

26^e journée annuelle du GÉRES*

Paris, 24 novembre 2017

AUTEURS :

E. Roche, collaborateur médecin

I. Cuyaubère, interne en médecine du travail, département Études et assistance médicales, INRS

EN RÉSUMÉ

Cette journée annuelle du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GÉRES) a permis de faire le point sur les vaccinations autant en population générale que chez les professionnels de santé, avec un focus sur la coqueluche. Une mise au point sur la surveillance du risque infectieux pour les personnels de soins reprend les recommandations de traitement post-exposition et de suivi après accident avec exposition au sang (AES). Enfin, ont été évoquées la surveillance de la tuberculose dans cette population de travailleurs, ainsi que l'efficacité des appareils de protection respiratoire en milieu de soins.

MOTS CLÉS

Vaccination /
Accident
d'exposition
au sang - AES /
Personnel
soignant /
Surveillance
médicale /
Conduite à tenir /
Milieu de soins /
Suivi médical

*Groupe d'étude
sur le risque
d'exposition des
soignants aux
agents infectieux

ACTUALITÉS VACCINATIONS

ÉTAT DES LIEUX DES PRINCIPALES MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE EN FRANCE

D. Levy-Bruhl, Santé publique France

En préambule, l'épidémiologie des principales maladies à prévention vaccinale est rappelée ainsi que les raisons des différences notées dans l'efficacité des vaccins. Le rôle de la vaccination est de protéger l'individu mais aussi de créer une immunité collective et ainsi de protéger les personnes fragiles ne pouvant pas être vaccinées : nouveau-nés, patients dotés d'un système immunitaire défaillant. L'efficacité d'une vaccination à l'échelle d'une communauté repose non seulement sur l'efficacité propre du vaccin mais aussi sur le taux de couverture vaccinale ; par exemple la poliomyélite a été éradiquée en France grâce à une large couverture vaccinale. Cependant, certains vaccins ont une durée de protection limitée, comme celui de la coqueluche, ce qui restreint leur efficacité.

L'adhésion de la population au vaccin joue un grand rôle dans le taux de couverture vaccinale. Le

vaccin contre le virus de l'hépatite B (VHB), par exemple, n'est pas très populaire, du fait de débats autour de la suspicion de survenue d'une sclérose en plaque après son injection. Le taux de couverture de la population est donc faible. Cette adhésion varie également sur l'ensemble du territoire. Le vaccin contre le ROR (rougeole, oreillons, rubéole) est plus souvent réalisé dans les régions du nord de la France. Pour toutes ces raisons, l'efficacité de nombre de vaccinations n'est pas optimale. Afin d'augmenter la couverture vaccinale et les effets de la vaccination, les experts revoient régulièrement les indications vaccinales et le calendrier vaccinal, en tenant compte des résultats des études épidémiologiques.

ÉVOLUTION DE LA POLITIQUE VACCINALE

Obligations vaccinales en population générale

E. Bouvet, Commission technique des vaccinations de la Haute Autorité de santé (CTV-HAS)

Depuis la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017, 11 vaccinations sont devenues obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, de la naissance à 24 mois. Jusque-là seuls la primovaccina-

tion contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP), et les rappels jusqu'à 13 ans étaient obligatoires. Huit autres étaient seulement recommandées : coqueluche, *Hémophilus Inflenzae B*, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole, méningocoque et hépatite B. Un avis de 2013 du Haut conseil de santé publique (HCSP) et le rapport de S. Hurel en 2016 ont conclu à la nécessité d'une harmonisation du statut vaccinal des enfants et un besoin d'engagement ferme de l'État, ce qu'a confirmé la concertation citoyenne organisée la même année. En effet, certaines vaccinations recommandées sont au moins aussi essentielles que les vaccinations obligatoires. D'autre part, le DTP étant systématiquement couplé à la coqueluche, les personnes ne souhaitant que les vaccinations obligatoires n'ont aucun vaccin à leur disposition. Le Conseil d'État a donc mis en demeure le gouvernement de choisir : soit extension de l'obligation à tous les vaccins nécessaires, soit suppression complète.

Compte tenu de la défiance actuelle vis-à-vis des vaccinations (15 % des médecins ne vaccineraient pas si l'obligation était levée et 20 % des 20-30 ans ne feraient pas vacciner leurs enfants), l'État a décidé d'élargir l'obligation vaccinale à l'ensemble des vaccinations recommandées chez l'enfant jusqu'à 24 mois, avec le soutien de nombreuses sociétés savantes. Cette obligation est transitoire et sera levée lorsque la couverture sera estimée meilleure et suffisante, avec un regain de confiance de la population. Pour se donner les moyens de réussir, la vaccination devrait être gratuite et les connaissances des professionnels de santé améliorées par des for-

mations. Le refus de vaccination entraînera la non-admission de l'enfant dans les collectivités. Un délai devrait être accordé pour la mise à jour du statut vaccinal. Néanmoins aucune exemption en dehors de vraies contre-indications médicales ne sera autorisée. L'intervenante souligne que des difficultés sont possibles : faux certificats de vaccination, collectivités « vaccin free » pour les crèches privées, mouvement anti-vaccin et arrêt de la vaccination au-delà de l'âge de 2 ans. De plus, des dilemmes pourront se présenter pour les directeurs d'établissements si beaucoup d'enfants sont non vaccinés. Les organismes de sécurité sociale prendront en charge seulement 65 % du prix des vaccins à l'exception du vaccin contre le ROR qui sera remboursé à 100 %. Le reste du coût sera remboursé par les complémentaires santé. Une évaluation de la couverture vaccinale sera faite fin 2019.

Obligations vaccinales pour les personnels de santé

J.F. Gehanno, Société française de santé au travail (SFMT)

De même que dans la population générale, les vaccinations des professionnels sont soit obligatoires, soit recommandées. Le HCSP, dans son avis du 27 septembre et du 7 octobre 2016, a considéré que, pour qu'une vaccination soit obligatoire, il faut plusieurs conditions : soignants à risques importants d'acquérir et aussi de transmettre la maladie aux patients, vaccin efficace, effets secondaires limités... La pertinence actuelle du caractère obligatoire ou recommandé de certaines vaccinations prête à discussion. Aujourd'hui, seuls les vaccins contre le VHB, le BCG et le DTP sont obligatoires

pour les professionnels de santé ; l'obligation de vaccination contre la grippe, introduite en 2006, a été suspendue par le décret 2006-1260 du 14 octobre 2006. Le vaccin contre la fièvre typhoïde est obligatoire pour les personnels de laboratoire d'analyses médicales exposés. Autant l'obligation de vaccination contre le VHB répond aux critères de pertinence cités plus haut, autant cela est très discuté pour la poliomyélite qui a disparu en France ou le tétanos qui n'est pas à transmission interhumaine. En revanche, la coqueluche, la rougeole et la varicelle remplissent tout à fait les critères cités, justifiant que le HCSP recommande de revoir les obligations pour les professionnels de santé. L'obligation ou la recommandation des vaccinations fait donc débat et certaines questions se posent : que fait-on des libertés individuelles ? Faut-il obliger les soignants à se vacciner ? À partir de quel niveau de risque de transmission patients/soignants est-il nécessaire de rendre obligatoire un vaccin ? L'obligation de certains vaccins discrédite les vaccins « seulement » recommandés. Que faut-il faire pour les salariés refusant la vaccination ? Seront-ils déclarés inaptes ? Ces questions sont particulièrement difficiles notamment pour la grippe puisque ces questions se reposent chaque année.

Enquête sur la vaccination coqueluche des personnels de maternité

D. Abiteboul, GÉRES

Le GÉRES, en collaboration avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), a mené une enquête sur la couverture vaccinale (CV) de la coqueluche des personnels de santé et

leur perception de la coqueluche, dans 5 maternités publiques de France. D'après l'enquête nationale VAXISOINS de 2009, la CV de la coqueluche des personnels de santé n'était que de 11,4 %, elle atteignait 25 % pour les médecins et 44 % pour les sages-femmes.

Dix ans après, dans ces maternités, la CV de la coqueluche déclarée par 426 professionnels ayant répondu au questionnaire s'établit à 76 %. La CV documentée par les services de médecine du travail est de 84 % variant de 45 à 99 % selon les maternités. Elle varie également selon les professions : 75 % pour les internes, 82 % pour les sages-femmes, 84 % chez les infirmières et les aide-soignantes, 90 % pour les médecins. Il faut noter que le statut vaccinal des médecins et des internes est très incomplètement connu des services de santé au travail. Les données recueillies par cette enquête présentent des limites, néanmoins elle montre une bonne connaissance de la coqueluche avec une CV en hausse. À noter que moins de 50 % des médecins et sages-femmes prescrivent le vaccin contre la coqueluche aux femmes en post-natal.

ACTUALITÉS SURVEILLANCE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

QUELLES SURVEILLANCES DES RISQUES INFECTIEUX POUR LES PERSONNELS DE SANTÉ ?

F. Lheriteau, Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins d'Île-de-France (CPias IDF); D. Abiteboul, GÉRES

Les accidents exposant au sang ou aux liquides biologiques (AES) sont

fréquents en milieu de soin. Leur surveillance permet d'identifier leurs circonstances de survenue, les facteurs de risque d'accident et de proposer des actions préventives. La surveillance nationale des AES, assurée par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) depuis 2003, en collaboration avec le GÉRES et Santé Publique France, a été arrêtée au 1^{er} janvier 2016, n'étant plus considérée comme prioritaire parmi les surveillances des infections associées aux soins (IAS). Cette surveillance reposait sur un réseau de médecins du travail d'établissements de santé (un millier d'établissements du privé et du public en 2014). Ce réseau, en collaboration avec les équipes d'hygiène hospitalière, a notamment permis d'améliorer les connaissances des AES, d'orienter les stratégies de prévention et d'objectiver les améliorations en lien avec les politiques de prévention.

Aujourd'hui la prévention des IAS repose sur le programme Propias (programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins) lancé en 2015 dont le premier axe est de développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, notamment en intégrant cette prévention dans un programme unique autour du patient/résident, partagé avec l'ensemble des acteurs des trois secteurs de l'offre de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, ville). Les modalités de la surveillance des IAS restent à préciser au niveau national, régional ou local, mais la surveillance des AES n'y a plus sa place.

Néanmoins, pour permettre aux médecins du travail de poursuivre la surveillance des AES au niveau local avec édition d'un bilan auto-

matique chaque année, la pérennisation de l'outil Web-AES a été assurée (cf. *N. Floret* intervention suivante). Cet outil pourrait également permettre à terme la poursuite d'une surveillance des AES selon des modalités différentes :

- en faisant appel à des établissements de santé volontaires ;
- en se limitant par exemple à un recueil tous les deux ans ;
- en se limitant à certains AES (AES évitables, AES les plus à risques).

Enfin, la surveillance des contaminations professionnelles chez le personnel de santé, par les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), complémentaire à la surveillance des AES, a été transférée par Santé Publique France en 2017 au GÉRES.

Les dernières données disponibles, remontant à 2012 rapportaient 17 cas de séroconversion VIH, 35 cas d'infections VIH présumées et 70 cas de séroconversion VHC. La moitié, environ, des accidents ayant entraîné une contamination était évitable par l'application des précautions standard. Aucun cas de séroconversion VHB n'a été déclaré.

ÉVOLUTION DE L'OUTIL WEB-AES ET DU SUIVI DES VACCINATIONS DU PERSONNEL DE SANTÉ

N. Floret, CPias Bourgogne-Franche-Comté

Suite à l'arrêt de la surveillance nationale des AES depuis le 1^{er} janvier 2016, deux propositions ont été faites au réseau de médecins du travail participant :

- **D'une part, la poursuite de l'utilisation de l'outil Web-AES** (<https://aes.chu-besancon.fr/>). Cet outil mis en place en 2012 dans le cadre de la surveillance nationale

1. En 2017, du fait de la réforme territoriale et de la réorganisation des vigilances, les 31 structures (Centres de coordination des comités de lutte contre les infections nosocomiales - Cclin - et Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales - Arlin) se sont réorganisées pour devenir 17 Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins, les CPIAS. (www.cpias.fr/)

des AES est remis en question avec la fin de cette surveillance. Compte tenu de la demande de nombreux établissements de santé (ARlin et Cclin⁽¹⁾), l'ARlin Bourgogne-Franche-Comté a eu la possibilité de poursuivre la mise à disposition de Web-AES en 2017 et de concevoir pour 2018 un nouvel outil, Web-AESv2, configuré au seul niveau de l'établissement, avec disparition donc des niveaux régionaux, interrégionaux et national. Chaque établissement de santé pourra ainsi continuer la surveillance de ses AES, gratuitement et de façon autonome.

● **D'autre part, la mise en place d'une méthode standardisée de recueil et de suivi des vaccinations et des conditions d'immunisation du personnel** des établissements de santé, à partir du carnet de vaccina-

tion électronique www.mesvaccins.net. Les objectifs sont :

- d'identifier les groupes professionnels et les types de vaccins pour lesquels les vaccinations sont insuffisantes ;
- de proposer et prioriser les actions de promotion ciblées sur les groupes identifiés.

www.mesvaccins.net est un outil doté d'un système expert, intégrant les recommandations concernant les professionnels et permettant de fournir des recommandations vaccinales personnalisées, adaptées à chaque situation individuelle. Cet outil d'aide à la décision permettrait également de collecter et de partager les informations au niveau d'un établissement de santé et au niveau national, et ainsi d'avoir des informations sur la couverture vaccinale

des personnels de santé. La phase pilote vient de s'achever.

RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT POST-EXPOSITION ET DE SUIVI POST-AES

J. Ghosn, Hôtel Dieu APHP

Les indications d'un traitement post-exposition (TPE) après un AES sont régulièrement revues à l'occasion de l'actualisation du rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (dit *Rapport Pr Morlat* dont la dernière version date de 2017). Après un AES, il convient de déterminer le niveau de risque en fonction, d'une part, de la profondeur de la blessure et du type de matériel en cause et, d'autre part, de la charge virale sanguine chez le patient source. Le risque est important en cas d'accident avec une aiguille de prélèvement veineux ou artériel contenant du sang. Le risque est intermédiaire s'il implique une aiguille utilisée pour une injection sous-cutanée ou intramusculaire, ou une aiguille pleine (exemple : aiguille à suture). Il est faible en cas de projection cutanéomuqueuse ou de seringues abandonnées. Les experts ont restreint les indications du TPE : les AES à risque faible ou ceux survenus avec un patient ayant une charge virale régulièrement indétectable ne doivent pas faire poser l'indication à un TPE (tableau).

> INDICATIONS DE TRAITEMENT POST-EXPOSITION (TPE) APRÈS EXPOSITION AU SANG (HORS PARTAGE DE MATÉRIEL D'INJECTION) OU LIQUIDE BIOLOGIQUE

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/mL	
Important – Piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
Intermédiaire – Coupure avec bistouri – Piqûre avec aiguille IM ou SC – Piqûre avec aiguille pleine – exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
Faible – Piqûre avec seringue abandonnée – Crachat, morsure ou griffure – Autres cas	TPE non recommandé		

TPE : traitement post-exposition – CV : charge virale – IM : intramusculaire – SC : sous-cutanée

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la CV plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la CV du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou s'il existe des doutes sur la bonne observance du traitement antirétroviral par le patient source. Dans ces situations, un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures, lorsque le référent verra la personne exposée, si la CV de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

ACTUALITÉS TUBERCULOSE

SURVEILLANCE DES PERSONNELS DE SANTÉ

S. Touche, Médecin du travail CHU de Reims

Le risque de transmission de la tuberculose, tant de patient à soi-

gnant que de soignant à patient, doit faire l'objet d'une vigilance particulière en milieu de santé. Cependant, depuis les recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), en 2002, pour la surveillance des personnels de santé (dépistage systématique annuel dans les services à risque basé sur les intradermo-réactions (IDR) et la radiographie de thorax), la situation a changé :

- l'incidence de la tuberculose en France continue de décroître ;
- les mesures de prévention (isolement précoce des patients, port de masques de protection respiratoire adaptés) ont fait la preuve de leur efficacité, réduisant d'année en année le nombre de tuberculoses reconnues en maladie professionnelle dans les établissements de santé français ;
- de nouveaux outils de dépistage sont apparus : les tests IGRA qui ont fait l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) en 2006 puis du Haut conseil de santé publique (HCSP) en 2011 ;
- l'utilité de la radiographie pulmonaire en dépistage systématique indiscriminé est mise en question.

Un premier guide de recommandations avait été réalisé en 2014 par un groupe de médecins du travail à l'initiative du GÉRES. Il visait à apporter des réponses aux questions des médecins du travail concernant la place des différents examens complémentaires mis à leur disposition (IDR, test IGRA, radiographie de thorax) pour la surveillance médicale des personnels de santé. Il faisait également des propositions d'évolution de la réglementation et des recomman-

dations du CSHPF concernant la pratique de l'IDR et de la radiographie en dépistage systématique ainsi que l'utilisation des tests IGRA à l'embauche et dans l'enquête autour d'un cas.

Depuis, un test IGRA de nouvelle génération est apparu, le Quantiféron TB Gold-Plus®. L'obligation, dans la fonction publique hospitalière, de disposer d'une IDR et d'une radiographie de thorax datant de moins de trois mois à l'embauche a été supprimée et de nouveaux travaux ont été publiés, justifiant une actualisation : le nouveau guide 2017 est accessible sur le site du GÉRES (http://www.geres.org/wp-content/uploads/2018/01/TBI-GRA_2017_revu01_2018.pdf).

EFFICACITÉ DES APPAREILS DE PROTECTION RESPIRATOIRE EN MILIEU DE SOINS : FIT TEST ET FIT CHECK

I. Balty, INRS, département Expertise et conseil technique

Les précautions « air », lors de la prise en charge de patients atteints de certaines infections transmissibles par voie respiratoire, sont maintenant bien connues et appliquées dans les milieux de soins. Le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) de type FFP2 voire FFP3 par le soignant fait partie intégrante de ces recommandations. Toutefois, il est indispensable que ce masque soit parfaitement ajusté pour que la protection soit effective. En effet, si la protection est liée à l'efficacité du média filtrant, elle dépend également de l'absence de fuite au visage.

Pouvoir équiper correctement les soignants implique de pouvoir proposer plusieurs modèles et/ou tailles de masque dans chaque établissement. Ainsi, chaque soi-

gnant doit pouvoir disposer d'un masque qu'il peut ajuster correctement. Pour cela, il convient de faire le choix d'un modèle approprié à la physiologie du visage après un essai d'ajustement ou *Fit test*. Pour les appareils FFP2 ou FFP3, il s'agit d'un essai qualitatif qui consiste à exposer le porteur du masque à une substance dotée d'un goût, de préférence amer, pulvérisée dans une cagoule d'essai. Si le porteur détecte la substance, c'est que le masque n'est pas étanche. Le matériel permettant de réaliser l'essai est relativement simple. Néanmoins, cet essai doit être fait par une personne formée, par exemple au sein du service de santé au travail.

Une fois le modèle choisi grâce au *fit test*, un contrôle de l'étanchéité ou *fit check* doit être systématiquement effectué par le soignant avant d'entrer dans la chambre en isolement « air » pour vérifier que le masque est bien ajusté. Cela consiste à essayer d'inhaler en ayant obturé la surface filtrante avec les deux mains plus éventuellement un film plastique. Si le masque est bien ajusté, il aura alors tendance à se plaquer au visage. Ce geste sera réalisé à chaque utilisation d'un APR.

En outre, il faut savoir que la présence d'une barbe, même naissante, ne permet pas d'ajuster correctement un APR.

L'ensemble des présentations est consultable sur le site du GÉRES : www.geres.org/journees-du-geres/26eme-journee-annuelle-du-geres/