

Place et limites de la vaccination en santé au travail

Audition d'experts

Une audition d'experts (*encadré 1*), organisée par l'INRS, a eu lieu à Paris le 10 janvier 2008. Cette réunion avait pour objectif de tenter de répondre à un certain nombre de questions relatives aux vaccinations en milieu de travail. Elle a réuni des experts de divers horizons tous concernés par la question des vaccinations. Cet article est une synthèse des différentes présentations ainsi que des échanges qui ont eu lieu lors de cette journée. Le cas particulier de la vaccination contre l'hépatite B fait l'objet de l'*annexe 1*.



© INRS

En résumé

Les débats constants relatifs aux vaccinations en santé au travail ont été développés dans cette audition d'experts devant un public réunissant des gestionnaires de la politique vaccinale en santé publique et en santé au travail, des spécialistes de la vaccination et des praticiens en santé au travail. Les différentes difficultés de la vaccination en santé au travail ont été abordées : évaluation de risque et décision d'une recommandation, réalisation pratique, imputation financière, refus de vaccination... avant que des juristes ne s'expriment sur la responsabilité des différentes parties en cause, employeurs, médecins du travail et travailleurs.

Construction de la politique vaccinale en France

La politique vaccinale, en constante évolution, tient compte de l'épidémiologie des maladies infectieuses en France et à l'étranger, de l'avancée des recherches sur les vaccinations, des recommandations internationales notamment celles de l'Organisation mondiale de la santé, de l'évaluation du rapport bénéfices/risques et des études coût/efficacité des vaccins et enfin, de l'organisation du système de soins et de prévention, modifié récemment.

LA POLITIQUE VACCINALE

Différents articles du Code de la Santé publique issus de la loi du 9 août 2004, dite loi de Santé publique,

clarifient le rôle de l'État pour la politique vaccinale.

L'article L. 3111-1 précise que la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la Santé qui fixe les conditions d'immunisation, qui énonce les recommandations nécessaires pour ces immunisations et qui rend publique le calendrier des vaccinations après l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Cet article précise aussi qu'un décret peut suspendre les obligations prévues compte tenu de l'évolution de la situation des connaissances médicales, ce qui s'est produit, par exemple récemment pour le BCG*. Les recommandations d'immunisation, ainsi définies, sont applicables à toutes les personnes résidant en France selon leur âge, leur sexe ou certaines circonstances qui correspondent à des recommandations particulières, telles que les professions exercées, l'état de santé de la personne ou d'une personne de son entourage, ou encore les voyages.

Les articles L. 3111-2 à L. 3111-8 définissent les conditions des obligations vaccinales. Parmi eux, peut être notamment cité L. 3111-4 qui précise les vaccinations obligatoires pour les personnes exerçant une activité professionnelle dans le champ de la santé.

L'article L. 3111-9 précise les modalités d'indemnisation en cas de vaccination obligatoire. Enfin, l'article L. 3111-11 définit les conditions de gratuité des vaccinations et précise le rôle de l'État par rapport aux départements. C'est ce qui a été dénommé plus communément la re-centralisation des missions de santé publique précédemment dévolues aux collectivités locales qui comprennent donc les activités en matière de vaccinations, mais aussi la lutte contre la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles et le cancer.

M.C. BAYEUX-DUNGLAS,
V. CARON, C. LE BÂCLE

Département Études et
assistance médicales, INRS

* Dans la collection Repères pour votre pratique, consulter le Point sur la vaccination contre la tuberculose édité par l'INPES (mars 2008, 4 p.) téléchargeable à l'adresse suivante : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1145.pdf

inrs

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 116
4^e trimestre 2008

Audition d'experts

organisée par le département Études
et assistance médicales

Programme du 10 janvier 2008



© INRS

9 h 30 - Accueil

10 h - Introduction

J.L. Marié - Directeur général de l'INRS

10 h 15 - Construction de la politique vaccinale en France

Dr A. Colonnier, Direction générale de la Santé (DGS, Bureau risques infectieux et politique vaccinale)

10 h 30 - Première table ronde « Problématique de la vaccination en santé au travail : intérêt pour le travailleur ou intérêt en santé publique ? »

- Vaccination obligatoire/recommandée en santé publique
- Vaccination en santé au travail (règles de prise en charge de la vaccination)
- Discussion

Participants : Pr D. Floret, Comité technique des vaccinations (CTV) ; Dr P. Maladry, Inspection

médicale du travail ; Dr B. Faliu et S. Sicart, Direction générale de la santé (DGS).

14 h - Deuxième table ronde « Difficultés pratiques »

- De l'évaluation des risques à l'indication de la vaccination et sa pratique
- Refus de vaccination (salarié/employeur)
- Contre-indications (en général, femme enceinte, immunodéprimés)
- Cas particulier de l'hépatite B
- Missions à l'étranger
- Discussion

Participants :

Dr B. Biardeau, médecin du travail, ACMS

Dr G. Abadia, médecin du travail, conseiller national, CCMSA

Dr C. Lebaupain, médecin du travail et GNMBTP

Dr D. Abiteboul, médecin du travail, AP-HP et membre du CTV

Dr O. Launay, infectiologue et membre du CTV

Pr J. Beytout, infectiologue et membre du CTV

16 h - Troisième table ronde « Vaccination et responsabilité juridique »

- Prise en charge des effets secondaires
- Aptitude
- Responsabilité médecin du travail, infirmière, employeur
- Discussion

Participants : Dr P. Maladry, Inspection médicale du travail ; N. Guillemy, juriste INRS.

17 h - Synthèse et conclusion

Dr B. Siano, département Études et assistance médicales, INRS

L'EXPERTISE

L'élaboration de la politique vaccinale doit répondre à de multiples questions et nécessite une expertise multidisciplinaire. Les instances d'expertise sont, d'une part, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) mis en place en 2007 et, d'autre part, les agences telles que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), enfin les Centres nationaux de référence (CNR) pour les maladies transmissibles et les instances intervenant dans la procédure de mise sur le marché notamment la Haute autorité de santé (HAS).

Le HCSP comprend un collège avec des membres de droit représentants de plusieurs directions ministé-

rielles (par exemple Direction générale de la santé [DGS], Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins [DHOS]) ou des représentants de la HAS ou de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), les présidents des commissions spécialisées et dix personnalités qualifiées nommées par arrêté ministériel. L'instance d'expertise en matière de vaccination est le Comité technique des vaccinations (*encadré 2*), comité permanent dépendant de la Commission spécialisée sécurité sanitaire du HCSP.

LA MISE SUR LE MARCHÉ

La première étape du développement et de la mise sur le marché d'un vaccin est la mise au point d'un can-

didat vaccin par des équipes de recherche. La deuxième étape correspond au développement d'études réalisées *in vitro* et *in vivo* qui dépend de l'industrie pharmaceutique. La troisième étape est l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité du candidat vaccin qui est étudiée lors de la procédure d'autorisation de mise sur le marché par les autorités, d'une part l'EMEA (European Medicines Agency) pour l'Europe et, d'autre part, l'AFSSAPS en France en sachant que trois procédures d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) existent au niveau européen.

C'est le CTV qui élabore les recommandations quant à la population cible et les conditions d'utilisation des vaccins. L'étape suivante est l'inscription sur la liste des spécialités remboursables, déterminée par la commission de transparence qui dépend de la HAS. Cette inscription se fait à partir de l'évaluation et de l'amélioration du service médical rendu, avec cinq niveaux : de 1 « insuffisant » jusqu'à 5 « majeur ». L'amélioration du service médical rendu s'estime par rapport aux produits existants sur le marché.

Le prix est fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS). C'est une instance interministérielle dont le secrétariat est géré par le ministère chargé de la Santé et la DGS. Le taux de remboursement du vaccin est fixé par l'UNCAM.

Les médicaments remboursés ne peuvent faire l'objet de publicité qu'auprès des professionnels de santé (interdiction de publicité auprès du grand public). Une exception concerne les vaccins remboursés pour lesquels les firmes ont la possibilité de faire de la publicité grand public après avis de la Commission de contrôle de la publicité et de la diffusion des recommandations sur le bon usage des médicaments (qui dépend de l'AFSSAPS).

DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS

Une fois que les recommandations vaccinales sont établies par le CTV, leur diffusion auprès des professionnels de santé se fait actuellement par le calendrier vaccinal publié chaque année dans le *Bulletin officiel du ministère de la Santé*, dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* et sur le site Internet du ministère chargé de la Santé. Un autre support de diffusion des informations est le *Guide des vaccinations* publié par l'INPES, remis à jour en 2008 (**encadré 3**). Par ailleurs, les campagnes de promotion de la vaccination, soit par l'INPES, soit par l'Assurance maladie, sont également des moyens d'information. En particulier la semaine européenne de la vaccination organisée par l'OMS Europe, à laquelle la France participe depuis 2007, est une opportunité de promotion et de sensibilisation pour les vaccinations.

RÉALISATION DES VACCINATIONS

En France, la réalisation des vaccinations est assurée avant tout par les médecins ⁽¹⁾ :

- libéraux ; entre 80 et 85 % des vaccinations sont réalisées par les généralistes et les pédiatres ;
- des services de PMI, Protection maternelle et infantile (pour les enfants jusqu'à 6 ans) ;
- des centres de vaccination, s'adressant aux enfants et aux adultes, relevant soit directement de l'État, soit du Conseil général par convention ;
- de services de promotion de la santé, dont les services de santé au travail.

Les sages-femmes peuvent effectuer un certain nombre de vaccinations précisées dans l'arrêté du 22 mars 2005.

PRISE EN CHARGE DES VACCINATIONS

Le remboursement des vaccins est assuré par l'Assurance maladie, selon les décisions de la Commission de transparence et du CEPS. Le taux de remboursement est de 65 %. Il reste 35 % à la charge, soit des personnes elles-mêmes, soit des mutuelles. L'exonération du ticket modérateur est possible pour certains vaccins et certaines populations : c'est le cas du vaccin anti-grippal après 65 ans ou du vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR). Habituellement, les vaccinations pratiquées dans les centres de vaccination sont gratuites.

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (dite loi Kouchner), la prise en charge des accidents vaccinaux et des effets indésirables dépend de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). Il s'agit d'une réparation pour les vaccinations obligatoires et d'une indemnisation pour les incidents ou accidents liés aux vaccins recommandés (comme pour tout incident médical). Pour les indemnisations (vaccins recommandés), les victimes ne pourront en bénéficier que si la vaccination a eu lieu à partir du 5 septembre 2001.

La réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire, telle que prévue dans l'article L. 3111-9 du Code de la Santé publique, est une réparation prise en charge par l'État avec une particularité : dans le cadre d'une vaccination obligatoire, les victimes n'ont pas à apporter la preuve scientifique de l'imputabilité (ex : vaccination obligatoire contre l'hépatite B pour certaines professions, *cf. annexe 1*).

(1) Suite au décret n° 2008-77 du 29 août 2008, l'infirmier(e) est habilité à pratiquer l'injection du vaccin anti-grippal, à l'exception de la première injection pour certaines catégories de personnes définies par l'arrêté du 29 août 2008.

Le Comité technique des vaccinations (CTV)

Le Comité technique des vaccinations (CTV) est une instance d'expertise permanente rattachée à la Commission spécialisée de Sécurité sanitaire du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), ce qui représente une modification par rapport à la situation antérieure où le CTV dépendait directement de la Direction générale de la santé (DGS).

Missions et composition du CTV

Les missions du CTV ont été précisées par l'arrêté du 18 septembre 2007 : assurer la veille scientifique sur les évolutions et les perspectives en matière de vaccins et élaborer la stratégie vaccinale en fonction des données épidémiologiques, des études bénéfiques/risques individuels et collectifs, et de l'étude médico-économique relative aux mesures envisagées. Chaque vaccin est analysé dans cette perspective de stratégie vaccinale. Par ailleurs, le CTV a pour mission de proposer des recommandations et la mise à jour annuelle du calendrier vaccinal.

La composition du CTV est fixée par le même arrêté. Il comprend trois infectiologues, trois pédiatres, deux microbiologistes, deux médecins de santé publique épidémiologistes, deux médecins généralistes, un immunologiste, un gériatre, un gynéco obstétricien/sage-femme, un interniste, un médecin de PMI, un médecin du travail, un économiste de la santé et un sociologue. Ces vingt personnes qualifiées ont une voix délibérative et sont nommées pour la durée de mandat du HCSP, c'est-à-dire pour trois ans. Cette nomination est le fait du ministre chargé de la Santé. Le CTV comprend également des membres de droit qui n'ont pas de voix délibérative : deux représentants du Directeur central du Service de santé des armées ; le Directeur de la Sécurité sociale, de l'Enseignement scolaire, de la Direction de

la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de la HAS ; le Directeur général du Travail, de l'Action sociale, de l'AFSSAPS, de l'INPES, de l'InVS et le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Fonctionnement et avis du CTV

Le CTV se réunit huit fois par an en réunion plénière où sont examinées les propositions, notamment toutes celles concernant les modifications des recommandations vaccinales. Les propositions sont soumises à un vote. Les recommandations sont préparées par des groupes de travail thématiques coordonnés par la DGS auxquels peuvent participer des experts extérieurs. Ces groupes de travail préparent les rapports et les avis qui vont être présentés au vote en réunion plénière. Habituellement, c'est la DGS qui envoie des saisines sur les sujets qui lui paraissent opportuns. Le CTV peut également s'auto-saisir de problèmes lui paraissant importants, ces auto-saisines devant être validées par le collège du HCSP.

Lorsque le CTV a émis son avis, ce dernier est présenté pour validation à la Commission spécialisée de sécurité sanitaire du HCSP. Les avis du CTV portent sur le positionnement d'un nouveau vaccin dans le schéma vaccinal français, sur le fait qu'il soit recommandé ou non, sur le ciblage sur des populations à risques ou en population générale, sur l'âge de la vaccination, le nombre de doses, la périodicité. Il va également donner un avis sur le suivi de l'impact de la vaccination et, éventuellement, sur un suivi particulier de pharmacovigilance, s'il existe des alertes sur les effets secondaires repérés au cours des essais cliniques notamment.

ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE VACCINALE

L'évaluation de la couverture vaccinale s'effectue à partir des certificats de PMI remplis pour les enfants (9 mois et 24 mois) ainsi qu'à partir d'enquêtes effectuées en milieu scolaire. Pour les adultes, soit des enquêtes spécifiques peuvent être demandées, soit, dans le cadre des enquêtes décennales menées par l'INPES, certaines questions relevant de la vaccination donnent une appréciation de la couverture vaccinale, même si les données ne sont que déclaratives.

Les autres moyens d'évaluation sont l'efficacité des vaccins sur le plan sérologique et clinique, ainsi que la mesure de la tolérance (les effets secondaires). Cette dernière dépend du système de la pharmacovigilance qui est parfois renforcé par des plans de

gestion des risques demandés au niveau européen ou national dans le cadre de l'AMM. L'effet attendu et observé en termes de diminution de morbidité, mortalité et de réceptivité dans la population, dans le cadre de surveillance des maladies à prévention vaccinale, constitue aussi un moyen d'évaluation.

Vaccinations en santé publique

Le Code de la Santé publique définit des obligations vaccinales qui, selon les cas, peuvent toucher trois cibles différentes : la population générale, le milieu de travail ou les voyageurs.

HISTORIQUE

En population générale, les obligations vaccinales ont vu le jour au début du XIX^e siècle en Angleterre en lien avec la variole. L'idée de l'obligation vaccinale est née de la volonté d'offrir une vaccination gratuite aux plus démunis. Cette obligation vaccinale a d'emblée rencontré des réticences, ce qui a amené à la mise en place progressive d'un « système répressif ». En réaction, les réticences ont été de plus en plus importantes et c'est ainsi que la première Ligue anti-vaccinale a été créée en Angleterre en 1866. À partir de 1890, une véritable « guerre des tranchées » a débuté dans ce pays avec des appels à la désobéissance civique incitant les personnes à « aspirer le produit » après la vaccination ou à carrément désobéir. Les autorités anglaises ont alors introduit une clause de conscience permettant aux parents de devenir objecteurs. Cette clause de conscience permettait la délivrance d'un certificat d'exemption qui était délivré par un magistrat, d'abord à la demande du père et, ensuite, de l'un des deux parents. En 1907, la délivrance de cette clause de certificat d'exemption a été si large que cela a été, en pratique, la fin de l'obligation vaccinale en Angleterre. Cette évolution a été identique dans à peu près tous les pays anglo-saxons. Actuellement, les Américains ont des clauses d'exemption avec trois types de clauses de conscience : médicale, religieuse et philosophique.

La France, quant à elle, a introduit l'obligation vaccinale, là encore pour la variole, en 1902, c'est-à-dire au moment où les Anglais ont commencé à y mettre fin. La loi n'a pas été appliquée mais les instituteurs se mobilisant au nom de la foi laïque ont progressivement permis d'améliorer la couverture vaccinale. Toutefois, comme il n'y a pas eu de mesure très coercitive, il n'y a pas eu de mobilisation anti-vaccinale. Puis, à partir des années 30, est observée une montée en puissance des obligations vaccinales (vaccinations antidiphtérique, antitétanique). En 1949, le BCG a été rendu obligatoire par une loi, là encore, non appliquée. En 1952, un décret a renforcé l'obligation vaccinale par le contrôle en milieu scolaire et avec, cette fois-ci, des mesures très coercitives qui ont, comme chez les Anglo-saxons, déclenché des réactions et, notamment, la naissance de la première Ligue anti-vaccinale en France. L'année 1964 a été la date de la dernière obligation vaccinale, contre la poliomyélite. Tous les autres vaccins, introduits dans le calendrier vaccinal depuis 1964, ont été des vaccins recommandés. Il n'y a plus eu de nouvelles obligations vaccinales. Ce n'est qu'en 1984 que la France est officiellement « sortie » de l'obligation vaccinale contre la variole. De même, la suspension de l'obligation vaccinale pour le BCG a nécessité de longues années de discussions pour arriver au décret de 2007.

Certains scientifiques estiment que l'obligation vaccinale en population générale devrait être remise en

cause puisque, selon eux, il s'agit d'une atteinte à la liberté individuelle et qu'elle peut induire des effets collatéraux. L'obligation vaccinale renforce les ligues anti-vaccinales car il s'avère que « plus les mesures sont coercitives, plus les réactions sont fortes ». En outre, en population générale, l'obligation vaccinale déresponsabiliserait les familles et discréditerait les vaccins recommandés par rapport aux vaccins obligatoires. Il n'existe pas de réel moyen de contrôle et des enfants non vaccinés sont quand même admis en milieu scolaire. Les États voisins de la France, qui n'ont pas d'obligation vaccinale, ont des taux de couverture vaccinale tout à fait similaires à ceux observés sur le territoire français.

Au total, la France reste un des pays qui a le plus d'obligations vaccinales. En comparant avec quelques pays d'Europe, seule l'Italie atteint un niveau identique.

Guide des vaccinations

Édition 2008

Ce guide a pour objectif d'aider les professionnels de santé à actualiser leurs connaissances sur la vaccination, en leur donnant les informations les plus récentes dans ce domaine.

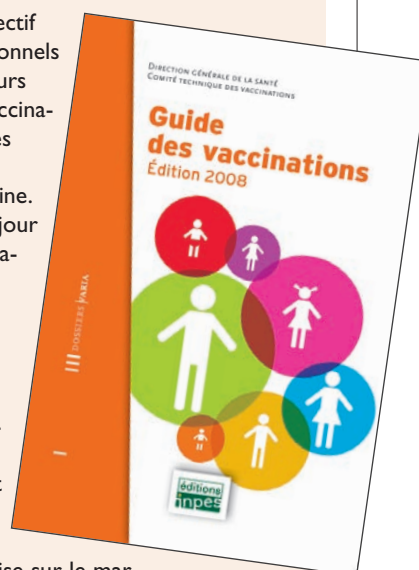
Il a été conçu et mis à jour par le CTV, en collaboration avec l'Afssaps et l'InVS. Il contient les informations générales dont les professionnels peuvent avoir besoin : calendrier vaccinal, vaccination de populations spécifiques, principes et bases immunologiques, aspects pratiques, mise au point des vaccins, mise sur le marché et modalités de remboursement par l'Assurance maladie, politique vaccinale, suivi et évaluation des programmes de vaccination, informations...

Il fait ensuite le point sur chaque type de vaccination, non sans avoir rappelé l'épidémiologie des maladies concernées.

Des annexes fournissent nombre de renseignements pratiques : vaccins disponibles en France, listes d'adresses (centres nationaux de référence, centres régionaux de pharmacovigilance, centres de vaccination contre la fièvre jaune et contre la rage), textes officiels, sites Internet, etc.

www.inpes.sante.fr

ENCADRÉ 3



inrs

Documents pour le Médecin du Travail
N° 116
4^e trimestre 2008

OBLIGATIONS VACCINALES

Réglementation actuelle

Les obligations vaccinales en population générale sont actuellement au nombre de quatre : l'antidiphtérique, l'antitétanique, l'anti-poliomyélitique et enfin, l'anti-amarile (fièvre jaune) mais seulement en Guyane (zone d'endémie) depuis 1967 introduite par décret. Le BCG n'en fait plus partie puisque l'obligation a été suspendue par décret le 17 juillet 2007 ⁽²⁾.

Pour la vaccination diphtérie/tétanos, seul le premier rappel à 18 mois est obligatoire. Les autres rappels ne sont pas compris dans l'obligation vaccinale. Pour la vaccination anti-poliomyélitique, les rappels sont obligatoires jusqu'à 13 ans. La justification de ces vaccinations doit être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants. Les sanctions pénales pour non-respect de l'obligation ne sont que rarement appliquées même si, récemment, un amendement a modifié la loi pour étendre les sanctions pénales valables pour le BCG (peine d'emprisonnement) à la vaccination diphtérie et tétanos. La seule sanction prise concerne les enfants, à savoir l'exclusion de la collectivité, à charge pour les parents d'en assumer les conséquences, c'est-à-dire un autre mode de garde ou une scolarisation à distance.

Contre-indications et vaccinations obligatoires

Seule une contre-indication dûment établie par un certificat médical permet de justifier l'absence de ces vaccinations et d'admettre malgré tout l'enfant concerné dans la collectivité.

C'est une circulaire de la DGS de 1997 modifiant une circulaire de décembre 1985 relative aux contre-indications aux vaccinations qui dicte les bonnes pratiques en la matière. La référence actualisée aujourd'hui est représentée par les textes d'AMM des vaccins comportant les contre-indications, reprises dans le Vidal®. Le cas particulier de la vaccination par le BCG n'est plus vraiment d'actualité, notamment pour la population générale. Il n'existe aucune contre-indication temporaire ou définitive pour les vaccins contre la diphtérie et le tétanos. Pour la vaccination anti-poliomyélitique, un arrêté de 1965 mentionne la possibilité d'une contre-indication, mais elle est exclusivement temporaire et ne concernait que le vaccin oral. Pour la fièvre jaune, les contre-indications sont l'allergie à l'œuf, un déficit immunitaire, une affection maligne évolutive et les enfants de moins de six mois.

Il faut noter que le certificat de contre-indication ne peut pas être général. Il ne peut pas y avoir un certificat de contre-indication à « la » vaccination, puisque la

contre-indication ne peut viser qu'un vaccin en particulier. Par ailleurs, ce certificat est limité dans le temps. La dispense de vaccination ne dure que le temps de la contre-indication, sauf en cas de contre-indication définitive. La justification d'un certificat peut se poser. Bien que cette question concerne peu les médecins du travail, il est intéressant de la développer. Un médecin de crèche ou scolaire peut saisir le médecin inspecteur de la DDASS sur un certificat de contre-indication pour lequel il aurait un doute. À ce moment-là, le médecin inspecteur pourrait diligenter une contre-expertise. En cas de faisceaux d'indices faisant craindre que le médecin a enfreint les règles légales déontologiques, le DDASS peut saisir le Conseil régional de l'Ordre des médecins.

Politique vaccinale pour les voyageurs (cf. également Vaccinations et voyages)

Le règlement sanitaire international ciblait antérieurement trois maladies : la fièvre jaune, la peste et le choléra. Il a été revu en 2005 avec un délai d'application de deux ans. Ce nouveau règlement sanitaire international s'applique depuis le mois de juin 2007. Les certificats internationaux de vaccination sont devenus des « certificats internationaux de vaccination ou de prophylaxie ». Le nouveau règlement ne cible plus des maladies mais toute urgence de santé publique de portée internationale. Ainsi, en cas de découverte d'un vaccin contre le SRAS ou contre certains types de grippe, ces vaccins pourront être rendus obligatoires au niveau international de manière plus aisée puisque le règlement sanitaire international ne cible plus seulement trois maladies comme auparavant. La vérification de ces certificats internationaux relève du contrôle sanitaire aux frontières. En France, ces services dépendent des DDASS, notamment pour les départements d'Outre-mer et les deux départements qui gèrent Orly et Roissy.

La fièvre jaune fait l'objet d'une obligation vaccinale pour les personnes de plus d'un an résidant ou séjournant en Guyane qui est une zone d'endémie avec la présence du vecteur de la maladie. Pour mémoire, le dernier cas diagnostiqué en Guyane l'a été en 1998. En outre, en raison de la présence du même vecteur dans les départements d'Outre-mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique), les personnes de plus d'un an qui proviennent d'une zone infectée, par exemple de certains pays d'Afrique qui sont en zone endémique de fièvre jaune, ont l'obligation d'être vaccinées contre la fièvre jaune. Le but est d'empêcher l'importation du virus et celle de la maladie sur le territoire où le moustique vecteur est présent, comme le prévoit le règlement sanitaire international (RSI).

Le vaccin contre la fièvre jaune n'est réalisé en France que dans des centres de vaccination habilités par le ministre de la Santé (une liste de ces centres est disponible sur le site Internet du ministère ou à l'annexe 8 du « Guide de vaccination », cf. encadré 3). Il y a deux exceptions :

(2) Voir également la circulaire du 14 août 2007 concernant la suspension

- les cabinets médicaux d'unités des Armées (il ne s'agit pas des hôpitaux des armées qui, eux, ont une habilitation pour la vaccination fièvre jaune). Ces cabinets médicaux d'unités ont eu une dérogation pour que des médecins formés puissent vacciner du personnel des armées partant en mission dans des pays où la vaccination contre la fièvre jaune est requise. Il s'agit de médecins spécifiquement formés qui pourraient aussi servir de « centre de vaccination » en cas de pandémie puisqu'ils constituent un maillage territorial de médecins formés spécifiquement à certaines vaccinations dans le cadre de l'armée ;

- l'expérimentation de deux ans qui a lieu en Guyane (vaccination obligatoire pour les résidents) : il s'agit d'une autorisation de vacciner contre la fièvre jaune accordée par le préfet de Guyane à une vingtaine de médecins généralistes initialement formés. Les vaccinations sont financées par l'Assurance maladie (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) afin que le vaccin reste gratuit.

Il est nécessaire de rappeler qu'il y a parfois confusion entre vaccination « obligatoire » et « exigée », notamment dans le cadre des conseils aux voyageurs : la vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire pour les résidents et les voyageurs en Guyane. Par ailleurs, elle est exigée à l'entrée par certains pays d'Afrique. Enfin, elle est recommandée dans d'autres pays, ce qui signifie qu'elle n'est pas exigée à l'entrée.

Le vaccin contre la méningite à méningocoque A, C, Y, W 135 est exigé par l'Arabie Saoudite pour le pèlerinage à la Mecque, ce qui génère une surcharge d'activité pour les centres de vaccination dans les périodes qui précèdent ce pèlerinage.

Les documents de référence sur le sujet sont les recommandations aux voyageurs publiées dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire - BEH*, (disponible sur www.invs.sante.fr) qui correspondent au travail du Comité technique du HCSP (Comité des maladies des voyageurs et des maladies d'importation). Le site de l'OMS propose également un guide « *Voyages internationaux et santé* », disponible en anglais sur www.who.int.

Vaccinations en santé au travail

VACCINATIONS OBLIGATOIRES EN SANTÉ AU TRAVAIL

Les obligations vaccinales professionnelles visant à la protection du salarié sont prévues par l'article L. 3111-4 du Code de la Santé publique et sont à la charge de l'employeur. Il y a actuellement six vaccinations obliga-

toires dont la grippe (cette obligation a été suspendue mais non abrogée). L'obligation concernant la typhoïde ne s'applique que pour le personnel de laboratoire d'analyses bio-médicales. Toutefois, les textes de loi, les décrets, les arrêtés ne peuvent pas envisager tous les cas de figure avec un haut niveau de précision. La rédaction du calendrier vaccinal a nécessité l'ajout de nombreuses notes de bas de page précisant la façon dont les textes doivent être appliqués : par exemple, pour la typhoïde, ce ne sont pas tous les personnels du laboratoire d'analyses bio-médicales qui sont concernés mais seulement ceux qui manipulent des selles. En effet, la situation d'une salariée (secrétariat par exemple) qui ne touche aucun prélèvement et celle du médecin biologiste sont différentes.

Les vaccinations obligatoires en milieu de travail concernent les publics suivants (article L. 3111-4 du Code de la Santé publique) :

- les personnes qui, dans un établissement ou un organisme public ou privé de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées, exercent une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination. Ces obligations vaccinales s'appliquent aux personnels de santé mais également aux personnels des services de secours et d'incendie ;

- les élèves ou étudiants d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et autres professions de santé qui sont soumis à l'obligation d'effectuer une part de leurs études dans un établissement, organisme public ou privé de prévention ou de soins.

Un certain nombre d'arrêtés détaillés ci-après ont apporté des modifications ou des précisions à l'article L. 3111-4 du Code de la Santé publique. L'arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements, organismes publics ou privés, de prévention ou de soins n'a pas été modifié à ce jour parce qu'il repose sur des répertoires en cours de révision. En effet, les établissements ont évolué depuis 1991 et de nombreuses structures de soins à domicile ont également été créées. Le travail d'actualisation de cette liste est en cours, notamment avec la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS), et avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Deux arrêtés ont également été pris en date du 6 mars 2007 (cf. *annexe 1*). Le premier est relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé. Cette liste a été revue à la demande du CTIV. Certaines filières professionnelles ont ainsi été retirées comme celles d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'orthoptiste, d'orthophoniste et d'audio-prothésiste dont l'exposition n'apparaissait pas évidente. En revanche, certaines professions comme les assistants dentaires n'ayant pas de filière officielle bien déterminée n'ont pu être ajoutées malgré le souhait des

experts. Cette profession ne peut donc relever que de l'arrêté du 15 mars 1991. Une fois les personnes formées, la décision appartient au médecin du travail. Le deuxième arrêté fixe les conditions d'immunisation des personnels visés à l'article L. 3111-4 et a été revu en raison d'un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en 2003 sur la prévention de la contamination soignant/soigné relative à l'hépatite B. Par ailleurs, la circulaire du 16 avril 2007 a précisé que les simples stages d'observation à l'hôpital ne devraient pas donner lieu à une obligation vaccinale afin d'éviter les situations où des élèves de secrétariat « observateurs » seraient vaccinés par excès.

Rappelons que l'obligation vaccinale contre la grippe pour les professionnels de santé, citée précédemment, a été suspendue par le décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006, mais elle figure toujours dans le Code de la Santé publique. Ainsi cette obligation vaccinale n'est à ce jour pas abrogée.

Enfin, concernant la vaccination contre la tuberculose, l'obligation vaccinale par le BCG est maintenue pour les personnels visés par les articles L. 3112-1 et L. 3112-2. Le sujet va être étudié par le Comité technique des vaccinations dans les mois à venir car l'abrogation de l'obligation vaccinale en population générale pose clairement la question du maintien de cette obligation en milieu professionnel. L'obligation concerne à la fois certaines personnes en raison de leurs études ou en raison de l'établissement dans lequel elles travaillent. En sont dispensées les personnes qui justifient d'une contre-indication et présentent un certificat médical. Pour l'instant, la preuve écrite de la vaccination doit être apportée. Pour certains étudiants et certains professionnels, une cicatrice vaccinale peut faire office de preuve.

VACCINATIONS RECOMMANDÉES ET RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

En aucun cas, la vaccination ne peut remplacer la mise en place de protections collectives ou individuelles. La personne ne peut être protégée efficacement que si des protections collectives et individuelles, dans le cadre de l'exposition à des risques biologiques, ont été prises : limiter d'abord le nombre de personnes susceptibles d'être exposées, mettre à disposition des protections collectives de type aspiration, flux d'air et, selon les circonstances, mettre à disposition des masques ou des gants efficaces pour éviter toutes les voies de pénétration des germes (respiratoires, cutanées...), éviter de fumer et de manger dans certaines zones de travail, etc. Il faut insister sur l'information des salariés afin que cette vaccination ne devienne pas une « fausse sécurité ». Dans le cas de vaccinations

recommandées, on ne doit parler des vaccinations qu'après avoir envisagé tous les autres moyens de prévention.

Les recommandations vaccinales du CTV concernent la population générale mais précisent également les recommandations particulières en milieu professionnel sous réserve d'une évaluation des risques par le médecin du travail (cf. le calendrier vaccinal). L'employeur, sur les conseils du médecin du travail et en fonction du calendrier vaccinal, peut recommander, à ses frais, certaines vaccinations.

La vaccination n'est pas conçue comme faisant uniquement partie du chapitre de l'hygiène et de la sécurité au titre III du livre II du Code du travail. La vaccination en santé au travail est également abordée au titre IV du même livre dans la description des missions des services de santé au travail. Ainsi l'article L. 241-2 précise que « *les services de santé au travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecin du travail et dont le rôle est exclusivement préventif et contribue à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs.* »

La lettre circulaire de 1998, en cours d'actualisation, donne quelques recommandations sur la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail. Les grands principes rappelés dans la circulaire de 1998 sont les suivants : le salarié a le libre choix du médecin vaccinateur et doit être d'accord pour la vaccination ; la vaccination est en lien avec l'exposition professionnelle et est prise en charge totalement par l'employeur (accord du chef d'entreprise pour que le médecin du travail puisse vacciner) ; les vaccinations sont effectuées, bien évidemment, en suivant les recommandations du CTV.

La circulaire rappelle également que la vaccination est un geste médical qui doit s'inscrire dans un but exclusif de prévention des risques professionnels. Ainsi, après avoir réalisé une étude du milieu de travail et des risques professionnels, le médecin du travail conseille l'employeur et informe le Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) de l'entreprise sur les avantages et les risques liés à cette vaccination. Cette circulaire rappelle, par ailleurs, que les conditions nécessaires à la pratique de cette vaccination sont identiques, en matière de sécurité, à celles requises pour les « autres » médecins. Elle nécessite un examen préalable, une information sur la vaccination qui doit figurer dans le dossier médical et dans le carnet de vaccination. Un certificat est remis au salarié spécifiant qu'il a reçu la vaccination. Cette vaccination est un acte clinique qui rentre dans le cadre du temps médical décrit par le Code du travail. Ce n'est pas une action de tiers temps, ni une activité connexe du médecin du travail.

VACCINATION ET APTITUDE

En ce qui concerne « Vaccination et aptitude », se reporter également à la partie « Aspects juridiques », p. 507.

Le médecin du travail doit respecter la libre volonté du salarié d'être vacciné ou non. La circulaire de 1998 indique que : « *le refus du salarié à être vacciné ne peut justifier à lui seul l'éviction à son poste de travail et la rupture du contrat de travail* ». Cette circulaire rappelle l'importance d'améliorer la prévention au poste de travail et le fait que la vaccination n'est pas une mesure de prévention comme les autres. Dans tous les cas, le salarié doit être informé des conséquences de sa décision.

Dans les métiers de la santé et assimilés, l'obligation vaccinale peut retentir sur la décision d'aptitude du médecin du travail. Dans les hôpitaux publics de l'AP-HP, il y a une disposition particulière qui précise que le médecin du travail veille, sous la responsabilité du chef d'établissement, à vérifier l'obligation vaccinale, c'est-à-dire la preuve que telle ou telle vaccination a été réalisée : certificat médical, certificat de vaccination... En aucun cas, l'employeur ne doit être destinataire de l'état immunitaire réel du salarié. La décision d'aptitude du médecin du travail n'est pas uniquement liée à la réponse à l'obligation réglementaire. En effet, il peut y avoir des salariés qui ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B, mais qui ont fait une hépatite B et qui sont, de ce fait, immunisés. Dans ce cas, il n'y a pas de raison de prononcer une inaptitude au poste de travail et d'empêcher le contrat de travail entre l'employeur et le salarié. À l'inverse, il est possible de rencontrer des personnes vaccinées et non protégées. L'avis d'aptitude prend en compte l'importance du risque, les moyens de la prévention collective et individuelle (port de masque, port de gants...) ainsi que l'état de santé du salarié. Lorsque les risques de contamination paraissent prévenus, un avis d'aptitude pourra être délivré mais le salarié devra être informé et formé aux mesures de prévention.

Vaccinations altruistes, vaccinations égoïstes

Les notions de vaccinations altruistes ou égoïstes concernent essentiellement les établissements de santé. En effet, dans ces établissements, les vaccinations ont souvent un double objectif : prévention des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs et protection des patients.

Depuis la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, le droit des malades a évolué. Ainsi, la DGS et le CTV précisent que certaines recommandations vaccinales spécifiques à certaines catégories professionnelles visent non pas uniquement à la protection des professionnels, mais aussi à la protection du public en contact avec ces professionnels. Il est alors fait référence à des vaccinations altruistes.

Par exemple, pour la coqueluche, il existe des recommandations pour les professionnels en contact avec des nourrissons trop jeunes pour être protégés par la vaccination : personnels travaillant dans les maternités, dans les services de néonatalogie ou de pédiatrie (rappel décennal). Dans ce cadre, le médecin du travail peut avoir un rôle fondamental car c'est lui qui sera à l'origine de la prescription du vaccin. À l'évidence, cette vaccination n'est pas courante parmi les professionnels de santé, ce dont témoignent les nombreux signalements de coqueluche nosocomiale à partir des établissements de soins et dont les trois quarts concernent le personnel. Afin de faciliter cette vaccination, il est recommandé, depuis 2008, de réduire à deux ans le délai minimal qui sépare d'une vaccination diphtérie, tétanos, polio (c'est-à-dire qu'un sujet exposé qui a été vacciné depuis plus de deux ans par diphtérie, tétanos, polio peut recevoir un vaccin diphtérie, tétanos, polio, coqueluche). En situation de cas groupés, ce délai peut être ramené à 1 mois.

La grippe est également un des problèmes qui fait débat en milieu de travail parmi les professionnels de santé. Cependant, il n'existe pas beaucoup de preuves que c'est un risque professionnel majeur. C'est d'ailleurs pour cette raison que bon nombre de soignants ne veulent pas être vaccinés malgré des campagnes d'information. Le côté altruiste de la vaccination les gêne. Certains viennent se faire vacciner parce qu'ils ont parfaitement compris que cela va protéger les personnes âgées qu'ils ont en charge et à l'opposé, d'autres restent très réticents. La vaccination anti-grippe est un des rares exemples de ce type. Cependant, il faut se rappeler qu'en cas d'épidémie de grippe importante, il existe quand même une probabilité non nulle qu'une infirmière ou un médecin soit contaminé à l'hôpital. Il s'agit donc bien d'un risque professionnel. Dans d'autres établissements, en particulier du secteur tertiaire, il y a peut-être davantage débat. Il faut rappeler enfin que, dans les établissements de santé, les médecins du travail participent aux CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales). Les infections nosocomiales regroupent à la fois les infections contractées par les patients pendant leur séjour dans l'établissement de soins mais aussi celles contractées par les soignants pendant leur travail.

Enfin, depuis la mise en place du Plan national d'élimination de la rougeole en 2005, et étant entendu que les moins de 28 ans sont concernés par les recomman-

(3) La varicelle est responsable d'infections congénitales et néonatales, ainsi que de forme grave avec atteinte pulmonaire chez la femme enceinte non immunisée.

dations en population générale, la vaccination est recommandée pour les professionnels de santé de plus de 28 ans, non vaccinés et sans antécédent de rougeole, avec sérologie négative, en formation, à l'embauche ou en poste dans les services accueillant des sujets à risques de rougeole grave, en pratique dans tous les services.

De même, la vaccination contre la varicelle (3) est recommandée chez les personnes sans antécédent de varicelle à sérologie négative (recommandations de 2004) pour le personnel de la petite enfance, les professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste dans les services accueillant des sujets à risques de varicelle grave. L'application en est actuellement très problématique. Une enquête a été réalisée auprès des directeurs des écoles d'infirmières : 332 directeurs ont été interrogés et environ la moitié ont répondu. Soixante pour cent ne connaissaient pas les recommandations concernant la vaccination contre la varicelle pour les professionnels de santé. Lorsqu'ils la connaissaient, ils en connaissaient à peu près le contenu ; 80 % ne demandaient pas les antécédents de varicelle ou zona aux étudiants des instituts de formation en soins infirmiers à leur inscription ; 91 % ne demandaient pas de contrôle sérologique chez les sujets sans antécédent connu de varicelle ou zona et, lorsque la sérologie était connue et négative, dans 85 % des cas il n'était pas demandé à l'étudiant d'aller consulter un médecin en vue d'une vaccination contre la varicelle.

Il est un fait que les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé sont très mal appliquées. Rendre obligatoires les vaccinations recommandées pour le personnel de santé n'est pas à l'ordre du jour. Toutefois, la contamination possible de malades par un personnel non immunisé en dépit des recommandations pose un problème de responsabilité autant qu'un problème éthique. Il faut sûrement améliorer la couverture vaccinale de ces personnels. Le CTV souhaite, par ailleurs, voir la mise à disposition d'un document simple, lisible, qui résume toutes ces recommandations et obligations vaccinales pour le personnel de santé. Ce document aura pour objectif d'être utilisé lors d'actions de sensibilisation du personnel, des directions d'hôpitaux dont la responsabilité est engagée et des médecins du travail.

La réglementation, pour l'instant, insiste bien sur la prévention des risques et la protection du travailleur en fonction de ses expositions professionnelles mais cela n'exclut pas la promotion de la santé dans l'entreprise. La problématique du secteur des soins rejoint celle de la sécurité des consommateurs dans l'alimentation ou celle de la protection de la population des « voyageurs professionnels »... Dans le cas particulier du risque de transmission de l'hépatite B aux patients par les professionnels de santé, un avis du Conseil supérieur de l'hygiène publique de France (CSHPF devenu le HCSP) prévoit une commission spécifique pour statuer sur le maintien ou non au poste d'un soignant, qui pratiquerait

des actes invasifs et serait porteur de l'antigène HBs (scéances du 27 juin et du 7 novembre 2003). Cette commission spécifique n'a, en fait, pas pu être mise en place, ce que précise la circulaire du 16 avril 2007. Il y a eu différents travaux et contacts avec l'Ordre des médecins et d'autres directions mais qui n'ont pu aboutir, ce qui laisse des questions sans réponse. La solution adaptée, aujourd'hui, consiste à mettre en place ponctuellement une commission régionale qui suit la composition préconisée par l'avis du CSHPF pour statuer sur des cas particuliers. Le problème s'est posé dans cinq ou six régions et se pose actuellement dans d'autres. Toutefois, il n'y a réellement qu'une ou deux régions qui ont, ponctuellement, mis en place une commission régionale et qui ont statué. Ces nombreuses problématiques ne relèvent pas que de la DGS, puisque pour tout ce qui est exclusion d'un professionnel, il y a les problématiques de reclassement, d'indemnisation, etc. qui ne sont pour l'instant pas réglées. À ce sujet, des expertises sont en cours et leurs résultats sont attendus.

Témoignages sur les difficultés pratiques en médecine du travail

L'objectif de cette partie était de recenser un certain nombre de questions qui se posent aux médecins du travail dans leur pratique quotidienne. Cette pratique a été rapportée par *G. Abadia* pour ce qui concerne la MSA, *B. Biarreau* pour les services interentreprises, *C. Lebaupain* pour le BTP et *D. Abiteboul* pour le secteur hospitalier.

Ces questions trouvent, pour certaines d'entre elles, réponse dans la partie « Aspects juridiques ». Le lecteur est donc invité à s'y reporter, p. 507.

PRATIQUES À LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)

Le régime agricole concerne environ 1,5 million de salariés. La MSA est un guichet unique, avec des services de santé au travail et de prévention des risques professionnels. Elle possède un réseau de 380 médecins du travail et d'environ 260 conseillers en prévention. Les médecins sont salariés des caisses de la MSA et non pas de services interentreprises. La MSA a l'habitude de travailler en réseau pluridisciplinaire. L'échelon national de santé au travail est chargé d'animer le réseau des médecins du travail, de répondre à leurs questions ou demandes d'informations. Ceci permet

ensuite d'en faire profiter les autres et d'homogénéiser les pratiques d'un endroit à l'autre. Le Code rural qui régit les services de santé au travail en agriculture comporte des dispositions différentes quant à la prise en charge des vaccinations, à savoir que, tout ce qui est examen complémentaire recommandé ou vaccination recommandée par les médecins du travail incombe au service de santé au travail de la caisse de la MSA.

En milieu agricole, la grande majorité des entreprises sont extrêmement petites avec moins de 5 salariés pour 70 % d'entre elles. Les secteurs d'activité sont variés : grandes cultures, élevages de petits et gros animaux, secteur forestier, espaces verts, coopératives avec une part agroalimentaire importante... La MSA est très peu concernée par le départ de travailleurs à l'étranger. Elle est également très peu concernée par les vaccinations obligatoires relatives aux établissements de soins. Seuls quelques-uns sont suivis par la MSA. Les infirmières de médecine préventive qui s'occupent des examens de santé sont en général rattachées aux laboratoires et, donc, au régime général, hormis dans deux caisses de la MSA où elles en sont salariées. En revanche, l'évaluation des risques professionnels et l'indication de vaccinations recommandées ou de vaccinations particulières (cf. le calendrier vaccinal) sont des questions qui se posent quotidiennement.

La vaccination contre la rage est un bon exemple d'interrogations qui surviennent toujours lors d'alertes. Lors de l'épisode du chien enragé (Tikki) importé illégalement à Bordeaux en 2004, la demande était forte de la part des gardes-chasse de se faire vacciner systématiquement devant le risque de retour de la rage dans la faune sauvage. En 2007, lorsqu'un chat a été contaminé par une chauve-souris, des gardes-chasse qui s'occupent, entre autres tâches, de l'observation des populations de chauves-souris, se sont forcément posés la question : pourquoi ne sont-ils pas vaccinés contre la rage alors que le calendrier vaccinal conseille, dans les recommandations particulières, de vacciner les chiroptérologues ? La question de l'indication de la vaccination contre la leptospirose revient également extrêmement fréquemment. Pour certaines professions, la réponse est simple : dans le secteur de la pisciculture, les travailleurs ont les mains dans l'eau à longueur de temps et ne peuvent pas porter de gants, l'indication vaccinale est alors naturelle, mais le plus souvent, elle reste une indication au cas par cas, avec une information systématique sur les autres mesures de prévention. Dans le même ordre d'idée, la recrudescence des cas d'encéphalite à tiques en Suisse en 2007 et une politique commerciale du laboratoire assez incitative a conduit les médecins du travail, notamment des départements limitrophes, à s'interroger sur l'utilité de cette vaccination chez les travailleurs forestiers, vaccination classée en recommandations particulières dans le calendrier vaccinal. Il a fallu resituer l'incidence la maladie

clinique en France en regard de l'intérêt de la vaccination... De fait, le principe est toujours le même, basé sur l'évaluation du risque, au cas par cas. Beaucoup de questions se sont également posées à la MSA, au moment de l'extension de l'épizootie à virus influenza aviaire hautement pathogène et de la menace de pandémie grippale, sur l'indication et la pratique de la vaccination contre la grippe humaine saisonnière pour éviter un éventuel réassortiment, y compris en dehors des périodes de circulation du virus influenza humain. Concernant la vaccination contre la grippe humaine saisonnière, hormis l'indication dans les quelques établissements de soins du régime agricole, certains employeurs, notamment des personnels du secteur tertiaire sous la responsabilité de la MSA, sont très incitatifs à proposer une vaccination pour leurs employés. Ils achètent le vaccin, proposent la vaccination aux salariés souvent pour limiter l'absentéisme et demandent aux médecins du travail de la réaliser. Toutes les situations se rencontrent : les médecins rappellent bien que la vaccination anti-grippale ne fait pas partie de la protection du travailleur, mais cette proposition de vaccination, basée sur le volontariat des salariés, les satisfait souvent du fait de l'unicité du lieu. Par ailleurs, ce « service rendu » par les médecins du travail, bien qu'hors de leurs missions, des recommandations ou de la réglementation, leur facilite souvent la réalisation ensuite d'autres actions de prévention par une confiance accrue. En dehors des vaccinations recommandées, la pratique quotidienne est celle des rappels dTPolio tous les dix ans. Parallèlement, et pour revenir sur les vaccinations altruistes, la valence coqueluche n'est pas proposée aux jeunes parents ou jeunes adultes désirant le devenir. C'est peut-être quelque chose qu'il faudra faire évoluer au fil du temps.

En termes de lieux de vaccination, plusieurs cas de figures se présentent selon le lieu de consultation :

- service de santé au travail de la caisse de MSA souvent situé en ville ;
- lieux isolés (annexe de mairie, camion...) à proximité des lieux de travail mais parfois très difficilement accessibles notamment en hiver ou en dehors des zones couvertes par le téléphone portable.

En pratique, lorsqu'ils vaccinent, les services de santé au travail de la MSA ont généralement à disposition adrénaline et corticoïdes ; les vaccinations ne sont pas pratiquées en zone isolée.

PRATIQUES DES SERVICES INTERENTREPRISES

Les services interentreprises sont amenés à suivre de très petites entreprises d'un ou deux salariés ou de grands groupes expatriant du personnel. L'évaluation

du risque est donc difficile pour les médecins du travail. Ceci explique que les indications vaccinales peuvent être très variables. Si, en milieu hospitalier, il paraît plus facile à évaluer (par exemple une infirmière en centre d'hémodialyse...), en revanche, dans d'autres milieux professionnels, le médecin est amené à surveiller des salariés pour lesquels il ne connaît pas toujours bien le milieu dans lequel ils exercent. Par exemple, dans le cas de la maintenance d'appareils médicaux, plusieurs questions se posent : y a-t-il un risque d'hépatite B s'il y a du sang séché dans la machine ? Un autre exemple où la question du risque peut être posée est celui des assistantes dentaires : activité associée à la fois un travail administratif et un travail au fauteuil. Existe-t-il un risque ? Pour les sociétés ayant des établissements multiples, les évaluations du risque pour un même poste peuvent être différentes... Une fois l'indication vaccinale posée, que se passe-t-il lorsque la personne refuse la vaccination ?

Dans les services interentreprises, beaucoup de médecins contrôlent eux-mêmes les vaccinations et doivent informer l'employeur, si la personne n'est pas vaccinée, du non-respect de l'obligation vaccinale. Est-ce ainsi que l'on doit procéder ? Une fois l'indication posée, il reste les questions de l'information au salarié et du consentement éclairé. Comment peut-on prouver que le salarié a été correctement informé ? Si une personne refuse la vaccination alors que le médecin estime que le risque est important, doit-on envoyer un courrier indiquant que cette personne a précisément été informée du risque à la fois de la vaccination et de l'absence de vaccination ? Le salarié doit-il signer une décharge ? Enfin, peut-on s'en sortir en réglant le refus du salarié par une inaptitude, sachant que le salarié risque de perdre son emploi. Le médecin doit-il orienter vers un poste comportant moins de risques sachant que ce ne sera pas toujours possible dans les petites entreprises ?

En ce qui concerne les missions à l'étranger, les personnes partent généralement volontairement. Il est assez rare qu'une expatriation soit imposée. La mission d'information du médecin du travail est primordiale et il faut rappeler que certaines vaccinations ne peuvent être faites que dans les centres de vaccination internationaux, comme celles de la fièvre jaune, de l'encéphalite japonaise et de la méningite à méningocoques A, C, Y, W135. Pour les expatriations, le problème est généralement simple. Cela concerne essentiellement des grands groupes qui connaissent bien le sujet. En revanche, pour les missions courtes, le service de santé au travail dispose généralement de très peu d'informations sur les conditions de travail et de vie sur place. Le salarié n'est généralement pas très au courant de ses conditions de voyage et d'hébergement. Certains salariés souhaitent être vaccinés « contre

tout ». Dans d'autres cas, les médecins ont plutôt tendance à vacciner insuffisamment en se disant que, pour un voyage de peu de jours, avec des déplacements d'un bureau à un hôtel, le risque est minime. La question de possibles activités extra-professionnelles lors du déplacement est également à discuter ? Doit-on proposer, par exemple, la vaccination contre l'encéphalite à tiques pour quelqu'un qui va partir quinze jours dans les pays de l'Est, dont l'activité est exclusivement un emploi de bureau, mais qui pourrait aller passer ses week-ends en forêt ? La situation la plus inconfortable reste celle des personnes qui viennent la veille pour le lendemain... Dans ces cas là, la vaccination n'a pas de sens puisqu'ils ne seront pas protégés. Toutefois, la question de la vaccination en prévision d'une seconde mission peut se poser...

PRATIQUES EN MILIEU HOSPITALIER

En milieu hospitalier, l'évaluation des risques est une étape absolument essentielle. Dans le Code du travail, elle est de la responsabilité de l'employeur. Cependant, l'arrêté du 6 mars 2007 (*annexe 1*) rappelle que le médecin du travail a également un rôle à jouer : il va réévaluer au cas par cas, en entretien individuel, l'indication de l'obligation vaccinale. L'obligation ne doit pas être appliquée sous le seul prétexte que l'établissement figure dans la liste de l'arrêté de 1991. Pour l'évaluation des risques, différents documents sont à établir : le document unique élaboré à la suite de l'évaluation des risques, la liste de tous les agents hospitaliers exposés aux agents biologiques de classe 3 (dont fait partie le virus de l'hépatite B) prévue par le Code du travail. En pratique, il est difficile de tirer des informations pertinentes de cette liste des agents car, dans un établissement de santé, le turn-over des personnels est important (stagiaires, CDD, polyvalence, mobilité interne...). Cette liste ne suffit donc pas pour décider de la vaccination. Par ailleurs, s'il est vrai que, pour un établissement de santé, il est relativement facile d'évaluer le risque, en revanche dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées par exemple, également concernés par le décret de 1991, il peut être plus difficile de savoir si l'obligation vaccinale doit réellement s'appliquer, le risque étant dans certains cas extrêmement modeste. Dans tous les cas, il est important de trouver une position consensuelle entre les différents protagonistes : employeur, CHSCT, médecin du travail.

La vérification des conditions d'immunisation contre le virus de l'hépatite B, telles que mentionnées dans l'arrêté du 6 mars 2007, nécessite l'interprétation d'un médecin en ce qui concerne les exigences de taux d'anticorps, de recherche d'antigènes dans certaines conditions. Son intervention est également indispensable

pour décrypter le nom commercial des vaccins et le respect du secret médical en cas de contre-indication... En pratique, dans les hôpitaux publics, cette délégation de responsabilité concernant la vérification des vaccinations est prévue dans les textes. Dans les établissements privés, ce n'est pas le cas, ce qui rend parfois difficile le positionnement des médecins du travail.

Une autre question pratique est celle de l'apport de la preuve de la vaccination contre l'hépatite B avant d'être exposé au risque. Il est précisé que la vaccination doit être complète. C'est-à-dire deux doses à un mois d'intervalle et un rappel au bout de six mois, avec vérification du taux d'anticorps un mois après le rappel. D'après l'arrêté du 6 mars 2007, il faudrait donc au minimum six à sept mois pour mettre une personne en poste si elle arrive à l'embauche non vaccinée. Dans la plupart des cas, le médecin du travail voit, au mieux, la personne la veille de son embauche. Par exemple, face à une panseuse dont on a hautement besoin dans un bloc chirurgical de clinique et qui n'a pas du tout été vaccinée contre l'hépatite B, quelle décision doit prendre le médecin du travail ? Heureusement ce cas de figure ne se pose encore pas trop souvent pour le moment, car il y a eu une large campagne de vaccination des adolescents en France. Le problème va probablement de nouveau se présenter car la prévalence de la couverture vaccinale contre l'hépatite B en population générale est en nette diminution en France.

Un autre article de l'arrêté de 2007 précise qu'il n'est possible d'acter que la vaccination a correctement été réalisée que dans le cas où sont précisés le lot, les doses et les dates. Concrètement, il est assez rare d'avoir tous ces éléments. Bien souvent, le médecin du travail de l'hôpital doit se contenter de la bonne foi du salarié qu'il a en face de lui et qui dit avoir été vacciné, voire au mieux sur un résultat du dosage des anticorps anti-HBs, mais par rapport à l'application *stricto sensu* du texte c'est insuffisant.

Qui vaccine ? Selon la réglementation, c'est le médecin du choix de la personne. Habituellement, lorsque le médecin du travail vaccine dans une structure, la vaccination est bien acceptée. Il est rarissime que les gens demandent à aller voir leur médecin traitant pour recevoir la vaccination justifiée par l'existence éventuelle d'un risque professionnel. Néanmoins, et de façon croissante, il est observé une réticence pour la vaccination contre l'hépatite B et des médecins du travail renvoient vers le médecin traitant, dans certains cas, en raison d'un manque de temps, dans d'autres, par manque de moyens. Certains médecins du travail exerçant dans un camion n'ont pas forcément les vaccins à disposition. D'autres encore ne souhaitent pas pratiquer la vaccination en raison des réticences des personnes. Cela va à l'encontre du devoir d'information concernant la balance bénéfices/risques de la vaccination, le médecin de ville

n'étant pas dans la meilleure position pour juger en détail de l'indication ou non de cette vaccination.

Qui paye ? Au regard du Code du travail, la vaccination est à la charge de l'employeur. Cependant, avant l'embauche, la personne n'étant pas encore liée par un contrat de travail avec l'employeur, la question peut se poser de savoir qui doit prendre en charge le coût de la vaccination : l'employeur ou l'Assurance maladie ? Les réticences à appliquer *stricto sensu* l'arrêté du 6 mars 2007 ne sont pas rares pour ce qui concerne le dépistage de l'antigène HBs. Certes, ce dépistage est utile car la personne va éventuellement apprendre qu'elle est porteuse chronique d'une hépatite (ce qui permettra une prise en charge) mais ce n'est pas l'objectif principal du texte qui est de vérifier que la personne n'est pas porteuse chronique et qu'elle ne va pas éventuellement contaminer les patients.

Il est nécessaire que, d'une façon ou d'une autre, soient clarifiées les missions des médecins du travail et il paraît également important de mieux informer les médecins du travail sur les vaccinations. Intégrer l'activité de vaccination dans le rapport annuel d'activité serait déjà une première étape importante. Des initiatives ont été listées dans ce sens au CTV pour cibler plus spécifiquement les médecins pratiquant des vaccinations en milieu de travail.

PRATIQUES DANS LE SECTEUR DU BTP

Le secteur du Bâtiment et des Travaux publics (BTP) représente une population d'environ 1 500 000 salariés au niveau national et une typologie d'entreprises un peu particulière, mais, comme pour la MSA, avec énormément de petites entreprises, puisque 80 % d'entre elles ont moins de dix salariés. Un des problèmes est évidemment de poser l'indication des vaccinations, sachant que le secteur du bâtiment n'est pas concerné réglementairement par des vaccinations obligatoires.

L'information est faite sur la vaccination antitétanique particulièrement recommandée dans ce secteur d'activité et tous les salariés sont incités à se faire vacciner. L'évaluation des risques n'est pas simple, les expositions étant souvent aléatoires et intermittentes. Sauf exception, dans ce secteur, il n'existe pas de métier où le salarié risque d'être confronté en permanence à tel ou tel agent biologique. L'exposition est le plus souvent très ponctuelle, par exemple, deux fois dans la vie professionnelle ou quelquefois par an, ce qui va poser des problèmes d'évaluation des risques, d'indication de la vaccination et d'observance des mesures de prévention préconisées, que ce soit la mise en place de la prévention collective ou le port des EPI, etc.

L'évaluation pose le problème du risque théorique

et du risque réel. Le médecin doit proposer les moyens de prévention collectifs ou individuels adaptés. En aucun cas, la vaccination ne peut se substituer à la mise en place de cette prévention. La vaccination, qui peut représenter une fausse sécurité, ne devrait être proposée qu'en cas de risque résiduel, malgré les moyens de prévention adoptés. Mais comment affirmer avec certitude l'absence de risque résiduel ou sa maîtrise ?

Une autre difficulté dans ce secteur d'activité est que, même si la prescription revient *in fine* au médecin qui se base sur l'évaluation des risques, d'autres intervenants vont également « se mêler de cette affaire ». L'exemple typique est celui du coordinateur de sécurité qui, parce qu'il a entendu dire dans sa première analyse qu'il y aurait peut-être une opération de travaux en galerie et qu'il a un doute sur la leptospirose, va indiquer « vaccination contre la leptospirose », dans son PGC (Plan général de coordination). Ce document circule et le message sera repris par d'autres intervenants, par exemple l'inspecteur du travail. Il est ensuite extrêmement difficile d'imposer une discussion sur la pertinence de cette vaccination.

Le client peut également avoir des exigences. Un exemple : lorsqu'une grande ville fait intervenir des entreprises dans son réseau d'égouts, et qu'elle exige dans le marché la vaccination des salariés contre la leptospirose. Dans ce cas, il « faut » vacciner, puisque ce sont les conditions du marché avec toute la difficulté de s'assurer que les salariés sont bien informés. Il est regrettable que, dans ce cas particulier, la ville-maître d'ouvrage fasse des contrôles impromptus sur les chantiers, afin de vérifier que ne descendent que des salariés correctement vaccinés, mais elle ne demande pas suffisamment aux entreprises de respecter toutes les autres mesures de prévention qui sont très importantes, notamment concernant les installations sanitaires mises à disposition. S'agissant des équipements, on peut penser que les salariés ne descendent pas sans les protections, les masques, les lunettes, etc. L'évaluation des risques peut également être différente d'un médecin à l'autre ce qui brouille encore les cartes et le message délivré... Sur de grands sites, par exemple, il peut y avoir des lots différents avec plusieurs entreprises qui interviennent. Une équipe sera vaccinée et pas l'autre, comment l'expliquer ?

Le refus éventuel du salarié de se faire vacciner pose la question du consentement éclairé. En région parisienne, la majorité des salariés du BTP est une population dont le français n'est pas la langue maternelle avec parfois un grand écart de culture et des difficultés de compréhension vis-à-vis de ce que représente une vaccination. La notion de consentement éclairé est donc toute relative pour ces personnes. Pour ceux qui refusent la vaccination, très souvent le risque est lié au chantier et pas au métier lui-même et il est donc souvent plus simple de demander que le salarié soit affecté sur un autre chantier. Il est en effet très rare qu'une entreprise ait une activité « de niche » exposant systéma-

tiquement les salariés à des risques biologiques. La question de l'aptitude se poserait alors, en cas de refus d'une vaccination de la part du salarié.

Vaccinations et voyages

Les professionnels qui voyagent sont issus de milieux professionnels extrêmement divers. Un grand nombre ne séjournent dans des pays tropicaux que quelques jours, dans des conditions proches de ce qui est observé dans les pays occidentaux. Ils sont relativement peu en contact avec le pays. D'autres sont expatriés pour de longs séjours. Vont-ils voyager seuls ou accompagnés de leur famille ? Quelle prise en charge pour elle ? Il existe des situations intermédiaires : les séjours de courte durée itératifs, parfois dans des endroits extrêmement divers telles les personnes employées par les compagnies d'aviation, les marins, ainsi que les guides touristiques. Il y a également des personnes qui participent à de très nombreux congrès dans des pays étrangers et susceptibles d'être exposés à de nombreuses reprises. Enfin, il faut traiter de manière spécifique les professionnels de santé et les personnes partant pour des actions humanitaires ou sanitaires dans des pays étrangers : ils peuvent être exposés à des risques infectieux plus fréquents que ceux observés en France et le risque est supérieur à celui des autres professionnels partant en mission. Le fait qu'il s'agisse d'un voyage pour une raison professionnelle donne une garantie : il implique une prise en charge financière relativement plus facile. C'est un avantage par rapport aux personnes voyageant pour leurs loisirs et surtout des migrants amenés à retourner dans leur pays d'origine. Une certaine pression de la part de l'employeur peut parfois être observée : « *Vaccinez-les et protégez-les contre tous les risques* ». De cette manière, l'employeur pense reporter sa responsabilité sur le médecin du travail et sur le centre de vaccination et de conseil aux voyageurs.

IMPORTANCE DE L'INTERROGATOIRE

Au cours de la consultation du voyageur, une place importante doit être consacrée à l'interrogatoire :

- Faire préciser les circonstances du voyage, puis le lieu exact du séjour. Les risques infectieux (par exemple le paludisme) ne sont pas aussi importants dans certaines villes que sur l'ensemble du pays. En Amérique du Sud, le risque de fièvre jaune n'existe pratiquement pas sauf en zone amazonienne. Depuis la France, la vision de cette « médecine géographique » est assez grossière, mais certains sites ou des logiciels

(par exemple www.edisan.fr), permettent d'avoir des renseignements plus précis sur les risques ou sur l'absence de risque par région.

- La durée du séjour est à prendre en compte pour tous les risques infectieux : ainsi, le risque de contracter une hépatite A, très important dans les pays en développement, est proportionnel, de manière statistique, à la durée du séjour, à plus forte raison, pour l'hépatite B. Ainsi, il n'est pas indispensable de vacciner contre l'hépatite B une personne qui ne va séjourner que trois jours en pays tropical.

- Les conditions de séjour sont également importantes. La plupart des professionnels qui voyagent sont bien logés et ont de bonnes conditions de nourriture et d'hygiène. Le risque est moins élevé que s'ils étaient en contact étroit et permanent avec la population autochtone. Cependant, les loisirs (à côté du travail) qui seront pratiqués lors du séjour ne doivent pas être oubliés dans l'évaluation des risques... L'information sur les maladies sexuellement transmissibles est également un point important.

- Le type d'activité exercée doit être pris en compte. Par exemple, pour des personnes qui vont installer des canalisations en Thaïlande et qui doivent plonger en eau douce, il paraît important de les vacciner contre la leptospirose tout autant que contre l'hépatite A. Pour les personnes engagées dans une activité de soins ou des actions humanitaires les mettant en contact avec des malades, des vaccinations comme celles de la typhoïde ou des méningocoques doivent être envisagées.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Les vaccinations du voyageur sont une excellente occasion de vérifier que l'adulte (situation la plus habituelle) est à jour de ses vaccinations en particulier de la diphtérie, du tétanos et de la polio parce le risque d'être confronté à ces infections est plus élevé dans les pays en développement. La diphtérie est présente un peu partout dans le monde, notamment en Afrique du Nord et en Afrique Noire. Dans certains pays d'Afrique, la polio circule encore au sein de la population et dans les eaux usées - aussi bien le virus vaccinal que le virus sauvage. Or l'immunité des adultes français vis-à-vis de ces infections s'atténue avec le temps et avec l'âge. Les vaccinations recommandées en France sont utiles aux voyageurs pour les pays en voie de développement.

Certaines vaccinations sont liées à un risque écologique, par exemple, la fièvre jaune liée à la piquûre de certains moustiques (*Aedes*) présents dans certains pays. Dans ce cas précis, l'obligation vaccinale est liée au règlement sanitaire international. Ce règlement sanitaire international vise surtout à protéger le pays d'accueil contre l'importation de la fièvre jaune. Par-

fois, dans un objectif de protection des voyageurs, il est nécessaire d'aller au-delà des décisions des pays. Par exemple, un pays comme le Sénégal n'exige pas d'avoir un certificat de vaccination contre la fièvre jaune, mais certains centres de vaccination internationale le recommandent vivement à ceux qui vont y voyager. La fièvre jaune ne concerne que l'Afrique intertropicale et l'Amérique intertropicale et, plus particulièrement, l'Amérique amazonienne.

L'indication de la vaccination contre l'encéphalite japonaise est également relativement limitée. C'est un risque qui existe plutôt en milieu rural et qui est lié à la transmission par des souches de *Culex* assez particulières. Elle est justifiée, par exemple, pour des ingénieurs agronomes se rendant dans des plaines à rizières en Inde mais pas pour une personne allant à Bombay. Les personnes séjournant relativement longtemps dans les pays du sud-est asiatique, par exemple les salariés de grands groupes partant travailler en Chine ou en Thaïlande sont vaccinés contre l'encéphalite japonaise, à la demande de l'entreprise.

La vaccination contre l'encéphalite à tiques centre-européenne n'est pas indispensable pour toutes les personnes effectuant un court séjour dans ces pays mais peut se discuter pour des séjours de longue durée ou des activités plus spécifiques à la campagne compte tenu d'un risque non négligeable : c'est *Ixodes ricinus* qui transmet l'agent infectieux ; il est très répandu en Slovaquie, en Autriche, en République Tchèque un peu partout... jusque dans les jardins de Prague.

Certaines vaccinations supplémentaires sont à inscrire dans le programme du professionnel voyageur, pour des risques plus spécifiques :

- L'immunisation contre l'hépatite A : c'est une des toutes premières causes (de nature infectieuse) de rapatriement sanitaire de pays tropical surtout pour des séjours longs. La typhoïde représente un risque beaucoup moins important mais il s'agit du péril fécal et du péril hydrique et alimentaire qui peut être lié aux mêmes conditions de vie.

- Pour l'hépatite B, le risque est important pour toutes les personnes qui vont être amenées à manipuler du sang dans le cadre de leur profession. L'hépatite B, en tant qu'infection sexuellement transmissible, est également un risque considérable dans certains pays. Pour un séjour professionnel court, il faut donc insister sur l'intérêt d'assurer une réduction du « risque sexuel » : port du préservatif...

- Pour le méningocoque, les recommandations sont variables suivant les pays. Par exemple, au Burkina-Faso où se sont succédées suivant les années différentes souches, il peut être recommandé d'utiliser le vaccin méningococcique A, C, Y, W135 pratiqué dans les centres de vaccination internationaux.

- Enfin, des vaccinations particulières peuvent également être recommandées suivant le type d'exposition : vaccination contre la rage ou contre la leptospirose.

En cas de délais courts voire très courts (certains salariés peuvent être envoyés en mission du jour au lendemain), il faut pratiquer les vaccinations les plus utiles. En centre de vaccination, les personnes qui consultent pour un départ dans un cadre professionnel reçoivent le vaccin contre la fièvre jaune, l'hépatite A et parfois la typhoïde. Le vaccin diphtérie, tétanos, polio peut également être mis à jour au cours d'une même séance. Il est donc très fréquent que ces personnes reçoivent trois à quatre injections lors de la même consultation. Dans les cas où il est nécessaire de vacciner en urgence des personnes pour un séjour de longue durée, il est possible de faire des injections rapprochées (exemple, vaccination contre l'hépatite B pour essayer d'acquérir une immunité rapide) mais, du coup, le vaccin perd de son efficacité à long terme, c'est-à-dire au-delà d'un an.

VACCINATIONS RECOMMANDÉES ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Les tableaux des maladies professionnelles correspondent à un consensus social entre les partenaires sociaux. L'inscription d'un secteur professionnel dans un tableau peut faire croire que le risque y existe systématiquement et par conséquent, il serait permis de penser qu'il y a quasi obligation de vaccination s'il en existe une. La leptospirose est l'exemple type de ce problème. Que se passe-t-il si un médecin du travail ne propose pas le vaccin contre la leptospirose alors que la personne travaille dans un secteur nommé dans le tableau n° 19 et que la personne est contaminée et développe la maladie ?

Le tableau n° 19 a été créé en 1936 et il est vrai qu'il y a eu, dans le passé, des cas de leptospirose dans des secteurs comme les abattoirs, les cuisines, les poissonneries... Aujourd'hui, l'environnement professionnel a changé, en particulier dans ces secteurs professionnels. Mais du fait du consensus social à l'origine de la rédaction des tableaux, il est difficile de revenir en arrière et de les toiletter en enlevant des choses qui y ont été mises de façon historique. Néanmoins, ce n'est pas parce que des secteurs figurent dans ce tableau de maladie professionnelle qu'il faut vacciner de façon automatique. Par principe, une vaccination quelle qu'elle soit répond à un besoin mis en évidence lors d'une évaluation de risque. En cas de maladie et d'absence de vaccination, le problème va renvoyer à l'évaluation de risque et à la responsabilité accrue de l'employeur (éventuelle faute inexcusable ou non) qui n'aura pas eu recours à la vaccination alors qu'elle était conseillée, mais cela va vraiment se discuter au cas par cas. À l'inverse, on ne peut pas dire que le fait qu'il y ait eu vaccination et qu'il y ait quand même des personnes qui

attrapent la leptospirose dans cette même entreprise écarte *a priori* toute responsabilité de l'employeur à l'égard de la maladie contractée.

Il faut clairement distinguer le mécanisme de la réparation du travailleur victime, c'est-à-dire le tableau de maladie professionnelle qui va garantir au travailleur une réparation, nonobstant les questions de responsabilité, du mécanisme qui va conduire à recommander ou non une vaccination. Cette recommandation ne relève pas du consensus social affiché dans le tableau de maladie professionnelle mais des conclusions d'une évaluation des risques à un poste de travail.

Contre-indications vaccinales

Les contre-indications vaccinales ⁽⁴⁾ pour la population générale sont rares et figurent dans le résumé des caractéristiques du produit (**encadré 4**). Elles sont le plus souvent liées à une hypersensibilité aux substances actives ou aux excipients. C'est le cas, par exemple, des contre-indications à la vaccination grippale et contre la fièvre jaune en cas d'allergie à l'œuf.

En dehors de ces contre-indications relatives à une hypersensibilité peuvent être citées :

- des contre-indications transitoires lorsque le sujet à vacciner présente une maladie fébrile ou une infection aiguë ;
- des contre-indications concernant les vaccins vivants atténués chez les sujets immunodéprimés et la femme enceinte.

ENCADRÉ 4

Élaboration du résumé des caractéristiques d'un produit

Le résumé des caractéristiques du produit résulte du processus d'évaluation réglementaire et scientifique du dossier de demande d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) déposé par le laboratoire pharmaceutique (titulaire). C'est le descriptif du médicament proposé par le demandeur tel qu'approuvé par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Il constitue une des annexes de la décision d'AMM. Ces résumés se présentent selon le format de la Directive 2004/28/CE. Ils sont disponibles sur le site de l'AFSSAPS :

www.afssaps.sante.fr

(4) En ce qui concerne les contre-indications vaccinales, le lecteur pourra se reporter à l'article paru dans le DMT n° 113 : « Vaccinations et contre-indications vaccinales » (TP 3), pp 123-25.

La vaccination de la femme enceinte doit être envisagée au cas par cas en mettant en balance le bénéfice recherché et un risque potentiel pour le fœtus.

En cas d'immunodépression, la vaccination par vaccin vivant atténué est contre-indiquée. Les autres vaccinations peuvent être réalisées en contrôlant si possible l'immunité post-vaccinale (cf. note 4).

Aspects juridiques

La question de la vaccination, dans ses aspects juridiques, doit être replacée dans la perspective de la prévention des risques professionnels.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES EN SANTÉ AU TRAVAIL

S'agissant de la prévention des risques professionnels, les vaccinations obligatoires ont, dans les établissements de santé, un double objectif : la prévention des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs de ces établissements et la protection des patients. La protection du patient relève d'une autre problématique et il faut éviter de mêler ces questions, car elles répondent à des logiques différentes. Dans un cas, il appartient à l'État de protéger le public, et d'intervenir en matière de santé publique, et, dans l'autre, il est de la responsabilité de l'employeur (et non plus de l'État) de protéger les travailleurs. Il y a donc deux logiques différentes tant dans l'approche de la prévention que dans celle de la réparation. Lorsqu'un chirurgien contamine un patient, le mécanisme qui sera invoqué pour réparer le préjudice de la victime s'appuiera sur les règles du droit commun de la responsabilité (responsabilité professionnelle du praticien, responsabilité de l'établissement), en fonction des obligations qui incombent aux différents acteurs. En ce qui concerne l'indemnisation éventuelle des travailleurs victimes d'un dommage, c'est un autre mécanisme, celui qui préside à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui sera mis en œuvre, au regard des obligations qui incombent à l'employeur.

L'employeur a aujourd'hui une obligation qualifiée d'obligation de sécurité de résultat, c'est-à-dire que l'on va moins s'intéresser aux moyens qu'il met en place pour protéger la santé de ses salariés qu'aux résultats qu'il obtient. En d'autres termes, il doit mettre en œuvre tous les moyens qu'il juge utile pour obtenir un résultat attendu et faire en sorte que ses salariés ne soient ni accidentés ni malades. Pour ce faire, il dispose d'un certain nombre d'outils qu'il va devoir mettre en

œuvre sur le fondement de l'évaluation des risques auxquels sont exposés les travailleurs.

La définition et le choix des mesures de prévention s'appuieront sur les principes généraux de prévention, qui vont requérir une démarche systématique de l'employeur, démarche qui ne se résume pas à la vaccination. Avant que le médecin du travail ne propose la vaccination, au vu des risques associés au poste, il appartient à l'employeur d'essayer de mettre en œuvre toutes autres mesures propres à réduire ou supprimer ces risques. Ces mesures de protection dites collectives (éviter le risque, substitution, mesures organisationnelles permettant de réduire le nombre de salariés exposés...) doivent être mises en œuvre avant de proposer une vaccination. La vaccination « obligatoire », nécessite en amont, une évaluation *a priori* du risque, qui conclut à « l'impossibilité de se soustraire » à la vaccination, quelles que soient les autres mesures prises. À l'égard de la protection des travailleurs, la vaccination, obligatoire ou non, relève de cette logique d'évaluation du risque d'exposition des salariés et de mise en œuvre de mesures subséquentes à ces risques. Lorsque l'on parle de recommandation et non plus de vaccination obligatoire, on parle en fait d'une recommandation fondée sur une nécessité de l'emploi et du poste. Elle n'est pas obligatoire, au sens où elle ne résulte pas d'une loi et d'une évaluation *a priori* et générale, mais elle peut être indispensable à la protection du salarié dans une situation donnée et requise par l'employeur au titre de l'obligation de sécurité qui lui incombe.

VACCINATION ET APTITUDE

En matière de droit du travail, la responsabilité, à l'égard de la santé et de la sécurité des salariés, *in fine* incombe à l'employeur. C'est lui qui va endosser la responsabilité de la contamination du salarié, s'il n'a pas été vacciné et qu'il est maintenu à son poste de travail.

Lorsque le salarié refuse la vaccination, ce qui est son droit, il va appartenir au médecin, en dialogue avec l'employeur de voir quelles sont les conséquences de ce refus. Le refus de la vaccination ou le refus par le salarié d'une mesure de prévention ne permet pas de prononcer systématiquement une inaptitude. Il faut vérifier si ce refus a des conséquences effectives, c'est-à-dire si l'on est effectivement dans le cas d'un salarié qui va être exposé à un risque avéré de contamination qui sera difficile à traiter et pour lequel le vaccin présenterait une efficacité réelle. Dans un premier temps, on va donc se demander si le poste requiert impérativement la vaccination. Dans ce cas, il y a plusieurs possibilités :

- la première est d'aménager le poste du salarié pour que le risque d'exposition n'existe plus, ce qui permet de maintenir l'aptitude ;

- il peut également être envisagé de reclasser le salarié à un autre poste où l'exposition n'impose pas la vaccination ;

- s'il n'y a pas de reclassement possible, l'employeur a également la possibilité de se séparer du salarié.

La circulaire de 1998 permet de distinguer, sur le fondement de l'évaluation, les vaccinations « utiles et recommandées » des vaccinations « indispensables et impératives ». Cependant, elle précise qu'en cas de vaccination recommandée, l'éviction systématique du poste n'est pas nécessaire sauf si le salarié est exposé à un risque avéré d'une maladie difficilement traitable pour laquelle la vaccination serait efficace, ce qui revient à considérer que la vaccination est indispensable.

REFUS DE VACCINATION RECOMMANDÉE ET RESPONSABILITÉ DE L'EMPLOYEUR

L'employeur est civilement responsable des dommages causés par son salarié à des tiers. Cela est valable dans le cas où un salarié contamine un patient alors que l'employeur, sur avis du médecin du travail, a recommandé une vaccination que ce salarié n'a pas voulu faire. En matière pénale, dans un tel cas, on va probablement procéder à une mise en examen très « large » afin d'établir les diligences normales incombant à une personne au regard de son pouvoir, de sa mission et de ses compétences qui n'ont pas été accomplies. Les responsabilités pourront être multiples, mais, dans la mesure où l'obligation de l'employeur à l'égard de la protection des travailleurs n'est pas ici la question, il ne sera pas seul à répondre des faits. L'exemple où un nourrisson meurt, parce qu'il a attrapé la coqueluche d'une sage femme, alors que celle-ci s'est vu proposer la vaccination par le médecin du travail et l'a refusée montre la complexité et la difficulté, dans un avis d'aptitude, à dissocier l'intérêt pour la santé de la personne elle-même, de celui des patients qu'elle a à prendre en charge. Aurait-il fallu prendre un avis d'inaptitude de cette sage femme parce qu'elle ne souhaitait pas se faire vacciner contre la coqueluche ? Cependant, ce serait aller totalement à l'encontre de l'esprit de la circulaire de 1998 selon laquelle le médecin du travail n'aurait pas à prononcer un avis d'inaptitude pour des motifs de protection du malade. En milieu de soins, la difficulté vient souvent du fait que la vaccination a deux objectifs : protéger les patients et protéger les travailleurs. Toutefois, en santé au travail, la vaccination doit être préconisée uniquement sur le fondement de l'évaluation des risques pour le travailleur. Ainsi il apparaît difficile dans ce contexte particulier de faire la part juridique entre l'intérêt du travailleur et l'intérêt de santé publique.

VACCINATIONS COMME CONDITION À L'EMBAUCHE

Le contrat de travail n'est pas nécessairement en relation avec un poste et des conditions d'exposition à un risque à ce poste. Le salarié peut changer de poste au sein de l'entreprise et son exposition aux risques peut changer. Par conséquent, requérir une vaccination dans un contrat de travail, est un non sens et ce d'autant qu'avant l'embauche, il n'y a pas de lien de subordination entre un employeur et son salarié. Il ne saurait être exigé, lors de la candidature à un poste, que les candidats soient vaccinés. L'employeur potentiel doit les informer que l'affectation au poste envisagé comporte une obligation vaccinale mais il ne peut obliger tous les postulants à être effectivement vaccinés. En revanche, lorsqu'un candidat est retenu, la promesse d'embauche qui lui sera faite se fera sous conditions de la réalisation des vaccinations. Mais le salarié ne pourra être vacciné qu'à l'embauche. Or, normalement, on ne devrait pas l'affecter à son poste avant qu'il ne soit vacciné. Par ailleurs, lorsque l'on est exposé à un risque biologique, on doit être en surveillance médicale renforcée et il peut y avoir une visite d'embauche avant l'emploi. Cette visite est prévue dans les textes mais difficile à réaliser en pratique.

INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

La vaccination nécessite au préalable d'obtenir le consentement éclairé du sujet à vacciner. Ce consentement peut être établi par tout moyen de preuve. L'écrit par lequel le sujet reconnaît avoir reçu l'information peut être un bon moyen. Mais il faut éviter de faire de l'exigence d'information une exigence uniquement formelle de signature d'un document. L'écrit est un moyen de preuve mais il ne s'agit pas d'institutionnaliser un système de recherche de preuve, au détriment de l'information elle-même. Ainsi, il ne faut pas considérer que, sous prétexte que l'on aura obtenu une signature, on est à forcément à l'abri en cas de complications. En santé au travail, souvent, le médecin du travail va voir plusieurs salariés sur cette même question de la vaccination et leur délivrer à tous une même information. Le fait que plusieurs personnes aient reçu cette information va éventuellement pouvoir constituer un début de preuve. Il n'existe cependant pas de solution parfaite pour attester que l'information a été faite.

CAS PARTICULIER DES SALARIÉS INTÉRIMAIRES

La responsabilité en cas de contamination d'un salarié intérimaire en mission alors qu'il n'était pas vacciné

(par exemple, contre la leptospirose pour un travail en égout) incombe en premier lieu à l'employeur, c'est-à-dire à l'agence d'intérim. Celle-ci pourra ensuite faire une action récursoire contre l'entreprise utilisatrice, au motif qu'elle n'aurait pas donné à l'agence d'intérim suffisamment d'informations pour lui permettre de procéder à l'évaluation correcte des risques et ne l'aurait pas alertée sur la nécessité de vacciner son salarié. Si l'entreprise utilisatrice est responsable de la gestion du risque, il ne faut pas perdre de vue que ces salariés ont un employeur sur qui pèsent des obligations. En effet, les intérimaires sont mis à disposition d'une entreprise utilisatrice par une agence d'intérim. Il appartient à l'agence d'intérim de recueillir, auprès de l'entreprise pour laquelle elle va mettre ses salariés à disposition, les éléments du poste qui vont lui permettre d'apprécier les risques et de décider des mesures de prévention qui vont être nécessaires. Le plus souvent ceci se fait conjointement avec l'entreprise utilisatrice où un certain nombre de mesures de prévention sont déjà effectives. En cas de maladie ou d'accident du salarié, l'indemnisation se fera par l'agence d'intérim qui est responsable.

INFORMATION DE L'EMPLOYEUR SUR LES SALARIÉS VACCINÉS

Il n'y a pas lieu de donner à l'employeur une liste des salariés vaccinés. Cela correspondrait à une liste d'accomplissement d'une obligation ou d'une recommandation vaccinale, mais en aucun cas à une liste permettant d'en déduire des aptitudes, car ce n'est pas l'employeur qui est en mesure de vérifier l'immunisation. L'avis d'aptitude transmis par le médecin du tra-

vail à l'employeur suffit. Il tient compte des moyens de prévention déterminés par avance.

Conclusion

L'INRS a organisé une audition d'experts « *Place et limites de la vaccination en santé au travail* » pour tenter de répondre à différentes questions qui relèvent de domaines variés à la fois médicaux, éthiques, juridiques financiers, etc., et proviennent tant des médecins du travail que des employeurs ou des représentants du personnel.

Si le Code de la Santé publique rend certaines vaccinations obligatoires pour des soignants et assimilés, le Code du travail ne rend obligatoire aucune vaccination. C'est après évaluation des risques, cas par cas, que le médecin du travail pourra conseiller à l'employeur la pratique d'une vaccination contre un ou plusieurs agents biologiques susceptibles d'être présents sur le lieu de travail. Cette vaccination ne peut en aucun cas se substituer à la mise en place des mesures de prévention nécessaires (organisationnelles, collectives et si besoin individuelles), elle vient seulement les compléter. Par ailleurs, l'entreprise et le médecin du travail sont aussi confrontés à d'autres logiques : intérêt individuel (vaccination égoïste), intérêt en santé publique (vaccination altruiste) et intérêt économique. La vaccination anti-grippale en est un bon exemple.

Cette audition d'experts a permis de dresser un état des lieux des difficultés rencontrées, des zones d'ombres à explorer par les différents acteurs, en particulier sur le besoin de clarifier le rôle du médecin du travail en matière de vaccination, tant en santé au travail qu'en santé publique.

Points à retenir

Quand elle est disponible, la vaccination n'est qu'une des différentes mesures de prévention des risques biologiques. Elle ne vient que compléter les moyens mis en place en prévention organisationnelle et collective.

Qu'il s'agisse d'une obligation au titre du Code de la santé publique ou d'une recommandation du médecin du travail, une vaccination doit toujours répondre à un besoin clairement identifié par une évaluation des risques au poste de travail.

Plusieurs questions n'ont pu trouver une réponse adéquate lors de ce séminaire, mettant en relief les difficultés soulevées par l'application sur le terrain des textes juridiques existants.

La vaccination en santé au travail ne peut être dissociée de la politique vaccinale en santé publique.

Hépatite B et aptitude

Si la question de la vaccination contre l'hépatite B en milieu de travail rejoint celles des autres vaccinations sur beaucoup d'aspects, notamment en matière d'aptitude, un certain nombre d'interrogations spécifiques subsistent, notamment pour les non répondeurs au vaccin : les personnes non répondeuses à la vaccination doivent-elles être soustraites au risque ? Au sein des établissements de santé, pour ce qui est de la vaccination contre l'hépatite B, il est extrêmement difficile de déterminer des postes à risque qui seraient contre-indiqués. Le seul cas qui paraît simple est celui de l'embauche d'un soignant sur un poste comportant des gestes invasifs à haut risque ; il est préférable dans ce cas de ne pas accepter qu'un non répondeur occupe ce type de poste. Dans certains pays, pour les problèmes de non réponse, un groupe de consensus européen a pris position : pas de restriction d'aptitude majeure à avoir, une information adaptée et une surveillance annuelle suffisent. Cette position a été reprise dans l'arrêté du 6 mars 2007. Toutefois, le médecin du travail peut prendre des décisions de réorientation éventuelles, s'il le juge nécessaire.

En cas de taux d'anticorps insuffisants, l'arrêté du 6 mars 2007 prévoit qu'avant de considérer que la personne est non répondeur, il est indispensable de chercher si elle n'est pas porteuse chronique de l'antigène HBs, sous réserve de certaines limites, uniquement pour les personnes réalisant des gestes invasifs, c'est-à-dire susceptibles, lors de leur travail, de contaminer éventuellement leurs patients. Cela veut aussi dire que les médecins du travail sont amenés, dans l'exercice de leurs fonctions, à dépister des porteurs chroniques de l'antigène HBs et à poser la question de leur éviction éventuelle du milieu de soins.

Un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France datant de novembre 2003 souligne qu'il n'y a pas forcément d'éviction systématique à prévoir. En phase aiguë, il est important de restreindre tout geste invasif, le niveau de charge virale devant être pris en compte. Dans ces situations, les décisions seront prises au cas par cas. Il faut souligner qu'il a été prévu la mise en place d'une commission nationale qui permettrait, lorsque des problèmes d'aptitude se poseraient, de solliciter son avis. Cette commission nationale reste à créer, mais il existe déjà des initiatives régionales.

Hépatite B et sclérose en plaques

En termes de réparation, certains s'interrogent sur le fait que, à la suite de vaccinations contre l'hépatite B (vaccinations réalisées dans le cadre de la vaccination rendue obligatoire par l'État ou de vaccinations recommandées), on opérât une réparation des conséquences à la « victime travailleur » en établissant un lien entre vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques (ou des symptômes de sclérose en plaques), alors que d'autres soulignent que toutes les études générales montrent que, finalement, ce lien n'existe pas vraiment.

Cette question de savoir, en termes d'indemnisation, comment ce sujet allait être abordé a donné lieu à de grands débats juridiques. Lorsqu'une vaccination est obligatoire, la réparation peut être faite sur deux fondements :

- Réparation selon un mécanisme de responsabilité sans faute qui incombe à l'État ;
- Réparation sur le fondement de l'imputation à un accident de service, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Pendant très longtemps, la jurisprudence n'a pas fait ce lien entre vaccination contre l'hépatite B et symptômes de sclérose en plaques, au motif que la littérature scientifique et que ce qui est appelé en droit les données acquises de la science ou les données actuelles de la science, ne faisaient pas état de ce lien. Or, on est sans doute progressivement passé d'une appréciation « des données acquises de la science » constituées de l'opinion prépondérante de la science, à une appréciation des données personnelles de l'individu.

Aujourd'hui, un glissement a été opéré, en tout cas en jurisprudence, parce que les données acquises de la science posent aux juristes un problème « d'angle d'approche » : les scientifiques retiennent une approche générale, fondée sur des données scientifiques extrapolées de cas majoritaires, les cas atypiques ou résiduels ne permettant pas de forger cette généralité ; or, dans un cas de jurisprudence, il faut forcément rechercher une vérité particulière et individuelle, nonobstant

les cas généraux. Il est ainsi difficile de faire d'une opinion générale et prépondérante une grille de lecture intangible pour aborder des cas particuliers ; pour troublant que puisse paraître la reconnaissance d'un lien, en droit, entre les symptômes de la sclérose en plaques et la vaccination contre l'hépatite B, en dépit de l'opinion générale contraire de la science, il n'y a pas là de réelle contradiction mais un « regard différent » : centré sur une situation spécifique dans un cas, sur des connaissances générales (n'excluant pas l'existence de cas atypiques) dans l'autre. Les arrêts rendus le sont donc chaque fois au vu d'un cas particulier et individuel. Les arrêts de 2007 rendus par le Conseil d'État en témoignent : quatre arrêts ont été rendus en même temps, deux qui ont accepté de reconnaître le lien et deux qui ont refusé de le reconnaître.

Aujourd'hui, trois critères sont retenus par la jurisprudence pour établir ce lien, qui, pour des médecins, peuvent paraître absolument aberrants, mais qui répondent aussi à un souci d'indemnisation des dommages subis par les victimes.

- Le premier est un critère de bref délai de survenance entre l'apparition des premiers symptômes et la vaccination. La Cour de cassation accepte l'indemnisation sur le fondement des accidents du travail et, depuis environ 2004, le Conseil d'État accepte certaines indemnisations tant sur le fondement de la responsabilité sans faute de l'État, que sur celui de l'accident imputable au service depuis une période plus récente et, notamment, depuis ces arrêts de 2007, mais tous s'accordent à dire aujourd'hui qu'il faut un bref délai entre l'injection et l'apparition des premiers symptômes. Dans tous les arrêts, aucun « bref délai » n'est supérieur à trois mois.

- Le deuxième critère étudié systématiquement, c'est l'état de santé, avant la vaccination, de l'individu. Il faut que l'on puisse établir que la personne n'avait jamais eu d'affection, de maladie pouvant laisser supposer qu'il y avait un problème latent. La personne devait vraiment avoir une excellente santé. Dans les quatre arrêts soumis au Conseil d'État en 2007, un a été rejeté au motif que la personne avait fait un épisode sciatique quatre ans plus tôt.

- Le troisième critère réside dans un avis d'expert portant sur le cas individuel qui est examiné ; il ne s'agit pas là pour l'expert d'exposer l'opinion prépondérante qui exclut tout lien entre la vaccination et les symptômes de la sclérose en plaques, mais il lui appartient de se prononcer sur la possibilité (ou non) d'exclure totalement ce lien dans le cas particulier qui lui est présenté. Dans un cas où l'expert disait très clairement qu'il ne voyait pas de lien possible et, qu'en tout état de cause, ce lien ne pouvait pas être établi, le juge a rejeté la demande de la victime. Lorsque l'expert n'exclut pas qu'il puisse y avoir un lien, ce troisième critère, cumulatif avec les deux autres, va permettre la prise en charge.

Sur les quatre arrêts de 2007, deux remplissaient les trois critères, un ne remplissait pas le critère de bref délai (la dernière injection ayant eu lieu en février et les premiers symptômes étant apparus au mois de décembre) et le dernier a été rejeté en raison de l'épisode sciatique précédant.

Il ne s'agit donc pas d'une jurisprudence constante qui établirait désormais un lien systématique entre la vaccination contre l'hépatite B et l'apparition de symptômes de sclérose en plaques. C'est une série d'arrêts individuels qui, pour des cas spécifiques, sur le fondement de ces trois critères cumulatifs, retient la possibilité d'indemniser les salariés.