

Vaccinations pour les personnels de santé

INTRODUCTION

La vaccination des personnels de santé a deux objectifs :

- les prémunir contre un risque professionnel en leur assurant, par cet acte de prévention primaire, une protection individuelle ;
- en les immunisant, éviter qu'ils ne contaminent leur entourage et tout particulièrement les patients dont ils ont la charge : il s'agit alors de vaccination « altruiste » visant à prévenir une infection nosocomiale.

La vaccination doit s'intégrer dans une démarche globale de prévention des risques infectieux élaborée par l'employeur en collaboration avec le médecin du travail, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin). Elle ne saurait remplacer les mesures de protection collectives et individuelles visant à réduire l'exposition.

LE CADRE GÉNÉRAL

Les vaccinations en milieu de travail sont régies par deux réglementations différentes :

- le Code de la santé publique (CSP) (art. L. 3111-4 et L. 3112) rendant obligatoires, pour certains personnels particulièrement exposés, certaines vaccinations. Il s'agit des étudiants des filières médicales et paramédicales **[encadré 1]** et des personnes exposées travaillant dans certains établissements et organismes **[encadré 2]** ;
- le Code du travail (art. R. 231-65), qui prévoit qu'un employeur, sur proposition du médecin du travail, peut recommander une vaccination visant à prévenir un risque professionnel.

La vaccination obligatoire s'impose au salarié : c'est une obligation individuelle, de nature contractuelle, à laquelle il ne peut déroger sans risquer une rupture de contrat, sauf en cas de contre-indication médicale reconnue par le médecin du travail. Il n'en est pas de même pour une vaccination recommandée, que le salarié peut refuser.

Quel que soit le type de vaccination :

- elle ne doit être réalisée qu'après évaluation du risque et information du salarié quant à ce risque et aux moyens de s'en prémunir ;
- elle doit répondre à la réglementation et aux recommandations du calendrier vaccinal ;
- elle est à la charge de l'employeur dès lors qu'elle est justifiée par l'existence d'un risque professionnel ;

ENCADRÉ 1

ÉTUDIANTS SOUMIS À L'OBLIGATION VACCINALE

Obligation vaccinale pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B*

Professions médicales et pharmaceutiques

- Médecin
- Chirurgien-dentiste
- Pharmacien
- Sage-femme

Autres professions de santé

- Infirmier
- Infirmier spécialisé
- Masseur-kinésithérapeute
- Pédiatrice podologue
- Manipulateur d'électroradiologie médicale
- Aide-soignant
- Auxiliaire de puériculture
- Ambulancier
- Technicien en analyses biomédicales

Obligation vaccinale pour le BCG**

Les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire et en pharmacie, ainsi que les étudiants sages-femmes et les personnes qui sont inscrites dans les écoles et établissements préparant aux professions à caractère sanitaire ou social énumérées ci-après :

Professions de caractère sanitaire

- Aides-soignants
- Ambulanciers
- Audioprothésistes
- Auxiliaires de puériculture
- Ergothérapeutes
- Infirmiers et infirmières
- Manipulateurs d'électroradiologie médicale
- Masseurs-kinésithérapeutes
- Orthophonistes
- Orthoptistes
- Pédiatrices-podologues
- Psychomotriciens
- Techniciens d'analyses biologiques

Professions de caractère social

- Aides médico-psychologiques
- animateurs socio-éducatifs
- Assistants de service social
- Conseillers en économie sociale et familiale
- Éducateurs de jeunes enfants
- Éducateurs spécialisés
- Éducateurs techniques spécialisés
- Moniteurs-éducateurs
- Techniciens de l'intervention sociale et familiale

* Arrêté du 6 mars 2007.

** Article R. 3112-1 du CSP.

- le salarié a le libre choix du médecin vaccinateur : médecin du travail, médecin traitant.

Le rôle du médecin du travail dans la pratique des vaccinations en milieu de travail est bien détaillé dans la lettre-circulaire du 26 avril 1998.

LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Vaccination contre l'hépatite B

L'hépatite B, pathologie professionnelle majeure dans les années soixante-dix (plusieurs centaines d'hépatites B professionnelles reconnues chaque année

ENCADRÉ 2

ÉTABLISSEMENTS VISÉS PAR L'OBLIGATION VACCINALE POUR LA DIPHTÉRIE, LE TÉTANOS, LA POLIOMYÉLITE, L'HÉPATITE B*

Art. 1 Toute personne exposée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite lorsqu'elle exerce une activité professionnelle dans les catégories suivantes d'établissements ou d'organismes publics ou privés de prévention ou de soins :

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

- établissements relevant de la loi hospitalière ;
- dispensaires ou centres de soins ;
- établissements de protection maternelle et infantile (PMI) et de planification familiale ;
- établissements de soins dentaires ;
- établissement sanitaire des prisons ;
- laboratoires d'analyses de biologie médicale ;
- centres de transfusion sanguine ;
- postes de transfusion sanguine ;
- établissements de conservation et de stockage de produits humains autres que sanguins ;
- établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;

- établissements et services d'hébergement pour adultes handicapés ;
- établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- services sanitaires de maintien à domicile ;
- établissements et services sociaux concourant à la protection de l'enfance ;
- établissements de garde d'enfants d'âge préscolaire ;
- établissements de formation des personnels sanitaires.

2. Autres établissements et organismes :

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

Art. 2 Sont assimilées aux établissements et organismes mentionnés à l'article précédent, dans la mesure où elles participent à l'activité de ces derniers :

- les blanchisseries ;
- les entreprises de pompes funèbres ;
- les entreprises de transport de corps avant mise en bière.

* Arrêté du 15 mars 1991 modifié par l'arrêté du 29 mars 2005.

ÉTABLISSEMENTS VISÉS PAR L'OBLIGATION VACCINALE POUR LE BCG*

- 1.** Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les établissements ou services mentionnés au A de l'article R. 3112-1 ainsi que les assistantes maternelles ;
- 2.** Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale ;
- 3.** Les personnels des établissements pénitentiaires, des services de probation et des établissements ou services de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- 4.** Le personnel soignant des établissements et services énumérés ci-après ainsi que les personnes qui, au sein de ces établissements, sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux :
 - établissements de santé publics et privés, y compris les établissements mentionnés à l'article L. 6141-5 ;
 - hôpitaux des armées et Institution nationale des invalides ;
 - services d'hospitalisation à domicile ;
 - dispensaires ou centres de soins, centres et consultations de protection maternelle et infantile ;
 - établissements d'hébergement et services pour personnes âgées ;
 - structures prenant en charge des malades porteurs du virus de l'immunodéficience humaine ou des toxicomanes ;
 - centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
 - structures contribuant à l'accueil, même temporaire, de personnes en situation de précarité, y compris les cités de transit ou de promotion familiale ;
 - foyers d'hébergement pour travailleurs migrants.
- 5.** Les sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours.

* Article R. 3112-2 et 4 du CSP.

dans le régime général de la Sécurité sociale), est en passe d'être maîtrisée grâce à la vaccination, comme le montre le faible nombre d'hépatite B aiguës déclarées en maladie professionnelle ces dernières années. Rappelons que, pour une personne non immunisée, le taux de transmission après une piqûre exposant une personne infectée par le VHB varie de 6 % à 45 % en fonction de la virémie du patient-source.

Après une vaccination bien conduite (schéma complet : M0, M1, M6 à M12), plus de 95 % des jeunes adultes immunocompétents ont un titre d'anticorps anti-HBs > 10 mUI/ml et sont considérés comme immunisés. Au-delà de 40 ans, moins de 90 % des personnes s'immunisent après 3 doses de vaccin. Afin de pouvoir faire bénéficier les professionnels exposés de doses additionnelles en cas de non-réponse à la vaccination, le calendrier vaccinal prévoit donc un contrôle des anticorps anti-HBs postvaccinaux en cas de vaccination après 25 ans.

En 2003, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) a recommandé d'abaisser cette limite d'âge à 13 ans pour les personnes réalisant des actes invasifs et pouvant, en cas de portage chronique du VHB, contaminer, à cette occasion, leur patient, même si le risque est très faible. En effet,

la tranche d'âge 13-25 ans est celle où la contamination par l'hépatite B est la plus fréquente (comportement à risque de toxicomanie, risque sexuel). Afin de mieux dépister les personnels porteurs chroniques du VHB, l'arrêté du 6 mars 2007 (se substituant à celui du 26 avril 1999) est donc venu modifier les limites d'âges et les seuils d'anticorps demandés dans le cadre de la vaccination, avec un objectif de protection des patients **[encadré 3]**. Deux points sont à souligner :

- lorsque le titre des anticorps se situe entre 10 et 100 mUI/ml, il est possible, bien que cela reste exceptionnel, que la personne soit malgré tout porteuse de l'antigène HBs. Quand cette hypothèse est éliminée, on peut considérer la personne immunisée, quelle que soit sa profession : le seuil d'immunisation reste à 10 mUI/ml. Si la personne est porteuse de l'AgHBs, son aptitude à poursuivre ses fonctions sera évaluée au cas par cas en fonction des gestes invasifs réalisés, de la virémie et des possibilités de traitement ;
- en cas de présence conjointe d'anticorps anti-HBc et d'anticorps anti-HBs, signifiant une infection VHB ancienne, la vaccination est inutile.

ENCADRÉ 3

CONDITIONS D'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B POUR LES PROFESSIONNELS EXPOSÉS VISÉS À L'ARTICLE L. 3111-4 (ARRÊTÉ DU 6 MARS 2007)

Sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B les personnes ayant reçu une vaccination complète (schéma 0-1-6 mois) :

- avant l'âge de 13 ans pour les médecins, chirurgiens, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, techniciens d'analyses biomédicales ;
- avant l'âge de 25 ans pour les aides-soignants, ambulanciers, auxiliaires de puériculture, manipulateurs radio, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues.

Si la vaccination a été réalisée au-delà de ces limites d'âge respectives, un taux, même ancien, des anticorps anti-HBs est exigé :

- Ac anti-HBs > 100 UI/l : immunisé.
- Ac anti-HBs < ou = 100 UI/l : recherche AgHBs.
 - Si AgHBs négatif et :
 - 10 UI/l < ou = Ac anti-HBs < ou = 100 UI/l : immunisé ;
 - anti-HBs < 10 UI/l :
 - doses additionnelles à la primovaccination (jusqu'à 3) sont à proposer ;
 - si persistance de la non-réponse à un contrôle un à deux mois après la 6^e dose et si maintien en poste : contrôle sérologique complet annuel* pour dépister une éventuelle contamination par le VHB.
 - Si AgHBs positif : restrictions éventuelles d'aptitude en fonction notamment du poste et de la virémie.

* La recherche régulière d'antigènes HBs n'est obligatoire que pour les professions pratiquant des actes invasifs telles que définies dans l'avis du CSHPF du 27/06 et 07/11/2003 (catégorie 1 : vaccinés après 13 ans), afin de dépister un risque de transmission aux patients.

Par ailleurs, la sclérose en plaques n'est pas une contre-indication mais une précaution d'emploi mentionnée pour certains vaccins. Chez les personnels de santé exposés, la balance bénéfico-risque est en faveur de la vaccination (*voir chapitre Vaccination contre l'hépatite B*).

BCG

Des épidémies de **tuberculose nosocomiale** ont été décrites, surtout aux États-Unis mais aussi en France dans les années quatre-vingt-dix. Les services les plus exposés sont ceux accueillant de nombreux malades bacillifères, patients à risque de multirésistance, et/ou nombreux malades immunodéprimés, notamment infectés par le VIH, ainsi que les postes où sont utilisées des techniques générant des aérosols (endoscopie, intubation, kinésithérapie respiratoire, etc.). Aux États-Unis où le BCG n'est pas pratiqué, la surveillance des soignants est basée sur l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR), dont la positivité signe, en général, l'infection tuberculeuse. Avant la mise en œuvre des mesures d'isolement respiratoire, des taux annuels de conversion tuberculique très élevés étaient constatés dans des services exposés. Même si, depuis, les mesures de prévention ont fait la preuve de leur efficacité, la tuberculose est toujours présente chez les soignants en France, exposant en outre les patients à un risque nosocomial.

La vaccination par le BCG reste, fin 2011, obligatoire pour les professionnels de santé exposés, mais l'impératif de revaccination a été supprimé. Avant l'entrée dans la profession, une IDR doit être réalisée. Si elle est négative (induration < 5 mm), seuls les agents n'ayant jamais reçu le BCG depuis la naissance seront vaccinés, sans limite d'âge. Si l'efficacité du BCG sur les formes graves de l'enfant est reconnue, la prévention des formes de l'adulte, en particulier les tuberculoses pulmonaires, est plus discutée. Cette efficacité incomplète a incité le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) à préconiser, dans son avis du 5 mars 2010, la suppression de l'obligation de vaccination par le BCG et son remplacement par une simple recommandation ciblée sur les professionnels très exposés. Elle impose de dépister les cas éventuels d'infections tuberculeuses par une surveillance médicale rigoureuse des soignants (*voir Avis du 15 novembre 2002 du CSHPF*).

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

Bien qu'exceptionnels, les contacts avec un patient atteint de diphtérie sont possibles en France (quatre cas d'importation en 2002 et 2008). Or, plus du tiers des adultes de plus de 30 ans ont des taux d'**antitoxine** insuffisants. Les personnels de santé doivent avoir été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite et des rappels décennaux doivent être faits avec une dose réduite d'anatoxine diphtérique couplée, si nécessaire, à une dose réduite d'antigènes coquelucheux (*voir ci-après paragraphe Vaccination contre la coqueluche*). Pour les soignants qui n'auraient jamais été vaccinés ou dont la vaccination serait incertaine, voir les modalités de rattrapage dans le chapitre « *Aspects pratiques des vaccinations* ».

Vaccination contre la typhoïde

À l'heure actuelle, avec l'implantation de postes de sécurité microbiologique et de bonnes pratiques de laboratoires, le risque de typhoïde a pratiquement disparu. Néanmoins, la vaccination reste obligatoire (une injection tous les trois ans) pour le personnel des laboratoires ; l'obligation d'immunisation ne concerne évidemment que les personnes exposées au risque de contamination (soit essentiellement celles qui manipulent des selles).

LES VACCINATIONS RECOMMANDÉES

Vaccination contre la grippe

Très contagieuse, la grippe peut entraîner des épidémies nosocomiales tant parmi les soignants que chez les patients, notamment âgés. La vaccination des personnels peut limiter la dissémination du virus : des études ont montré la réduction de la mortalité des personnes âgées, en période d'épidémie, dans les collectivités où les personnels étaient activement vaccinés.

En milieu de soins, la prévention repose en priorité sur la vaccination antigrippale des patients fragiles et des personnels de santé en contact avec eux. La couverture vaccinale, même si elle progresse, reste insuffisante (48 % enquête TNS-Sofres 2005). Bien que prévue par l'article L. 3111-4 comme une obligation vaccinale pour les professionnels de santé, l'obligation vaccinale contre la grippe a été suspendue par le décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006. Elle demeure toutefois fortement recommandée pour les professionnels concernés, en particulier pour les protéger des grippest saisonnières.

Vaccination contre la varicelle

Bien qu'en majorité immunisés dans leur enfance, 1,5 % à 4,3 % des personnels soignants, en France, restent réceptifs au virus de la varicelle. Maladie en général bénigne, la varicelle peut avoir des conséquences graves en milieu de soins. En effet, la varicelle professionnelle concerne des adultes chez qui la fréquence des complications est vingt-cinq fois plus importante que chez l'enfant. Il s'agit en majorité de femmes en âge de procréer, sachant que la varicelle est plus grave chez la femme enceinte et qu'elle est à l'origine de varicelles congénitales et néonatales. La varicelle étant très contagieuse, le soignant en incubation (contagieux deux jours avant l'éruption) peut être à l'origine de transmissions nosocomiales particulièrement dommageables, en particulier chez l'immunodéprimé et le nouveau-né.

La vaccination est recommandée pour les professionnels sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative : professionnels de santé en formation, à l'embauche ou en poste en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelles graves : immuno-

déprimés, services de gynéco-obstétrique, maladies infectieuses, personnels des crèches, personnels de la petite enfance. Il faut s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et éviter toute grossesse dans les deux mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène théorique.

Elle est également proposée en prophylaxie car, administrée dans les soixante-douze heures suivant l'exposition, elle prévient plus de 90 % des varicelles.

Vaccination contre la coqueluche

La coqueluche est une maladie qui peut être sévère, voire fatale, pour les personnes fragilisées (très jeunes nourrissons et personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques). La protection acquise par la vaccination ou la maladie ne durant que quelques années, la majorité de la population adulte peut donc contracter la maladie. La coqueluche de l'adulte, bien que le plus souvent peu grave, peut entraîner une toux invalidante et surtout se trans-

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR LES VACCINATIONS DES PERSONNELS DE SANTÉ

Type de vaccin	Modalités
Vaccinations obligatoires	
Diphtérie, tétanos, poliomyélite	Rappel tous les dix ans avec dose réduite d'anatoxine diphtérique (dTPolio)
Hépatite B	Primovaccination : schéma 0-1-6 mois ³ +/- contrôle des anticorps anti-HBs ⁴
Typhoïde	1 dose, puis rappel tous les trois ans
BCG	1 injection intradermique ⁵
Vaccinations recommandées⁷	
Grippe	1 fois par an
Coqueluche	Utiliser un vaccin contenant une valence coquelucheuse acellulaire lors d'un rappel décennal de dTPolio ⁹
Rubéole	1 injection
Rougeole	1 dose de vaccin trivalent (rougeole-oreillons-rubéole)
Varicelle	2 doses à six-dix semaines d'intervalle
Hépatite A	2 doses à six-douze mois d'intervalle

1. Arrêté du 6 mars 2007 : liste des professions concernées.

2. Arrêté du 15 mars 1991 : liste des établissements.

3. Schéma 4 doses (3 doses rapprochées à un mois d'intervalle + un rappel un an plus tard) si nécessité d'immunisation rapide.

4. Voir arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique.

5. L'obligation de revaccination par le BCG chez les personnes qui ont une IDR négative a été supprimée en 2004 : la preuve d'une seule vaccination antérieure, même ancienne, suffit (R. 3112-4 du Code de la santé publique).

mettre à l'entourage, tout particulièrement les nourrissons avant l'âge de la vaccination.

La vaccination contre la coqueluche est donc recommandée :

- pour les personnels soignants dans leur ensemble, y compris dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : vaccination par un vaccin dTcaPolio à l'occasion d'un rappel décennal dTPolio. Cette mesure s'applique aussi aux étudiants des filières médicales et paramédicales ;
- le rattrapage vaccinal des professionnels en contact avec des nourrissons trop jeunes pour avoir reçu trois doses de vaccin coquelucheux :
 - personnel médical et paramédical des maternités, des services de néonatalogie, de tout service de pédiatrie prenant en charge des nourrissons de moins de 6 mois,
 - personnel de la petite enfance.

Pour l'ensemble de ces personnels, le délai minimal séparant une vaccination dTPolio de l'administration du vaccin quadrivalent dTcaPolio peut être ramené à deux ans. En cas de survenue de cas groupés en collectivité, le délai

Personnels concernés	
	Étudiants des professions médicales et paramédicales ¹ Professionnels exposés des établissements de prévention et de soins ²
	Étudiants des professions médicales et paramédicales ¹ Professionnels exposés des établissements de prévention et de soins ²
	Uniquement le personnel des laboratoires d'analyses médicales
	Étudiants des professions médicales et paramédicales ⁶ Professionnels exposés des établissements de prévention et de soins ²
	Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier avec des sujets à risque ⁸
	Personnels soignants dans leur ensemble, y compris dans les Ehpad. Cette mesure s'applique aussi aux étudiants des filières médicales et paramédicales Rattrapage pour les personnels en contact avec des nourrissons (maternités, néonatalogie, pédiatrie, petite enfance)
	Femmes en âge de procréer non vaccinées et/ou séronégatives (surtout en cas de contact avec de jeunes enfants)
	Personnels nés avant 1980 non vaccinés, sans antécédents certains de rougeole, séronégatifs : en formation, à l'embauche ou en poste en priorité au contact de sujets à risque de rougeole grave + professionnels chargés de la petite enfance
	Personnels (+ 1 ^{re} année d'études médicales ou paramédicales) sans antécédents certains de varicelle + séronégatifs, à l'embauche ou en poste en priorité au contact de sujets à risque de varicelle grave
	Personnels de crèche et de l'enfance handicapée

6. Listées aux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du Code de la santé publique.

7. Décret 94-352 du 4 mai 1994 : « le chef d'établissement recommande [...] sur proposition du médecin du travail, aux travailleurs non immunisés contre le ou les agents biologiques pathogènes auxquels ils sont ou peuvent être exposés d'effectuer, à sa charge, les vaccinations appropriées ».

8. Il ne s'agit plus d'une obligation vaccinale car celle-ci a été suspendue par le décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006.

9. Pour l'ensemble de ces personnels, le délai minimal séparant une vaccination dTPolio de l'administration du vaccin quadrivalent dTcaPolio peut être ramené à deux ans. En cas de survenue de cas groupés en collectivité, le délai peut être ramené à un mois (voir *Calendrier vaccinal 2011*).

peut être ramené à un mois (*voir Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche*¹).

En l'état actuel des connaissances, notamment sur la durée de protection et la tolérance de doses répétées, **il n'y a pas lieu d'administrer plus d'une dose de vaccin dTcaPolio chez l'adulte.**

Vaccination contre la rougeole

L'effet conjugué d'une couverture vaccinale insuffisante et d'une exposition plus faible dans l'enfance (du fait d'une moindre circulation du virus) entraîne une augmentation de l'âge moyen de survenue de la maladie. La proportion des cas âgés de 20 ans et plus est passée de 17 % en 2008 à 38 % en 2010. Or, dans cette population, le risque de survenue de complications est plus fréquent. Dans les cinq premiers mois de 2010 où 1 972 cas de rougeole ont été recensés, 50 % des personnes de plus de 20 ans ont été hospitalisées.

Il a donc été proposé, dans le cadre du plan 2005-2010 d'élimination de la rougeole, que les professionnels de santé sans antécédents de rougeole (ou n'ayant pas reçu 2 doses de vaccin trivalent, quelle que soit leur date de naissance) reçoivent une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole (ROR).

Cette recommandation a été étendue, depuis 2010, aux professionnels chargés de la petite enfance.

Il faut s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et éviter toute grossesse dans les deux mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène théorique.

Vaccination contre la rubéole

La vaccination contre la rubéole est recommandée à toute femme non immunisée en âge de procréer. En outre, le décret du 30 avril 1996 stipule que l'exposition professionnelle des femmes enceintes au risque de contracter la rubéole est interdite, sauf si la preuve existe que la salariée est suffisamment protégée par son état d'immunité.

Rappelons qu'avant de vacciner, il faut s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et éviter toute grossesse dans les deux mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène théorique.

Vaccination contre l'hépatite A

Des transmissions nosocomiales au personnel soignant, bien que rares, ont été décrites en réanimation néonatale ainsi que dans une unité de brûlés. Les patients sont en général des enfants, souvent immunodéprimés, qui excrè-

1. HCSP. Rapport relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. Paris : HCSP, 2008 : 28 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20080905_coqueluche.pdf [dernière consultation le 06/10/2011].

tent longtemps le virus. Un des principaux facteurs de risque retrouvé est la prise de repas sur le lieu de travail. Néanmoins, dans la majorité des études, la prévalence des anticorps anti-VHA n'apparaît pas plus élevée chez les soignants que dans la population générale.

Le calendrier vaccinal recommande la vaccination aux sujets exposés professionnellement à un risque de contamination : personnels de crèches ou d'internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées. Par ailleurs, la vaccination contre l'hépatite A peut être recommandée par le médecin du travail en fonction de l'évaluation du risque, en particulier en pédiatrie.

EN CONCLUSION

Rappelons que les vaccinations, actes de prévention primaire par excellence, n'en sont qu'un des éléments. Elles ne doivent en aucun cas se substituer aux mesures de prévention techniques, collectives et individuelles. Comme pour tout acte médical, leur indication doit toujours être précisément posée en tenant compte à la fois des données de l'évaluation des risques et de la possibilité d'effets secondaires. L'attitude sera différente en cas de vaccination obligatoire et de vaccination recommandée mais, quel que soit le type de vaccination, le professionnel doit être clairement informé.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- **Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné (modifié par l'arrêté du 29 mars 2005, intégration des services d'incendie et de secours).**
Journal officiel, 12 avril 2005 : p. 6545.
- **Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.**
Journal officiel, 29 juillet 2004 : p. 13511.
- **Avis du CSHPF sur l'obligation de vaccination contre la typhoïde en milieu professionnel tel qu'énoncé dans l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique (séance du 15 décembre 2000).**
- **Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la revaccination par le BCG et aux modalités de surveillance des professionnels exposés (séance du 15 novembre 2002).**
- **Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France - section maladies transmissibles - relatif à la vaccination contre l'hépatite virale B (séance du 8 mars 2002).**
- **Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France - section maladies transmissibles - relatif à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite virale B (VHB) aux patients par les professionnels de santé (séances du 27 juin et du 7 novembre 2003).**
- **Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France - section des maladies transmissibles - relatif à la vaccination contre la varicelle (séance du 19 mars 2004).**

- **Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France – section Maladies transmissibles – relatif à la réduction du délai entre deux vaccinations diphtérie, tétanos, poliomyélite lors de la survenue d'un ou plusieurs cas de coqueluche (séance du 24 mars 2006).**
- **Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux recommandations vaccinales contre la coqueluche (séance du 19 mars 2008).**
En ligne : http://hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20080319_coqueluche.pdf
- **Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à l'obligation de vaccination par le BCG des professionnels listés aux articles L. 3112-1, R. 3112-1 C et R. 3112-2 du Code de la santé publique (séance du 5 mars 2010).**
En ligne : http://hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20100305_BCG.pdf
- **Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à l'actualisation de la stratégie vaccinale grippe, saison 2010-2011, suite à la déclaration officielle de fin de pandémie par l'Organisation mondiale de la santé (séance du 24 septembre 2010).**
En ligne : http://hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20100924_vaccinationgrippe.pdf
- **Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique.**
Bull Epidemiol Hebd 2010 ; (14-15) : p. 121-172.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/14_15/beh_14_15.pdf
- **Circulaire DGS-DH no 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.**
Bull Epidemiol Hebd 1998 ; (25) : p. 107-111.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/1998/9825/beh_25_1998.pdf
- **Circulaire DGS/SD5C n° 2004/373 du 11 octobre 2004 relative à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et à la pratique des tests tuberculiques [non parue au JO].**
- **Circulaire DGS/R11 no 2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés.**
Bulletin officiel du ministère de la Santé, 15 janvier 2010, 2009/12 : p. 272.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf
- **Circulaire DGS/SD5C no 2007/164 du 16 avril 2007 relative à l'entrée en vigueur et aux modalités d'application d'une part de l'arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique et d'autre part de l'Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, pris en application de l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique.**
Bulletin officiel du ministère de la Santé, 15 juin 2007, (5) : p. 176.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-05/a0050125.htm>
- **Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques.**
Journal officiel, 6 mai 1994 : p. 6620.
- **Décret n° 96-364 du 30 avril 1996 relatif à la protection des travailleuses enceintes ou allaitant contre les risques chimiques, biologiques et physiques.**
Journal officiel, 2 mai 1996 : p. 6613.
- **Décret n° 2004-635 du 30 juin 2004 relatif à la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et modifiant les articles R. 3112-2 et R. 3112-4 du Code de la santé publique.**
Journal officiel, 2 juillet 2004 : p. 12061.
- **Décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006 pris en application de l'article L. 3111-1 du Code de la santé publique et relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels mentionnés à l'article L. 3111-4 du même code.**
Journal officiel, 15 octobre 2006 : p. 15323.
- **Dr Marianne Saux, chef de service de l'inspection médicale.**
Lettre-circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail.
- **Abiteboul D.**
Risques infectieux professionnels pour le personnel de santé.
EMC, Toxicologie - Pathologie professionnelle 2006 ; 16546A10.
- **Bridges C., Kuehnert M., Hall C.**
Transmission of influenza. Implications for control in health care settings.
États-Unis : University of Chicago Press, *Clinical Infections Diseases* 2003 ; (37) : p. 1094-1101.