la parole !

Dans le cadre de la consultation citoyenne organisée par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé sur la vaccination, l'Ordre National des Infirmiers vous invite à prendre la parole sur le site dédié. Que chacune des infirmières et infirmiers libéraux, salariés, s'expriment pour rappeler aux pouvoirs publics qu'ils sont compétents et par leurs actions peuvent contribuer à une meilleure couverture vaccinale de la population.

Et si les infirmières et infirmiers de ce pays se faisaient entendre sur ce sujet?

"A nous de prendre la parole... en 2 secondes, il suffit de reprendre l'un des textes ci-dessous ou alors de prendre votre plume" (à cet instant seulement 9322 contributions sont apportées).

"Je suis infirmière, je vaccine déjà et peux apporter ma contribution à une meilleure couverture vaccinale, il suffit juste de reconnaître mes compétences en me permettant de vacciner contre la grippe l'ensemble de mes patients"

"Bonjour , je suis infirmière libérale, et souhaite rappeler que l'élargissement du droit infirmier à vacciner avec information du médecin traitant a déjà fait ses preuves dans d'autres pays (Québec, Etats-Unis...) où grâce à cette mesure, il a été constaté un véritable renforcement de la couverture vaccinale de la population"

"Bonjour, Je suis infirmier libéral. Tous les ans, je pense jouer un rôle essentiel dans la campagne de vaccination anti-grippale auprès des personnes fragiles d'une part mais aussi auprès de tous les patients que je rencontre, en terme d'éducation et prévention afin de restaurer la confiance sur la vaccination. Je déplore que notre profession (infirmier à domicile) ne soit pas représentée dans les parties invitées à réfléchir sur le sujet. Bien à vous" (contributions déjà déposée par un confrère E.S, infirmier à Clermont Ferrand)

« L'ouverture depuis 2008 du droit pour les infirmiers de vacciner sans prescription médicale a été une mesure très positive de santé publique. Elle a permis d'accroître sensiblement la couverture vaccinale contre la grippe et de réduire la mortalité due à cette maladie chez des populations fragiles. De nombreux rapports ont démontré la nécessité d'augmenter la couverture vaccinale face à d'autres maladies. Il est temps d'élargir encore ce droit des infirmiers à vacciner sans prescription médicale. C'est d'ailleurs une préconisation forte du rapport de l'Inspection générale des finances sur les professions réglementées récemment publié qui a appelé non seulement à élargir les catégories de personnes que les infirmiers pourront vacciner contre la grippe mais aussi à autoriser les infirmiers à pratiquer d'autres types de vaccinations. L'Ordre national des infirmiers fait cette même préconisation depuis plusieurs années » explique Didier Borniche, président de l'Ordre national des infirmiers.

Rappelons qu'à ce jour le coût d'une injection pour vaccination anti-grippale pratiquée par une infirmière varie de 4,5 à 6,3 €, considération que les pouvoirs publics devraient également prendre en compte.



www.anfiide.com